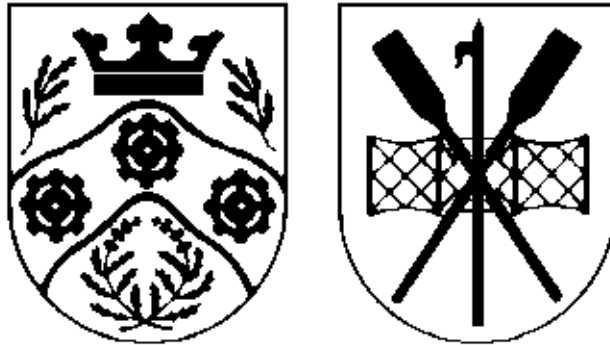


LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE



Social- og Sundhedsudvalget

Protokol

Onsdag den 15. maj 2013 kl. 15:30
afholdt Social- og Sundhedsudvalget møde i Udvalgsværelse 1/Rådhus.

Medlemmerne var til stede

Endvidere deltog:

Direktør Søren Hansen

Centerchef Dorte Vangsø Rasmussen

Centerchef Lone Nygård Jensen under punkt 3-5

Centerchef Charlotte Bidsted under punkt 6-8

Udviklingskonsulent Sigga Birkvad under punkt 1

Afsnitsleder Lone Wettergren under punkt 1

Udvalgs koordinator Louise Angelo

INDHOLDSFORTEGNELSE

Sag nr:		Side:
01	Omsorgsboliger - indhold .	4
02	Moderniseringsaftalen - Servicebeviser .	6
03	Helhedsplan for socialpsykiatrien .	8
04	Strategi- og handleplan det specialiserede socialområde - voksenområdet .	12
05	Slotsvængets Akuttilbud .	14
06	Status implementering af sundhedsstrategien - SSU .	16
07	Status for implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker .	18
08	Forebyggelse af indlæggelser .	20
09	Afløsning/aflastning af pårørende til borgere med demens .	23
10	Voucher-ordning på madområdet .	25
11	Magtanvendelse - status i Den Kommunale Leverandør 2012 .	27
12	Etablering af hospice .	29
13	Meddelelser til udvalgets medlemmer maj 2013	32

14

.
1. anslået regnskab 2013 - Social- og Sundhedsudvalgets område
.

34

1.

Omsorgsboliger - indhold

Sagsfremstilling

Social og Sundhedsudvalget blev i februar 2013 præsenteret for de indledende overvejelser omkring de kommende 40 nye omsorgsboliger - både i relation til indhold og placeringsmuligheder jf. Budget 2013-16. Udvalgets beslutning om at arbejde videre med arealet omkring den gamle statsskole på Buddingevej blev efterfølgende sendt i høring i Seniorrådet (bilag).

Forvaltningen har efterfølgende nedsat en projektgruppe bestående af centralt og decentralt placerede medarbejdere i kommunen. Frem til sommerferien arbejder projektgruppen med at konkretisere omsorgsboligerne i forhold til målgruppe, indhold og samarbejde med omverdenen. Udover bidrag fra de medarbejdere, der kender målgruppen, er arbejdet indtil nu baseret på tilgængelig viden på området (bla. ældrekommisionens rapport fra 2011) og det samarbejde, forvaltningen er indgået i med 4 andre kommuner, nogle private virksomheder og Dansk Designcenter. Der er endnu ikke kommet en afrapportering af arbejdet, men forvaltningen har medio april deltaget i en 2-dages "minicamp" om hjemlighed i plejeboliger. Som oplæg til idéudvikling blev der her præsenteret 14 barrierer for de ældres oplevelse af hjemlighed, baseret på en antropologisk undersøgelse foretaget på knap 10 plejehjem. Disse barrierer fremgår af plancher fra DDC (bilag) og vil blive uddybet mundtligt på udvalgets møde.

Projektgruppens oplæg (bilag) til en beskrivelse af begrebet "omsorgsbolig" tager sit afsæt i både ældrestrategien og det øgede fokus på aktivitet og træning i hverdagen og skal ses som forvaltningens foreløbige overvejelser og visioner for omsorgsboligerne. På udvalgmødet vil forvaltningen uddybe de beskrevne refleksioner omkring afgrænsning af målgruppen i forhold til de eksisterende visiterede boligtilbud til ældre i kommunen .

Ud over de beskrevne samarbejder arbejder forvaltningen aktuelt på at skabe formaliserede samarbejder med de omkringliggende institutioner, skoler, SFO'er og frivillige foreninger omkring brugen og driften af fællesarealerne ud fra "space-management" tankegangen.

Oplægget vil senere i processen være udgangspunkt for en dialog med et udvalg af kommunens ældre, Seniorrådet og andre i forhold til at få det kvalificeret yderligere. Projektgruppens arbejde vil senere blive lagt til grund for udarbejdelsen af et byggeprogram, så de ældrefaglige visioner for omsorgsboligerne understøttes og afspejles i det endelige byggeri.

Sagen fremlægges for Social- og Sundhedsudvalget igen i juni, hvor en endelig beskrivelse af målgruppe, indhold og samarbejde med omverdenen vil fremgå. Et samlet overblik over projektets delelementer, inkl. anlægsprojektet, gives i juni.

Økonomiske konsekvenser

Opgaven løses inden for rammen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at ovennævnte tilgang og overvejelser om omsorgsboligerne drøftes og lægges til grund for det videre arbejde.

Social- og Sundhedsudvalget den 15. maj 2013

Godkendt.

2.

Moderniseringsaftalen - Servicebeviser

Sagsfremstilling

Lovændringen vedrørende Moderniseringsaftalen, som er indeholdt i Finansloven for 2013, er nu endeligt vedtaget med ikrafttrædelse pr. 1. april 2013. Som skitseret i Moderniseringsaftalen medfører lovændringen, at kommunerne kan udstede fritvalgbeviser til borgere visiteret til servicelovens § 83 ydelser - praktisk hjælp og personlig pleje i eget hjem.

Kommunalbestyrelsen har dermed mulighed for at udstede et "fritvalgbevis", som borgerne kan bruge til selv at vælge en leverandør til en ydelse - som alternativ eller supplement til leverandører, der har indgået kontrakt med Kommunalbestyrelsen.

Forudsætningen for at kunne blive godkendt som leverandør under "fritvalgbevis-ordningen" er udelukkende, at leverandøren er en CVR-registreret virksomhed. Det betyder, at den leverandør, som borgeren vælger, ikke skal godkendes af Kommunalbestyrelsen, og at leverandøren ikke nødvendigvis skal have medarbejdere, som er uddannet indenfor service og omsorg. Antallet af mulige leverandører under fritvalgbevisordningen kan derved vise sig at blive meget højt - og kvaliteten i hjælpen kan risikere at blive ringere.

Kommunalbestyrelsen har fortsat tilsynspligten og skal sikre, at borgerne får den hjælp, der er truffet afgørelse om og at hjælpen svarer til borgernes aktuelle behov, herunder om den enkelte borger kan håndtere valget af leverandør. På baggrund heraf vurderer forvaltningen, at de administrative omkostninger ved indførelse af fritvalgbeviser vil blive omfattende, bl.a. fordi visitationssygeplejerskernes opgave med at vurdere, om den enkelte borger er i stand til at foretage et rationelt valg, og om borgeren selv kan føre tilsyn med hjælpen, er omfattende og tilbagevendende, bl.a. fordi borgernes tilstand - fx ved demens - udvikler sig. Hertil kommer kontrolbesøg og afregning af leverandørerne.

Ordnningen kan efter forvaltningens vurdering få betydning for det igangværende paradigmeskifte, idet paradigmeskiftet baserer sig på professionelt plejepersonale, der er uddannet til at udføre en kombineret pleje og træningsindsats.

Der findes i dag flere andre muligheder for at borgerne selv kan vælge leverandør af ydelser. For det første har Kommunalbestyrelsen pt. indgået kontrakt med 17 private leverandører af hjemmehjælp gennem den eksisterende "godkendelsesmodel". Under denne model skal virksomheder leve op til kommunens standarder for service for at få godkendelse til at levere ydelser.

Ansættelsesforholdet er mellem kommunen og virksomheden. For det andet kan nogle borgere selv ansætte medarbejdere til at levere ydelserne, under den såkaldte BPA-ordning (Borgerstyret Personlig Assistance). BPA-ordningen gives til voksne med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der ikke, eller kun i meget begrænset omfang, kan bevæge sig og udføre almindelige daglige funktioner.

Forvaltningen peger derfor på, at kommunen ikke benytter muligheden for at udstede fritvalgbeviser til borgere vedrørende praktisk hjælp og personlig pleje i eget hjem.

Forvaltningen vil dog undersøge relevansen af at benytte mulighederne for fritvalgbevis i forbindelse med visitation til hjælp til indkøb af dagligvarer, idet indkøbsydelsen er mere enkel end andre typer af hjælp, og tilsynspligten forbundet med denne ydelse derfor vurderes at være minimal. Muligheden for at anvende fritvalgbeviser som supplement til indkøb via en indkøbsordning vil blive forelagt udvalget i juni i forbindelse med sag om "Udbud af indkøbsordning på Ældreområdet".

Økonomiske konsekvenser

Opgaven løses indenfor rammen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at muligheden for udstedelse af fritvalgbeviser til visiterede borgere vedrørende servicelovens § 83 - praktisk hjælp og personlig pleje i eget hjem - ikke tages i anvendelse.

Social- og Sundhedsudvalget den 15. maj 2013

Godkendt.

3.

Helhedsplan for socialpsykiatrien

Sagsfremstilling:

Budgetaftalen for 2013-16 indeholder aftale om dels en styrkelse af det psykiatriske område med fokus på forbedret samarbejde med distriktspsykiatrien, dels en tilpasning af pladser i socialpsykiatrien med mulighed for en evt. helhedsplan på sigt samt en hensigtserklæring om, at der igangsættes et initiativ vedrørende ”videre arbejde med helhedsplan for socialpsykiatrien” (HA9).

Helhedsplanen for Socialpsykiatriens overordnede vision er at skabe rammer for "recovery", rehabilitering, social inklusion og forebyggelse. De kort- og langsigtede målsætninger i handleplanen er udviklet ud fra en vidensbaseret praksis om brugerinddragelse, inddragelse af netværk, fleksible og individuelle ydelser og sammenhæng og helhed i indsatsen.

Der er foreslået en omlægning af pladserne på de tre botilbud, så den samlede kapacitet er passende i forhold til den fremtidige sammensætning af målgrupper og sikre en højere grad af lokal "selvforsyning" af brugere. Dette forudsætter, at tilbuddene er fleksible og omstillingsparate i forhold til fremtidens behov, herunder at traditionelle botilbud på længere sigt forventes reduceret i takt med, at tilbuddene til hjemmeboende borgere forstærkes og forbedres.

Det foreslås, at:

- Nettets målgruppe bliver unge med behov for døgndækning og intensiv socialpsykiatrisk indsats og en lille gruppe af unge med behov for ophold, men med mindre intensivt støttebehov.
- Kirsten Maries målgruppe [vil være]bliver i alderen 25 (30) år og opad, og målgruppen vil primært bestå[r] af sindslidende med betydeligt nedsat funktionsevne samt sindslidende med lettere misbrugsproblemer og kognitive følgevirkninger af misbrug.
- Slotsvængets målgruppe vil være borgere med krævende og længerevarende støttebehov og borgere med fx. dobbeltdiagnoser eller sindslidelse kombineret med et plejebehov.

Der fremlægges 3 forskellige modeller, med hver sin organisering, som alle tager udgangspunkt i ovenstående tilpasning af målgrupper:

Model 1: Denne model svarer til den organisering, der er i dag. For at imødekomme behovet for en større grad af fælles faglighed og koordinering på tværs af leverandører, etableres der en fælles kompetenceudvikling, ligesom der arbejdes for

at forbedre koordinering og tilpasning samt udvikling af tilbuddene fremadrettet.

Model 2: I denne model etableres en organisation, som indeholder et åbnet uvisiteret værested, socialpædagogisk støtte, Akuttilbuddet og fremskudt sagsbehandling samt botilbud til krævende målgrupper, som kan understøtte visionen om forebyggelse, "recovery", rehabilitering og social inklusion. De to selvejende institutioner driver i denne model fremover midlertidige botilbud og aktiviteter til disse borgere.

Model 3: I denne model sammenlægges såvel den socialpædagogiske støtte til borgere i eget hjem som samværs- og aktivitetstilbuddene, som i dag udføres hos flere interne og eksterne leverandører. Modellen indebærer, at Slotsvænget fortsat driver Akuttilbuddet og beskæftigelsestilbuddet Flyverteamet. Nettet driver et nyt sammenlagt værested/klubtilbud samt tilhørende beskæftigelsestilbud, Hjorten. Kirsten Marie driver et sammenlagt socialpædagogisk støttetilbud til borgere i eget hjem. Modellen rummer en klar arbejdsdeling mellem de tre leverandører.

Idrætstilbuddet Limone er der ikke taget stilling til i de 3 modeller. Afhængig af valg af model skal det overvejes, hvor denne aktivitet fremadrettet skal placeres. Indtil der er taget stilling til den fremtidige placering, vil idrætstilbuddet Limone fortsætte i Nettets regi.

I alle 3 modeller skal driftsoverenskomsterne med de selvejende institutioner genforhandles. De 3 modeller har forskelligt indhold, og derfor er provenuet ved driftsoptimering i henhold til driftsoverenskomsterne forskelligt, jf. notat om "Provenuskøn for helhedsplanens 3 modeller" (bilag).

Vurderes de tre modeller ud fra et fagligt og brugerorienteret perspektiv vil model 2 være den organisationsform, der er mest visionær og ambitiøs i forhold til den faglige udvikling samt visionen om en koordineret og helhedsorienteret indsats til gavn for borgerne, hvorimod både model 1 og 2 er mere traditionelle organisationsformer, hvor det kan være vanskeligere at sikre en koordineret og helhedsorienteret indsats.

Økonomiske konsekvenser

I budgetaftalen 2013-2016 blev der for perioden 2013-2016 vedtaget en besparelse på i alt 6,4 mio. kr. over fire år gennem tilpasning/omlægning af pladser i socialpsykiatrien. Beløbet blev øremærket til styrkelse af samarbejdet med distriktpspsykiatrien som en krydsfinansiering.

Desuden blev der vedtaget en hensigtserklæring om at fortsætte arbejdet med en helhedsplan for socialpsykiatrien, som foreslået i administrationens handlekatalog for budgetperioden (jf. HA9). Den eventuelle differens mellem ovennævnte krydsfinansiering og det oprindelige sparemål for HA9 blev reserveret til en særlig pulje til imødegåelse af konsekvenserne af demografiske ændringer,

tillægsbevillingsbehov i 2013 samt evt. nye tiltag på aktivitetsområderne i forbindelse med budget 2014-17.

Udgangspunktet er endvidere, at krydsfinansieringen ved tilpasning/omlægning af pladser i socialpsykiatrien og et styrket samarbejde med distriktpspsykiatrien (jf. budgetaftalen for 2013-2016) kan anvendes til investeringer i fremtidens løsninger, herunder fremskudt sagsbehandling og en samlet socialpædagogisk støtte jf. Serviceloven (SEL) § 85. Initiativerne skal bidrage til at give en bedre koordineret og helhedsorienteret indsats, der understøttes af et formaliseret samarbejde med distriktpspsykiatrien.

Det pointeres, at alle tre modeller følger en anden profil end forudsat i budgetaftalen 2013-2016, da det ikke har været muligt at udvikle en model, der følger den forudsatte profil. Dette gælder både i forhold til modellernes udrulning i løbet af perioden og den samlede effekt i hele perioden.

Skønnene er baseret på de takster, der er på de respektive enheder i 2013 hvor der foreslås omlægninger af indsatsen, samt KKR's beslutning om 2 % reduktion af taksterne på de institutioner, der er omfattet af rammeaftalen for 2014. Det er vigtigt at pointere, at det er et estimat over effekten af de respektive modeller, der er beskrevet, samt at der er en vis usikkerhed om den faktiske effekt.

Vurderet over hele perioden 2013-2016 indfrier kun model 2 samlet set budgetaftalens målsætninger. Den samlede effekt af model 2 vurderes at være godt 3,3 mio. kr. højere i hele perioden, mens effekten af model 1 og 3 vurderes at være hhv. 1,4 mio. kr. og 0,6 mio. kr. lavere, end det budgetterede niveau.

Årsagen er, at model 2 giver mulighed for større effektivitet og et styrket fagligt miljø, som kan understøtte fundamentet i visionen om forebyggelse, rehabilitering og "recovery". Samdriftsfordelene giver effektiviseringspotentialer og dermed en mere rationel styring. Model 2 vurderes, som nævnt, ligeledes også som den fagligt set bedste model.

Model 1 og 3 indfrier ikke effektiviseringspotentialer og visionen i helhedsplanen om forebyggelse, rehabilitering og "recovery" på samme helhedsorienterede måde som model 2, da der kan være risiko for siloopdeling.

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. model 2 tages i anvendelse som grundlag for helhedsplanen
2. helhedsplanen på dette grundlag sendes i høring i de tre institutioner, Slotsvænget, Kirsten Marie og Nettet, Center Med-udvalget samt i Handicaprådet.

Social- og Sundhedsudvalget den 15. maj 2013

Anbefalet, at de tre modeller sendes i høring og at de tre institutionsledere inviteres til foretræde forud for udvalgets møde i juni.

4.

Strategi- og handleplan det specialiserede socialområde - voksenområdet

Sagsfremstilling

Styringskravene til det specialiserede socialområde er skærpet gennem de seneste år, både til den faglige og økonomiske styring. På den baggrund er der udarbejdet en strategi- og handleplan, som skal imødekomme de skærpede krav.

På børneområdet har der gennem de seneste år i Lyngby-Taarbæk været et særligt fokus på styringen, som gennem årene har resulteret i, at der både er opnået en række faglige resultater og givet betragtelige reduktioner af udgifterne på det specialiserede området.

På voksenområdet har regnskabet siden 2010 været 5-7 mio. kr. højere end korrigeret budget, og siden kommunalreformen i 2007 har der været en udgiftsstigning. I forbindelse med revisionsbemærkningerne for 2011 har der været en række kritiske bemærkninger til sagsbehandlingen.

Strategi- og handleplanen har derfor fokus på at genoprette det specialiserede voksenområde, både i forhold til sagsbehandlingen og sikring af borgerens retssikkerhed og i forhold til reduktion af udgifterne.

Der arbejdes med følgende fokusområder/initiativer:

1. Styrket sagsbehandling
2. Styrket informationsflow
3. Styrket budgetgrundlag for 85-støtteordningen
4. Kapacitetstilpasning af Slotsvængets Akuttilbud, jf. anden sag på dagsordenen herom
5. Skærpet leverandørstyring (eksterne leverandører)
6. Effektivisering af udførerøkonomien
7. Ny styringsmodel for udførerøkonomien.

Fokusområderne uddybes i Strategi- og handleplanen (bilag). Forvaltningen er gået i gang med en del af punkterne, og der vil ske en kvartalsvis opfølgning på processens fremdrift til Social- og Sundhedsudvalget

Økonomiske konsekvenser

Strategi- og handleplanen bidrager til at realisere et tilpasningskrav på 2,2 mio. kr. i 2013, 5,8 mio. kr. i 2014, 7,0 mio. kr. i 2015 og 9,0 mio. kr. i 2016.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. Strategi- og handleplanen drøftes og anvendes som grundlag for det fremadrettede arbejde med bedre faglig og økonomisk styring
2. Social- og sundhedsudvalget orienteres om status og fremdrift én gang i kvartalet.

Social- og Sundhedsudvalget den 15. maj 2013

1. Godkendt
2. Godkendt, idet udvalget er opmærksom på, at det er en stor besparelse, og udvalget vil følge udviklingen nøje.

5.

Slotsvængets Akuttilbud

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget fik den 6. februar 2013 forelagt en sag vedrørende budgetforudsætninger for Slotsvængets Akuttilbud. Udvalget bad på den baggrund forvaltningen om at arbejde videre med en reduktion af tilbuddet og dets dimensionering under hensyntagen til helhedsplanen og at der skulle søges en fælles drifts- og finansieringsløsning med andre kommuner. En sådan løsning forudsætter drøftelser og en forhandlingsløsning med andre kommuner, hvorfor en afklaring heraf formentlig først vil kunne foreligge ultimo 2013 og mest sandsynligt først fra 2014.

Slotsvængets Akuttilbud er derfor reduceret med 1,4 mio. kr. Reduktionen er fremkommet ved, at Akuttilbuddet ikke er fuldt etableret som Krise- og Rehabiliteringstilbud, hvilket var en udvidelse af Akuttilbuddet og en væsentlig del af de oprindelige budgetforudsætninger. Derudover er reduktionen opnået ved at Akuttilbuddet udfører nogle opgaver for Slotsvænget.

Akuttilbuddet indgår i helhedsplanen for Socialpsykiatrien, dog med forskellige funktioner afhængig af den organisatoriske model, der vælges i Helhedsplanen. I Helhedsplanen for Socialpsykiatrien er der foreslået 3 modeller til fremtidens løsning af de socialpsykiatriske opgaver i kommunen. Akuttilbuddets funktion er den samme som i dag i model 1 og 3, hvorimod Akuttilbuddet i model 2 vil være en integreret del af en ny funktionel enhed med socialpædagogisk støtte, fremskudt sagsbehandling og værested/klubtilbud, som vil understøtte fundamentet i helhedsplanens vision om forebyggelse, rehabilitering og "recovery".

I forhold til at søge en fælles drifts- og finansieringsløsning er der indledt drøftelser med andre kommuner herom. På nuværende tidspunkt er tilbagemeldingerne, at det alene er akutfunktionen, som de øvrige kommuner er interesseret i. Drøftelser fortsætter i foråret/forsommeren.

En kort status over Akuttilbuddets henvendelser i februar 2013 viser, at der i alt har været 258 henvendelser fordelt på 73 borgere, hvoraf 33 har været mænd og 40 kvinder. Der har været 15 henvendelser fra borgere fra andre kommuner, og typisk med 1-2 henvendelser pr. udenbysborger. Kommunens egne borgere henvender sig gennemsnitligt 2-3 gange. Borgernes gennemsnitsalder er 40 år, og de fleste henvendelser sker telefonisk eller ved direkte fremmøde. Borgernes forsørgelsesgrundlag er overvejende offentlig forsørgelse, enten i form af førtidspension, pension eller kontanthjælp. De primære årsager til at borgerne

henvender sig er angst, stress og lignende.

Fremover vil udvalget blive præsenteret for en halvårlig status.

Økonomiske konsekvenser

Afholdes indenfor den reducerede budgetramme.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at orienteringen tages til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 15. maj 2013

Taget til efterretning.

6.

Status implementering af sundhedsstrategien - SSU

Sagsfremstilling

Kommunalbestyrelsen godkendte i maj 2012 sundhedsstrategien. Strategien fastlægger de styrende målsætninger og intentioner i kommunens sundhedsindsatser. Desuden blev der efter drøftelser i alle fagudvalg udvalgt 10 konkrete målsætninger og indsatser, der i første omgang prioriteres at arbejde med. De 10 målsætninger vedrører primært børne- og ungeområdet.

Hermed forelægges status for arbejdet med at implementere sundhedsstrategien og de 10 prioriterede indsatser.

Sundhedsstrategiens overordnede vision er, at *”Lyngby-Taarbæk Kommunes sundhedsindsats skal styrke borgernes evne og muligheder for at træffe sunde valg, således at den enkelte borger lever et længere og bedre liv med mindre sygdom og højere livskvalitet.”*

Til at opnå dette hviler sundhedsstrategien på fire grundprincipper:

1. individets behov og ressourcer i centrum
2. inddragelse af relevante aktører
3. viden og læring
4. økonomiske rammer og effektivitet.

Nationalt ses der pt. udviklinger på sundhedsområdet, hvor kommunerne i langt højere grad får mere bundne opgaver og mere klare retningslinjer og anbefalinger for, hvilke sundhedsindsatser, der bør prioriteres. Eksempelvis Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, der evidensbaseret kommer med klare anbefalinger for, hvilke indsatser kommunerne bør prioritere. Disse retningslinjer vil være definerende for udviklingen af sundhedsområdet i kommunen, og vurderes generelt set at være i tråd med visionen og de fire grundprincipper i sundhedsstrategien.

I forhold til de 10 indsatser kan det konstateres, at der er sket indsatser og udviklinger indenfor alle indsatserne. Bredt set er der i organisationen en bevidsthed omkring at have et sundhedsfokus såvel centralt som decentralt. "Status for implementering af Lyngby-Taarbæk Kommunes Sundheds strategi" (bilag) illustrerer desuden, at behovet for at styrke indsatsen ofte er i sammenhængen og koordinationen af de mange forskellige udviklinger og perspektiver, der er arbejdet med bredt set.

I det videre arbejde kan og bør Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker aktiveres

yderligere. Forebyggelsespakkerne er Sundhedsstyrelsens vurdering af, hvilke indsatser der vil give de største sundhedsmæssige effekter. Perspektiverne herfor fremgår af statusnotatet.

Udviklings- og Strategiudvalget behandlede status i april 2013, og besluttede at videresende status til de relevante fagudvalg.

Økonomiske konsekvenser

Opgaven løses inden for de eksisterende rammer.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at status for implementering af sundhedsstrategien drøftes.

Social- og Sundhedsudvalget den 15. maj 2013

Drøftet og taget til efterretning.

7.

Status for implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker

Sagsfremstilling

Sundhedsstyrelsen har i 2012 lanceret ni forebyggelsespakker med anbefalinger om, hvilke sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, kommunerne bør prioritere.

Kommunen har via KKR-rammepapiret for udmøntning af det nære sundhedsvæsen, som Social- og Sundhedsudvalget tilsluttede sig i marts, forpligtiget sig på i 2013 at indlede en kortlægning af kommunens egne indsatser i forhold til forebyggelsespakkerne.

Der er derfor gennemført "Status for Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakkers grundniveau i Lyngby-Taarbæk Kommune" (bilag) for at vurdere status for gennemførelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune. Nærværende kortlægning omfatter status for forebyggelsespakkerne vedrørende KRAM-faktorerne, som også er prioriterede i Kommunens sundhedsstrategi

Forebyggelsespakkerne er et vidensbaseret værktøj til kommunerne med faglige anbefalinger, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde. Forebyggelsespakkernes anbefalinger er inddelt i et grundniveau og et udviklingsniveau, hvor anbefalingen er at sikre grundniveauet ift. koordination og afklaring af gensidige forpligtigelser, inden der etableres mere specialiserede og målrettede indsatser fra udviklingsniveauet. Anbefalingerne på grundniveau, der indgår i kortlægningen, fremgår af "Kortlægning af forebyggelsespakker for KRAM i Lyngby-Taarbæk Kommune" (bilag). Forebyggelsespakkerne kan læses i sin fulde længde på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

Målet for arbejdet med forebyggelsespakkerne i Kommunen er at vurdere og prioritere den nuværende og fremtidige indsats i det forebyggende arbejde.

Ud af 58 anbefalinger på grundniveau er 34 fuldt implementeret, 19 delvist implementeret og 5 ikke implementeret. På baggrund af kortlægningen er der udpeget tre indsatser, som forvaltningen arbejder videre med som grundlag for at øge den fulde implementering:

- Målretning og professionalisering af indsatsen overfor voksne
- Styrke og kvalificere alkoholindsatsen
- Klar og synlig sundhedsinformation til borgerne – både i den direkte dialog og generelt fx via hjemmesiden.

Disse perspektiver vil indgå i den videre udvikling af sundhedsområdet.

Økonomiske konsekvenser

Opgaven udføres inden for den afsatte ramme.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at brug af og status for forebyggelsespakkerne drøftes.

Social- og Sundhedsudvalget den 15. maj 2013

Drøftet og taget til efterretning.

8.

Forebyggelse af indlæggelser

Sagsfremstilling

I Budgetaftalen for 2013-2016 indgår en hensigtserklæring om at igangsætte initiativet "Reduktion i forebyggelige (gen-)indlæggelser via tidlig opsporing/handling". Hermed fremlægges status for initiativet.

Forvaltningen nedsatte i august 2012 arbejdsgruppen "Fremtidens sygepleje", der blandt andet fik til opgave at komme med forslag til et meningsfuldt og anvendeligt redskab, der sikrer tidlig opsporing og tidlig indsats i plejen. Samtidig med at initiativet blev politisk vedtaget, blev der nedsat en national arbejdsgruppe i regi af Sundhedsstyrelsen, som netop skulle vurdere og udvælge hvilke værktøjer, der bør anvendes i kommunerne i den almindelige kontakt med den ældre medicinske patient til tidlig opsporing og systematisk identifikation af:

- Sygdomstegn (fx forstoppelse, væskemangel, begyndende sygdom m.v.)
- Nedsat fysisk funktionsniveau
- Ernæringstilstanden (underernæring)

Forvaltningen vurderede, at det var uhensigtsmæssigt at tage nogle værktøjer i brug, som endnu ikke var godkendt og anbefalet af Sundhedsstyrelsen, og valgte af den grund at afvente Sundhedsstyrelsens forslag. For at få større indsigt i, hvilke lokale problematikker, der er tale om, når ældre borgere i kommunen indlægges, har forvaltningens arbejdsgruppe "Fremtidens Sygepleje" i november 2012 gennemført en audit på fire indlæggelsesforløb. Denne viste tydeligt, at der var behov for mere systematisk observation af borgerne og tydelige retningslinier for, hvordan disse observationer håndteres.

Efter at Sundhedsstyrelsens vurdering og udvælgelse af værktøjer blev offentliggjort i marts 2013, har forvaltningen iværksat implementering af følgende:

- Et refleksionsredskab som skal understøtte social- og sundhedshjælperne i at observere borgerens hverdag
- Et ændringsskema som skal understøtte social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker i at beskrive borgerens habituelle tilstand og dermed observere ændringer i borgerens tilstand
- "Triage", som skaber et hurtigt overblik over borgernes tilstand i fx en hjemmeplejegruppe og synliggør, hvor der skal handles
- Rejse/sætte-sig testen, som er indikator for fald i borgerens funktionsniveau
- Ernæringsvurderingsskema

Redskaberne er nærmere uddybet i notat om "tidlig opsporing i sygeplejen" (bilag). For at sikre en god implementering iværksættes den tidlige opsporing med et pilotprojekt i hjemmeplejen. Frem mod sommerferien planlægges pilotprojektet i et tæt samarbejde med de decentrale ledere og medarbejdere, hvorefter det gennemføres efter sommerferien.

Økonomiske konsekvenser

I budgetaftalen for 2013 er der indregnet en budgetbesparelse på 500.000 kr. i 2013 som følge af implementering af tidlig opsporing, mens besparelsen i 2014 og 2015 blev anslået til at være 750.000 kr. hvert år. Denne besparelse var baseret på en forudsætning om, at antallet af indlæggelser kunne reduceres med 50 indlæggelser i 2013, svarende til 5 pct. af ialt 1000 indlæggelser blandt ældre over 75 år. Tilsvarende blev det antaget, at antallet af indlæggelser i både 2014 og 2015 kunne reduceres med 75 indlæggelser.

På nuværende tidspunkt vurderer forvaltningen, at besparelsen i 2013 vil blive lavere end først antaget. Der er to væsentlige grunde til dette:

1. Forvaltningen har afventet Sundhedsstyrelsens anbefalinger til værktøjer til systematisk tidlig opsporing, da det var uhensigtsmæssigt at tage nogle værktøjer i brug, som der var risiko for, at Sundhedsstyrelsen ikke anbefalede. Da anbefalingerne blev forsinket, er forvaltningens proces blevet tilsvarende forsinket.
2. Initiativet kan alene omfatte de borgere, som forvaltningens medarbejdere har kontakt til gennem hjemmeplejen og kommunens plejecentre. En opgørelse over indlæggelser for disse borgere i 2012 har vist, at der har været knap 700 indlæggelser fordelt på forebyggelige indlæggelser (426), forebyggelige genindlæggelser (68) og genindlæggelser (204). Reduceres disse med 5 pct., svarer det til 35 indlæggelser og ikke 50 som ellers forudsat. Dermed reduceres den forventede besparelse på indlæggelser tilsvarende.

Forvaltningen vurderer på dette grundlag, at besparelsen i 2013 vil være 170.000 kr., men vurderer, at den mindre besparelse i 2013 vil kunne indhentes af en øget besparelse i 2014 og overslagsårene. Fordelingen af besparelser vil derfor være på 170.000 kr. i 2013 og 860.000 kr. i overslagsårene. Den ændrede fordeling mellem årene indarbejdes i konsekvenserne af 1. anslået regnskab, når det forelægges økonomiudvalget.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at orienteringen om arbejdet med at styrke den tidlige indsats og handling i plejen tages til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 15. maj 2013

Taget til efterretning.

9.

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.

Tabel: 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
Samlet forbedring	-9	-504	-991	-684
Anm.: - = mindredgift, + = 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.

10.

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 varmt 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.

11.

Magtanvendelse - status i Den Kommunale Leverandør 2012

Sagsfremstilling

I henhold til § 14, stk. 2 i bekendtgørelse nr. 688 om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne skal der forelægges en årlig beretning for Kommunalbestyrelsen.

Af notat om "Redegørelse om magtanvendelse overfor voksne under Den Kommunale Leverandør 2012", af 20. februar 2013 (bilag) fremgår, at alle indberetninger fra områdecentrene og hjemmeplejen i borgerens eget hjem. I 2012 har der været i alt 57 indberetninger og 10 ansøgninger fordelt på 19 borgere, der alle vedrører borgere med diagnosticeret demens. Ingen sager har handlet om frihedsberøvelse og har derfor ikke været fremsendt til Det Sociale Nævn.

Antallet af sager varierer fra år til år, da antallet af borgere med specielle problemer udvikler sig over tid. Antallet var i 2010 48 og steg i 2011 til 118. Tallet faldt atter i 2012 til 67. Dette skyldes blandt andet, at forvaltningen har øget viden blandt personalet om, hvad det vil sige at bruge magt, og hvorledes man skal forholde sig i de situationer. De nævnte 67 indberetninger dækker over, at der for enkelte borgere er indberettet mange ens situationer om magtanvendelse. Ved indberetninger er der tale om situationer, der opstår spontant. Der vil i 2013 fortsat være fokus på at sænke antallet af indberetninger og i stedet så tidligt som muligt i de enkelte forløb få udarbejdet en konkret ansøgning om midlertidig magtanvendelse.

I redegørelsen omtales, hvorledes personale og ledelse løbende arbejder med området, og hvorledes information om reglerne sikres formidlet, herunder også til de private leverandører.

Økonomiske konsekvenser

Opgaven løses inden for rammen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at "Redegørelse om magtanvendelse i Den Kommunale Leverandør i 2012" tages til efterretning og sendes til orientering i Seniorrådet.

Social- og Sundhedsudvalget den 15. maj 2013

Taget til efterretning.

12.

Etablering af hospice

Sagsfremstilling

På baggrund af en henvendelse fra Seniorrådet har Social- og Sundhedsudvalget bedt forvaltningen give en status på de tilbud, der er til borgere i kommunen i forbindelse med livets afslutning, herunder med henblik på en drøftelse af Seniorrådets forslag om etablering af et hospice på Lykkens Gave. I den forbindelse peger forvaltningen på, at det tillige bør drøftes, hvorvidt borgere i kommunen har de rette muligheder for at modtage den palliative pleje, som de ønsker.

I Lyngby-Taarbæk Kommune dør 54% af borgerne på hospital og 40% hjemme. Hjemmedøende dækker over både plejehjem og borgere i eget hjem. De tilsvarende tal på landsplan er, at 48% af borgerne dør på hospital medens 43% dør hjemme (Palliativt Videnscenter 2013).

Palliativt Videnscenter har aktuelt undersøgt 2.000 danskeres ønsker for livets afslutning og her viste det sig, at 55% ønskede at opholde sig i eget hjem, 27% ville opholde sig på hospice, og kun 5% ville opholde sig på hospital. Rapporten viser også, at danskerne har viden om, at flest dør på hospital, men ikke ønsker det selv (Ref: Palliativt Videncenter 2013). Årsagerne til dette kan være borgernes egne oplevelser med døden i familien/netværket eller urealistiske forventninger til livets afslutning. Omvendt kan det også skyldes, at de rette tilbud ikke er til rådighed.

Når en borger i kommunen indgår i et palliativt forløb med hjemmesygeplejen, tager hjælpen udgangspunkt i borgerens ønsker. Hertil kommer netværkets muligheder for at hjælpe en borger i den terminale fase ud fra borgerens egne ønsker og behov.

Borgerne kan modtage følgende tilbud:

- Indlæggelse på hospice, som oftest vælges af borgere med behov for personale omkring sig døgnet rundt
- Hjemmehospice, som er et supplement til den kommunale hjemmepleje. Borgere, der modtager hjemmehospice, vil ofte have familie/netværk omkring sig hele døgnet. En person i familien/netværket kan søge plejeorlov. Alternativ kan borgeren vælge at være alene i nogle af døgnets timer. Hjemmehospice kan formidle indlæggelse på hospice, såfremt det bliver nødvendigt
- Palliativ enhed på Herlev Hospital, som er et tilbud til borgere, som har været indlagt på hospitalet og har behov for "justering" af den palliative indsats
- Udgående team fra Herlev Hospital kan supplere hjemmesygeplejen, når borgeren opholder sig i eget hjem

- Midlertidige pladser på Møllebo benyttes ofte til borgere, som ikke kan, eller ønsker, at opholde sig i eget hjem.

Når borgeren opholder sig i eget hjem i den sidste tid, varetages plejen af forskellige faggrupper i hjemmeplejen. Dette kræver indsigt og viden som modsvarer borgerens behov. Ældreplejens palliative specialistteam arbejder for at sikre, at viden ajourføres hos medarbejderne og vejleder den enkelte medarbejder, når et palliativt forløb er/har været ekstra krævende.

Det er meget komplekst og krævende at pleje en døende borger, og samtidig en faglig opgave, som bliver prioriteret meget højt, og som medarbejderne har en høj faglig stolthed i forhold til at udføre.

Det er forvaltningens opfattelse, at kapaciteten af de forskellige muligheder stemmer overens med det bestående behov. Hospice er selvvisiterende, og borgerne kan have et ønske om hospice, men alligevel ikke findes relevant til indlæggelse i forhold til aktuelle plejebehov. Det må dog drøftes, om der reelt er det antal hospicepladser, som borgerne har behov for, jf. ovennævnte undersøgelse, som viste, at over 1/4 af respondenterne ønskede at opholde sig på hospice.

Ligeledes kan der overvejes andre tilbud, som kan sikre borgerne et trygt palliativt forløb i eget hjem.

Dette kunne fx være etablering af samarbejde med frivillige organisationer om at aflaste familien/netværket i forløbet. Det er forvaltningens opfattelse, at en ordning med frivillige kunne give de pårørende et "pusterum" fra hverdagens krævende liv med et døende familiemedlem i hjemmet. Allerød Kommune har således indledt et samarbejde med Ældresagen om en ordning, hvor frivillige aflaster den pårørende i hjemmet. Forvaltningen foreslår derfor, at der rettes henvendelse til Ældresagen her i kommunen for at drøfte etableringen af et korps af frivillige til aflastning af pårørende hos døende i eget hjem.

Region Hovedstaden råder aktuelt over 56 hospicepladser, og der er truffet beslutning om yderligere etablering af 12 pladser over de næste 3 år. Regionen står for driften af hospicepladser. Udviklingen af hospicepladser er ikke i overensstemmelse med de ønsker, borgerne har for ophold ved livets afslutning, jf. PAVIs undersøgelse. Derfor kan det overvejes, om der skal tages kontakt til Regionen med henblik på etablering af flere pladser, som evt. kunne være på Lykkens Gave.

Økonomiske konsekvenser

Opgaven løses inden for rammen, idet det forudsættes at kommunen i givet fald afhænder bygningen Lykkens Gave til en markeds-baseret pris til Regionen

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. orienteringen om tilbud til borgere i palliative forløb tages til efterretning
2. der tages stilling til, hvorvidt kommunen skal tage kontakt til Regionen med henblik på at opfordre til at etablere et hospice på Lykkens Gave
3. forvaltningen retter henvendelse til Ældresagen mhp. at drøfte muligheden for et samarbejde om frivillige til aflastning af pårørende til døende borgere.

Social- og Sundhedsudvalget den 15. maj 2013

1. Taget til efterretning
2. Godkendt at der rettes henvendelse til både Regionen og evt. en privat aktør om mulighederne for at etablere hospice i kommunen. Tilbage meldingen drøftes i udvalget.
3. Godkendt.

13.

Meddelelser til udvalgets medlemmer maj 2013

.

1. Høringssvar på Kvalitetsopfølgning på madservice

Sagen Kvalitetsopfølgning på madservice blev behandlet af Social- og Sundhedsudvalget den 6. marts 2013. I sagen konkluderer forvaltningen, at "Madens kvalitet i form af smag, konsistens og udseende bliver fulgt og kontrolleret hos de tre leverandører blandt andet gennem registrering af klager. Endvidere har kommunens Madpanel vurderet maden. Det er forvaltningens samlede vurdering, at den ydelse, der leveres på madområdet, er tilfredsstillende for alle leverandørers vedkommende."

Seniorrådet har udtalt sig om sagen med følgende høringssvar:

"Madpanelet, som består af 2 personer fra Seniorrådet og 1 fra Ældre Sagen, har noteret sig i fødevarerilsynets kontrolrapporter, egne kontrolsystemer og behandling af klager, at der generelt bliver serveret god og velsmagende mad i omsorgscentrenes caféer.

Vi prøvespiser én gang om måneden, og vores oplevelser er blandede. Vores vurderinger har bestemt ikke være gode for så vidt grøntsager, kød og kartofler. Vi fokuserer på dette, da vi har bemærket, at der tilsyneladende ikke bliver taget hensyn til vores kommentarer. Det er nødvendigt igen at pointere, at det er utilfredsstillende, at der benyttes vakuumpakkede kartofler og udkogte grøntsager. Det er Madpanelets - og Seniorrådets - opfattelse, at der på samtlige plejehjemskøkkener bør anvendes årstidens friske kartofler og grøntsager. Endvidere bør maden suppleres med årstidens bær og frugt."

2. Uberettigede udbetalinger

Social og Sundhedsudvalget blev den 11. april 2013 orienteret om, at nogle ikke lovhjemlede udbetalinger i form af kompensation til nogle plejehjemsbeboere, der har fået forhøjet husleje som følge af ombygning m.v., var blevet eksponeret i forbindelse med overdragelsen af en række opgaver til Udbetaling Danmark, og at betalingerne derfor standses.

Den nærmere baggrund er, at der i forbindelse med omdannelsen for ca. 10 år siden af Virumgård til almennyttig boligselskab efter loven dengang kunne kompenseres for en lejeforskel.

Imidlertid blev en sådan praksis i nogle år videreført i relation til andre projekter, hvor der imidlertid ikke var tale om ændret boligform, men alene ombygninger m.v. (bl.a. Bredebo), og hvor der således ikke burde være givet tilsagn om kompensation for opstået lejestigning.

Forvaltningen har gennemgået 12 sager og fundet, at der i forbindelse med 10 borgersager ikke er lovhjemmel til fortsat udbetaling af kompensation. Dette er meddelt borgerne i marts måned med ophør af udbetalingerne med et passende varsel på 3 måneder (jf. brev af 26. marts 2013 vedlagt sagen i april).

To beboere fra Virumgård er stadig berettiget til kompensation. Der afventes en genberegning af beløbets størrelse fra Udbetaling Danmark. Den ene beboers pårørende har klaget over, at der foretages en regulering af beløbet og der er afholdt møde herom med deltagelse af borgmesteren.

En anden familie har klaget over kommunens adfærd. Der arbejdes fortsat på denne sag.

Tre andre er telefonisk rådgivet.

Det beløb, der hidtil således er udbetalt uden lovhjemmel, beløber sig til godt 0,2 mio. kr. årligt.

3. Implementering af elektronisk nøglesystem i DKL

Orientering vedlagt (bilag)

4. Ny leder i Lyngby-Taarbæk Frivilligcenter

Lyngby-Taarbæk Frivilligcenter har pr. 1. juni 2013 ansat Line Pinstrup som leder af frivilligcentret og som afløser for Henrik Olsen, der fratrådte sin stilling 30. april 2013. Line kommer fra en stilling som konsulent i Center for Socialøkonomi, hvor hun blandt andet har beskæftiget sig med netværksopbygning i den frivillige sektor. Line har en meget bred erfaring med frivilligt arbejde. Line Pinstrup og formand for Lyngby-Taarbæk frivilligcenter Lene Lemvig-Müller deltager på Social- og Sundhedsudvalgets møde i august 2013.

Social- og Sundhedsudvalget den 15. maj 2013

Taget til efterretning.

14.

1. anslået regnskab 2013 - Social- og Sundhedsudvalgets område

Sagsfremstilling

Økonomiudvalget tog den 18. april 2013 en samlet oversigt vedr. 1. anslået regnskab 2013 til efterretning, idet udvalget dog besluttede at lade rationalet fra hensigtserklæringerne i Budgetaftalen 2013-16 indgå i finansieringen af merudgifterne på driftsvirksomheden, jf. notat af 22. marts 2013 om status på budgetaftalen 2013-16.

For Social- og Sundhedsudvalgets område drejer det sig om flg. hensigtserklæringer:

- Optimering af arbejdsgange ved løft af borgere
- Lean af driften på plejehjem
- Etablering af sygeplejeklinik på Møllebo
- Nyt udbud på indkøbsordningen - indkøb og udbringning af dagligvarer
- Videre arbejde med helhedsplan for socialpsykiatrien
- Ændret ledelsesstruktur og besparelse på driften af tandplejen
- Reduktion i forebyggelige (gen-)indlæggelser via tidlig opsporing/handling

Økonomiudvalget besluttede herudover at oversende redegørelsen til de enkelte fagudvalg til videre behandling. Resultatet af fagudvalgenes behandling oversendes til behandling af Økonomiudvalget den 23. maj 2013 og Kommunalbestyrelsen den 30. maj 2013.

Der er i 1. anslået Regnskab 2013 nærmere redegjort for de enkelte afvigelser i forhold til korrigeret Budget 2013, jf. notat af 9. april 2013: "1. anslået regnskab 2013, pr. 31.3.2013", udsendt med dagsordenen til kommunalbestyrelsesmødet den 25. april 2013.

På Social- og Sundhedsudvalgets område viser budgetopfølgningen af driftsvirksomheden følgende resultat:

Tabel 1.

1.000 kr. netto	Budget 2013	Korrigeret budget *	Anslået regnskab	Afvigelse i forhold til korr. budget	Afvigelse i forhold til opr. budget
Ældre	539.096	543.700	544.869	1.169	5.773
Handicappede	234.293	231.325	235.425	4.100	1.132
Sundhed	305.484	297.448	297.448	0	-8.036
Social-og Sundhedsudvalget i alt	1.078.873	1.072.472	1.077.742	5.270	-1.131

- = mindreudgift/merindtægt

+ = merudgift/mindreindtægt

* Budget 2013 inkl. tillægsbevillinger siden budgetvedtagelsen i oktober 2012 til og med marts 2013.

Der skønnes et samlet merforbrug på Social-og Sundhedsudvalgets område på 5,3

mio. kr. Nettoafvigelsen kan opdeles i flg. kategorier:

Tabel 2

	1.000 kr.
Aktivitetsområde Ældre	
Køb og salg	1.000
Fælles konti	110
Frit valg-pulje (kapacitetstilpasning)	609
Hjælpe midler	350
Busdrift	-800
Plejevederlag	800
Rådgivning	-300
Personlige tillæg og Heldbrestillæg	-600
Aktivitetsområde Handicappede	
VSU	200
STU	-2.800
Pleje og omsorg	700
Forebyggende indsats	2.600
Botilbud for personer med særlige sociale problemer	-300
Alkohol- og stofmisbrugsbehandling	100
Længerevarende botilbud	1.200
Midlertidige botilbud	1.900
Beskyttet beskæftigelse	800
Aktivitet- og samværstilbud	-700
Social formål (merudgifter)	400
I alt	5.270

Ældre

De primære årsager til det samlede merforbrug på Ældreområdet er øgede udgifter til køb af plejeboliger i andre kommuner grundet takststigninger (1,0 mio.kr.), merforbrug vedrørende plejevederlag, som følge af øget efterspørgsel på at passe syge pårørende i eget hjem (0,8 mio.kr.), samt mindreforbrug på busdrift grundet faldende efterspørgsel (-0,8 mio.kr.)

Handicappede

Det samlede merforbrug på Handicapområdet skyldes hovedsageligt merforbrug vedrørende den forebyggende indsats som følge af højere aktivitet (2,6 mio.kr.), merforbrug på midlertidige botilbud som følge af højere priser på tilbuddene (1,9 mio. kr.), samt mindreforbrug på STU (særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse) grundet både lavere aktivitet og lavere enhedspriser (-2,8 mio. kr.)

Den lovpligtige kvartalsrapport på det specialiserede område for første kvartal 2013 er optrykt i notatet af 9. april 2013 om 1. anslået regnskab 2013 og er indberettet til Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Tallene i indberetningen er identisk med skønnet for 1. anslået regnskab 2013, men det bemærkes at ministeriets afgrænsning af det specialiserede socialområde afviger fra kommunens afgrænsning af aktivitetsområder.

Efter ønske fra økonomiudvalget den 18. april 2013 arbejder forvaltningen videre med at udvikle rapporten.

Økonomiske konsekvenser

Fremgår af sagen.

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen.

Indstilling

Forvaltningen foreslår,

1. at redegørelsen vedrørende 1. anslået regnskab 2013 drøftes
2. at de budgetmæssige ændringer anbefales jf. tabel 1
3. at det specialiserede socialområde drøftes med udgangspunkt i det udarbejdede materiale.

Social- og Sundhedsudvalget den 15. maj 2013

1. Drøftet
2. Anbefalet
3. Drøftet, jf. sag nr. 4

Bilag til Social og Sundhedsudvalgets møde 15. maj

Sag nr. 1

3 bilag

7

SENIORRÅDET
I
LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE

Dato: 25.2.2013

**Høringsvar vedrørende
etablering af 40 nye omsorgsboliger**

Seniorrådet har bemærket, at forvaltningen har vurderet, at arealet Buddingevej 50 (Statsskolen) er det bedst egnede af de arealmuligheder, der har været gennemgået med henblik på etablering af omsorgsboliger. Social- og Sundhedsudvalget har herefter besluttet at arbejde videre med overvejelser om at opføre omsorgsboliger på den tidligere Statsskoles areal.

Seniorrådet må gå ud fra, at det har været taget i betragtning, at man har valgt en placering i et meget trafikeret og støjfyldt område, og at det er muligt at kompensere for de eventuelle gener, disse forhold kan medføre.

Det er positivt, at kommunen i det planlagte projektforbøb om omsorgsboligernes indhold har valgt at trække på andre kommuners erfaringer. Seniorrådet ser frem til at deltage i den styregruppe, som skal udarbejde en mere detaljeret tids- og procesplan. Seniorrådet går i denne sammenhæng ud fra, at styregruppens kommissorium også vil give adgang til løbende at følge og eventuelt justere projektforbøbet.

På Seniorrådets vegne

Aase Steffensen

1. Usikker overgang til plejebolig

For mange ældre (og familien) er overgangen til plejebolig forbundet med usikkerhed, da det er uklart hvad det er for et liv man står overfor.

Denne usikkerhed skaber en situation af ængstelse, der skaber en negativ oplevelse og gør det vanskeligere for de ældre at falde til.

Hvordan kan vi bedre forberede den ældre på deres fremtidige liv og skabe en mere positiv overgang til plejeboligen, for både den ældre og familien?

2. Mangel på genkendelighed

At flytte i plejebolig medfører for mange en stor omvæltning præget af krise og tab af identitet - man mister forbindelsen til det tidligere liv. Det har stor betydning at have en krog tilbage i det liv, man kommer fra gennem genkendelige handlinger, ritualer, inventar og stemninger.

Mange kommer aldrig til at opfatte plejeboligen som et hjem, fordi de mangler denne genkendelighed, i den nye tilværelse.

Hvordan kan man i højere grad skabe forbindelse og spor fra det tidligere liv og frem til det nye?

3. Svært at deltage

Det er ofte af stor betydning stadig at kunne være med til at løse mindre opgaver i det daglige, f.eks ved måltider.

Ikke at kunne deltage giver en følelse af 'hotelophold'.

Ved at kunne deltage skabes referencer til det tidligere liv, hvor sanser og hukommelse aktiveres.

Det kan dog ofte være svært for de ældre at deltage, grundet besværet fysik, travlhed blandt personalet eller mangel på kultur for denne praksis.

Hvordan kan vi hjælpe de ældre til at kunne deltage mere i de daglige opgaver?

4. Fremmede redskaber i hjemmet

Plejeboligen er et 'transformativt' rum der skal kunne skifte funktion og formål på kort tid.

Hjemmet bliver flere gange dagligt 'pakket' ud som arbejdsplads og foldet sammen til et hjem igen. Samtidig rummer plejeboligen en del arbejdsmæssige redskaber, der ikke hører naturligt til i den 'normale' forestilling om et hjem.

Hvordan kan man minimere følelsen af arbejdsplads og højne følelsen af hjem?

5. Uforståelig teknologi

Internetadgang giver mulighed for at etablere eller fastholde forbindelser til verden uden for plejeboligen.

Mulighederne for at kommunikere direkte med familie, selv at opsøge underholdning, bestille litteratur og gøre indkøb, vil for ældre som mestrer internetmulighederne, øge selvbestemmelsen betydeligt.

I dag er der mange, der ikke benytter sig af disse muligheder, da teknologi og internet bliver opfattet som fremmedartet og uforståeligt. Desuden er personalet ofte presset på tid ift. at indføre de ældre i disse muligheder.

Hvordan kan man skabe bedre grobund for digitale brugervenlige løsninger?

6. Lidt plads til forskellighed

I dag er plejeboliger ofte indrettet til at rumme alle ældre som én gruppe – ikke en gruppe af individer med forskellige behov.

Resultatet er, at de ældre nødvendigvis må indordne sig de eksisterende rammer, på trods af at deres behov kan være anderledes.

Hvordan kan man skabe rammer der tilgodeser individuelle behov i plejeboligen?

7. Besøgsvenner mangler viden

Besøgsvenner er potentielt en stor ressource som både personalet og beboere kan drage nytte af.

Dog oplever personalet, at besøgsvenner ofte ved for lidt om, hvordan man hjælper og håndterer de ældre, hvilket gør, at de ofte kun bruges til mindre opgaver - spil, højtlesning, samtale og hyggestunder.

Hvordan kan vi skabe et bedre vidensgrundlag for besøgsvenner, så de bliver en bedre ressource?

8. Svært at være 'vært' i eget hjem

Et vigtigt element og ritual omkring hjemlighed, handler om at invitere andre på besøg og evt. byde på kaffe og kage som vært.

For mange beboere kan det være svært at påtage sig denne værtsrolle, når man f. eks skal bede besøgende om at betale for kaffe og kage.

Dette faktum virker som et benspænd for følelsen af at være hjemme.

Hvordan kan vi skabe nye muligheder for, at de ældre kan være vært i eget hjem?

9. Svært at opretholde netværk

Det er afgørende for livskvaliteten at opretholde forbindelse til familie og venner, selv om man er flyttet i plejebolig. Familien bliver usynlig, hvis den ikke inddrages og føler sig godt modtaget.

I dag har familie og venner ofte svært ved at finde deres roller i den ældres nye liv, og de ældre har svært ved selv at komme i kontakt med familien.

Hvordan kan man skabe nye muligheder for de ældre, til at opretholde kontakten til familie og venner?

10. Svært at skabe fællesskaber

I mange plejeboliger bor mennesker med demenssygdomme sammen med kognitivt velfungerende mennesker. Det er i dag en udfordring at skabe fællesskaber mellem mennesker med demenssygdom og mennesker, som er velfungerende.

I dette miljø har hjemlighed og fællesskab vanskelige vilkår.

Hvordan kan man hjælpe de ældre med at skabe følelsen af hjemlighed og knytte sociale fællesskaber i et sådan miljø?

11. Svært at bidrage til omverden

Gensidighedsprincippet er en balance i menneskelige relationer mellem at give og at modtage - dette skaber ligeværdighed.

Dette princip er ofte sat ud af spil i plejeboligen, da den ældre ofte har meget få muligheder for at give eller bidrage i relationen til andre. Dette gør, at de ældre ofte føler, at de kun kan bede om hjælp uden give tilbage - derved skabes en ubalance der gør at de føler sig 'til besvær'.

Hvordan kan man skabe muligheder for, at de ældre kan bidrage, og dermed skabe mere symmetriske relationer til omverden?

12. Fysisk selvstændighed

Fysisk aktivitet medvirker til at fastholde og eventuelt styrke mobiliteten og dermed muligheden for selvstændighed.

Hvis muskelstyrke og kondition er faldende, fordi beboeren er for inaktiv, mindskes kroppens ydeevne, balancen påvirkes, og beboeren kan blive bange for at falde - dette forårsager større afhængighed af personalet og understøtter følelsen af institution.

Hvordan kan man skabe nye muligheder for at fastholde og styrke den nuværende indsats i at holde beboere aktive?

13. Mister adgang til nærmiljø

Når ældre flytter i plejebolig, oplever mange at de mister forbindelsen til nærmiljøet.

Adgang til butikker, netværk & fri færden i nabolaget over korte afstande giver muligheder for at opretholde og fortsætte en del af det liv, man hidtil har levet, og det er med til at stimulere følelsen af frihed, selvstændighed og hjemlighed.

Hvordan kan man skabe muligheder for at fastholde adgangen til nærmiljøet fra det nye hjem?

14. Familien forsvinder fra plejeboligen

Fællesarealer opfattes ofte ikke som hyggelige af de ældres familie, og de er ofte ikke gode til at inkludere de ældres børn, børnebørn og oldebørn. Inkluderende fællesarealer ville skabe mere liv til glæde for alle beboere, og højne lysten for besøg fra familien.

I dag enten henter familien de ældre hjem, ellers benyttes den ældres private bolig - der ofte har pladsbegrænsninger og opfattes som 'kedelige' af besøgende børn.

Hvordan kan vi skabe incitament for familien til i højere grad at benytte plejeboligens fællesarealer?

N O T A T

om

Beskrivelse af målgruppe samt omsorgsbolig og omsorgspakke

Notatet beskriver forvaltningens foreløbige overvejelser om målgruppen for de kommende omsorgsboliger samt omsorgsboligerne og omsorgspakken.

Målgruppe

Omsorgsboligerne er målrettet gruppen af ældre, som i dag udtrykker ønske om og/eller visiteres til en plejebolig, fordi de er ensomme, utrygge og lever isoleret. Ofte får de ikke spist og drukket tilstrækkeligt og er deraf underernærede og dehydrerede, hvilket til tider medfører, at de føler sig fysisk dårligere end de reelt er.

Målgruppen modtager hjemmehjælp og/eller personlig pleje af varierende grad, og kan have et højt eller lavt funktionsniveau. Fælles for målgruppen gælder det, at de ældre gerne vil tage ansvar for deres hverdag og næres ved at være sammen med andre, men følelsen af utryghed og ensomhed hæmmer dem heri. Under trygge og sociale rammer forventes målgruppen at "blomstre op" og igen få overskud til at lede og udvikle eget liv.

Målgruppen inkluderer ikke:

- Ægtepar, idet det primære kriterium for at søge og visitere til en omsorgsbolig er utryghed, ensomhed, isolation mv. Følelser og tilstande som er mere fremtrædende hos enlige end par. Der er i dag 21 ægtepar-boliger til ældre i kommunen, hvilket vurderes tilstrækkeligt i forhold til efterspørgslen. Endvidere er det erfaringen, at det ofte er for dyrt at bo i en ægtepar-bolig alene, i det tilfælde at den ene part falder bort, eller flytter til en plejebolig på grund af øget behov for pleje.
- Personer med betydelige psykiske og psykiatriske udfordringer, som kan skabe utryghed i bo-enheden eller hæmme det sociale liv
- Yngre personer, 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.

Omsorgsbolig og 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, udmøntet via en række aktiviteter og fællesskaber for og i samarbejde med beboerne, de omkringliggende institutioner og frivillige. Omsorgspakken understøttes af synligt personale, som er tilstede om eftermiddagen, aftenen og i weekenden, hvor behovet for samvær og aktiviteter typisk er størst. Der er i Budget 2013-16 fastsat 1 mio. Kr. årligt til drift af omsorgspakken.

Omsorgsboligerne skaber tryghed på flere niveauer. Boligerne er overskuelige og beboerne kan se og høre, at de ikke er alene. Beboerne oplever at være en del af et fællesskab, personalet er velkendt og beboerne er integreret i nærmiljøet. Beboerne bliver delagtiggjort i "driften" og får ansvar for f.eks. at luge haven, bage kage, arrangere film-aftener mv., hvormed beboerne oplever at have en funktion, at være til nytte og give noget igen til fællesskabet.

Personalets rolle er at skabe og understøtte relationer mellem beboerne internt og mellem beboerne og nærmiljøet. Personalet er interesseret og nærværende, igangsætter aktiviteter ud fra beboernes forskellige interesser og ressourcer og etablerer fællesskaber og netværk på tværs af frivillige, nærmiljøet og pårørende.

En aktivitet kan både være systematiserede forløb, f.eks. ugentlig gymnastik, enkeltstående oplevelser, f.eks. royalt bryllup på storskærm samt dagligdags gøremål og uformelt samvær. Personalet er opmærksom på "at være" mere end "at gøre" for at understøtte beboernes selvstændighed og fremme nærværet og fællesskabet.

Boligen og de tilhørende fællesarealer er hjemlige. Beboerne kan indrette den private bolig og fællesarealerne personligt med spor tilbage til det tidligere liv, så de oplever, at boligen repræsenterer dem og har lyst til at få besøg der.

Fællesarealerne afspejler livet, som det leves. Fælleskøkkenet dufter af kaffe, i fællesstuen hænger der fotos, som vækker fælles minder og der ligger bøger og blade fremme. Fællesarealerne er hyggelige og "inviterende" og målrettet både børn, unge, voksne og ældre med tilhørende inventar, legetøj, it-udstyr mv., så fællesarealerne kan fungere som ramme for flere typer besøg og fællesskaber.

Omsorgsboligerne inkluderer nærmiljøet, så beboerne kan opretholde "gamle" netværk og opleve at være en del af omverdenen. Eksempelvis ved at nærmiljøet inviteres til aktiviteter og fester i boenheden, udendørs-arealerne rummer legeplads evt. med en kanningård drevet i samarbejde med den nærliggende SFO eller børnehave, motionssti, have mv. med henblik på at skabe liv på tværs af generationer i boenheden.

Ud over de uformelle samarbejder arbejder forvaltningen aktuelt på at skabe formaliserede samarbejder med de omkringliggende institutioner, skoler, SFO'er og frivillige foreninger omkring brugen og driften af fællesarealerne ud fra spacemanagement tankegangen.

Sigga Birkvad

Bilag til Social og Sundhedsudvalgets møde 15. maj

Sag nr. 3

4 bilag

Helhedsplan for
Socialpsykiatrien
i Lyngby-Taarbæk Kommune

Indhold

VISION OG MÅLSÆTNINGER.....	5
VISION	7
MÅLSÆTNINGER	8
<i>Vidensbaseret praksis</i>	<i>8</i>
<i>Fleksible og individuelt tilrettelagte ydelser.....</i>	<i>8</i>
<i>Inddragelse af brugeren som aktiv, vidende samarbejdspartner</i>	<i>9</i>
<i>Netværk og frivillige inddrages.....</i>	<i>9</i>
<i>Sammenhæng og helhed.....</i>	<i>10</i>
<i>Samarbejde med behandlingspsykiatrien.....</i>	<i>11</i>
MÅLGRUPPE	12
TILBUD OG ORGANISERING	14
UDFORDRINGER OG FORSLAG TIL HÅNDBLÆNDING	14
<i>Udfordringer på voksenområdet.....</i>	<i>14</i>
<i>Udfordringer på ungeområdet.....</i>	<i>19</i>
MODELLER FOR ORGANISERING	23
<i>Model 1 – Øget koordinering: Søjler med fokus på flow</i>	<i>24</i>
<i>Model 2 – Samlet organisering: Alternativer til botilbud.....</i>	<i>26</i>
<i>Model 3 – Samling og fordeling.....</i>	<i>28</i>
IMPLEMENTERINGSPLAN	30
VIDENSGRUNDLAG OG FAGLIG RETNING.....	BILAG 1
AKTUELLE SOCIALPSYKIATRISKE TILBUD.....	BILAG 2

Vision og målsætninger

Socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune skal være baseret på den aktuelt bedste viden om hvad der virker inden for området. Det drejer sig om viden om mulighederne for at forebygge og komme sig fra alvorlige psykiske lidelser og viden om hvordan man understøtter brugerne i at leve et liv som inkluderet samfundsborger, uanset hvilken midlertidig eller langvarig funktionsnedsættelse borgeren har.

Visionen for Socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune er derfor at skabe muligheder for at borgere med sindslidelser og nedsat funktionsniveau som følge deraf **kommer sig** og oplever **social inklusion**. På længere sigt er det desuden visionen at arbejde for at **forebygge** at borgere udvikler sindslidelser eller alternativt så vidt muligt at forebygge funktionsnedsættelser eller forværring af funktionsnedsættelser som følge af sindslidelse.

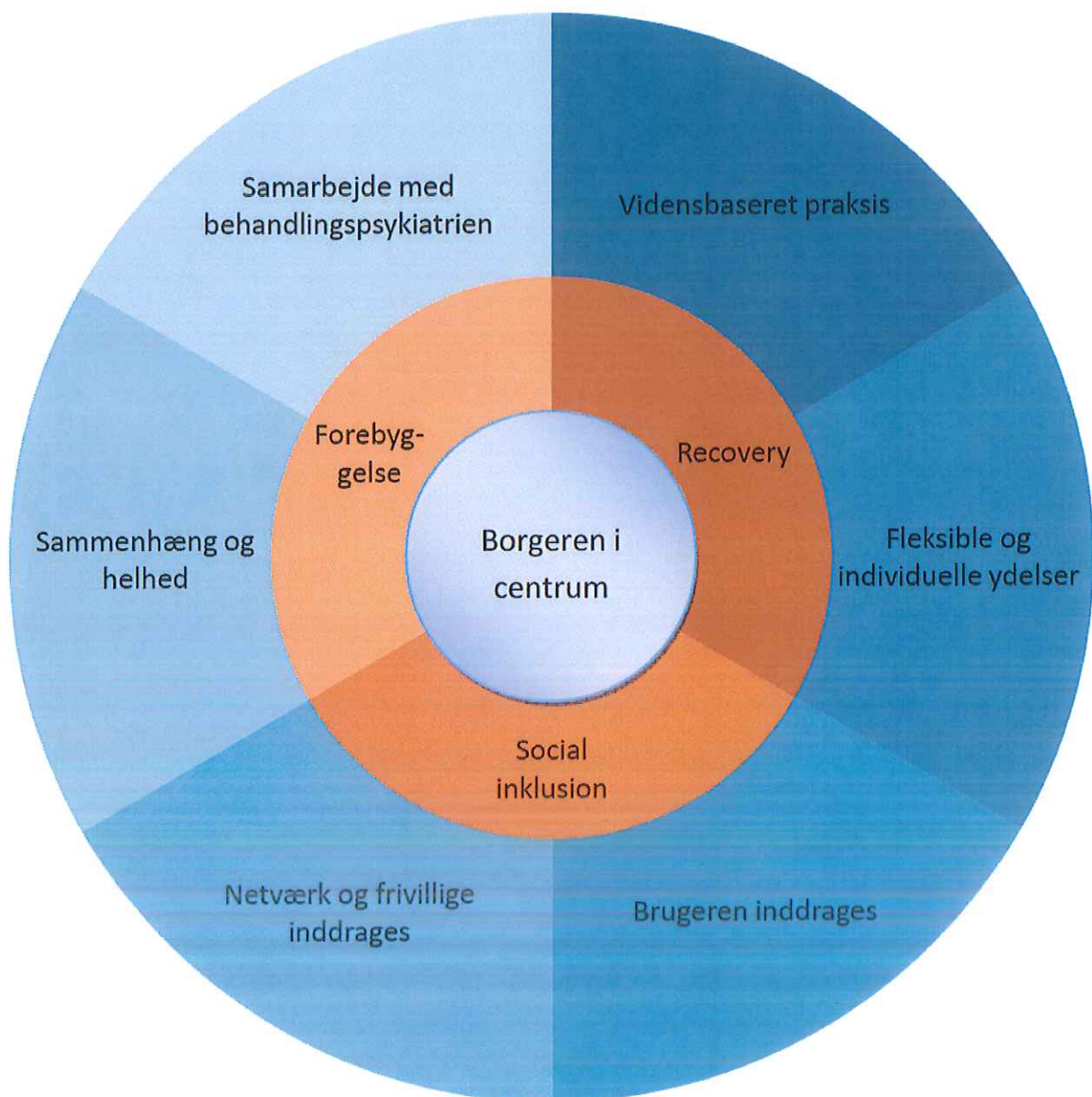
Visionen retter sig således mod effekterne af de socialpsykiatriske indsatser. For at opnå disse effekter er det afgørende, at de socialpsykiatriske indsatser tilrettelægges og udføres på en måde så **borgeren er i centrum for indsatsen**.

Derfor har Lyngby-Taarbæk Kommune målsætninger inden for følgende fokusområder som skal skabe de bedste forudsætninger for at visionen bliver til virkelighed:

1. Der udvikles fortsat en vidensbaseret praksis
2. Der leveres fleksible og individuelt tilrettelagte ydelser
3. Brugeren inddrages som aktiv, vidende samarbejdspartner
4. Brugers netværk og frivillige aktører inddrages
5. Der er sammenhæng og helhed i indsatsen, også i relation til eksterne samarbejdspartner
6. Der er et godt og velfungerende samarbejde med behandlingspsykiatrien

I det følgende uddybes såvel visionen som de seks fokusområder, og der opstilles konkrete målsætninger for hvordan visionen nås inden for de gældende lovgivningsmæssige og økonomiske rammer.

Vision og målsætninger



Vision

Recovery, social inklusion og forebyggelse

Recovery betyder slet og ret 'at komme sig'. Begrebet dækker over den viden, at mennesker kan komme sig fra såvel milde som svære psykiske lidelser. For nogle betyder det, at de vender tilbage til deres tidligere funktionsniveau – eller måske endda får det bedre end nogensinde før – og bliver selvforsørgende og uafhængige af offentlig hjælp. For andre betyder det at de er i en udviklingsproces, hvor de fx får bedre livskvalitet eller får større kontrol over deres liv.

Uanset om borgeren bliver selvforsørgende eller fortsat har brug for offentlige ydelser eller kompenserende støtte, har alle borgere ret til at være og forblive inkluderet i sociale og samfundsmæssige sammenhænge.

De socialpsykiatriske indsatser, der tilbydes i Lyngby-Taarbæk Kommune, skal bygge på den aktuelt bedste viden om, hvad der kan hjælpe mennesker i processen med at komme sig, forebygge at de får det værre eller hjælpe dem til at bevare eller genetablere deres tilknytning til netværk og andre samfundsmæssige sammenhænge.

Borgere med funktionsnedsættelser som følge af psykiske problemer skal have mulighed for at udfolde sig inden for forskellige livsdomæner. For hvert livsdomæne er det målsætningen, at borgeren udvikler sig og lever med mindst mulige indgreb, med størst mulig selvstændighed og så tæt på 'normale' betingelser som muligt. Det er således en målsætning, at borgere med sindslidelser uanset funktionsnedsættelser har muligheder for:

- Samfundsliv med uddannelses- og/eller arbejdsliv
- Socialt liv med fritidsliv og netværk
- Privatliv med
 - Adgang til egen bolig
 - Adgang til de økonomiske ressourcer de er berettiget til
 - Styrket evne til egenomsorg
 - Adgang til at danne eller bevare nære relationer

Det er visionen at skabe forudsætninger for, at det så vidt muligt forebygges, at psykiske problemer udvikler sig til langvarige lidelser og kommer til at give permanente og omfattende funktionsnedsættelser. På kortere sigt indebærer det en ambition om, at mennesker, der første gang giver udtryk for at have psykiske vanskeligheder, de ikke selv kan tackle, mødes med anerkendelse og bliver taget alvorligt. På længere sigt indebærer det yderligere en ambition om, at borgere med psykiske problemer, uanset om det er på arbejdsmarkedet, i uddannelsessystemet eller i en af kommunens mange foreninger, mødes på en måde som giver størst mulig chance for, at problemerne ikke bliver langvarige og fastlåste. Dette kræver en indsats på tværs af sektorer, på tværs af normal- og specialområderne og på tværs af de kommunale søjler og lovområder.

Målsætninger

For socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune

Vidensbaseret praksis

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker en innovativ og udviklingsorienteret socialpsykiatrisk indsats, men også en indsats, hvor vi bygger på eksisterende viden og dokumentation. Der er allerede masser af viden om mulighederne for at komme sig fra psykiske lidelser, og om hvad der kan hjælpe disse processer på vej og understøtte psykisk bedring. Desuden udvikles der fortsat viden om mulighederne for at komme sig, ligesom der udvikles og afprøves nye metoder og tilgange, der kan understøtte processerne.

Socialpsykiatrien vil derfor have en kultur, hvor der løbende indhentes viden samt dokumenteres og evalueres, om indsatserne fører til de ønskede resultater. Dette for på den ene side at sikre, at den socialpsykiatriske praksis reelt funderes i den aktuelt bedste viden, og på den anden side for at sikre at praksis videreudvikles på baggrund af dokumenterede erfaringer med virkningerne af indsatsen.

Det er derfor en målsætning for socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune, at den socialpsykiatriske indsats er videns- og udviklingsbaseret. Det indebærer:

- At de socialfaglige metoder og indsatser i alle socialpsykiatriske tilbud og ydelser beskrives og relateres til den aktuelt bedste viden på området.
- At den socialpsykiatriske praksis beskrives, dokumenteres og evalueres systematisk.
- At der fortsat er fokus på at afprøve og udvikle nye metoder og redskaber til at arbejde med recovery, social inklusion og forebyggelse.
- At der arbejdes med fælles kompetenceudvikling for myndighed og leverandører, så den eksisterende viden udbredes og relateres til praksis i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Fleksible og individuelt tilrettelagte ydelser

Mennesker med funktionsnedsættelser som følge af psykiske lidelser er forskellige og har forskellige behov for støtte. Der er ikke en metode, der virker for alle, men afgørende for effekten af en ydelse er, at den er tilpasset den enkeltes behov, ønsker og målsætninger. Det kræver et tæt og tillidsfuldt samarbejde mellem myndighed og udførere om at skræddersy løsninger, der passer til den enkelte.

Det er derfor en målsætning, at der skal kunne leveres fleksible og individuelt tilrettelagte ydelser. Det indebærer:

- At myndighed og alle relevante leverandører samarbejder om at skræddersy tilbud til den enkelte bruger, også i de mest komplicerede tilfælde, og i tilfælde med behov for massiv støtte, så kommunen så vidt muligt bliver selvforsynende indenfor socialpsykiatrien.
- At der arbejdes med en dialogbaseret BUM-model (Bestiller/Udfører/Modtager), hvor bestiller og udførere samarbejder og udveksler viden løbende – altid med borgeren i centrum
- At der inden for de lovgivnings- og resurse-mæssige rammer gives muligheder for at vælge løsninger, som passer til den enkelte borger, og som giver færrest omkostninger på langt sigt. Det

kræver tæt opfølgning, ligesom det kræver, at det prioriteres, at myndighedsniveauet får tid til at arbejde med fleksible og innovative løsninger.

- At handleplanen og de pædagogiske planer bruges som systematiske samarbejdsredskaber til at beskrive målsætninger og planer for indsatsen.
- At styrings- og dokumentationssystemer implementeres på en måde, så myndighed og de forskellige leverandører supplerer og informerer hinanden, herunder at der indføres krav om effektmåling.

Inddragelse af brugeren som aktiv, vidende samarbejdspartner

En af forudsætningerne for at mennesker kommer sig fra alvorlige psykiske problemer, er at de selv er aktive i processen. Den mest virkningsfulde hjælp i processen med at komme sig er den, der holder fokus på brugernes resurser og muligheder. Der er brugere, som har store udfordringer på nogle livsområder, men samtidig håndterer andre livsområder uden problemer. Disse resurser bør ses som et potentiale for at skabe udvikling, også på de områder, hvor der er udfordringer.

Det er derfor en målsætning, at der arbejdes ud fra et rehabiliteringsperspektiv med fokus på at inddrage brugeren som aktiv, vidende samarbejdspartner med resurser og muligheder fra først til sidst. Det indebærer:

- At der i socialpsykiatrien – fra myndighed til udfører – arbejdes ud fra en tilgang, hvor brugerens opfattelser og ønsker ikke anfægtes, men suppleres med faglige perspektiver, vurderinger og afgørelser af hvad der kan og ikke kan tilbydes.
- At der i socialpsykiatrien – fra myndighed til udfører – lægges vægt på at øge brugerens forståelse, mening og kontrol med henblik på at sikre, at indsatsen giver de bedste resultater for brugeren.
- At der i visitationsøjemed fokuseres på både funktionsniveauet (forudsætningen for tildeling af ydelser) og på brugerens resurser og muligheder, ønsker og mål.
- At brugeren præsenteres for, hvilke muligheder (og begrænsninger) der er for at få støtte og hjælp de forskellige steder i socialpsykiatrien og i behandlingspsykiatrien.
- At brugeren kender og har indflydelse på planen for, hvilke socialpsykiatriske indsatser der iværksættes, og at brugeren tror på, at planen kan bidrage til, at brugeren kommer nærmere sine mål.
- At der arbejdes med udvikling og recovery som mål for de socialpsykiatriske indsatser, uanset om det er langvarige eller kortvarige indsatser, og uanset om udviklingsforventningerne er store eller små.

Netværk og frivillige inddrages

Inddragelse af netværk og frivillige kan både øge kvaliteten af indsatsen – oplevet med brugerøjne såvel som med pårørendeøjne – og skabe løsninger, der ikke bliver unødigt omkostningstunge eller langvarige.

Netværksinddragelse indebærer på den ene side, at de resurser, som borgeren har i sit eget netværk, inddrages og understøttes, så den professionelle indsats ikke kommer til at overtage funktioner, som kan varetages på anden vis. På den anden side skal inddragelse af netværket sikre, at der samarbejdes med og omkring borgeren, så de forskellige aktører bidrager med deres forskellige synsvinkler, kompetencer og

roller på en måde, hvor borgeren forbliver i centrum for processen og samtidig bliver opmærksom på såvel de muligheder som de vilkår og rammer, der er omkring vedkommende.

Inddragelse af frivillige kan give mulighed for at opbygge andre former for relationer end dem som er mellem professionelle og brugere. For borgere med et spinkelt eller belastet netværk kan inddragelse af frivillige give nogle af de samme kvaliteter som netværksinddragelse. Yderligere giver inddragelse af frivillige mulighed for at skabe lokalsamfundsbaseerede løsninger som holder, også efter at en offentlig ydelse er ophørt.

Det er derfor en målsætning, at brugerens netværk og relevante frivillige aktører inddrages på en måde, så brugeren fortsat er i centrum for processen. Det indebærer:

- At netværk og pårørende, hvis brugeren tillader det, altid inviteres til at give udtryk for deres opfattelse af situationen og hvad de oplever de kan bidrage med for at løse/bedre situationen.
- At inddragelsen af netværk og pårørende sker på en måde så brugerens opfattelser og ønsker ikke anfægtes, men suppleres med netværkets og de pårørendes viden, opfattelser og ønsker.
- At det respekteres når brugeren ikke ønsker netværket eller de pårørende inddraget
- At det i samarbejde med de relevante aktører sikres, at der er tilbud til pårørende i Lyngby-Taarbæk Kommune, som understøtter, at de pårørende kan håndtere problemerne og komme til at spille en positiv rolle i forhold til brugeren.
- At der samarbejdes med frivillige aktører i lokalområdet om at definere opgaver som frivillige kan varetage, fx som mentorer eller netværksfamilier for en borger med sindslidelse
- At der fortsat bakkes op om det lokale arbejde for at etablere og drive selvhjælpsgrupper og andre netværksaktiviteter i civilsamfundet, bl.a. i regi af Lyngby-Taarbæk Frivilligcenter

Sammenhæng og helhed

Mennesker med funktionsnedsættelser på grund af psykiske lidelser har ofte komplekse problemstillinger, de færdes i forskellige sammenhænge, og de modtager hjælp fra forskellige sektorer. Målgruppen færdes fx på arbejdsmarkedet, i boligområder og/eller i uddannelsessystemet og modtager samtidig hjælp fx på beskæftigelsesområdet, på forsørgelsesområdet, i misbrugstilbud, i socialpsykiatrien og/eller i behandlingspsykiatrien.

Hvis det for alvor skal være muligt at have borgeren i centrum for indsatsen, kræver det at de professionelle formår at skabe et samarbejdsrum, hvor der er gensidig respekt for de forskellige faglige tilgange og roller, og hvor alle bidrager til at få tilrettelagt en helhedsorienteret og sammenhængende indsats. Det gælder på tværs af den kommunale indsats, og det gælder på tværs af behandlingspsykiatri, socialpsykiatri og somatisk behandling.

I et forebyggelsesperspektiv bliver det desuden afgørende hvordan aktører på 'normalområdet' møder borgere, når de første gang får psykiske vanskeligheder, som de har svært ved at håndtere. Her kan den specialviden, der eksisterer i socialpsykiatrien, gøres tilgængelig for normalområdet – fx i uddannelsessystemet, men også i den boligsociale indsats. Ikke fordi socialpsykiatrien skal løse opgaver på normalområdet, men fordi normalområdet i nogle sammenhænge kan have gavn af viden og kompetencer, som kan formidles fra socialpsykiatrien.

Det er derfor en målsætning, at der er sammenhæng og helhed i den socialpsykiatriske indsats og i samarbejdsrelationerne til andre aktører. Det indebærer:

- At der udvikles metoder til at samle de relevante aktører fra forskellige sektorer sammen med brugeren og at kommunikere på en måde, hvor brugerens opfattelser og ønsker ikke anfægtes, men suppleres med faglige perspektiver, vurderinger og afgørelser af, hvad der kan og ikke kan tilbydes.
- At socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune tilbyder at formidle viden om psykiske problemer og håndteringen af dem til andre aktører og sektorer, så disse får mulighed for at indarbejde den specialiserede viden i normalområdet.
- At der udarbejdes en plan for, hvordan normal- og specialområderne på længere sigt kan samarbejde endnu bedre om at forebygge udvikling og forværring af alvorlige psykiske problemer.
- At den boligsociale indsats udvikles, bl.a. ved at indtænke den socialpsykiatriske faglighed hvor det er relevant.

Samarbejde med behandlingspsykiatrien

En stor del af de borgere, som modtager indsatser i socialpsykiatrien, modtager tillige i perioder behandling i regionens psykiatriske tilbud. Det være sig under indlæggelse på psykiatrisk afdeling i Ballerup, ved ambulat behandling eller i distriktspsykiatrien i Gladsaxe.

Borgere med sindslidelser, som er i kontakt med flere forskellige hjælpesystemer, skal kunne forvente, at den professionelle indsats er helhedsorienteret og sammenhængende på tværs af sektorer, og at behandlingsforløb koordineres så borgeren i forskellige faser af sin sindslidelse får den nødvendige, men samtidig mindst muligt indgribende indsats.

En sådan koordineret indsats skal sikre bedre overgange ved udskrivning fra indlæggelse på psykiatrisk afdeling, og den skal sikre, at distriktspsykiatriske og socialpsykiatriske indsatser gensidigt understøtter og supplerer hinanden til gavn for borgeren.

Det er derfor en målsætning at der skal arbejdes for at skabe en større grad af samarbejde med behandlingspsykiatrien, som med udgangspunkt i sektoransvarlighedsprincippet giver gode rammer for koordination, samarbejde og udveksling af viden med borgeren i centrum og med recovery, rehabilitering, og social inklusion som pejlemærke. Det indebærer:

- At der indgås en lokal samarbejdsaftale mellem Lyngby-Taarbæk Kommune og distriktspsykiatrien i Gladsaxe med fokus på bedre koordinering og dermed en mere helhedsorienteret indsats.
- At der tages skridt til fælles kompetenceudvikling, hvor det giver faglig mening, mellem distriktspsykiatrien i Gladsaxe og socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune.
- At anbefalingerne i KKR's sundhedsaftaler indgår som en aktiv del i det koordinerede samarbejde under hensyn til sektorsansvarlighedsprincippet. Dette indebærer, at sundhedsaftalerne drøftes med henblik på en fælles forståelse af roller og ansvar, så sektoransvarligheden på den ene side fastholdes og på den anden side ikke bliver en barriere i forhold til en sammenhængende indsats med borgeren i centrum.

Målgruppe

Mennesker med psykosociale problemer, herunder med diagnosticerede psykiske lidelser, er en bred og sammensat gruppe. Mange af disse mennesker lever fuldt integrerede i samfundslivet. Nogle modtager i kortere eller længere perioder behandling hos egen læge, speciallæge eller i distrikts- eller hospitalspsykiatri og har her ud over ikke behov for yderligere indsatser, mens andre kommer sig uden behandling.

I kommunerne har der gennem en årrække været en vækst i antallet af borgere med psykosociale problemer, herunder diagnosticerede psykiske lidelser. Den bedste hjælp til rigtig mange af disse borgere gives ved at hjælpe dem med at håndtere deres problemer gennem tidlige og lettere former for psykosocial indsats i normalsystemet. Det gælder fx uddannelsessystemet, arbejdsmarkedet, jobcenter med videre. Disse borgere har således behov for særlig hensyntagen og lettere indsatser, men har ikke behov for en specialiseret indsats fra socialpsykiatriens side.

Endelig findes der en gruppe borgere over 18 år med længerevarende psykiske lidelser og heraf følgende nedsat funktionsevne, og det er i første række disse borgere, som kommunens socialpsykiatri i dag har tilbud til. Med kommunens organisering i Center for Social Indsats er der lagt op til at samtænke indsatserne for den ældste del af gruppen af børn og unge med omfattende psykosociale problemer og den yngste del af socialpsykiatriens målgruppe, blandt andet for at lette overgangen til voksenlivet og skabe sammenhæng i indsatsen for de unge i alderen 15 – 25 år.

Mange af de borgere, der i dag modtager en socialpsykiatrisk indsats har en psykiatrisk diagnose. Det er imidlertid ikke diagnosen, men funktionsniveauet, som afgør om en borger hører til målgruppen, og hvilke ydelser borgeren er berettiget til. Borgerne i målgruppen har på grund af den nedsatte funktionsevne behov for en specialiseret støtte til at håndtere og arbejde med deres psykiske og sociale udfordringer i hverdagen. Det er kendetegnende for en stor del af målgruppen, at de har komplekse problemstillinger, der kræver en koordineret, tværfaglig og tværsektoriel indsats.

Socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune har dog også tilbud til borgere, som oplever psykosociale vanskeligheder, og hvor problemerne - uden den rigtige hjælp - er i risiko for at udvikle sig til langvarige lidelser og komme til at give permanente og omfattende funktionsnedsættelser.

Inden for socialpsykiatriens målgruppe findes mindre målgrupper med særlige behov. Det drejer sig om mennesker med sindslidelse og misbrug, mennesker med sindslidelse og fysiske handicap, ældre mennesker med sindslidelse og unge mennesker med sindslidelse.

Gruppen af unge med omfattende psykosociale problemer rummer unge med mangeartede problemstillinger og ikke alle vil have behov for eller kunne profitere af tilbud indenfor socialpsykiatrien. Der er dog en gruppe unge, der er blevet udredt i psykiatrien og har fået diagnoser som personlighedsforstyrrelse, bipolar lidelse, diagnoser indenfor skizofrenispektret, depression, ADHD og udviklingsforstyrrelser, hvor man med fordel kan pege på en særlig tilrettelagt indsats fra socialpsykiatriens side.

Tilbud og organisering

I Lyngby-Taarbæk Kommune er der både selvejende og kommunale leverandører af socialpsykiatriske ydelser. Det giver en styrke og en bredde i tilbudspaletten, som ønskes bevaret i fremtiden, idet netop de forskellige tilbud og tilgange kan give valgmuligheder og mulighed for matchning mellem den enkelte borgers behov og ønsker og det tilbud der gives.

Aktuelt er der imidlertid uudnyttet kapacitet hos de socialpsykiatriske leverandører, samtidig med at der er behov hos dele af målgruppen som ikke imødekommes lokalt. Der er derfor behov for en justering af de tilbud der findes, så de i højere grad imødekommer de aktuelle behov og samtidig peger i retning af en udvikling inden for socialpsykiatrien som betoner selvstændighed, udviklingsmuligheder og inklusion. Det indebærer en forventning om at behovet for ydelser vil ændres på langt sigt, så der satses mindre på botilbud og mere på udviklingsorienteret støtte i eget hjem. Aktuelt skal tilbudsviften sikre at der kan ydes de tilbud der er behov for i dag, men samtidig skal det være muligt løbende at tilpasse kapaciteten og tilbudsformerne efterhånden som behovene ændrer sig.

Formålet med denne del af helhedsplanen er at pege på udfordringer i socialpsykiatriens tilbud og organisering og fremlægge forslag til hvordan udfordringerne håndteres. Dette gøres med udgangspunkt i målgruppens behov samt visionen om at skabe bedst mulige forudsætninger for forebyggelse, recovery, rehabilitering og social inklusion.

Udfordringer og forslag til håndtering

På det socialpsykiatriske område

Udfordringer på voksenområdet

I Lyngby-Taarbæk Kommune er der generelt set gode tilbud til voksne, uanset om de bor i egen bolig eller på et midlertidigt eller længerevarende botilbud¹.

¹ Midlertidige botilbud efter servicelovens § 107 er botilbud, hvor borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer kan tilbydes midlertidigt ophold. Længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 er botilbud, hvor borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne kan tilbydes længerevarende ophold

Der har dog gennem et stykke tid været problemer med overkapacitet især på de midlertidige botilbud (§ 107), samtidig med at der mangler tilbud til en mindre gruppe med helt særlige behov. En del af disse borgere købes der i dag tilbud til i andre kommuner, mens andre ikke ønsker et sådant tilbud og i stedet opholder sig på gaden.

Mere specifikt kan det ses, at der er, eller kan forventes at komme, et antal borgere med særligt komplicerede problemstillinger, som ikke umiddelbart kan tilgodeses i de nuværende tilbud dvs. med socialpædagogisk støtte i eget hjem efter § 85² eller ved ophold på de nuværende botilbud.

Det drejer sig om følgende målgrupper som gennemgås i det efterfølgende

- Mennesker med dobbeltdiagnoser
- Plejekrævende sindslidende
- De mest udsatte og isolerede misbrugere og sindslidende

Udfordringer vedrørende borgere med dobbeltdiagnoser

Kombinationen af sindslidelse og misbrug komplicerer udredning og behandling både af misbruget og af sindslidelsen. Ofte kan misbruget ses som en form for selvmedicinering, hvor alkohol og stoffer giver lindring for psykiske udfordringer. Omvendt kan misbruget gøre det svært at håndtere de psykiske udfordringer.

Der er i Misbrugscentret ca. 120 borgere med forskellige grader af kombinationsproblematikker i behandling. Af disse vurderes ca. 10 at have alvorlige dobbeltdiagnoseproblematikker og samtidig bo i eget hjem med socialpædagogisk støtte efter § 85 eller bo i botilbud.

Forslag til håndtering af udfordringerne på dobbeltdiagnoseområdet

Det foreslås at nogle få af de eksisterende botilbudspladser omlægges til rummelige og specialiserede dobbeltdiagnose- botilbud. Antallet af pladser gøres fleksibelt, da der vil være varierende behov.

Tilbuddet skal have et tæt samarbejde med Misbrugscentret og arbejde med borgernes motivation for behandling både af misbruget og den psykiske lidelse. Tilbuddet skal kunne rumme både udadreagerende borgere og borgere med et behov for somatisk pleje og omsorg.

Det foreslås endvidere, at der etableres bedre mulighed for at udnytte de socialpsykiatriske, misbrugsfaglige og plejemæssige kompetencer på tværs i kommunen, så det bliver muligt at skabe fleksible og individuelle løsninger for borgere, som ikke ønsker at flytte i botilbud, men som har behov for nogle af de samme typer af ydelser. Herunder kan etableres

- Øget samarbejde mellem Specialteam (specialiseret hjemmepleje-team) og socialpædagogisk støtte efter § 85
- Øget samarbejde mellem misbrugsindsats og socialpædagogisk støtte efter § 85
- Mulighed for mere intensiv støtte- og kontaktpersonindsats efter § 99³

² Servicelovens § 85 er hjælp, omsorg eller støtte samt optræning af færdigheder og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Udfordringer vedrørende de mest udsatte og isolerede sindslidende

Støtte- og kontaktpersonindsatsen efter § 99 er en uvisiteret, opsøgende og kontaktskabende indsats over for de mest socialt udsatte borgere med sindslidelser, med stof- eller alkoholmisbrug og/eller borgere med særlige sociale problemer som ikke har en bolig eller ikke kan opholde sig i egen bolig. Indsatsen har i høj grad som formål at virke skadesreducerende og forsøge at motivere borgerne til at modtage forskellige former for visiteret hjælp, det være sig sundhedsfaglig, social eller økonomisk hjælp.

En stor del af støtte- og kontaktpersonarbejdet er således, via en meget fleksibel og vedholdende indsats, at skabe kontakt til og få sat ind med hjælp til den lille gruppe af hjemløse, der opholder sig i kommunen, eller til borgere, hvis adfærd virker bekymrende og som er i risiko for at blive sat ud af deres bolig på grund af manglende huslejebetaling eller en adfærd, der opleves uforståelig, truende eller på anden måde uacceptabel i boligområdet. Støtte- og kontaktpersonen har løbende kontakt med 15 – 20 af personer i den sidste gruppe.

Der er identificeret 4 – 5 personer i aldersgruppen 45 – 65 år, som er hjemløse, har svære sindslidelser eventuelt i kombination med et misbrug, og som det ikke er lykkedes støtte- og kontaktpersonerne at motivere til at tage imod et botilbud uden for kommunen. Årsagen til at det ikke er lykkedes at motivere disse borgere til at tage imod tilbud i andre kommuner, er at de ønsker at færdes i lokalområdet. Det kan ikke udelukkes, at nogle af disse borgere ville tage imod et botilbud, hvis der etableres et rummeligt tilbud til mennesker med dobbeltdiagnoser.

Støtte- og kontaktpersonfunktionen er i dag forankret i forvaltningen, og det ses som en stor fordel, at indsatsen er knyttet tæt sammen med medarbejderne i forvaltningen, idet det oftest er der bekymrede naboer, politiet og boligselskaber henvender sig. Funktionen kan på sigt udvides og tænkes knyttet sammen med en boligsocial indsats f.eks. i forhold til udsætningstruede beboere, isolerede sindslidende og psykisk syge med bekymrende adfærd.

Forslag til håndtering af udfordringerne vedrørende de mest udsatte og isolerede sindslidende

Selv hvis kommunen opretter specialiserede og fleksible botilbudspladser til gruppen af dobbeltdiagnosticerede borgere vil der fortsat være en gruppe af borgere, der ikke kan eller vil tage imod hjælp i visiterede tilbud. Støtte- og kontaktpersonfunktionen vil således fortsat være en vigtig del af det samlede socialpsykiatriske område samt af den boligsociale indsats. Da det ses som en fordel at støtte- og kontaktpersonfunktionen er forankret i forvaltningen, anbefales det at denne forankring bevares.

For at sikre fælles faglighed og bæredygtighed i den faglige tilgang, også på støtte- og kontaktpersonområdet, anbefales det at støtte- og kontaktpersonindsatsen tænkes ind i en samlet kompetenceudviklingsindsats på tværs af leverandører og myndighed.

Udfordringer vedrørende plejekrævende sindslidende

Der er i kommunen en mindre gruppe af sindslidende som også er plejekrævende enten på grund af alder eller somatisk sygdom. De almindelige tilbud om hjemmehjælp, plejehjem mm. kan have svært ved at håndtere sindslidendes adfærd, og derved bliver omsorg og pleje svær at give. Derfor har kommunen i

³ Servicelovens § 99 er tilbud om støtte- og kontaktperson til personer med sindslidelser, stof- eller alkoholmisbrug eller særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig.

Center for Træning og Omsorgs regi oprettet et specialiseret hjemmeplejeteam, som – bedre end den almindelige hjemmepleje - kan håndtere og yde omsorg og pleje til plejekrævende sindslidende. Der er dog stadig en lille gruppe, som enten har for store plejebenhov til at bo i egen bolig eller har så udfordrende en adfærd at selv den specialiserede hjemmepleje må give op.

Forslag til håndtering af udfordringerne vedrørende plejekrævende sindslidende

Det foreslås at udvikle samarbejdet mere imellem socialpædagogisk støtte efter § 85 og den specialiserede hjemmepleje, både med hensyn til kompetenceudvikling og vidensdeling og med hensyn til procedurer for, hvordan ydelserne supplerer hinanden.

Det foreslås, at det i samarbejde med Center for Træning og Omsorg undersøges nærmere om der vil være et tilstrækkeligt stort antal borgere i målgruppen til, at det er økonomisk forsvarligt at etablere et mindre antal alternative plejehjemspladser enten i tilknytning til et plejehjem eller i tilknytning til et af de eksisterende socialpsykiatriske botilbud.

Det foreslås ligeledes, at det undersøges nærmere, om der et tilstrækkeligt stort antal sindslidende borgere med plejebenhov til det er økonomisk forsvarligt at omlægge et mindre antal botilbudspladser til et fleksibelt antal aflastningspladser, som kan benyttes, når sindslidende i perioder har særlige somatiske problemstillinger, har brug for udredning eller af andre grunde har brug for et kort ophold i trygge omgivelser.

Udfordringer på området for socialpædagogisk støtte

Kommunens borgere modtager i dag socialpædagogisk støtte efter § 85 fra flere forskellige udførere på området, heraf fire faste leverandører i kommunen: Slotsvænget, DSI Nettet, Kirsten Marie og en lille selvstændig udførerenhed i Center for Social Indsats.

I et styringsmæssigt perspektiv er det en udfordring at sikre et ensartet fagligt niveau uafhængig af leverandør. I dag ses der hos de forskellige leverandører forskellige tilgange til indsatsen, som ikke alene kan forklares med forskelle i borgernes behov.

Der har gennem tiden været uoverensstemmelser mellem myndighed og udførere om, hvordan indsatsen over for borgeren skal tilrettelægges. Der er stadig udfordringer i samarbejdet. Bl.a. kan der være forskelle i opfattelsen af hvordan de opstillede mål for borgeren nås, ligesom der i nogle tilfælde er uafstemte forventninger til samarbejdet, til hvad god kvalitet af ydelserne vil sige, samt til dokumentation af og opfølgning på indsatsen.

Det er nødvendigt organisatorisk at understøtte, at både myndighed og leverandør udøver deres professionelle rolle og gensidigt anerkender hinandens roller – ikke mindst af hensyn til borgeren. Lovgivningen præciserer sagsbehandlernes myndighedsrolle: Det er sagsbehandleren, der på baggrund af en udredning af borgens behov og i dialog med borgeren opstiller målet med indsatsen og vurderer, hvilken ydelse, der skal sættes i værk for at nå de opstillede mål. Leverandørens rolle er i samarbejde med borgeren at udarbejde en plan for den konkrete pædagogiske indsats, tilrettelægge og udføre indsatsen og sammen med borgeren løbende evaluere og justere planen ud fra de opstillede mål, som myndigheden/sagsbehandleren har udarbejdet. Efterfølgende vil der i samarbejde mellem sagsbehandleren og leverandøren blive fulgt op på om indsatsen fører til de forventede resultater inden for det fastlagte tidsperspektiv.

Desuden er det en udfordring at der ind imellem opleves ventetid på levering af støtte, hvilket kan medføre, at borgerne må forblive indlagt på sygehus eller indskrevet på botilbud i længere tid end nødvendigt, eller at borgere i eget hjem risikerer at få forværret deres tilstand i ventetiden.

Forslag til håndtering af udfordringerne for den socialpædagogiske støtteindsats

Udfordringerne for den socialpædagogiske støtteindsats kan enten håndteres gennem et intensiveret samarbejde og synliggørelse mellem leverandører og myndighed eller ved at sammenlægge hele området for socialpædagogisk støtte. Ved en sammenlægning af hele området kan opnås en større grad af fælles fagligt niveau i ydelserne, en bedre styring af området og en større grad af fleksibilitet og mulighed for resurseallokering på baggrund af en større volumen.

I det efterfølgende afsnit om organisering vil tre forskellige modeller blive gennemgået. Disse rummer hver især forskellige måder at håndtere udfordringerne for den socialpædagogiske støtteindsats på.

Uanset hvilken model der vælges, anbefales det at der arbejdes for at kontaktpersonordningen for unge i målgruppen lægges sammen med den socialpædagogiske støtteindsats, jf. afsnittet om unge.

Desuden skal det sikres at udviklingen af en dialogbaseret BUM-model, som nævnt under målsætningen om fleksible og individuelt tilrettelagte ydelser, imødekommer udfordringerne i samarbejdet mellem myndighed og udførere på området for socialpædagogisk støtte.

Udfordringer på dagtilbudsområdet⁴

Der findes i dag aktivitets- og samværstilbud på de tre botilbud i kommunen, som både borgere der bor på botilbuddet og borgere, der bor andre steder benytter, dog kun efter visitation.

Der er aktuelt ikke et selvvisiterende værested eller klubtilbud i kommunen, og der har gennem en årrække været talt om hvordan et sådant kan etableres, men uden at der er fundet finansiering til det.

Forslag til håndtering af udfordringerne på dagtilbudsområdet

Der er generel tilfredshed med de eksisterende dagtilbud. Det anbefales at der i forlængelse af de bestræbelser der allerede gøres i dagtilbuddene, hele tiden arbejdes hen imod en bred forståelse af sociale fællesskaber samt sammenhænge og overgange til lokalsamfundets øvrige sociale fællesskaber. Tilsvarende arbejdes der fortsat for at understøtte borgernes øgede behov for støtte til brug af IT i forbindelse med den igangværende digitalisering.

Hvis der ønskes etableret et selvvisiterende værested, foreslås det opnået ved at sammenlægge de eksisterende dagtilbud i et samlet tilbud og dermed opnå en volumen der gør det muligt at tilbyde aktiviteterne til en bredere målgruppe og samtidig opnå effektiviseringsfordele. Dette kræver imidlertid organisatoriske forandringer og er derfor udfoldet i to af de tre modeller som gennemgås i afsnittet om organisering.

⁴ Dagtilbud ydes efter servicelovens § 104 om aktivitets- og samværstilbud til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer med henblik på at opretholde eller forbedre personlige færdigheder eller livsvilkår.

Udfordringer på området for beskyttet beskæftigelse⁵

Aktuelt modtager kun 15 Lyngby-Taarbæk borgere et tilbud om beskyttet beskæftigelse internt i kommunen, pt. 10 i Virksomheden Hjorten og 5 i Slotsvængets Flyverteam. Målgruppen for et tilbud om beskyttet beskæftigelse er i alt overvejende grad mennesker, der har fået tilkendt en førtidspension.

Mange borgere er glade for det beskæftigelsestilbud de modtager de to steder, men en del af borgerne er kun i tilbuddet meget få timer om ugen. Der ses desuden en vis fare for at borgere med et tilbud om beskyttet beskæftigelse ikke kommer videre i 'rigtige' job med løntilskud (skånejob).

Med den nye førtidspensionsreform vil der forventeligt i årene fremover blive færre borgere, som får tilkendt førtidspension og hermed må det forudsiges, at også behovet for beskyttet beskæftigelse reduceres. Det er derfor et spørgsmål, om det fortsat vil være hensigtsmæssigt at drive to selvstændige beskæftigelsestilbud eller om disse skal samles.

Forslag til håndtering af udfordringerne på området for beskyttet beskæftigelse

Håndteringen af udfordringerne på området for beskyttet beskæftigelse afhænger af hvilken organisatorisk model der vælges. Hvis der vælges en sammenlægning af Akuttilbuddet, den socialpædagogiske støtteindsats og dagtilbuddene, vil det være oplagt at lægge tilbuddene om beskyttet beskæftigelse ind under samme udførerenhed og undersøge mulighederne for en sammenlægning af Flyverteamet og Virksomheden Hjorten.

Uanset hvilken organisatorisk model der vælges, anbefales det at området følges tæt, og at der samarbejdes med relevante aktører i lokalområdet, herunder Center for Arbejdsmarked, om at tilpasse tilbuddene til målgruppens behov.

Udfordringer på ungeområdet

Ungeområdet adskiller sig fra voksenområdet ved, at flere unge er under udredning for psykiatriske problemstillinger og samtidig modtager helhedsorienterede sociale ydelser, der kan bidrage til at de unge kommer sig.

Ofte har der været iværksat forskellige forbyggende sociale ydelser på et tidligt tidspunkt, før barnet/den unge egentlig vurderes i målgruppen for psykiatrien. På børne- og ungeområdet er der således et stærkt fokus på forebyggelse og tidlig indsats, og ydelser inden for disse områder går ofte forud for mere specialpsykiatriske ydelser. Dertil kommer hele almenområdets tidlige indsats, hvor problemerne løses tidligt og uden, at der opstår et behov for specialiserede ydelser fra Center for Social Indsats.

På trods af den omfattende forebyggende indsats efterlades en lille gruppe unge med betydeligt nedsat funktionsevne, hvor der er behov for en specialiseret indsats i ungdomsårene.

⁵ Beskyttet beskæftigelse ydes efter servicelovens § 103 til personer under folkepensionsalderen, som på grund af betydelig nedsat fysiske eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning.

Kommunen har aktuelt ikke specifikke tilbud til unge med socialpsykiatriske problemstillinger, men kan tilbyde fx psykologbehandling, kontaktperson og familiebehandling gennem Forebyggelsescentret, der understøtter en eventuel psykiatrisk behandling.

Med Barnets Reform understøttes det lovgivningsmæssigt, at indsatser for unge skal være helhedsorienterede med en bedre forberedelse til overgangen til en selvstændig voksertilværelse med fokus på uddannelse og beskæftigelse. Dertil kommer den lovgivningsmæssige forpligtelse til så vidt muligt at løse den unges problemer i nærmiljøet.

Når kommunen i dag køber specialiserede døgntilbud i andre kommuner, har det konsekvenser for den unge og den unges familie. Ulemperne kan være følgende:

- Den unge bliver placeret langt væk fra sit sociale netværk og det ungdomsliv den unge har haft
- Den unge placeres væk fra nære familierelationer og fra de personer, som skal støtte op om indsatsen
- Samarbejdet omkring den unges skolegang, uddannelse og beskæftigelse vanskeliggøres af, at det er en anden kommunal enhed, der skal samarbejdes med.
- Den unge skal ofte flytte institution, når de bliver 18 år og skift af institution af denne målgruppe på et tidspunkt, hvor den unge fortsat er meget syg kan være skadeligt for den unge.
- Det kan være svært for myndighedsniveauet at vurdere, hvorvidt den unge rent faktisk får den hjælp der betales for

Kommunens mangel på egne tilbud til målgruppen medfører desuden, at unge med mindre psykiatriske problemstillinger anbringes på Gl. Vartov, hvor der ikke altid er de nødvendige kompetencer inden for psykiatriområdet.

I forhold til unge med behov for kontaktperson med socialpsykiatriske kompetencer købes ydelsen i øjeblikket ofte hos eksterne leverandører – enkelte løses internt af Forebyggelsescentret. Det kan betyde, at den unge med væsentlig nedsat funktionsevne ved det fyldte 18 år skal skifte kontaktpersonen ud med en socialpædagogisk støtte efter § 85. Dette skift fra kontaktperson til socialpædagogisk støtteperson kan i nogle tilfælde sætte den unge tilbage i personlige udvikling,

Identificerede mangler:

- Et lokalt tilbud til målgruppen af unge i alderen 15 – 18 år med omfattende psykiatriske problemstillinger – både med døgndækning men også i forhold til kontaktpersoner/socialpædagogiske støttepersoner, der kan opstarte ved 15/16 års alderen og fortsætte ind i voksertilværelsen med særlige kompetencer inden for psykiatri.
- At de tilbud, der er til unge i alderen 18-25 år med foranstaltninger indenfor voksenområdet, er del af en fortløbende behandling af de unge, der har været anbragt som 15, 16 eller 17-årige.
- Der mangler billige ét værelses lejligheder, som unge tidligere anbragte kan udsluses til med støtte for at skabe en glidende overgang til en selvstændig voksertilværelse. Dette skal sikre, at de unge ikke opholder sig længere i stærkt specialiserede tilbud end højst nødvendigt af hensyn til den unges mulighed for at komme sig til en mere eller mindre selvstændig voksertilværelse.
- Manglende viden på børneområdet om, hvad voksenpsykiatriområdet kan tilbyde og om mulighederne for recovery.

Generelle forslag til håndtering af udfordringerne på ungeområdet

I forhold til at skabe flere tilbud og muligheder for særligt unge med massive psykosociale vanskeligheder foreslås det at omlægge en del af kapaciteten på kommunens socialpsykiatriske tilbud til voksne på en måde så målgruppen af unges behov i højere grad kan imødekommes lokalt.

Det anbefales således, at Lyngby-Taarbæk Kommune selv yder støtte til en større del af de unge med massive psykosociale problemer end hidtil, frem for at købe pladser i andre kommuner. Dette ud fra et ønske om at bevare de unges lokale tilknytning og nærhed til netværk og pårørende, men samtidig også ud fra et ønske om at udnytte fleksibiliteten samt den socialpsykiatriske kapacitet og kompetence i kommunen. Tilbud i lokalområdet skal desuden tænkes som et efterværn i forhold til unge, der har været anbragt uden for hjemmet, så disse unge hurtigere kan komme tilbage til kommunen. Det er dog vigtigt at understrege, at der fortsat skal være mulighed for at visitere til andre kommuner i særlige tilfælde, hvor andre faglige hensyn overskygger ønsket om lokale løsninger.

Unge 15-18 årige med omfattende psykiatriske problemstillinger har typisk brug for en socialpsykiatrisk og pædagogisk intensiv indsats i ca. 1-2 år lige omkring tidspunktet, hvor de er blevet diagnosticeret. Herefter vil en del af de unge fortsat have behov for en mindre intensiv socialpsykiatrisk behandling, mens andre vil kunne bo i egen bolig med støtte i varierende grad.

Forslag om etablering af botilbudspladser til unge⁶

Der er derfor brug for, at der i kommunen kan etableres fleksible botilbudspladser til unge i alderen 15/16-25 år, der både rummer muligheden for:

- De mere intense døgnbehandlingsmæssige pladser (2-4)
- Mulighed for en døgnindsats med mindre intens behandling (2-4)
- En ikke døgnindsats fortsat på institution (8-12)
- Muligheder for at kunne flytte borgere i egen bolig med variabel støtte (også til gavn for de unge som kommunen har været nødt til at anbringe eksternt (4-8)

Konkret foreslås det, at der – under én ledelse – opbygges et ungebotilbud med mulighed for individuelle løsninger, som kan tilbyde forskellige niveauer af socialpsykiatrisk behandling.

Målgruppen af unge i alderen 15/16 – 25 år spænder over de generelle udviklingsmæssige forskelle der er på pubertetsunge og unge voksne. Ud over disse aldersbetingede forskelle vil gruppen rumme både unge nydiagnosticerede og unge med mere langvarige og manifaste psykiske lidelser samt unge med en stille og indadvendt adfærd og unge med mere udadreagerende adfærd.

Disse forhold stiller krav om en høj grad af faglighed, hvor medarbejderne både har faglig viden og kompetencer inden for børne- og ungeområdet og inden for voksenområdet samtidig med, at de har en specialiseret viden og erfaring med målgruppen af unge med psykosociale vanskeligheder/psykiatriske lidelser.

⁶ Botilbudspladser til unge kan ydes efter forskellige paragraffer afhængig af bl.a. den unges alder. For unge over 18 år kan der ydes botilbudspladser efter servicelovens § 107. For unge under 18 år anvendes servicelovens § 66 om anbringelsessteder for børn og unge op til 18 år. For allerede anbragte unge er der mulighed for at forblive anbragt efter børneparagrafferne (efterværn) til og med det 22. år.

Den overvejende del af medarbejdergruppen bør derfor have en socialpædagogisk uddannelse og erfaring i arbejdet med målgruppen af unge med psykosociale vanskeligheder og/eller unge med psykiatriske diagnoser. Desuden bør tilbuddet tilknyttes de nødvendige fagkompetencer som fx. psykiater, psykolog og misbrugsbehandler på konsulentbasis.

Der er imidlertid faglige og økonomiske udfordringer ved at oprette et kommunalt botilbud til unge. Hvis tilbuddet skal kunne sikres tilstrækkelig lokal efterspørgsel, må aldersgruppen spænde over målgruppen af 15/16 – 25-årige. Når tilbuddet rummer en aldersmæssigt så bred målgruppe, vil det kræve at tilbuddet er medarbejderdækket hele døgnet, for at reducere risikoen for en indbyrdes negativ påvirkning de unge imellem som fx kriminalitet, stof- og alkoholmisbrug eller seksuelle krænkelser. Hvis tilbuddet er døgndækket, skal det have mindst 10 - 12 pladser for at være økonomisk bæredygtigt. Disse udfordringer bør afdækkes nærmere før pladserne etableres.

Forslag til håndtering af støtte til unge i eget hjem⁷

Hvis der etableres en samlet enhed for socialpædagogisk støtte på det socialpsykiatriske område, foreslås det, at kontaktpersoner for unge under 18 år indgår i denne enhed, for at sikre en sammenhængende indsats for unge fra 15/16 år og op.

Det anbefales samtidig at der, også på det socialpædagogiske støtteområde, arbejdes målrettet for at sikre de faglige kompetencer som er nødvendige for at arbejde med denne målgruppe, så de unge sikres ydelser der så vidt muligt understøtter at de kan forblive i eget hjem og i de almindelige sammenhænge de færdes i.

En forudsætning for at dette lykkes, er imidlertid at der er boliger til rådighed som de unge har råd til at bo i. Det anbefales derfor at der oprettes et antal ungeboliger med en husleje, som er mulig at betale, hvis den unge er på SU eller kontanthjælp.

Konsekvenser af de foreslåede tilpasninger på ungeområdet

Ved denne styrkede ungeindsats i kommunen forventes flere af de anbringelses- og botilbudspladser, der i dag købes af eksterne udbydere, at kunne erstattes af tilbud i kommunen. Det giver kommunen bedre mulighed for at udnytte den eksisterende kapacitet og fastholde fagligheden i kommunen. Besparelserne bør vurderes i et langsigtet perspektiv, da pladserne foreslås omstillet gradvis i takt med behovet.

I forhold til at vurdere kapaciteten af den samlede ungeindsats skal der laves en grundig analyse af det fremtidige behov og en analyse af de økonomiske forudsætninger i et helhedsperspektiv.

⁷ Støtte til unge i eget hjem ydes efter servicelovens § 85 når den unge er over 18 år, og efter servicelovens § 52, stk. 3, nr. 6 kontaktperson til børn og unge under 18 år (og i nogle tilfælde på efterværn op til 22 år). Kontaktperson kan tilbydes, når det anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til et barn eller en ungs særlige behov for støtte. Kontaktpersonsordningen vil som regel blive erstattet af et socialpædagogisk støttetilbud til voksne (efter § 85), når unge, som tilhører socialpsykiatriens målgruppe, fylder 18 år og på grund af nedsat funktionsvene vurderes at have behov for særlig støtte i en længere periode ind i voksenalderen.

Modeller for organisering

På grund af konstruktionen med to selvejende og en kommunal leverandør har det vist sig vanskeligt at finde konsensus om en fælles model for organisering af socialpsykiatrien i kommunen. På den ene side argumenteres der for at bevare faglige niches og forskelle, og på den anden side er der styringsmæssige fordele at hente ved fælles drift og sammenlægninger af tilbudstyper.

Derfor er der formuleret tre overordnede modeller for hvordan socialpsykiatrien kan organiseres i fremtiden. De vægter forskellige hensyn og interesser, og der er fordele og ulemper ved alle modeller, men det bliver naturligvis nødvendigt at træffe et valg.

Uanset hvilken model der vælges er det en forudsætning at driftsoverenskomsterne med de to selvejende institutioner genforhandles i forhold til såvel målgrupper som pladsantal, ydelser samt styring og økonomi. Det vil indgå i disse forhandlinger at der skal formuleres klare aftaler om målgrupper og faglighed, ligesom det foreslås at tilføje at salg af pladser til andre kommuner kun kan ske efter aftale med Center for Social Indsats. Endelig skal det afklares hvordan det sikres at budgettet kan reguleres i relation til den aktuelle belægningsprocent. Disse elementer bliver særligt afgørende i forhold til afklaring og eventuel omlægning af pladser til ungemålgruppen.

De tre modeller forholder sig alle til det forhold at der gennem en længere periode har været uudnyttet kapacitet på de tre botilbud i kommunen, og særligt på de to selvejende institutioner, DSI Nettet I og Kirsten Marie, som har en rammebevilling der betyder at kommunen betaler fuld pris for de tomme pladser.

Uanset hvilken model der vælges, foreslås det at tilpasse målgrupperne på de tre botilbud. Tilpasningen sker for i højere grad at kunne sikre udnyttelse af leverandørernes kapacitet og for at opnå en større grad af selvforsyning inden for det socialpsykiatriske område. Desuden sker tilpasningen med henblik på at opnå en fremtidssikring, idet anvendelsen af botilbud på længere sigt forventes reduceret i takt med at tilbuddene til hjemmeboende borgere forstærkes og forbedres. Samtidig forventes det i KKR-regi, at kun de allermest specialiserede tilbud i fremtiden skal leveres via rammeaftalen, hvorfor flere indsatsforventes løst lokalt og med et rehabiliterende sigte for øje. Målgruppen for kommunens botilbud må således forventes i fremtiden at blive mere støttekrævende – og på længere sigt også mindre i antal.

På den baggrund anbefales det at målgruppen på Kirsten Marie fremover bliver mennesker i alderen 25 (30) år og opad, og at målgruppen primært består af sindslidende med betydeligt nedsat psykisk funktionsevne. Tilbuddet vil desuden kunne rumme sindslidende med lettere misbrugsproblemer og kognitive følgevirkninger af misbrug – dog ikke svært udadreagerende – samt sindslidende med et moderat plejebehov. Målgruppen defineres nærmere i samarbejde med Kirsten Marie.

På Nettet foreslås det at det afklares om et antal pladser kan omlægges til et specialiseret, fleksibelt samt fagligt og økonomisk bæredygtigt ungetilbud der kan tilbyde forskellige niveauer af socialpsykiatrisk behandling, så der både kan rummes de få mest udsatte unge med behov for døgndækning og intensiv socialpsykiatrisk indsats og den lille gruppe af unge som har behov for ophold med mindre intensiv støtte og kan klare sig uden døgndækning. Denne afklaring skal også indebære afklaring af snitfladen til GI. Vartov.

På Slotsvænget foreslås det efter behov at omlægge enkelte pladser til borgere med særlige problemstillinger, fx dobbeltdiagnoser eller sindslidelse kombineret med plejebehov.

Ved en sådan omlægning af pladser vurderes det at der efter implementeringen vil være en passende kapacitet på de tilbageværende botilbudspladser.

I det følgende gennemgås de forskellige modeller samt fordele og ulemper ved dem i forhold til såvel et brugerperspektiv som et fagligt, styringsmæssigt og økonomisk perspektiv.

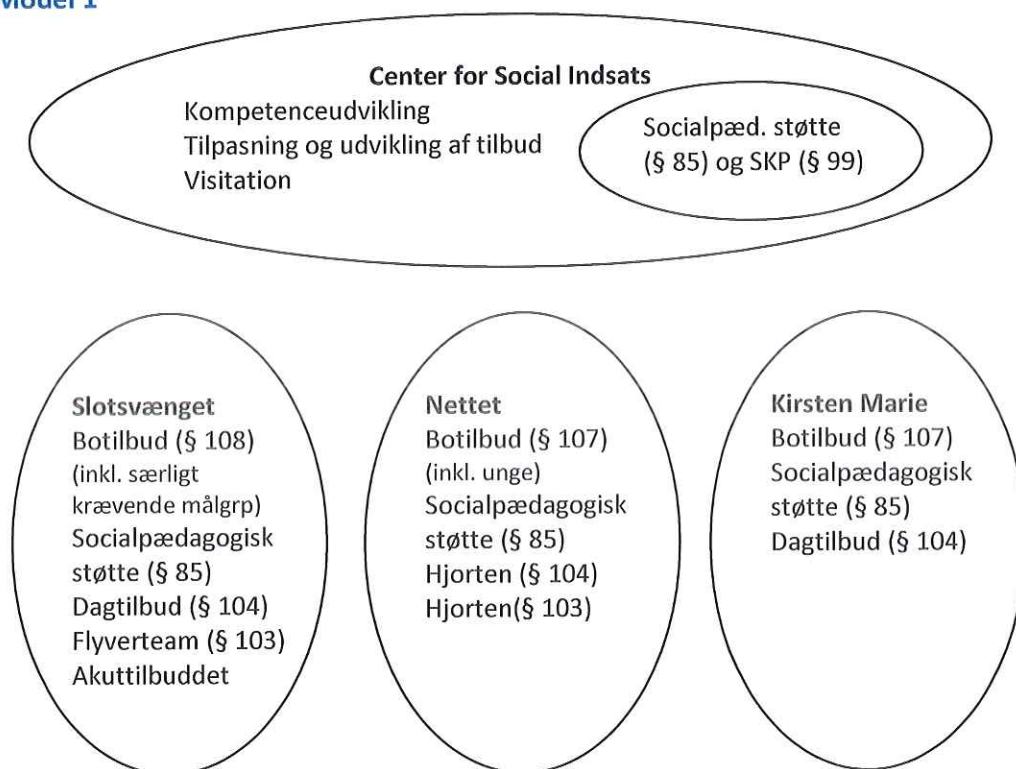
Model 1 - Øget koordinering: Søjler med fokus på flow

Den første model svarer til den organisering der er i dag, hvor de tre eksterne leverandører hver yder både botilbud, dagtilbud og socialpædagogisk støtte, og hvor den lille leverandørenhed i Center for Social Indsats bevares. Tilsvarende forbliver Akuttilbuddet på Slotsvænget, og de to beskyttede beskæftigelsestilbud bliver hos henholdsvis Nettet og Slotsvænget.

Med denne model bevares den nuværende mulighed for at en borger kan flytte sig fra en ydelse til en anden (fx fra botilbud til egen lejlighed med socialpædagogisk støtte) uden at der nødvendigvis sker ændringer i de pædagogiske relationer.

For at imødekomme behovet for større fælles faglighed og koordinering på tværs af de fire leverandører etableres der fælles kompetenceudvikling, ligesom der arbejdes for at forbedre koordineringen i forhold til såvel visitationsfordeling som tilpasning og udvikling af tilbud.

Model 1



Fordele

Denne model giver god mulighed for flow mellem forskellige ydelsestyper, fordi der kan bygges videre på etablerede relationer. Dette kan fx gøre udflytning fra et botilbud lettere, idet det er muligt fortsat at benytte dagtilbuddet i det tidligere botilbud, ligesom der kan etableres socialpædagogisk støtte fra kendte relationsmedarbejdere.

Modellen sikrer desuden bevarelse af de særlige faglige miljøer og kompetencer som er til stede på henholdsvis Nettet, Kirsten Marie og Slotsvænget.

Ulemper

For de fleste borgere der modtager socialpsykiatrisk støtte, vil støtten blive ydet af og inden for rammerne af et botilbud. Det indebærer risiko for stigmatisering og uheldig identifikation mellem den del af målgruppen som modtager lettere ydelser, og botilbuddenes beboere.

Der er ydermere risiko for at modellen vil fastholde borgere i tidligere roller og mønstre, idet der netop ikke skiftes relationer og kontekster når borgeren får det bedre. I nogle tilfælde vil skiftet af kontekst kunne give en ny identitet og et større selvværd, fordi nye medarbejdere har andre forventninger og netop ikke kender borgerens historik.

Det vil desuden rumme en udfordring at udvikling og tilpasning af ydelser skal ske på tværs af tre selvstændige organisationer, hvoraf de to er selvejende med driftsoverenskomst. Sidstnævnte indebærer at forandringer kræver forhandlinger med de selvejendes bestyrelser og i nogle tilfælde tilpasning af driftsoverenskomsten, hvilket kan forhale nødvendige udviklings- og tilpasningsprocesser.

Tilsvarende vil det rumme en udfordring at kompetenceudvikling skal ske på tværs af fire leverandørenheder (Slotsvænget, Nettet, Kirsten Marie og den lille leverandørenhed i Center for Social Indsats som leverer socialpædagogisk støtte). Der er således risiko for at det bliver svært at implementere en fælles faglig tilgang på tværs af leverandører, hvilket i sidste ende kan indebære at det bliver svært at sikre den faglige udvikling der er nødvendig for at realisere overgangen til en støtte som er mindre baseret på botilbudspladser.

I forhold til de beskrevne udfordringer og løsningsforslag for dagtilbudsområdet er der med denne model ikke umiddelbart mulighed for inden for den eksisterende ramme at etablere et selvvisiterende værested/klubtilbud til den socialpsykiatriske målgruppe. Dermed opnås ikke muligheden for at de gode aktiviteter, som i øjeblikket tilbydes i de visiterede dagtilbud, udbredes til en bredere målgruppe og samtænkes med de socialpædagogiske støttetilbud, fx som alternativ til let støtte.

Endelig vil det være svært at realisere potentialer for effektivisering og mulige mindredgifter, idet det ikke bliver muligt at effektivisere administration og arbejdsgange, bl.a. fordi der ikke etableres samdrift af hverken den socialpædagogiske støtte eller dagtilbuddene. Det vurderes således ikke at der kan hentes effektiviseringsgevinster ved denne organiseringsmodel, ud over de gevinster der allerede er indarbejdet i budgettet som forventet konsekvens af revisitationer og omlægninger af tilbud.

Model 2 – Samlet organisering: Alternativer til botilbud

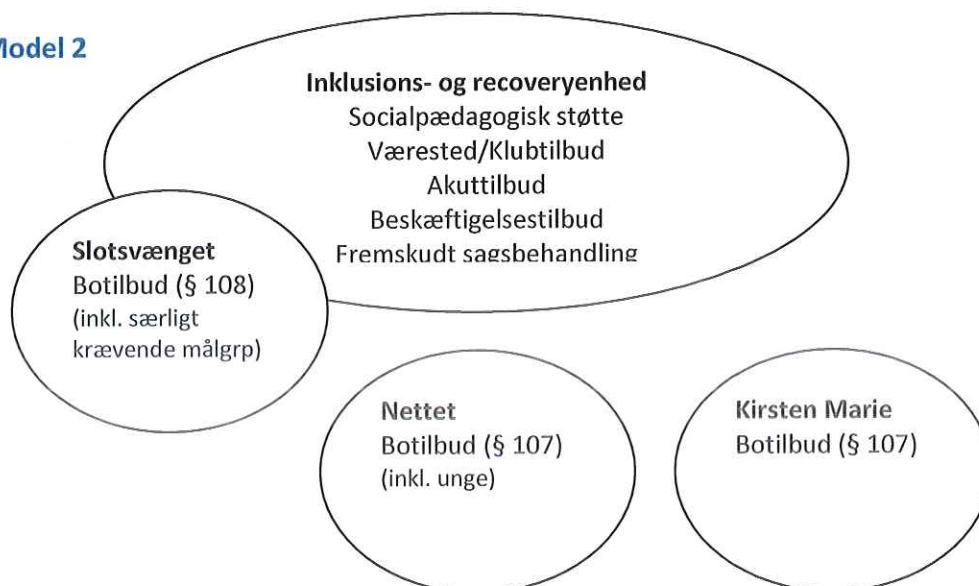
Den anden model indebærer at der etableres en samlet udførerenhed som står for hele paletten af socialpsykiatrisk støtte til borgere i eget hjem: Socialpædagogisk støtte, dagtilbud, beskæftigelsestilbud og akut krisehjælp. Den samlede leverandørenhed får ansvar for at levere de forskellige ydelsesformer til alle dele af den socialpsykiatriske målgruppe – også unge. Det afklares om der skal etableres en særlig underenhed med speciale i unge og eventuelt særlige fysiske rammer om (dele af) ungeindsatsen. Den nye leverandørenhed får fælles ledelse og administration med den kommunale leverandør Slotsvænget for at udnytte muligheden for samdrift og fælles faglig udvikling.

En sådan sammenlægning giver for det første mulighed for at skabe et større fagligt miljø omkring opgaven med at yde socialpædagogisk støtte (§ 85 samt kontaktpersonstøtte til unge under 18 efter børneparagrafferne). Aktuelt drejer det sig i alt om ca. 100 voksne borgere, som modtager i gennemsnit ca. 2 timers § 85-støtte om ugen. I dag leveres denne ydelse af alle fire leverandører (Slotsvænget, Nettet, Kirsten Marie og den lille leverandørenhed i Center for Social Indsats). Desuden modtager ca. 15 unge i socialpsykiatriens målgruppe i alderen 15-22 år kontaktpersonstøtte efter børneparagrafferne.

Desuden giver sammenlægningen mulighed for at etablere et nyt selvvisiterende værested/klubtilbud (§ 104) som dækker hele kommunen og alle socialpsykiatriens målgrupper⁸. Værestedet/klubtilbuddet bør have et pladsantal fastsat ud fra en økonomisk ramme. Brugere registreres med cpr. nr., for at det kan sikres, der ikke sker målgruppeskred.

Ved at værestedet/klubtilbuddet yderligere lægges sammen med Akuttilbuddet (Krise- og rehabiliterings-tilbuddet) vil der være mulighed for at værestedet/klubtilbuddet på hverdage i dagtimerne vil kunne tage

Model 2



⁸ For nærmere beskrivelse se næste side under modellens fordele.

sig af akuthenvendelser, hvorfor Akuttillbuddet alene behøver en særskilt medarbejderdækning udenfor dette tidsrum. På den måde fremtidssikres Akuttillbuddets drift.

Ved en sammenlægning af Aktivitets- og samværstilbuddet og Akuttillbuddet vil der være et godt udgangspunkt for en fremskudt åben socialfaglig rådgivning og vejledning både til borgere, der henvender sig i akutfunktionen med socialfaglige problemstillinger og til § 104 tilbuddets medlemmer. Der skal ikke finde egentlig sagsbehandling sted, men problemer kan tages i opløbet via en kvalificeret rådgivning og/eller borgerne kan guides videre for yderligere hjælp.

Tilsvarende giver sammenhængen mellem Akuttillbuddet (Krise- og Rehabiliteringstilbuddet) og det socialpædagogiske støttetilbud en ny ramme for at skabe sammenhæng i forløb mellem akut krisehjælp og længerevarende socialpædagogisk støtte.

Botilbuddene kan etablere (eller bevare) interne dagtilbud og udslusningsordninger efter behov.

Fordele

Ved at samle en tværgående enhed som står for hele paletten af socialpsykiatrisk støtte til borgere i eget hjem, skabes et godt fundament for udvikling af tilbud, kvalitet og medarbejderkompetencer som kan understøtte visionen for socialpsykiatrien: forebyggelse, recovery og social inklusion. Dermed må der forventes en udvikling, hvor borgernes recoveryprocesser understøttes bedre, og hvor færre borgere på langt sigt vil have behov for botilbudsansbringelser.

Yderligere vil der være et handlekraftigt fundament for at tilpasse ydelserne efterhånden som efterspørgsel og behov ændres. Modellen er således både fremtidssikret og bæredygtig i et borgerperspektiv.

I et fagligt perspektiv vil en sammenlægning indebære mulighed for styrket faglig ledelse og kompetenceudvikling, både i forhold til de enkelte ydelsestyper og i forhold til organisationen som helhed. Dermed imødegås en del af de udfordringer som aktuelt opleves i kraft af at der er fire forskellige leverandører af fx socialpædagogisk støtte og deraf følgende uensartet faglighed. Samtidig giver denne model gode muligheder for samarbejde på tværs i kommunen med henblik på at arbejde helhedsorienteret i forhold til borgerne, hvilket bl.a. implementeringen af førtidspensionsreformen forudsætter.

Konkret i forhold til dagtilbudsområdet bliver der desuden med denne model mulighed for at udbrede de gode aktiviteter som allerede eksisterer i de nuværende aktivitets- og samværstilbud, til en bredere målgruppe. Dette kan opnås ved at samle socialpsykiatriens eksisterende aktivitets- og samværstilbud i et selvvisiterende værested/klubtilbud som dækker hele kommunen og alle socialpsykiatriens målgrupper. Dermed opnås en større volumen og dermed potentiale for endnu mere varierede aktiviteter, som kan målrettes forskellige grupper og behov. Tilbuddet skal gennem sine aktiviteter have som formål at støtte sociale relationer, at skabe netværksdannelse og bryde social isolation, ligesom de har i dag. Tilsvarende skal tilbuddet kunne støtte på andre områder som fx hjælp til forståelse af post, støtte til kost og økonomi samt forståelse af egen funktionsnedsættelse. Dermed kan den individuelle socialpædagogiske støtte efter § 85 reduceres i hvert fald for gruppen af borgere med et lettere støttebehov – også for borgere som i dag ikke er visiteret til et dagtilbud fordi de fx har behov der er mindre end hvad der svarer til en visiteret plads i et dagtilbud.

I et styringsmæssigt perspektiv indebærer denne model samdriftsfordele såvel som bedre mulighed for at styre og løbende tilpasse området på en hurtig og effektiv måde. Det indebærer bl.a. at der kan opnås en større ensartethed i ydelserne, ligesom det kan sikres at den samlede leverandør er indstillet på at løse alle opgaver som myndigheden bestiller.

Dette giver endelig mulighed for at realisere et effektiviseringspotentiale, fordi der i kraft af den ændrede organisering kan hentes stordriftsfordele på såvel arbejdsgange som administration, ligesom etablering af fremskudt sagsbehandling forventes at give en mindre besparelse. Det vurderes på den baggrund at der kan hentes effektiviseringsgevinster ved denne organiseringsmodel.

Ulemper

Risikoen ved at sammenlægge såvel dagtilbud som socialpædagogiske støttetilbud er at særlige faglige kompetencer og nicher kan gå tabt. Når der skal etableres en ny leverandørenhed, vil det kræve en indsats at etablere en ny kultur, en fælles faglig forståelse og tilgang og et højt fagligt niveau. Denne proces vil have en vis indfasningsperiode.

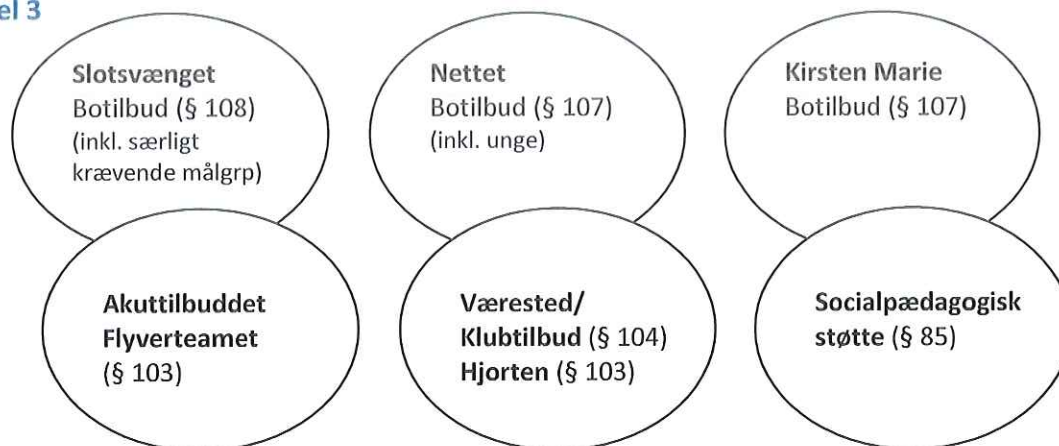
Endelig giver modellen ikke samme mulighed som Model 1 for at arbejde i lange forløb med borgere, som flytter ud fra (eller ind på) botilbud. Modellen vil således kræve at der parallelt arbejdes målrettet for udslusning fra de tre botilbud for at bevare flowet på botilbuddene.

Model 3 – Samling og fordeling

Den sidste model er en mellemting mellem Model 1 og Model 2. På den ene side sammenlægges henholdsvis de socialpædagogiske støttetilbud og samværs- og aktivitetstilbuddene. På den anden side fordeles de tværgående ydelser på de tre leverandører, så der ikke oprettes en ny leverandør.

Forslaget er at Slotsvænget fortsat driver Akuttillbuddet og Flyverteamet, at Nettet driver et nyt sammenlagt værested/klubtilbud efter samme beskrivelse som i Model 2 samt tilhørende beskæftigelsestilbud (som i Hjorten i dag), og at Kirsten Marie driver et sammenlagt socialpædagogisk støttetilbud.

Model 3



Fordele

Med denne model baseres udvikling og fremdrift på de særlige faglige miljøer i de tre leverandørenheder. Der gives fortsat mulighed for faglig specialisering og valg af nicher, men der vindes samtidig visse stordriftsfordele ved at sammenlægge såvel den socialpædagogiske støtteindsats som aktivitets- og samværstilbuddene.

Modellen rummer en klar arbejdsdeling mellem de tre leverandører.

Ulemper

I et brugerperspektiv mangler modellen fokus på helheden i indsatsen for den enkelte bruger, dels i forbindelse med ind- og udflytning fra botilbud, dels i forhold til hjemmeboende borgere som modtager forskellige ydelsestyper (Akuttilbud, socialpædagogisk støtte og/eller dagtilbud). Modellen har dermed indbygget barrierer for et samlet fagligt sats på at skabe fleksible og bæredygtige alternativer til botilbud.

I et fagligt perspektiv vil det rumme en udfordring at kompetenceudvikling og gensidig tilpasning af ydelsestyper skal ske på tværs af tre selvstændige organisationer. Dermed er der risiko for at de enkelte ydelser ikke kommer til at understøtte den samlede udvikling hos borgerne.

Ligesom Model 1 rummer Model 3 således risiko for at det bliver svært at implementere en fælles faglig tilgang på tværs af leverandører, hvilket i sidste ende kan indebære at det bliver svært at sikre den faglige udvikling der er nødvendig for at realisere overgangen til en støtte som er mindre baseret på botilbudspladser.

I et styringsperspektiv indebærer Model 3 risiko for at der opstår barrierer i samarbejdet mellem de tre tværgående enheder, fordi de organisatorisk og fagligt har tre forskellige tilhørssteder. Tilsvarende bliver samarbejdet mellem Center for Social Indsats og udførerområdet kompliceret af at der skal indgås aftaler med tre forskellige organisationer hvoraf de to er selvejende med driftsoverenskomst. Som i Model 1 indebærer dette at forandringer forudsætter tidskrævende forhandlinger med de selvejendes bestyrelser og i nogle tilfælde tilpasning af driftsoverenskomsten.

Der er således risiko for at der ikke kan realiseres et effektiviseringspotentiale med Model 3, da der ikke er garanti for at de forskellige elementer vil understøtte hinanden i en samlet indsats for den enkelte. Den enkelte borger vil desuden i mange tilfælde være i kontakt med flere leverandører. Det vurderes således ikke at der kan hentes effektiviseringsgevinster ved denne organiseringsmodel, ud over de gevinster der allerede er indarbejdet i budgettet som forventet konsekvens af revisitationer og omlægninger af tilbud.

Endelig vil denne model kræve at der findes selvstændig finansiering til Akuttilbuddet i fremtiden. Aktuelt er Akuttilbuddet forankret ved at tilbuddet udnyttes til at tilbyde intensive og fleksible socialpædagogiske støtteforløb efter § 85. Med en opdeling af Akuttilbuddet og § 85 ydelser skal der således findes et andet finansieringsgrundlag.

Implementeringsplan

Formålet med implementeringsplanen er at sikre at de formulerede målsætninger omsættes til virkelighed samt at lægge en plan for i hvilken rækkefølge tiltagene tilrettelægges.

Overordnet set foreslås det at der udpeges en projektleder og en projektmedarbejder som får ansvar for at drive implementeringsfasen på en måde så de forskellige aktører på området inddrages i den konkrete udmøntning.

Særligt den del af implementeringsplanen der omhandler tilpasning af tilbud og organisering, vil være afhængig af hvilken af de skitserede organisationsmodeller der vælges. I det følgende er derfor skitseret en implementeringsplan som rummer både de tiltag som skal gennemføres under alle omstændigheder og tiltag som er afhængige af hvilken model der vælges.

	Aktiviteter	Tidsplan	Aktører
Tilpasning af tilbud og organisering Uafhængig af model	Omlægning af pladser til højt specialiseret ungetilbud: <ul style="list-style-type: none"> – Afklaring af økonomiske rammer for tilbuddet – Afklaring af fysiske rammer for tilbuddet – Beskrivelse af faglig referenceramme, medarbejderdækning og organisering – Afklaring af snitflader til og samarbejde med Gl. Vartov – Godkendelse til drift efter §§ 107 og 66 – Plan for omrokering af nuværende beboere – Plan for visitation og iværksættelse 	Efterår 2013 - forår 2014	CSI, Nettet og Gl. Vartov Skal politisk godkendes når konkret model foreligger
	Forbedring af muligheder for støtte i eget hjem til unge <ul style="list-style-type: none"> – Etablering af øget sammenhæng mellem kontaktpersontilbud efter børneparagraffer og socialpædagogisk støtte efter voksenparagraffer – Udvikling af faglighed og kompetencer – Afklaring af mulighed for at oprette ungdomsboliger som unge på SU eller kontanthjælp har råd til at bo i 	Efterår 2013 - forår 2014	CSI, leverandører af socialpædagogisk støtte, Akuttilbuddet
	Omlægning af pladser til højt specialiseret botilbud til dobbeltdiagnoser og andre særligt krævende målgrupper: <ul style="list-style-type: none"> – Afklaring af økonomiske rammer for tilbuddet – Beskrivelse af faglig referenceramme, medarbejderdækning og organisering – Plan for visitation og iværksættelse 	Efterår 2013 - forår 2014	CSI og Slotsvænget
	Afklaring af muligheder på § 99 området <ul style="list-style-type: none"> – Undersøgelse af mulighed for mere intensiv § 99 indsats for borgere med dobbeltdiagnoser som ikke kan eller vil tage imod andre ydelser 	Forår 2014	CSI
	Gennemgang og tilpasning af driftsoverenskomster med selvejende institutioner	Efterår 2013	CSI, Nettet og Kirsten Marie

	Aktiviteter	Tidsplan	Aktører
Tilpasning af tilbud Model 1	Etablering af fælles koordinationsenhed <ul style="list-style-type: none"> – Afklaring af økonomiske og organisatoriske rammer for enheden – Beskrivelse af visitationsprocedurer – Beskrivelse af plan for kompetenceudvikling – Beskrivelse af hvordan løbende tilpasning og udvikling af tilbud kan finde sted 	Efterår 2013 - forår 2014	CSI
Tilpasning af tilbud Model 2	Etablering af ny leverandørenhed i tilknytning til Slotsvænget <ul style="list-style-type: none"> – Afklaring af økonomiske og organisatoriske rammer for enheden – Afklaring af fysiske rammer for enheden – Beskrivelse af ydelser – Afklaring af samspil og snitflader mellem forskellige ydelser (fx Akuttilbuddet og værested/klubtilbud) – Plan for visitation og iværksættelse 	Efterår 2013	CSI og Slotsvænget
	Udvikling af nyt værested/klubtilbud <ul style="list-style-type: none"> – Afklaring af økonomiske rammer for tilbuddet – Afklaring af fysiske rammer for tilbuddet – Afklaring af hvordan behovene hos særlige målgrupper tilgodeses (herunder unge) – Afklaring af samspil med andre lokale tilbud, herunder Frivillighuset og kommunens ungetilbud – Beskrivelse af tilbud – Plan for dokumentation og iværksættelse 	Efterår 2013 - forår 2014	CSI og ny leverandørenhed
	Etablering af fremskudt sagsbehandling	Forår 2014 - efterår 2014	CSI og ny leverandørenhed

	Aktiviteter	Tidsplan	Aktører
Tilpasning af tilbud Model 3	Udvikling af nyt værested/klubtilbud <ul style="list-style-type: none"> – Afklaring af økonomiske rammer for tilbuddet – Afklaring af fysiske rammer for tilbuddet – Afklaring af hvordan behovene hos særlige målgrupper tilgodeses (herunder unge) – Afklaring af samspil med andre lokale tilbud, herunder Lyngby-Taarbæk Frivilligcenter og kommunens ungetilbud – Beskrivelse af tilbud – Plan for dokumentation og iværksættelse 	Efterår 2013 - forår 2014	CSI og Nettet
	Sammenlægning af socialpædagogisk støtte <ul style="list-style-type: none"> – Afklaring af økonomiske rammer for tilbuddet – Afklaring af hvordan behovene hos særlige målgrupper tilgodeses (herunder unge) – Beskrivelse af tilbud – Plan for visitation og iværksættelse 	Efterår 2013 - forår 2014	CSI og Kirsten Marie
	Afklaring af finansieringsmodel for Akutt tilbuddet	Efterår 2013	CSI og Slotsvænget
Dokumentation, viden og synliggørelse af tilbudspalette	Implementering af fælles elektroniske dokumentationsværktøjer, herunder kvalitetssikring af handleplaner	Forår 2014	CSI
	Formulering af ydelsesbeskrivelser med udgangspunkt i fagligt grundlag	Efterår 2013	Leverandører
	Formulering af fælles tilbudskatalog	Efterår 2013	CSI og leverandører
Inddragelse af brugere, netværk og frivillige	Udvikling og implementering af samarbejds-, visitations- og kommunikationsformer <ul style="list-style-type: none"> – hvor brugerens opfattelser og ønsker ikke anfægtes, men suppleres med faglige perspektiver, vurderinger og afgørelser af hvad der kan og ikke kan tilbydes – hvor der lægges vægt på at øge brugerens forståelse, mening og kontrol med henblik på at sikre, at indsatsen giver de bedste resultater for brugeren 	Efterår 2013 - efterår 2014	CSI

	Aktiviteter	Tidsplan	Aktører
	<p>Udvikling af samarbejde med frivillige aktører i lokalområdet</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kortlægning af tilbud til pårørende i Lyngby-Taarbæk Kommune, som understøtter, at de pårørende kan håndtere problemerne og komme til at spille en positiv rolle i forhold til brugeren – Definition af opgaver som frivillige kan varetage, fx som mentorer eller netværksfamilier for en borger med sindslidelse – Fortsat opbakning til det lokale arbejde for at etablere og drive selvhjælpsgrupper og andre netværksaktiviteter i civilsamfundet, bl.a. i regi af Lyngby-Taarbæk Frivilligcenter 	Efterår 2013 - efterår 2014	CSI, leverandører og Lyngby-Taarbæk Frivilligcenter
Samarbejde og helhed på tværs	Fælles kompetenceudvikling på tværs af leverandører og myndighed	Forår 2014	CSI og leverandører
	Udvikling af dialogbaseret BUM-model	Efterår 2013	CSI
	Udvikling og implementering af samarbejdsformer som understøtter respekt for forskellige roller og faglige vinkler, også i samarbejdet med behandlingspsykiatrien	Forår 2014	CSI
	<p>Udvikling af bedre mulighed for at udnytte socialpsykiatriske, misbrugsfaglige og plejemæssige kompetencer på tværs</p> <ul style="list-style-type: none"> – Øget samarbejde mellem Specialteam (specialiseret hjemmeplejeteam) og § 85 støtte – Øget samarbejde mellem misbrugsindsats og § 85 støtte 	Forår 2014	CSI, misbrugstilbud, specialteam og leverandører
	<p>Udvikling af samarbejde mellem socialpsykiatri og normalområder</p> <ul style="list-style-type: none"> – Formidling af viden mellem socialpsykiatri og normalområder – Plan for nærmere samarbejde mellem normal- og specialområder – Udvikling af den boligsociale indsats, bl.a. med indtænkning af den socialpsykiatriske faglighed 	Forår 2014	CSI, leverandører, Center for Arbejdsmarked, Center for Uddannelse og pædagogik og Center for Sundhed og Kultur

	Aktiviteter	Tidsplan	Aktører
	Afklaring af eksisterende platforme for samarbejde, kompetenceudvikling og tværgående koordinering, fx Whole Life gruppen	Forår 2014	CSI og leverandører
Samarbejde med behandlingspsykiatrien	<p>Implementering af anbefalinger i KKR's sundhedsaftaler i det koordinerende samarbejde</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sundhedsaftalerne drøftes med henblik på en fælles forståelse af roller og ansvar, så sektoransvarligheden på den ene side fastholdes og på den anden side ikke bliver en barriere i forhold til en sammenhængende indsats med borgeren i centrum 	Efterår 2013	CSI og Psykiatrisk Center Ballerup, herunder Distriktspsykiatrien i Gladsaxe
	<p>Initiering af intensiveret samarbejde med Distriktspsykiatrien i Gladsaxe</p> <ul style="list-style-type: none"> – Etablering af overblik over nuværende samarbejdsrelationer med henblik på stillingtagen til, hvilke der skal opprioriteres og styrkes – Indgåelse af lokal samarbejdsaftale mellem Lyngby-Taarbæk Kommune og Distriktspsykiatrien i Gladsaxe med fokus på bedre koordinering og dermed en mere helhedsorienteret indsats – Afklaring af mulighederne for fælles kompetenceudvikling, hvor det giver faglig mening, mellem Distriktspsykiatrien i Gladsaxe og socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune 	Efterår 2013	CSI og Psykiatrisk Center Ballerup, herunder Distriktspsykiatrien i Gladsaxe

Bilag 1

Helhedsplan for Socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune:

Vidensgrundlag og faglig retning

Helhedsplanen for socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune bygger på viden om mulighederne for at komme sig fra psykiske lidelser. Det er hensigten at socialpsykiatrien skal baseres på viden om, hvad der kan hjælpe disse processer på vej og understøtte psykisk bedring.

Der udvikles fortsat viden om mulighederne for at komme sig, ligesom der udvikles og afprøves nye metoder og tilgange, der kan understøtte processerne. Viden er med andre ord ikke statisk, og det lader sig ikke gøre at formulere et udtømmende vidensgrundlag for socialpsykiatrien.

Dette afsnit har til formål at kortlægge den viden, som er besluttet skal være retningsgivende for helhedsplanen og den socialpsykiatriske praksis i Lyngby-Taarbæk Kommune. Samtidig skal den socialpsykiatriske praksis fortsat være åben for ny viden, ligesom den skal være opsøgende, udviklende og undersøgende i forhold til nye metoder som kan understøtte menneskelig udvikling.

Afsnittet henvender sig først og fremmest til fagpersoner inden for socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune, og der er masser af henvisninger til, hvor man kan læse mere om den viden og de undersøgelser som afsnittet bygger på. Afsnittet kan naturligvis også læses af brugere af socialpsykiatrien, pårørende eller andre interesserede som ønsker viden om hvilket grundlag socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune er baseret på.

Recovery – at komme sig

Recovery betyder slet og ret 'at komme sig'. Begrebet dækker over den viden som er udbredt, at mennesker kommer sig fra såvel milde som svære psykiske lidelser. Fx viser undersøgelser at mellem halvdelen og to tredjedele af dem, der får en skizofrenidiagnose, kommer sig og bliver selvforsørgende og uafhængige af social og psykiatrisk hjælp¹.

Men dermed naturligvis ikke sagt, at der ikke skal stilles hjælp til rådighed. Tværtimod handler det om at sikre, at de indsatser, der tilbydes, bygger på viden, om hvad der kan hjælpe mennesker i processen med at komme sig, forhindre at de får det værre eller hjælpe dem til at bevare eller genetablere deres tilknytning til netværk og andre samfundsmæssige sammenhænge. Dels fordi vi kan tillade os at forvente at den psykiske lidelse og den eventuelt medfølgende funktionsnedsættelse er midlertidig. Dels fordi også de mennesker for hvem funktionsnedsættelsen alligevel bliver langvarig eller permanent, har ret til og krav på

¹ Oversigt over disse undersøgelser kan findes i Topor 2003 og Whitaker 2010.

at bevare en status som gyldige og værdifulde samfundsborgere med magt over eget liv og med ydelser som kompenserer for funktionsnedsættelsen og hjælper til at øge mestringen af den.

Recovery-undersøgelser peger på nogle faktorer som er en forudsætning for at mennesker med alvorlige psykiske problemer kommer sig, men undersøgelserne peger også på, at der ikke findes én metode der virker for alle². Hvis socialpsykiatrien skal tage denne viden til sig, indebærer det et fortsat arbejde med at finde og udvikle nye metoder sammen med borgerne, så hver enkelt borger så vidt muligt støttes i sin egen proces med at komme sig sammen med de mennesker, der er vigtige for den pågældende, og så forudsætningerne for at processen kan ske, så vidt muligt kommer på plads.

I en systematiseret kvalitativ undersøgelse af mennesker der er kommet sig fra alvorlige sindslidelser, konkluderer den svenske psykolog Alain Topor at der er groft sagt fire forudsætninger, der ser ud til at være til stede, når målgruppen oplever et 'vendepunkt' – det vil sige at de oplever at deres recovery-proces går i gang:

- De *materielle forudsætninger* er i orden, dvs. at der er forholdsvis godt styr på økonomi og boligsituation, så borgerens grundlæggende behov for mad, tryghed og hvile kan dækkes.
- Personen ser en *mening* og opnår dermed en forståelse af sin lidelse og af, hvad der kan hjælpe til at få det bedre. Denne mening er individuel og har således ikke nødvendigvis sammenhæng med hvad de professionelle forstår som problemet eller som løsningen.
- Personen er selv *aktiv* i forhold til, hvad der skal ske og hvornår.
- Der er altid en *betydningsfuld anden* involveret i processen – ingen kommer sig tilsyneladende alene.

Disse punkter udgør vigtig viden når den socialpsykiatriske indsats skal iværksættes.

Endelig er der såvel undersøgelser som praktiske eksempler, der tyder på, at det kan forebygges, at psykiske problemer udvikler sig til langvarige lidelser og kommer til at give permanente og omfattende funktionsnedsættelser³. Denne viden giver anledning til særligt at arbejde for at mennesker der første gang giver udtryk for at have psykiske vanskeligheder, som de ikke selv kan tackle, mødes på en måde, som giver størst mulig chance for, at problemerne ikke bliver langvarige og fastlåste.

Inklusion

I FN's handicapkonvention fra 2006, som Danmark ratificerede i 2009, slås det fast at mennesker med funktionsnedsættelser, herunder funktionsnedsættelser som følge af psykiske lidelser, har ret til de samme muligheder og er omfattet af de samme rettigheder som andre borgere. Samtidig understreges det at et handicap ikke er en nødvendig følge af en funktionsnedsættelse. Handicap opstår derimod i mødet med nogle omgivelser, som skaber barrierer for at borgeren med funktionsnedsættelse kan opnå lige muligheder og rettigheder.

² Topor 2003, Jensen 2006

³ Fx Jaaku Seikkulas undersøgelser af Åben Dialog i Vestlapland, Marius Romme og Sandra Eschers Children Hearing Voices og erfaringerne fra Headspace i Australien og Ungdomspsykiatrisk Kriseteam i Sønderjylland.

Opgaven for socialpsykiatrien og de andre relevante aktører på området – herunder på normalområderne – er derfor at understøtte borgere med funktionsnedsættelsers samfundsdeltagelse gennem et tæt samarbejde mellem aktører i lokalsamfundet. Deltagelse skal ske med menneskets integritet i behold. Det handler om deltagelse i:

- Personlige relationer – i familie og netværk
- Fællesskaber – i fritiden, i uddannelses- og arbejdsfællesskaber m.m.
- Samfundet som ligeværdig medborger

Socialpsykiatriske indsatser støtter borgere med funktionsnedsættelser som følge af psykiske lidelser i at (for)blive inkluderet i lokalsamfundet på trods af deres funktionsnedsættelse. Erfaringer viser at det at yde støtten der hvor borgeren er – i hjemmet, på arbejdspladsen, i den lokale forening osv. – reducerer de eksklusionsmekanismer som kan være forbundet med indlæggelser på en psykiatrisk afdeling eller indflytning på et botilbud. Derfor er det afgørende at de socialpsykiatriske indsatser er fleksible, både i forhold til tid og sted for indsatsen.

Ansvar for inklusionen ligger imidlertid i lige så høj grad på normalområdet, hvor såvel arbejdspladser og uddannelsessystemer som kultur-, fritids- og boligforeninger må tage del i bestræbelserne på at rumme borgere med psykiske vanskeligheder – og omvendt få gavn af de resurser som målgruppen har at give. Socialpsykiatrien kan i den forbindelse bidrage med viden og indsigt i forhold til målgruppens behov og resurser, men kan ikke skabe inklusion uden at lokalsamfundets aktører tager ansvar.

Stigmatisering er en af de helt store udfordringer for at understøtte inklusion i lokalsamfundet. De fleste borgere med alvorlige sindslidelser har negative erfaringer med eksklusion fra arbejde, uddannelse, netværk og familie. Det understreger betydningen af samfundets holdning til mennesker med sindslidelser. Men det er også vigtigt at styrke borgernes selvværd. Det viser sig nemlig at forventningen om at blive stigmatiseret afholder mange fra at søge arbejde eller at etablere nye netværksrelationer.

Mere konkret har det vist sig at indsatser som sigter mod umiddelbar inklusion i såvel boligområder som på arbejdspladser ser ud til at give langt bedre resultater end indsatser som sigter mod først at håndtere de psykiske problemer og dernæst inkludere borgeren i det almindelige samfund. Samtidig understreger erfaringerne fra denne type indsatser vigtigheden af at sikre støtte og kompenserende ydelser der reelt muliggør inklusionen.

Koordinering og sammenhæng

Mennesker med funktionsnedsættelser på grund af psykiske lidelser har ofte komplekse og sammensatte problemer, der kræver en sideløbende og koordineret indsats fra flere forskellige myndigheder og fagpersoners side. I kommunen kan det fx dreje sig om en samtidig indsats fra jobcenter, socialpsykiatri og misbrugsbehandlings side.

Størstedelen af brugerne af socialpsykiatrien modtager desuden psykiatrisk behandling i perioder af kortere eller længere varighed. Dermed bliver der også behov for at skabe sammenhæng og koordinering på tværs af socialpsykiatri og behandlingspsykiatri. Det kræver et tæt og formaliseret samarbejde de to sektorer

imellem, så indsatsen over for borgerne bliver højt kvalificeret og helhedsorienteret⁴. Hvis det for alvor skal være muligt at have borgeren i centrum for indsatsen, kræver det desuden og at de professionelle formår at skabe et samarbejdsrum, hvor der er plads til de forskellige faglige tilgange og roller. Det gælder på tværs af behandlingspsykiatri og socialpsykiatri, men det gælder også på tværs af den kommunale indsats. Den løsningsfokuserede systemiske tilgang kan være et redskab til at skabe et sådant samarbejdsrum.

Dokumentation

Med en ambition om at levere socialpsykiatriske indsatser der hjælper udviklingsprocesser på vej og understøtter psykisk bedring, bliver det afgørende at skabe en kultur hvor indsatsen løbende dokumenteres og evalueres. Dette for løbende at følge op på om indsatsen overfor den enkelte borger har den tilsigtede virkning, men også for at sikre, at den socialpsykiatriske praksis reelt funderes på den aktuelt bedste viden om, hvilke metoder der virker i forhold til forskellige typer af problemstillinger. Endelig er dokumentation og evaluering afgørende for at sikre løbende opsamling af ny viden med henblik på videreudvikling af praksis

Psykosociale indsatser

Som nævnt, er det at komme sig en proces der sker for den enkelte. Indsatsen, som sættes i værk for at understøtte processen eller evt. kompensere for funktionsnedsættelser, kaldes for psykosociale indsatser.

De lovgivningsmæssige rammer for socialpsykiatrien findes i servicelovens afsnit 5, der dels beskriver formålet med den psykosociale indsats, dels definerer de konkrete tilbud og indsatser der kan sættes i værk. Desuden angiver lovens § 10 den kommunale rådgivningsforpligtelse, hvis formål er at forebygge sociale problemer og hjælpe borgeren over øjeblikkelige vanskeligheder.

Al hjælp efter servicelovens bestemmelser skal tilrettelægges i samarbejde med borgeren og ske på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger. Indsatsen bygger desuden på princippet om hjælp til selvhjælp.

Beslutning om at visitere borgere til hjælp efter serviceloven sker efter anvendelse af Voksenudredningsmetoden⁵, som er en sagsbehandlings- og udredningsmetode på handicap- og udsatte voksneområdet. Voksenudredningsmetoden skaber grundlag for en sammenhængende og helhedsorienteret indsats med borgeren i centrum og giver sagsbehandleren en struktureret viden om borgerens problemer, resurser og ønsker og skaber hermed et grundlag for at træffe afgørelser om tildeling af støtte.

Den type hjælp et menneske har brug for, er forskellig fra person til person og varierer over tid. I Voksenudredningsmetoden er opstillet 11 overordnede udredningstemaer, som sagsbehandleren i dialog

⁴ Der er både danske og udenlandske positive og dokumenterede erfaringer med at samle behandlingspsykiatriske funktioner med sociale myndigheds- og udførerfunktioner som hjælp til nogle af de mest socialt udsatte borgere. Denne viden understøtter vigtigheden af en fleksibel, tilgængelig og tværfaglig indsats blandt andet via et smidigt tværsektorielt samarbejde. Se fx Benjaminsen, Lars: Experiences from an ACT program in Copenhagen. Intermediary Report, SFI, August 2012.

⁵ Voksenudredningsmetoden – Metodehåndbog, Socialstyrelsen 2012. Kan downloades på www.servicestyrelsen.dk/udgivelser.

med borgeren kan tilpasse til den enkelte i forhold til, hvad der er relevant at afdække omkring borgerens situation. Den hjælp som borgeren herefter visiteres til, er en målrettet indsats for at forbedre borgerens funktionsevne inden for et eller flere af de 11 temaer.

At tilrettelægge og yde en individuelt tilrettelagt hjælp i samarbejde med den enkelte stiller krav om, at borgeren mødes som en ligeværdig og vidende samarbejdspartner, og at de psykosociale indsatser tilbydes som muligheder der kan understøtte den enkelte i en proces i retning mod at blive mere og mere selvhjulpne. Det kan være en krævende opgave at omsætte til praksis, erfaringer viser dog, at der findes forskellige værktøjer og måder at tilrettelægge arbejdet på som kan understøtte processen⁶.

Forebyggelse og tidlig indsats

Med viden om, at det er muligt at forebygge at psykiske lidelser udvikles eller forværres, bliver det afgørende at skabe socialpsykiatriske indsatsformer, der understøtter bedringsprocesser. Men i lige så høj grad er det vigtigt, at normalområdet – om der så er tale om skole- og uddannelsessammenhænge, fritidslivet eller arbejdsmarkedet – understøtter såvel forebyggelse som inklusionsmuligheder, så det at opleve psykiske vanskeligheder ikke behøver at betyde udelukkelse fra sammenhænge som er med til at give livsindhold og livserfaring. Dermed kan udviklingen af psykiske lidelser forebygges, men samtidig kan det forebygges at borgeren ekskluderes fra sociale sammenhænge og på sigt bliver afhængig af offentlige ydelser og social støtte.

Undersøgelser tyder på at normalisering af overvældende psykiske oplevelser – som fx stemmehøring og angst – kan have en positiv effekt. På den ene side kan normaliseringen give en bedre prognose for den, der oplever problemerne, fordi det skaber mening og sammenhæng i noget som ellers kan være helt overvældende. På den anden side kan normaliseringen mindske stigmatisering, fordi fænomenerne – også for omgivelserne – bliver mere begribelige og håndterbare⁷. Forebyggelse og tidlig indsats handler således ikke nødvendigvis om at udvikle nye specialiserede tilbud, men om hvordan de eksisterende systemer møder mennesker som oplever alvorlige psykiske problemer, om hvordan problemerne undersøges og forstås, og om hvilke løsninger der foreslås eller sættes i værk.

Rehabilitering

Psykosocial rehabilitering er et internationalt anerkendt begreb som beskriver den samlede faglige indsats, der har til formål at understøtte borgerens egen proces med at komme videre i livet. WHO definerer psykosocial rehabilitering som ”en proces, der fremmer muligheden for at mennesker, der har en funktionsnedsættelse eller et handicap som følge af en sindslidelse, kan tage selvstændigt og aktivt del i samfundet.”

Den danske Hvidbog om rehabilitering uddyber dette ved at konkretisere at:

- Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk.

⁶ Fx findes der mindre redskaber som feed back-skemaer, men der er også udviklet deciderede måder at tilrettelægge samarbejdet på, som understøtter at borgeren holdes i centrum og kontrol. En af dem er Åben Dialog som vil blive præsenteret senere i dette dokument.

⁷ Se fx Romme og Escher 2010 og Read 2004

- Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.
- Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger, og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.

En rehabiliterende indsats har således fokus på den enkelte borger og på de samfundsmæssige vilkår, herunder lokalsamfundet og dets muligheder.

Psykosocial rehabilitering dækker over kortvarige som langvarige psykosociale indsatser som er målrettede og tidsbestemte, og som har udvikling og recovery som mål. Målet om et selvstændigt og meningsfyldt liv gælder således for alle, også for dem som har brug for langvarig og omfattende hjælp for at opnå dette. Derfor er der brug for løbende at inddrage borgerne i vurderingen af deres eget forløb, fx gennem formaliseret feedback på den professionelle indsats.

Rehabiliteringstilgangen betoner forandring, udvikling og optimering af livskvalitet. For at opnå det er der brug for sammensatte metoder, der favner bredden i de mål, brugeren identificerer. Der samarbejdes med brugeren om at sætte mål med indsatsen, og brugeren har indflydelse på, hvor arbejdet skal finde sted. Metoderne skal derfor kunne anvendes i mange forskellige sammenhænge, og rehabiliteringsarbejdet udfolder sig der, hvor folk bor, arbejder, lærer og slapper af eller hvor der i øvrigt er rum til at lære og udvikle evner som hjælper.

Målet med rehabiliteringsindsatsen er at hjælpe mennesker med funktionsnedsættelser til at udvikle de følelsesmæssige, sociale, praktiske og intellektuelle færdigheder, som er nødvendige for at leve, lære og arbejde i samfundet med mindst mulig professionel støtte. Det indebærer at man flytter sig fra en sygdomsmodel til en model om funktionsnedsættelse. Derfor bliver parametre vedrørende sociale roller, sociale forhold, arbejde og fritid, såvel som livskvalitet, vigtige

Den sidste del af definitionen siger at rehabilitering skal baseres på borgerens hele livssituation og bestå af en sammenhængende, koordineret og vidensbaseret indsats. Det stiller krav om at der skabes sammenhæng mellem forskellige forvaltningsområder i kommunen, mellem sektorer og mellem forskellige faglige specialer.

Mening, normalisering og kontrol

Som nævnt er der undersøgelser, der tyder på at oplevelsen af mening kan være en forudsætning for at komme sig fra alvorlige psykiske problemer⁸. At omsætte dette til psykosociale indsatsformer kræver først og fremmest nysgerrighed over for borgerens forståelseshorisonter og teknikker til at spørge og lytte. Der er generel enighed om at psykiske problemer – om det så gælder depressioner, angst eller psykotiske lidelser – i hvert fald delvist har rod i oplevelser i livet. For mange mennesker vil meningen derfor kunne findes ved at undersøge hvilke oplevelser – aktuelle såvel som tidligere – der ligger til grund for den psykiske lidelse. Fokus bliver på denne måde på at normalisere de psykiske problemer ved at se dem som forståelige reaktioner på en påvirkning⁹.

⁸ Topor 2003, Jensen 2006

⁹ Read 2004

En del af den psykosociale indsats er derfor også at interessere sig for den mening eller forståelse borgeren selv har af sin lidelse. Desuden skal borgeren kunne se en mening i de løsninger der sættes i værk. Det fordrer, at der er viden tilgængelig for borgeren om, hvilke løsningsmuligheder der er og hvilken viden og erfaringer der findes med, hvad der har virket for andre i samme situation. De professionelle får dermed en vigtig rolle i at formidle muligheder og viden. Det gælder socialpsykiatriens egne muligheder, andre specifikke og generelle muligheder i kommunen eller i andre sektorer, herunder civilsamfundets muligheder.

Metoden Åben Dialog har vist sig at være en virksom måde at hjælpe borgeren til at skabe mening og bevare eller genvinde kontrollen over sin situation på. Metoden bygger på en relationel forståelse af at psykiske problemer ikke 'er inde i hovedet', men er udtryk for noget der er uhåndterligt i relationen mellem den enkelte og omgivelserne. Derfor er kernen i Åben Dialog også redskaber til at skabe kommunikation med borgeren og dennes netværk – og dermed til at skabe større mening og forståelse¹⁰.

Åben Dialog ligger tæt op ad den narrative tankegang, som ligeledes har vist sig virksom i arbejdet med at genopbygge en ny og positiv identitet hos den enkelte borger som ligeværdig medborger. Her arbejdes der ud fra, at selvforståelsen skabes i de fortællinger, der – sammen med andre – fortælles om os selv. Mange borgere med langvarig psykisk lidelse og sårbarhed har negative identitetsfortællinger som dominerer deres tanker om, hvem de er, og hvad de kan. Narrative samtaler er med til at skabe udsyn til flere fortællinger og dermed flere handlemuligheder og nye perspektiver på livet.

Tilsvarende har redskaber inden for personcentreret planlægning, vist sig at kunne bidrage til at finde mening og retning i livet. Personcentreret planlægning bygger på viden om hvad der understøtter recovery-processer og tilbyder konkrete redskaber til at finde mening, drømme og livsmål og lægge planer for at nå dem.¹¹

Endelig har vi i Lyngby gode erfaringer med at fællesundervisning til psykiatribrugere, professionelle og pårørende. Herved kan brugerne opnå større indsigt i deres betingelser og muligheder – og dermed bedre træffe kvalificerede valg og føle sig i kontrol over deres livssituation. Konkret har der fx været tilbudt undervisning, hvor den nyeste viden om mulighederne for at komme sig fra alvorlige psykiske problemer har været præsenteret, eller hvor om emner som rettigheder og medborgerskab har været behandlet.

Netværksinddragelse

At inddragelse af netværk og pårørende er en vigtig faktor for recoveryprocesser viser såvel undersøgelser som praksiserfaringer.

Netværksinddragelse indebærer på den ene side at de resurser som borgeren har i sit eget netværk, inddrages og understøttes, så den professionelle indsats ikke kommer til at overtage funktioner som kan varetages på anden vis. På den anden side sikres det at der samarbejdes omkring borgeren, så de forskellige aktører bidrager med deres forskellige vinkler, kompetencer og roller på en måde hvor borgeren

¹⁰ Se fx Seikkula 2008

¹¹ Se fx Kaaber m.fl 2010

forbliver i centrum for processen og samtidig bliver opmærksom på såvel de muligheder som de vilkår og rammer der er omkring vedkommende¹².

Uddybende læsning

Benjaminen, Lars: *Experiences from an ACT program in Copenhagen. Intermediary Report August 2012*. SFI 2012

Burns, Tom et.al.: *The Impact of Supported Employment and Working on Clinical and Social Functioning: Results of an International Study of Individual Placement and Support*. I *Schizophrenia Bulletin* 2009 September; 35(5): 949–958.

Headspace hjemmeside: <http://www.headspace.org.au/>

Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. MarselisborgCentret 2004

Jensen, Morten Kjær og Anne Flemmert Jensen: *At hjælpe og møde mennesker, hvor de er. En evaluering af Ungdomspsykiatrisk Kriseteam*. Panopticon 2001

Jensen, Pernille, Karl Bach Jensen, Erik Olsen og Ditte Sørensen: *Recovery på dansk*. Systime 2004

Jensen, Pernille: *En helt anden hjælp*. Akademisk forlag 2006

Kaaber, Alette, Birgitte Hjortnæs Kjalke, Bodil Øster, Dirch Thøgersen og Johanna Soini: *STYR LIVET med personcentreret planlægning*. Slotsvænget 2010

Mezzina, Roberto og Sonia Johnson: Home treatment and 'hospitality' within a comprehensive community mental health centre. I Johnson, Sonia (Ed.): *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*. Cambridge University Press 2008

Read, John, Loren Mosher og Richard Bentall: *Models of Madness. Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. Brunner-Routledge 2004

Romme, Marius og Sandra Eshcer: *Children Hearing Voices*. Pccs Books 2010

Seikkula, Jaakko og Tom Erik Arnkil: *Sociale netværk i dialog*. Akademisk Forlag 2008

Seikkula, Jaakko: *Åben dialog og netværksarbejde*. Hans Reitzel 2008

Topor, Alain: *Fra patient til person*. Akademisk forlag 2005.

Torpor, Alain: *Recovery*. Hans Reitzels Forlag 2003

Whitaker, Robert: *Anatomy of an epidemic*. Crown Publishing Group 2010

¹² Den systemiske tilgang til samarbejde og netværksinddragelse i fx Åben Dialog eller, på børne- og ungeområdet, Signs of Safety tilbyder redskaber til at udfolde dette i praksis.

Bilag 2

Helhedsplan for Socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune:

Aktuelle socialpsykiatriske tilbud

Specialiserede tilbud til målgruppen af voksne borgere

Center for Social Indsats har indenfor socialpsykiatrien aktuelt en række kommunale tilbud til målgruppen af voksne dels på Slotsvænget, dels på to selvejende tilbud med driftsoverenskomst, Kirsten Marie og Nettet, og endelig et § 85 og § 99 team tilknyttet Voksenafdelingen i centeret. Herudover anvendes i mindre omfang eksterne tilbud.

Nedenfor ses en oversigt over de aktuelle tilbud inden for socialpsykiatrien, herunder hvor mange borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune som er visiteret til tilbuddene.

		Slotsvænget	DSI Nettet	Kirsten Marie	Center for Social Indsats	Eksterne
§ 85	LTK-Borgere	Ca. 100 borgere (+ ca. 10 unge fra 15 år som har kontaktperson efter § 52 stk. 6 fra Forebyggelsescenteret)				Ca. 25 borgere (+ ca. 5 unge som har kontaktperson efter § 52 stk. 6)
§ 99	LTK-Borgere				Fleksibelt	
§ 107	Pladser		Hjortholmsvej: 4 (18-30 år) Danmarksvej: 10 (25-50 år)	24		
	LTK-Borgere		10	16		20 (heraf 4: 18-25 år)
§ 108	Pladser	32				
	LTK-borgere	5 (desuden 3 borgere som LTK har handleforpligtelse for)				7
Støttepakke (§§85/104)	Pladser	9				
	LTK-borgere	0				

§ 103	Pladser	15	8			
	LTK-borgere	5	10 (2 borgere i overbelægning)			6 (heraf 5 i forbindelse med botilbud)
§ 104	Pladser		36	15 (desuden benytter botilbuddets beboere tilbuddet, hvilket beregnes som yderligere 15 pladser)		
	LTK-borgere			46		3 (heraf 2 i forbindelse med botilbud)
Akuttilbuddet	LTK-borgere	Fleksibelt				

Ledig kapacitet på botilbudsområdet

Gennem en årrække har der været uudnyttet kapacitet på kommunens botilbud. Nedenfor ses en oversigt over denne kapacitet. For årene 2011 er der tale om gennemsnit over hele året. For 2013 udgør tallet den aktuelle status pr 1. marts 2013.

	Slotsvænget ¹	DSI Nettet	Kirsten Marie
2011	0	1,5	1,2
2012	2,3	0,75	1,5
Status 1. marts	1	1	3

Slotsvænget indgår i rammeaftalen og skal således stille pladser til rådighed for andre kommuner.

¹ På grund af ombygningen, hvor Slotsvænget er reduceret fra 40 til 32 pladser, har der i en periode været lukket for visitationer til Slotsvænget. Efter at visitationen blev genåbnet, har der i 2012 været ledig kapacitet, fordi det har taget tid at skabe opmærksomhed om at der igen tages borgere ind, ligesom lokaleforholdene under den midlertidige genhusning har skabt udfordringer ved nyindflytninger. Der er aktuelt visiteret en borger til den ledige plads, og borgeren flytter ind, når Slotsvænget vender tilbage til de ombyggede lokaler den 1. juni 2013.

Der er for nylig truffet politisk beslutning om at de midlertidige botilbud i Nettet og Kirsten Marie i en periode igen kan indskrive borgere fra andre kommuner.

Tilbud til unge i alderen 16 - 25 år

Kommunen har aktuelt ikke specifikke tilbud til unge med socialpsykiatriske problemstillinger i aldersgruppen 16-18 år (plus efterværn til 18-23-årige).

Nedenfor ses en kategoriseret oversigt over de aktuelle sager inden for ungeområdet. Ungeområdet rummer 340 sager for unge i alderen ca. 15 til 25 år. Kategoriseringen beror på en aktuel optælling i enkelte sagsstammer.

Kategorier	Antal sager	Kommentar
1) Unge 15-18 år hvor fysiske handicap er central for sagen	25	Rumme klassiske handicap, hvor der primært tænkes kompensation til forældrene.
2) Unge 15-23 år med psykosociale vanskeligheder uden psykiatri. (inklusive efterværn)	80	Denne gruppe unge gives ofte forebyggende foranstaltninger. Det kan ikke udelukkes, at de i voksenlivet kommer ind i psykiatrien, da de fleste af disse unge er unge udsat for en eller anden form for omsorgssvigt.
3) Unge 15-23 år med psykosociale vanskeligheder med psykiatri herunder diagnoser som ADHD og Autisme.	80	Denne gruppe unge gives også et bredt spekter af forebyggende ydelser. Flere anbringelser i denne kategori end i ovenstående. En stor del af de anbragte børn har været - eller kommer ind omkring psykiatrien.
4) Unge 15-18 år med omfattende psykiatriske problemstillinger, der kræver en særlig specialiseret indsats	20	Da der er tale om eksisterende sager betyder det, at der ca. er 7 nye sager af denne karakter om året . Denne gruppe unge er målgruppen for socialpsykiatriske ydelser, som specialiseret kontaktperson, døgnanbringelse og specialiseret dag/skoletilbud.
5) Unge 18-25 år med Fysiske handicap	70	Denne gruppe unge får handicapkompenserende ydelser. Denne gruppe rummer de fleste førtidspensionister.
6) Unge 18-25 år med foranstaltninger inden for voksenpsykiatriområdet.	65	Denne gruppe unge kan være unge, som var i målgruppen for socialpsykiatriske tilbud under børneområdet, men det kan også være unge, som først efter det fyldte 18 år får en væsentlig funktionsnedsættelse grundet psykiatriske problemstillinger.
Sager i alt	340	

En del af den indsats der ydes over for unge, ydes af kommunens egne tilbud:

- Forebyggelsescenteret kan yde psykologbehandling, kontaktperson og familiebehandling, der understøtter en eventuel psykiatrisk behandling. (10 unge i alderen 15-25 år har pt. en kontaktperson)
- Gl. Vartorv der årligt har ca. 2 unge med så nedsat funktionsniveau, at de skal tilbydes hjælp efter det fyldte 23. år
- Nettet Hjortholmsvej/Danmarksvej (pt. 4 unge i alderen 18-25 år)
- Akuttilbuddet

Desuden købes der udenfor kommunen helt specialiserede socialpsykiatriske indsatser. Her kan nævnes køb af ydelser som:

- Kontaktpersoner med særlig kendskab til unge med skizotypiske lidelser evt. kombineret med andre diagnoser fx ADHD eller misbrug, der skal være tilgængelige uden for almindelig åbningstid. (Antal nye sager årligt ca. 4-5. Antal helårspladser ca. 5-7)
- Specialiserede døgntilbud til unge med skizotypiske lidelser, unge med suicidale og depressive problemstillinger, selvskadende adfærd og/eller tidlig skadede og unge med anoreksi. De specialiserede døgntilbud håndterer unge med betydelig nedsat funktionsevne, som i den første periode af opholdet kan have behov for døgndækning eller måske i begyndelsen mandsopdækning. (Antal nye sager årligt 2-3 Antal helårspladser ca. 3-4)
- Specialiserede dagtilbud med skole, som kan håndtere særlig skrøbelige unge, der skal hentes hjemme med mange af de samme funktionsnedsættelser som, dem der skal i døgntilbud. (Antal nye sager årligt 2-3. Antal helårspladser 2-5)
- Eksterne udbydere af § 107 tilbud til unge med socialpsykiatriske problemstillinger. (Pt. modtager 7 borgere i alderen 18-25 år et eksterne §107 tilbud.

Provenuskøn for helhedsplanens 3 modeller:

Vurderingen af de økonomiske konsekvenser af de tre modeller tager udgangspunkt i de hensigtserklæringer og målsætninger, der er skitseret i helhedsplanen for socialpsykiatrien samt de hensigtserklæringer, der i forvejen er på området, herunder kapacitetstilpasning og anvendelse af lokale botilbud i videste muligt omfang

Udgangspunktet er endvidere, at krydsfinansieringen ved tilpasning/omlægning af pladser i socialpsykiatrien og et styrket samarbejde med distriktspsykiatrien (jf. budgetaftalen for 2013-2016), kan anvendes til investeringer i fremtidens løsninger, herunder fremskudt sagsbehandling og en samlet socialpædagogisk støtte (SEL § 85). Initiativerne skal bidrage til at give en bedre koordineret og helhedsorienteret indsats, der understøttes af et formaliseret samarbejde med distriktspsykiatrien.

Alle 3 modeller forudsætter en kompetenceudvikling og en stram styring med fokus på en effektiv driftsoptimering samt en kapacitetstilpasning hos leverandørerne i overensstemmelse med forslagene i de 3 modeller.

Der er ikke medtaget eventuelle anlægsudgifter i forbindelse med etablering eller omlægning af boliger til unge. Herudover er etableringen af et værested i Slotsvængets kommende cafe et første bud på fysisk placering (jf. model 2).

I alle 3 modeller skal driftsoverenskomsterne med de selvejende institutioner genforhandles. De 2 selvejende institutioner har henholdsvis et halvt års opsigelse og et års opsigelse af driftsoverenskomsterne. De 3 modeller har forskelligt indhold, og derfor er provenuet ved driftsoptimering i henhold til driftsoverenskomsterne forskelligt.

For at opnå det forudsatte provenu er det nødvendigt at investere i forskellige tiltag, der kan bidrage til en styrkelse af samarbejdet med distriktspsykiatrien. Et af tiltagene er en aktiv deltagelse i diverse samarbejdsfora. Et andet er kompetenceudvikling. Et tredje er fremskudt sagsbehandling med fokus på en helhedsorienteret og sammenhængende indsats på tværs af sektorer.

Skønnene er baseret på de takster, der er på de respektive enheder i 2013, hvor der foreslås omlægnings af indsatsen samt KKR's beslutning om 2 % reduktion af taksterne på de institutioner, der er omfattet af rammeaftalen for 2014. Det er vigtigt, at pointere at det er et estimat over effekten af de respektive modeller, der er beskrevet samt at der er en vis usikkerhed om den faktiske effekt.

Idrætstilbuddet Limone er der ikke taget stilling til i de 3 modeller. Afhængig af valg af model, skal det overvejes, hvor denne aktivitet fremadrettet skal placeres. Indtil der er taget stilling til den fremtidige placering, vil idrætstilbuddet Limone fortsætte i Nettets regi.

Tabel 1: Budgetforudsætninger for helhedsplanen

Mio. kr./Netto 2013-PL	2013	2014	2015	2016	I alt
A) Omlægning/tilpasning af socialpsykiatrien	-0,900	-1,500	-1,750	-2,250	-6,400
B) Styrket samarbejde med distriktspsykiatrien	0,900	1,500	1,750	2,250	6,400
Oprindeligt sparemål for HA9	-1,125	-2,500	-3,500	-4,500	-11,625
C) Differens – overført til pulje – udmøntning	-0,225	-1,000	-1,750	-2,250	-5,225

Finansierings-kryds

af hensigtserklæringer

- Indtægt/besparelse, + Udgift/investering

I budgetaftalen 2013-2016 blev der for perioden 2013-2016 vedtaget en besparelse på i alt - 6,4 mio. kr. over fire år gennem tilpasning/omlægning af pladser i socialpsykiatrien. Beløbet blev øremærket til styrkelse af samarbejdet med distriktpspsykiatrien som en krydsfinansiering (jf. A og B i tabel 1).

Desuden blev der vedtaget en hensigtserklæring om, at fortsætte arbejdet med en helhedsplan for socialpsykiatrien som foreslået i administrationens handlekatalog for budgetperioden (jf. HA9). Den eventuelle differens mellem ovennævnte krydsfinansiering og det oprindelige sparemål for HA9, blev reserveret til en særlig pulje til imødegåelse af konsekvenserne af demografiske ændringer, tillægsbevillingsbehov i 2013 samt evt. nye tiltag på aktivitetsområderne i forbindelse med budget 2014-17 (jf. C i tabel 1). Dermed udgør differencen det forudsatte provenu for helhedsplanen.

Det pointeres, at alle tre modeller følger en anden profil end forudsat i budgetaftalen 2013-2016. Dette gælder både i forhold til modellernes udrulning i løbet af perioden og den samlede effekt i hele perioden. Årsagen er processen for udarbejdelse af helhedsplanen for socialpsykiatrien og valg af model.

I tabel 2 fremgår den skønsmæssige effekt af de tre modeller i forhold til

- A) Omlægningen af socialpsykiatrien,
- B) Styrket samarbejde med distriktpspsykiatrien og
- C) det skønsmæssige provenu.

Tabel 2: De tre modeller skønsmæssige effekt i perioden 2013-2016

Mio. kr. / Netto 2013-PL	2013	2014	2015	2016	2013-2016	
Model 1	- A) Omlægning/ tilpasning af pladser i socialpsykiatrien	0,00	-1,55	-1,80	-2,05	-5,40
	- B) Styrket samarbejde med distriktpspsykiatrien	0,25	0,70	0,70	0,70	2,35
	- Yderligere effekt af helhedsplan	0,00	-0,27	-0,27	-0,27	-0,81
	- C) Skønnet provenu	0,25	1,27	-1,37	-1,62	-3,86
Model 2	- A) Omlægning/ tilpasning af pladser i socialpsykiatrien	0,00	-4,60	-5,45	-5,70	-15,75
	- B) Styrket samarbejde med distriktpspsykiatrien	0,50	3,50	3,5	3,50	11,00
	- Yderligere effekt af helhedsplan	-0,25	-0,67	-1,17	-1,67	-3,76
	- C) Skønnet provenu	0,25	-1,77	-3,12	-3,87	-8,51
Model 3	- A) Omlægning/ tilpasning af pladser i socialpsykiatrien	0,00	-1,55	-1,80	-2,05	-5,40
	- B) Styrket samarbejde med distriktpspsykiatrien	0,25	0,50	0,50	0,50	1,75
	- Yderligere effekt af helhedsplanen	0,25	-0,17	-0,42	-0,67	-1,01
	- C) Skønnet provenu	0,50	-1,22	-1,72	-2,22	-4,66

-/+ : mindredgift / merudgift ift. det forudsatte niveau (jf. tabel 1)

Vurderet over hele perioden 2013-2016 indfrier model 2 samlet set bedst budgetaftalens målsætninger. Den samlede effekt af model 2 vurderes at være godt 3,3 mio. kr. højere i hele perioden, mens effekten af model 1 og 3 vurderes hhv. 1,4 mio. kr. og 0,6 mio. kr. lavere end det budgetterede niveau.

Årsagen er at model 2 giver mulighed for større effektivitet og et styrket fagligt miljø med en tværgående enhed, som kan understøtte fundamentet i visionen om forebyggelse, rehabilitering og recovery. Samdriftsfordelene giver effektiviseringspotentiale og dermed en mere rationel styring. Model 2 vurderes ligeledes også som den fagligt set bedste model.

Model 1 og 3 indfrier ikke effektiviseringspotentialet og visionen i helhedsplanen om forebyggelse, rehabilitering og recovery på samme helhedsorienterede måde som model 2, da der kan være risiko for siloopdeling.

Model 1

Tabel 3: Provenu ved model 1

Mio. kr./ 2013-PL	2013	2014	2015	2016	I alt
Kapacitetstilpasning og anvendelse af lokale løsninger (A)	0,00	-0,75	-1,00	-1,25	-3,00
Formaliseret samarbejde med distriktpsychiatrien (B)	0,00	0,20	0,20	0,20	0,60
Genforhandling af driftsoverenskomsterne (A)	0,00	-0,30	-0,30	-0,30	-0,90
Besparelse på LTK borgere i medfør af 2 pct. takstreduktion på Nettet, Kirsten Marie og Slotvænget, jf. KKR	0,00	-0,27	-0,27	-0,27	-0,81
Opsøgende Støtte-Kontaktperson (B)	0,25	0,50	0,50	0,50	1,75
Tidlig opsporing af borgere og boligsocialindsats (A)	0,00	-0,50	-0,50	-0,50	-1,50
Provenu (C)	0,25	-1,12	-1,37	-1,62	-3,86

- Indtægt/besparelse, + Udgift/investering

Model 2

Tabel 4: Provenu ved model 2

Mio. kr./ 2013-PL	2013	2014	2015	2016	I alt
En samlet § 85 enhed – en afdelingsleder	0,25	0,60	0,60	0,60	2,05
Fremskudt sagsbehandling – ansættelse af medarbejder (B)	0,25	0,50	0,50	0,50	1,75
Værested – anvendelse af Slotsvængets nye lokaler i Cafeen, men ansættelse af 5 pædagoger til værestedsopgaven (B)	0,00	2,00	2,00	2,00	6,00
En samlet § 85 enhed bedre koordineret indsats og driftsoptimering, højere fleksibilitet, samling af den fysiske lokalisering.	-0,50	-1,00	-1,50	-2,00	-5,00
Akuttillbuddet	-	-	-	-	-
Genforhandling af driftsoverenskomsterne under forudsætning af, at de opsiges pr. 30. juni 2013. Kun § 107 tilbud med henholdsvis 15 interne § 104 pladser i Kirsten Marie og 10 i Nettet (A)	0,00	-2,60	-3,20	-3,20	-9,00
Besparelse på LTK borgere i medfør af 2 pct. takstreduktion på Nettet, Kirsten Marie og Slotvænget, jf. KKR	0,00	-0,27	-0,27	-0,27	-0,81
Opsøgende Støtte-Kontaktperson (B)	0,25	0,50	0,50	0,50	1,75
Tidlig opsporing af borgere og boligsocialindsats (A)	0,00	-0,50	-0,50	-0,50	-1,50
Styrkelse af det socialpsykiatriske område – koordineret samarbejde med distriktskykiatrien, jobcenter og ydelser (B)	0,00	0,50	0,50	0,50	1,50
Helhedsorienteret sagsbehandling (A)	0,00	-0,75	-0,75	-0,75	-2,25
Kapacitetstilpasning og anvendelse af lokale løsninger (A)	0,00	-0,750	-1,00	-1,25	-3,00
Provenu (C)	0,25	-1,77	-3,12	-3,87	-8,51

- Indtægt/besparelse, + Udgift/investering

Model 3

Tabel 5: Provenu ved model 3

Mio. kr./ 2013-PL	2013	2014	2015	2016	I alt
En samlet § 85 enhed – koordineret indsats og driftsoptimering. Effekt er ikke den samme som under model 2 pga. risiko for silotænkning, manglende fleksibilitet, risiko for manglende flow	0,00	-0,50	-0,75	-1,00	-2,25
En samlet § 85 enhed – en afdelingsleder	0,25	0,60	0,60	0,60	2,05
Genforhandling af driftsoverenskomsterne (A)	0,00	-0,30	-0,30	-0,30	-0,90
Besparelse på LTK borgere i medfør af 2 pct. takstreduktion på Nettet, Kirsten Marie og Slotvænget, jf. KKR	0,00	-0,27	-0,27	-0,27	-0,81
Opsøgende Støtte-Kontaktperson (B)	0,25	0,50	0,50	0,50	1,75
Tidlig opsporing af borgere og boligsocialindsats (A)	0,00	-0,50	-0,50	-0,50	-1,50
Kapacitetstilpasning og anvendelse af lokale løsninger (A)	0,00	-0,75	-1,00	-1,25	-3,00
Provenu (C)	-0,50	-1,22	-1,72	-2,22	-4,66

- Indtægt/besparelse, + Udgift/investering

Bilag til Social og Sundhedsudvalgets møde 15. maj

Sag nr. 4

1 bilag

Journalnr. : 20130410219
 Dato : 19.04.2013
 Skrevet af : LONJ/KEMS
 45973367

Strategi- og handleplan for det specialiserede socialområde - Voksenområdet

Styringskravene til det specialiserede socialområde (børn, unge og voksne) er gennem de senere år skærpet fra statens side, både i forhold borgerens retssikkerhed og den økonomiske styring.

På det specialiserede socialområde under ét skønnes der samlet at være budgetudfordring på 2,2 mio. kr. i 2013, 3,8 mio. kr. i 2014 samt 4,0 mio. kr. i 2015 og 2016 (2013-PL).

Skønnet illustreres i nedenstående tabel for hele området.

Tabel 1. Skønnet budgetudføring for områderne udsatte børn og unge samt handicappede 2013-2015

Mio. kr. (2013-PL)		2013	2014	2015
Børn og unge	<i>Budgetramme 13 - regnskab 12</i>	-4,6	-4,6	-4,6
	<i>Opnormering af Forebyggelsescentret</i>	1,0	1,0	1,0
	<i>Finansiering af DUBU</i>	0,0	0,6	0,6
	Skønnet budgetudfordring Børn og unge	-3,6	-3,0	-3,0
Handicap	<i>Budgetramme 13 – regnskab 12</i>	13,6	15,4	14,4
	<i>Budgetaftale 2013</i>	-2,4	-3,3	-3,1
	<i>Budgetaftale 2012</i>	-1,3	-2,2	-1,2
	<i>Skønnede engangsudgifter i 2012</i>	-5,0	-5,0	-5,0
	<i>Skønnet udfordring ved akuttilbud</i>	0,9	1,4	1,4
	<i>Finansiering af DHUV</i>	0	0,5	0,5
	Skønnet budgetudfordring handicap	5,8	6,8	7,0
Budgetudfordring for CSI i alt		2,2	3,8	4,0

Anm: Budgetudfordringen for handicappede er opgjort ekskl. Udgifter til Alkohol- og stofmisbrug samt merudgifter. Disse områder er i medfør af den nye organisationsstruktur overgået til Center for Social Indsats fra 2013 og frem.

Med henblik på at imødegå denne udfordring har Center for Social Indsats (CSI) i samarbejde med Center for Økonomi og Personale (CØP) udarbejdet nærværende handleplan.

Målet med handleplanen er at sikre budgetoverholdelse i 2013 og derefter en gradvis nedbringelse af forbruget med -2,0 mio. kr. i 2014, -3,0 mio. kr. i 2015 og -5,0 mio. kr. i 2016 skitseret i nedenstående tabel.

Tabel 1: Udgiftsramme for handlekataloget

Mio. kr., (2013-PL)	2013	2014	2015	2016
Budgetudfordring	2,2	3,8	4,0	4,0
Sparemål	0	2,0	3,0	5,0
Tilpasningskrav	-2,2	-5,8	-7,0	-9,0

Udgiftsrammen er opgjort på baggrund af korrigeret budget før 1. ansået regnskab for 2013

Budgetudfordringen bunder primært i det specialiserede voksensocialområde er strategi- og handleplanen koncentreret om styringen af det det specialiserede voksensocialområde.

Dette sker gennem følgende initiativer:

1. Styrket sagsbehandling
2. Styrket informationsflow
3. Styrket budgetgrundlag på § 85-støtteordningen
4. Kapacitetstilpasning af LTK's Akuttilbud
5. Skærpet leverandørstyring (Eksterne leverandører)
6. Effektivisering af udføreøkonomien
7. Ny styringsmodel for udføreøkonomien

I det følgende gives et kort oprids af fokusområder, aktiviteter samt mål og resultatkrav. Der er endnu ikke udarbejdet skøn for tilpasningseffekten ved de enkelte initiativer. I forbindelse med udarbejdelse af et handlekatalog for budget 2014-2017 vil der blive udarbejdet en konkretisering af initiativerne og de økonomiske konsekvenser heraf.

Handleplanen gælder perioden 2013 og 2014, hvor der løbende vil ske en administrativ opfølgning på processens fremdrift – både for at vurdere hvorvidt og hvordan opgaven er løst, og for at vurdere om der er grundlag for justeringer og evt. stramninger af handleplanen og dens målsætninger.

Arbejdet organiseres i en række projektfølber med hver sin projektleder. Handleplanens overordnede fremdrift sikres af en styregruppe bestående af cheferne for de respektive centre samt øvrige nøglepersoner med CSI som formand. Styregruppen refererer løbende til direktionen på processens fremdrift. De initiativer eller dele heraf, der måtte kræve politisk godkendelse vil blive fremlagt til politisk behandling.

1. Styrket sagsbehandling

Som udgangspunkt forudsætter både den faglige og den økonomiske styring af det specialiserede voksensocialområde, at borgere med ens behov tildeles samme ydelse til samme pris. For at sikre dette, er det nødvendigt med en styrkelse af sagsbehandlingen.

<i>Fokusområde</i>	<i>Aktiviteter</i>	<i>Mål- og resultatkrav</i>
<p>Samtlige sager skal gennemgås med henblik på vurdering af følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikre at alle ydelser er leveret i overensstemmelse LTK's kvalitetsstandarder • Sikre at alle ydelser er udmøntet i overensstemmelse med voksenuddredningsmetoden (VUM) og dermed sikre visitationsgrundlaget • Sikre at der er gennemført en præcis handleplan jf. SEL § 141 - med klar definition af mål- og effektkrav samt en tidshorison for foranstaltningen? • Sikre en ajourføring af § 85, jf. revisionsbemærkningerne for 2011, hvor der var kritik af visitationsgrundlaget 	<p>For at styrke sagsbehandlingen iværksætter Center for Social Indsats følgende aktiviteter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilpasning af kompetenceplan • Centralt visitationsudvalg • Fast månedligt ledelsestilsyn i et læringsperspektiv • Implementering af IT-sagsstyringsystem, der understøtter VUM-metoden • Prioritering af socialjuridisk kompetence i centeret - fx gennem ansættelse af socialretlig jurist el.lign. 	<p>Der opstilles følgende mål- og resultatkrav for arbejdet med den styrkede sagsbehandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle sager, der er bevilliget i 2013 er i overensstemmelse med lovgivningen såvel som LTK's kvalitetsstandarder • 20 pct. af de sager der er bevilliget i 2012 eller tidligere er revisiteret • Center for Social Indsats har ved årets udgang gennemført en ledelsesmæssig audit i 5 pct. tilfældigt udvalgte sager inden for hver afdelingsleders ansvarsområde. • Ansættelse af socialfaglig jurist sker ved omprioritering

Netto forventes aktiviteten at være udgiftsneutral idet en opprioritering af centerets soci-
aljuridiske kompetence frigiver administrative ressourcer, der kan anvendes til at styrke
sagsbehandling yderligere.

2. Styrket informationsflow

Skal budgetudfordringerne imødegås er det tillige nødvendigt, at ledelsen i CSI har over-
blik over det budget og de aktiviteter der administreres. I 2012 har LTK investeret i IT-
systemet Calibra, der giver gode muligheder i denne henseende. Forudsætningen er
imidlertid, at CSI leverer rettidig og retvisende information om områdets priser og aktivi-
teter til CØP, så CØP omvendt kan understøtte ledelsens styringsbehov. Der er derfor
behov for at styrke informationsflowet mellem CSI og CØP.

Fokusområde	Aktiviteter	Mål- og resultatkrav
<p>Styrkelsen af informationsflowet vil have følgende fokusområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udarbejdelse af digital ledelsesinformation om aktivitet og økonomi tilpasset de relevante afdelingslederes informationsbehov – på såvel paragraf som på borger og på medarbejderniveau • Etablering af interne arbejdsprocesser i CSI, der sikrer et retvisende og en rettidig information. 	<p>Styrkelsen af informationsflowet vil ske gennem følgende aktiviteter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementering af standardformular ved etablering eller ændring af foranstaltninger (B-Ø-F-skemaer) • Procedure-, regel-, rolle- og snitfladebeskrivelser for CSI's arbejde med bevillinger og betalinger mv. • Uddannelse, coaching og sparring til det administrative personale i CSI i forhold til arbejdet i Calibra (gennemføres af CØP) • Månedlig kvalitetssikring af alle registreringer i Calibra af CSI's medarbejdere • Månedlig online afrapportering på økonomi og aktiviteter til de respektive afdelingslederes område • Samlet månedsvis afrapportering af økonomi og aktiviteter på tværs af områderne udsatte børn og unge samt udsatte og handicappede voksne til centerchefen i CSI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inden udgangen af april 2013 har Center for Social Indsats gennemgået og foretaget korrekt registrering af <i>alle</i> eksisterende sagers stamdata i Børn og Voksen-systemet – med inddragelse af områdets sagsbehandlere. • Senest Primo april 2013 har Center for Social Indsats implementeret B-Ø-F skemaet i sagsbehandlingen • Inden udgangen af maj 2013 har det administrative personale i Center for Social Indsats har været på kursus i Calibra (afholdt af CØP)

3. Styrkelse af budgetgrundlaget på § 85-støtteordningen

I 2012 er udgifterne til den såkaldte § 85-støtteordning vokset markant. Dette skyldes primært, at der har været en større tilgang til ordningen end budgetforudsætningerne forudsagde. Presset på ordningen kan stige yderligere som konsekvens af hhv. FØP-reformen og Kontanthjælpsreform. Der er derfor behov for en revision af ordningens styringsmodel – i et fagligt såvel som i et økonomisk perspektiv.

<i>Fokusområde</i>	<i>Aktiviteter</i>	<i>Mål- og resultatkrav</i>
<p>Styrkelse af grundlaget for § 85-ordningen vil have følgende fokusområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluering af ordningens kvalitetsstandard i forhold til de lovgivningsmæssige krav. • Evaluering af ordningens kvalitetsstandarder i forhold til det fagligt og økonomisk set mest hensigtsmæssige? • Evaluering af ordningens kvalitetsstandard og samspillet mellem visitationen af § 85-støtte og områdets øvrige ordninger? (fx midlertidige botilbud) 	<p>For at styrke budgetgrundlaget for § 85-støtteordningen iværksættes følgende aktiviteter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluering og evt. justering af kvalitetsstandard for ordningen - med fokus på mål, effekt og fremdrift i den enkelte sag. En evt. justering af kvalitetsstandard fore-skriver politisk godkendelse. • Udarbejdelse af et aktivtetsbestemt styringsinstrument som interne styringsredskab (timeprismodel) • Opfølgning og afrapportering på den igangværende revisitering af borgere (jf. bud-getaftale 2013-2015) 	<ul style="list-style-type: none"> • Inden efteråret 2013 fore-lægges en revideret kvali-tetsstandard for ordningen til politisk godkendelse • Der indføres et aktivtets-bestemt styringsinstrument for ordningen

4. Forebyggelseeffekt og Kapacitetstilpasning af Akuttilbuddet

Siden 2010 har Slotsvænget drevet Akuttilbuddet som et to-årigt Satspuljeforsøg. I 2012 er det besluttet at fortsætte samt udvide tilbuddet. Tilbuddets finansiering forudsætter, at der kan opnås en besparelseeffekt på myndighedsbudgettet som følge heraf. I lyset af, at der er en vis usikkerhed om effektens størrelse, vil der ske en kapacitetstilpasning af Akuttilbuddets driftsramme. Endvidere skal der løbende ske opfølgning på tilbuddets effekt – dette med henblik på evt. senere udvidelse af driftsrammen.

<i>Fokusområde og aktiviteter</i>	<i>Aktiviteter</i>	<i>Mål- og resultatkrav</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Kapacitetstilpasning af Akuttilbuddets budget • Opfølgning på den forventede besparelseeffekt ved Akuttilbuddet • Akuttilbuddets forebyg-gende element • Fokus på evt. afledte ef-fekter for LTK's øvrige til-bud 	<ul style="list-style-type: none"> • Driftstilpasning • Udarbejdelse af informati-onsmateriale til sagsbe-handlingerne om akuttil-buddets ydelser 	<ul style="list-style-type: none"> • Afrapportering til SSU om kapacitetstilpasningen april 2013 • Udarbejdelse af informati-onsmateriale marts 2013 • 2. anslået regnskab opgø-res om der er en besparel-seseffekt • Opfølgning på om Akuttil-buddet har en forebyggen-de effekt 2014

5. Skærpet leverandørstyring (eksterne leverandører)

Det specialiserede voksensocialområde er kendetegnet af et væsentligt brug af eksterne leverandører – offentlige såvel som private. Iht. KKR skal der rettes opmærksomhed mod prisudviklingen hos leverandørledet. Der er derfor behov for en skærpet leverandørstyring.

<i>Fokusområde</i>	<i>Aktiviteter</i>	<i>Mål- og resultatkrav</i>
<p>Arbejdet med at skærpe leverandørstyringen vil have følgende fokusområder:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sagsbehandlernes forhandlingskompetencer og specifikationssevner i forbindelse med bestilling og opfølgning i konkrete sager• Det juridiske aftalegrundlag i forbindelse med bestillingen af leverancer uden for kommunen – herunder kontraktliggørelsen af forholdet mellem LTK og eksterne leverandører	<p>For at skærpe styringen af kommunens eksterne leverandører gennemføres følgende aktiviteter:</p> <ul style="list-style-type: none">• Højnelse af sagsbehandlernes forhandlingskompetencer – tydelige mål i sagsbehandlingen• Gennemgang og genforhandling af eksisterende aftaler med eksterne leverandører, herunder Bruger HjælperFormidlingen – BHF• Forhandling af priser og ydelsesspecifikation i alle nye visitationer• Gyldig kontrakt med leverandøren, hvori den bestilte leverance, pris samt opfølgningsdato, opfølgningskriterier og opsigelsesvarsel specificeres.• Månedsvise ledelsesinformation om udgiftsniveauet på de enkelte områder	<ul style="list-style-type: none">• Indgår i CSIs opfølgning i de konkrete sager jf. kompetenceplanen• Fuldt implementeret i foråret 2014• I efteråret 2013/vinteren 2014 genforhandling CSI aftalerne med de eksterne leverandører• Priserne forhandles ved eksterne, når CSI foretager revisiteringer i 2013 og 2014• Fra maj 2013 ledelsesinformation fra CØP

6. Effektivisering af udførerøkonomien

I de senere års budgettaftaler er det særligt myndighedsøkonomien, der har holdt for når der har skullet skabes besparelser på det specialiserede voksensocialområde, mens udførerøkonomien i mindre grad har været en del af besparelsesinitiativerne. Med henblik på at sikre en sammenhæng mellem områdets myndigheds- og udførerøkonomi gennemføres en analyse af, hvordan hvert af kommunens tilbud kan effektiviseres i løbet af 2013 og 2014.

<i>Fokusområde</i>	<i>Aktiviteter</i>	<i>Mål- resultatkrav</i>
<p>Initiativet vil fokusere på følgende spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Matcher tilbuddene LTK's behov? • Er kapaciteten for høj eller lav? • Er der effektiviseringsgevinst ved en højere grad af selvforsyning? • Suboptimerer LTK gennem sin tilbudsvifte på området? <p>Drives hvert enkelt tilbud effektivt nok – og er der rum for besparelser, herunder på myndighedsbudgettet?</p>	<p>Analysen af udførerøkonomien vil ske gennem en budgetanalyse for LTK's institutioner i den prioriterede rækkefølge som følger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Magneten • Slotsvænget • Chr. Den X • Kvindekrisecentret • Kirsten Marie <p>• Nettet</p> <p>Årsagen til den valgte prioritering er, at både Magneten og Slotsvænget har budgetmæssigt største udfordring. Hvor det giver mening foretages budgetanalysen dog parallelt.</p> <p>Endeligt skal driftsoverenskomsterne med Kirsten Marie og Nettet revideres og genforhandles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CØP analyserer økonomien i efteråret 2013/foråret 2014 • De institutioner der er en del af helhedsplanen for socialpsykiatrien vil aktiviteterne følge implementeringsplanen for socialpsykiatrien.

7. Ny styringsmodel for udførerøkonomien

I forlængelse af effektiviseringen af udførerøkonomien vil der være behov for at udforme en ny styringsmodel for områdets institutioner.

<i>Fokusområder</i>	<i>Aktiviteter</i>	<i>Mål og resultatkrav</i>
<p>Arbejdet med en ny styringsmodel for kommunens institutioner vil have følgende fokusområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuld aktivitetsstyring af institutionsbudgetterne i overensstemmelse med takstmodellen • Øget gennemsigtighed i institutionernes løbende udgifter • Øget transparens i institutionernes drift • Tæt opfølgning • Tydelige kontoplaner 	<ul style="list-style-type: none"> • Der skal udarbejdes en revideret økonomi og kapacitetsmodel for de centrale institutioner, hvori et bundet element er at der skal ske en kvartalsvis økonomiopfølgning, herunder med et bud på det forventede regnskab for den enkelte institution. 	<ul style="list-style-type: none"> • CØP udarbejder procedurer i efteråret 2013

Bilag til Social og Sundhedsudvalgets møde 15. maj

Sag nr. 6

1 bilag

NOTAT

om

Status implementering af Lyngby-Taarbæk Kommunes Sundhedsstrategi

Baggrund og opsamling

Kommunalbestyrelsen godkendte i maj 2012 Lyngby-Taarbæk Kommunes nye sundhedsstrategi. Strategien er mere overordnet og bestemmer de styrende målsætninger og intentioner i kommunens sundhedsindsatser. Desuden prioriterede der blev udvalgt 10 konkrete indsatser, der i første omgang sætte efter. Sidstnævnte prioriteredes efter drøftelser i alle fagudvalg, og vedrører primært børne- og ungeområdet.

Nærværende notat beskriver status for arbejdet med sundhedsområdet som helhed og især status for arbejdet med de 10 udvalgte indsatser.

Overordnet set kan det konstateres, at der er sket indsatser og udviklinger indenfor alle de 10 udvalgte indsatser. Bredt set er der i organisationen en bevidsthed omkring at have et sundhedsfokus såvel centralt og decentralt. Statusbeskrivelsen nedenfor illustrerer desuden, at behovet for at styrke indsatsen ofte er i sammenhængen og koordinationen af de mange forskellige udviklinger og perspektiver, der er arbejdes med bredt set.

Generelle udviklinger på sundhedsområdet

Sundhedsstrategiens overordnede vision er, at *”Lyngby-Taarbæk Kommunes sundhedsindsats skal styrke borgernes evne og muligheder for at træffe sunde valg, således at den enkelte borger lever et længere og bedre liv med mindre sygdom og højere livskvalitet.”*

På den baggrund hviler sundhedsstrategien på fire grundprincipper:

1. individets behov og ressourcer i centrum
2. inddragelse af relevante aktører
3. viden og læring
4. økonomiske rammer og effektivitet.

Grundprincippet om ”individets behov og ressourcer i centrum” samt ”inddragelsen af relevante aktører” er et styrende princip i alle relationer med borgeren og er styrende for alle indsatser på sundhedsområdet. De søges efterlevet i alle sundhedsindsatser.

”Viden og læring” samt ”økonomiske rammer og effektivitet” er grundlaget for udvikling og prioritering af nye indsatser på sundhedsområdet. På dette område sker der netop nu nationalt en udvikling, hvor der fra Sundhedsstyrelsen og andre sundhedsfaglige myndigheder kommer klare anbefalinger for, hvilke indsatser kommunerne bør prioritere. Sundhedsstyrelsen har

eksempelvis lanceret en række forebyggelsespakker, der evidensbaseret kommer med klare anbefalinger for, hvilke indsatser kommunerne bør prioritere. Forebyggelsespakkerne præsenteres for Social- og Sundhedsudvalget i maj måned. Det er dog væsentligt at konstatere, at forebyggelsespakkerne er godt i tråd med sundhedsstrategien og de 10 prioriterede indsatsområder.

KL har ligeledes lanceret et udspil, ”Det nære sundhedsvæsen”, hvor KLs kommer med oplæg for kommunernes fremtidige rolle i sundhedsvæsenet. Perspektivet i KLs oplæg om ”Det nære sundhedsvæsen” er, at mange af de ikke-specialiserede sundhedsopgaver bedst løses tæt på borgernes hverdag – altså i kommunerne frem for regionerne. Præmissen for et nært sundhedsvæsen er dog, at kommunerne i stigende grad skal arbejde efter samme principper og mål samt løfte indsatserne som en samlet kommunesektor.

På baggrund af ”Det nære sundhedsvæsen” har KKR-Hovedstaden udarbejdet et såkaldt ”rammepapir” om, hvad det er for indsatser kommunerne skal forpligtiges på at løse. Social- og Sundhedsudvalget tilsluttede sig rammepapiret på dets møde i marts 2013. I rammepapiret opstilles fire målsætninger for de indsatser, kommunerne skal løfte

1. Alle kommunerne skal aktivt forebygge at borgerne (gen)indlægges
2. Alle kommunerne skal have tilbud (fx forløbsprogrammer) til borgere med KOL, diabetes, hjertesygdomme, kræft, demens og lænde-ryg sygdomme
3. Med udgangspunkt i sundhedsprofilerne skal kommunerne udmønte grundniveauerne i de nationale forebyggelsespakker. Primært ift. tobak, alkohol, fysisk aktivitet, mental sundhed og seksuel sundhed.
4. Kommunerne skal aktivt dokumentere indsatser og følge op på, om indsatserne virker

At kommunerne får forpligtende og strukturelt afklarede forpligtelser er en ny udvikling, der sætter nye styrings- og udviklingsrammer for kommunernes sundhedsindsats. Samlet set må det forventes, at der i den nære fremtid kommer flere bundne sundhedsopgaver for kommunerne, både hvad angår patientrettede og borgerrettede indsatser. Eksempelvis lancerer regeringen et nyt sundhedsudspil i foråret 2013, og det er forventeligt, at udspillet vil rumme mere konkrete oplæg for kommunernes fremtidige rolle i sundhedsvæsenet.

Endelig udvikles de lokale videns- og handlemuligheder også lokalt. Især vurderes store muligheder for at bruge GIS-data, hvor eksempelvis livsstilsfaktorer eller sundhedsforbrug kan kortlægges mere præcist i forskellige områder og bydele i kommunen. Data kan, afhængigt af analysens fokus, inddeles i skoledistrikter eller ældredistrikter, men man kan principielt også vise analyser af mindre enheder som eksempelvis boligområder. Herved kan indsatser og prioriteringer langt bedre understøttes.

Status for de 10 prioriterede indsatser.

I det følgende redegøres der for status for de 10 prioriterede indsatser. Som det fremgår, er der sket initiativer på alle områder, men også at mange aktiviteter fortsat er ved at afklares og opstartes. Det gælder eksempelvis ift. rygeindsatser overfor unge. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker er tillige et værktøj, der vil danne baggrund for de videre indsatser og prioriteringer i udmøntningen af sundhedsstrategien.

For hvert område angives status for indsatsen siden beslutningen sidste år samt perspektiver for den videre indsats. Forebyggelsespakkerne (beskrevet nærmere ovenfor) er den bedste evidens kommunerne har for, hvilke indsatser der prioriteres. Forebyggelsespakkernes anbefalinger indgår derfor ift. perspektiverne hvor det er relevant.

1. Arbejdsgruppen anbefaler, at slik og sodavand i automater fjernes fra kommunalt ejede bygninger og erstattes af sundere alternativer, og at tilgængeligheden til koldt drikkevand øges, dog således, at hvor salg sker fra privat forpagter skal der ske et samarbejde mellem kommune og forpagter omkring fremme af sunde alternativer.

2. Arbejdsgruppen anbefaler, at føre en offensiv kostpolitik, hvor det undersøges i samarbejde med de udvalgte forpagtere om sunde alternativer kan erstatte usunde fødevarer fra idrætsanlæg, cafeterier og kantiner.

Status

På skoler og dagsinstitutioner er der i dag ikke direkte tilgængelighed af slik og sodavand, ligesom der på alle skoler og institutioner er lokale mad- og måltidspolitikker, hvor der lokalt er fastsat rammer og grænser.

Alligevel eksisterer der indirekte tilgængelighed ift. eleverne i udskoling, der har mulighed for at forlade skolen, samt de steder, hvor der er integreret haller i skolekomplekset, hvor børn og unge får adgang til slik og sodavand. På klubområdet er der tilsvarende udfordringer ift., at tilgængeligheden er til stede. Derfor er det pt. ikke muligt at efterleve intentionen fuld ud. Den strukturelle udfordring er at kunne efterleve målsætningen konsekvent på hele børneområdet.

Hvad angår anden del af målsætningen omkring nye forpagtningsaftaler på idrætstilbud er såvel den nationale som de lokale erfaringer, at det er svært at ændre indholdet af tilbuddene og samtidig sikre en rentabel drift på markedsvilkår. Hertil kommer grænsetilfældene, hvor kommunen sælger slik og sodavand – som eksempelvis slikautomater på Stadsbiblioteket. Her var den politiske udmelding i forbindelse med udarbejdelse af Sundhedsstrategien, at det er op til borgerens eget valg blandt voksne, at vælge de usunde løsninger fra.

Perspektiv

Forebyggelsespakken for ”Mad og måltider” anbefaler, at alle kommunale institutioner og arbejdspladser udarbejder lokale mad og måltidspolitikker, hvilket er tilfældet for de kommunale institutioner på børneområdet. Udfordringen der skal arbejdes med fremadrettet er, at sikre sammenhæng, så der på børne- og ungeområdet opleves og efterleves sammenhæng på tværs af dagsinstitutioner, skoler og klubber. Det er en indsats, som Center for Sundhed og Kultur skal løfte i samarbejde med Center for Uddannelse og Pædagogik.

3. Arbejdsgruppen anbefaler, at der igangsættes familieorienterede madlavningskurser

Status

Udfordringen ved denne type af tilbud er, at selve forløbet kan give familier nye handlekompetencer på kort sigt, men det er oftest svært for familien af fast- og vedligeholde ændringer i madvaner.

Sundhedstjenesten og Sundhedscentret har tidligere forsøgt sig med forskellige typer af målrettede tilbud, der matcher målsætningen. Erfaringen er, at deltagerne i lille omfang deltager, og at effekterne er meget kortvarige.

Derfor er der ikke igangsat indsatsen indenfor målsætningen, men der overvejes andre alternativer.

Perspektiv

Det overvejes, om der kan laves aktiviteter rettet mod børn og unge – fx som en mulighed i relation til de forskellige sommerferieaktiviteter til børn og unge. Indsatsen kan skabe en større bevidsthed om mad og madkvalitet, som børn og unge kan tage med sig videre i livet.

4. Arbejdsgruppen anbefaler, at udvikle mulighederne for at integrere bevægelse i undervisningen ved at synliggøre "best practise" mellem skolerne. Det undersøges herunder hvordan og i hvilket omfang kampagnen "Get moving" kan integreres i indsatsen.

5. Arbejdsgruppen anbefaler, at alle skoler og SFO'er understøtter, at børnene har mulighed for fysisk leg - og gerne udendørs - i frikvarterer og pauser, så børn og unge opnår mindst en halv times motion om dagen.

Status

Alle skoler har i dag et fokus på at fremme den fysiske aktivitet, ikke mindst set i lyset af, at der er erfaring for at den fysiske aktivitet understøtter børns læring og trivsel. Nogle skoler og dagsinstitutioner har lokale politikker med lokale målsætninger, ligesom 23 dagsinstitutioner har sundhedsambassadører og flere skoler har sundhedsråd.

Bredt set så sker der blandt andet følgende aktiviteter

- Flere skoler har legepatruljer, hvor ældre elever skabe aktivitet sammen med yngre elever
- Flere skoler har søgt midler fra projekt "Drøn på skolegården", hvor der kan søges midler målrettet større fysisk aktivitet på skolerne. Ansøgningerne afgøres i april 2013.
- Med budgettet for 2013 blev der afsat midler til en naturpædagog, der også kan danne grundlag for større fysisk aktivitet i naturen.
- Indgået samarbejde med DGI om projekt "Natur der bevæger", der på en række områder vil skabe nye indsats for fysisk aktivitet.
- Flere idrætsklubber indgår i aktiviteter i SFO og ungdomsklubber, ligesom der arbejdes med at få foreningerne tættere ud visse boligområder.

Perspektiv

Der sker stor aktivitet på skoler og daginstitutioner, men udviklingen er endnu ikke løftet til at ske koordineret på tværs af organisationen. Det er en udfordring som skal løftes, hvor fælles indsats og kampagner som fx Get Moving kan være en katalysator for udvikling af koordi-

nation og vidensdeling, gennemført som en koordineret indsats mellem Center for Sundhed og Kultur og Center for Undervisning og Pædagogik.

6. Arbejdsgruppen anbefaler, at cykling til skole fremmes. Muligheden for at udbygge aktiv transport i skole- og fritidsområder undersøges nærmere, og indgår i desuden i skolevejsredegørelsen.

Status

Indsatsen går på to fronter

- at sikre cykelstier og sikre trafikforhold, som grundlag for at sikre aktiv transport.
- at understøtte kultur og viden, så borgerne også benytter sig af aktiv transport.

Hvad angår de trafikale forhold, så blev der med budgettet for 2013 ikke afsat midler til trafiksikkerhedsarbejdet, hvorfor det ikke vil være muligt at gennemføre anlægsprojekter fra trafiksikkerhedsplanen i 2013. Ligeledes vil det heller ikke være muligt at gennemføre den internetbaserede skolevejsanalyse i 2013 som planlagt i henhold til kvalitetsmål i perspektivnotat for aktivitetsområde trafik anlæg.

Dog er afsat 2. mio. kr. til sikre skoleveje, som fortsat ikke er udmøntet.

Den uværende skolevejsredegørelse udløber med udgangen af 2013. Der arbejdes derfor med udvikling af en ny. Heri vil de fremadrettede udfordringer indgå, som grundlag for fremtidige prioritering.

Hvad angår den reelle aktivt blandt borgerne for aktiv transport er det indsatsen, der løses lokalt på de enkelte skoler og dagsinstitutioner. Eksempelvis har Engelsborgskolen en trafikpolitik, der beskriver lokale målsætninger og indsatsen.

Perspektiv

Arbejdet og drøftelser omkring den kommende skolevejsredegørelse vil være retningsgivende for de kommende indsatsen på området.

7. Arbejdsgruppen anbefaler, at der udarbejdes en fælles overordnet kommunal rusmiddelpolitik, som fastsætter kommunens holdninger til børn og unges brug af rusmidler

8. Arbejdsgruppen anbefaler, at der afholdes debatmøde med fokus på alkoholdebut og normer og holdninger til rusmidler for forældre på 5. 6. eller 7. klassetrin, og at nye værktøjer som dialogspil testes ift. til holdningsbearbejdning overfor unge.

9. Arbejdsgruppen anbefaler, at vejledende læseplaner om kriminalitets- og misbrugsforebyggende emner integreres i undervisningen på 6./7./8./9 eller 10. klassetrin.

Status

De tre indsatsen fremstilles i fællesskab, da tilgang og metoder i indsatsen er sammenfaldende. Fælles for tilgangen til indsatsen ift. unge er i høj grad, at de unges forestillinger om andre unges livsstil præger deres tilgang til egen livsstil. De unge har haft ofte en fejlagtig forestilling om, at andre unge ryger, drikker og tager rusmidler langt mere end de reelt gør, hvorfor

de unge selv finder at de også skal gøre det. Indsatsen fokuseres derfor på, at give de unge forståelser for de mekanismer, der styrer dem.

Sundhedstjenesten er derfor i 8. klasse begyndt at arbejde med disse flertalsmisforståelser via metode om aktiv vurdering, hvor andre unges reelle tilgang klarlægges, og den unge på den baggrund bedre kan lave en aktiv vurdering af egne ønsker for adfærden. Fokus heri er især på alkohol og rusmidler.

Ligeledes arbejdes med at udvikle vejledende læseplaner for indsatsen i folkeskolen. Det er målsætningen, at læseplanerne skal sikre ensartede indsatser for alle børn og unge i kommunen, der er baseret på de bedste erfaringer på området. Læseplanen forventes at kunne indgå i undervisningen fra skoleåret 2013/14.

Perspektiver

Perspektiverne for arbejdet er, at der kan skabes endnu større sammenhæng og kvalitet i tilgang og indsats fremadrettet. Det sker integreret i SSP samarbejdet og via at sikre klarere og mere ensartede tilgange på tværs af områder – fx som de vejledende lægeplaner søger at sikre.

10. Arbejdsgruppen anbefaler, at etablere rygestopkurser efter "ung-til-ung-modellen" målrettet unge under 18 år.

Status

Center for Sundhed og Kultur har fået puljemidler fra Sundhedsstyrelsen til projektindsats overfor unge og rygning. Samlet investeres der i projektet ca. 1,3 mio. kr. over en to-årig periode. Indsatsen sker i skoleårene 13/14 og 14/15.

Indsatsen består i at prøve et nyt koncept for rygeforebyggelse og rygestop blandt unge i folkeskolen og på ungdomsuddannelser. Det nye koncept er udviklet af bl.a. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen.

Indsatsen sker i samarbejde mellem Center for Sundhed og Kultur samt en række uddannelsesinstitutioner, klubtilbud og SSP. Uddannelsesinstitutionerne er:

- Hummeltofteskolen
- Lundtofte Skole
- Medieskolen
- HG på K-Nord
- 10. klassecentret

Indsatsen består i særlige forebyggelsesindsatser rettet mod især udskolingsårgangene på folkeskolerne. Rygestopindsatsen fokuseres primært på ungdomsuddannelserne. Rygestop-elementet anvender også flere metoder sideløbende.

Perspektiv

Forventningen er, at konceptet skal fungere som det nye nationale paradigme for indsatsen overfor denne målgruppe. Det er derfor også målet, at der med afsæt i de indhøstede erfaringer kan ske en udbredelse til de øvrige folkeskoler og uddannelsesinstitutioner – måske allerede fra skoleåret 14/15.

Bilag til Social og Sundhedsudvalgets møde 15. maj

Sag nr. 7

2 bilag

N O T A T
om
status for Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakkers
grundniveau i Lyngby-Taarbæk Kommune

Baggrund

Sundhedsstyrelsen har lanceret en række forebyggelsespakker med Sundhedsstyrelsens anbefaling for, hvilke sundhedsfremmende og forebyggende indsatser kommunerne bør prioritere. Hidtil har Sundhedsstyrelsen udsendt ni forebyggelsespakker om alkohol, fysisk aktivitet, mental sundhed, tobak og seksuel sundhed, indeklime i skoler, hygiejne, mad og måltider, solbeskyttelse samt et fælles introduktionshæfte.

Forebyggelsespakkerne er et vidensbaseret værktøj til kommunerne med faglige anbefalinger, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde. Sundhedsstyrelsen arbejder pt. på forebyggelsespakker om euforiserende stoffer og ulighed i sundhed, der vil blive lanceret i efteråret 2013. Alle forebyggelsespakker kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk.

I Lyngby-Taarbæk Kommune vil forebyggelsespakkerne blive brugt som grundlag for vurdering og prioritering af nuværende og fremtidige indsatser i det forebyggende arbejde.

Forebyggelsespakkernes anbefaling er inddelt i et grundniveau og et udviklingsniveau. Anbefalingerne på grundniveauet gælder primært koordination og afklaring af gensidige forpligtigelser i kommunen. Når grundniveauet er på plads er der grundlag for at lave mere specialiserede og målrettede indsatser fra udviklingsniveauet.

Baggrunden for dette notat er at indlede kortlægningen af status for forebyggelsespakkernes anbefalinger i Lyngby-Taarbæk Kommune. Social- og Sundhedsudvalgets tilsluttede sig i marts 2013 det regionale KKR-Rammepapir for implementering af Det nære sundhedsvæsen. Heri forpligtiger Kommunen sig at på, at "Kortlægning af kommunens egne indsatser, som forberedelse til implementering af de nationale forebyggelsespakker" skal være påbegyndt i 2013.

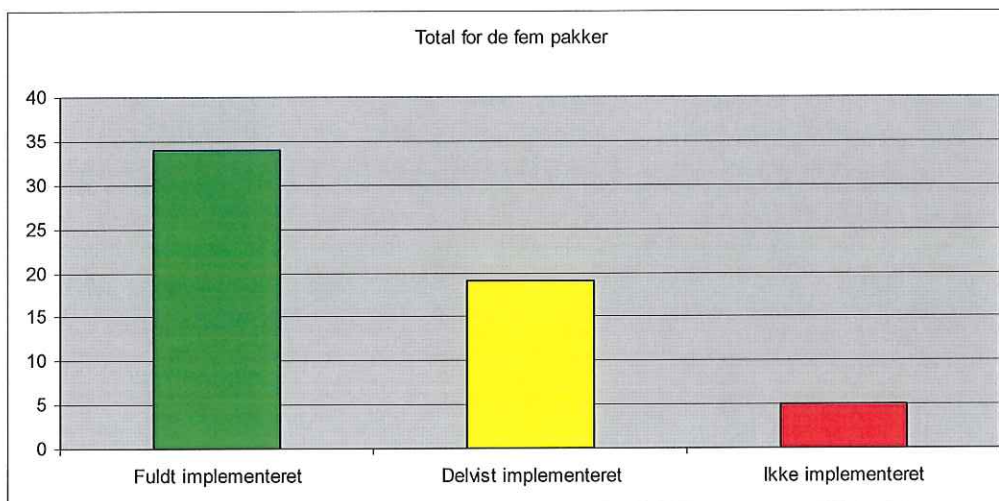
I første omgang er kortlægningen afgrænset til forebyggelsespakkerne vedrørende kost, rygning, alkohol, fysisk aktivitet. I det forebyggende arbejde fokuseres der primært på livsstil i forhold til KRAM-faktorerne, ligesom de vedrører de kommunale indsatser bredt set over alle aldersgrupper. KRAM-faktorerne er også fokusområderne i sundhedsstrategien. Denne kortlægning fokuserer alene på grundniveauet, men i det videre arbejde vil anbefalingerne på udviklingsniveau også skulle aktiveres. Grundlaget for vurdering af forebyggelsespakkerne er skematisk oplistet i "Kortlægning af forebyggelsespakker for KRAM i Lyngby-Taarbæk Kommune".

Opsamling af kortlægning

Nedenfor er den overordnede opsamling for de i alt 58 anbefalinger på grundniveauet af de fire forebyggelsespakker. Samlet er knapt 2/3 af anbefalingerne fuldt implementeret i dag.

For de delvist implementerede indsatser sker der en indsats som anbefalet, men der er dele af anbefalingen, som ikke indgår i kommunens indsats i dag.

De resterende anbefalinger vurderes ikke som implementeret. Langt de fleste omfatter, at kommunen ikke strategisk og koordineret understøtter nationale sundhedskampagner.



Den høje målopfyldelse på grundniveauet viser, at Kommunen bredt set har et godt udgangspunkt for at arbejde mere indgående med anbefalingerne på udviklingsniveau. Der er dog områder, hvor grundniveauet kan styrkes yderligere.

I det følgende opstilles de overordnede konklusioner af kortlægningen, herunder de områder hvor indsatsen kan styrkes yderligere.

Målrkning og professionalisering af indsatsen overfor voksne

Især børne- og ungeområdet og ældreområdet har arbejdet efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger i lang tid. For den sundhedsfremmende og forebyggende indsats på voksenområdet har der hidtil ikke været tilsvarende anbefalinger. De er først kommet med forebyggelsespakkerne, hvorfor der ikke er samme afklaring af, hvilke indsatser der bør prioriteres.

På voksenområdet vil forebyggelsespakkerne derfor i langt højere grad være grundlag for at prioritere og omlægge indsatserne. Eksempelvis er der klare anbefalinger for, hvilke målgrupper de opsøgende indsatser bør fokuseres på, hvorimod åbne opsøgende tilbud rettet mod alle borgere bør vælges fra.

Styrke og kvalificere alkoholindsatsen

Sundhedsprofilerne viser, at alkohol er den livsstilsbetingede risikoadfærd, hvor Kommunen har de største udfordringer. Kortlægningen viser, at indsatsen i forhold til tidlig opsporing kan styrkes yderligere. Primært ved at styrke de kommunale medarbejders grundlag for at have

en dialog med borgerne omkring alkohol. Eksempelvis via af en standardiseret metode for korte opsporende samtaler.

Klar og synlig sundhedsinformation til borgerne – både i den direkte dialog og generelt via fx hjemmesiden.

Kortlægningen viser et behov for at styrke og understøtte alle medarbejders viden omkring de forskellige muligheder og aktiviteter på sundhedsområdet. Målet er, at medarbejderne skal kunne rådgive og vejlede borgerne omkring sundhed, når de alligevel har dialog med borgeren.

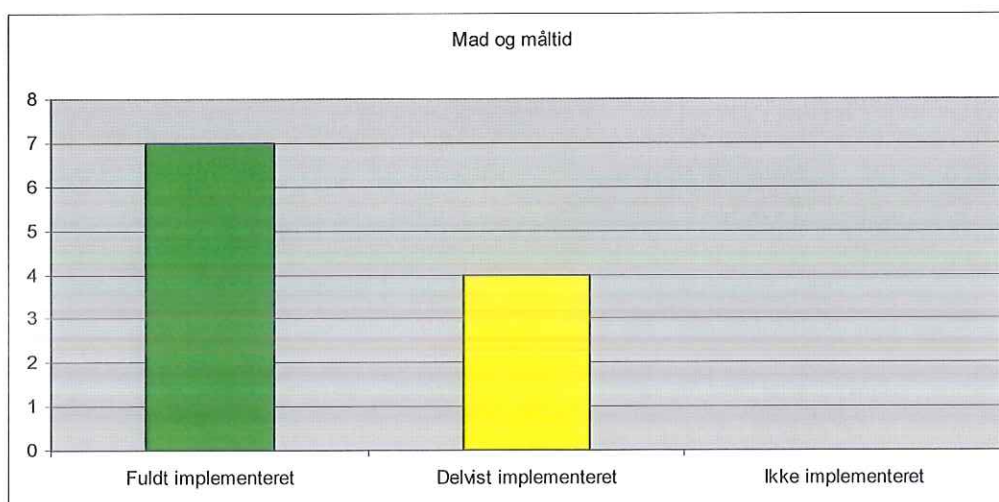
Kommunen har et potentiale i at synliggøre muligheder og kommunikere klarere til borgerne omkring sundhed. Det gælder dels ved, at understøtte nationale kampagner med en lokal vinkel, dels at synliggøre borgernes handlemuligheder på sundhedsområdet i langt højere grad, eksempelvis via hjemmeside og brugen af lokale medier.

Kortlægning af pakke om ”Mad og Måltider”

Formålet med forebyggelsespakken om mad og måltid er at understøtte og kvalificere kommunens arbejde med at gennemføre relevante indsatser for at fremme sund mad og gode måltidsvaner for alle borgere.

Sunde mad- og måltidsvaner har - i samspil med bl.a. fysisk aktivitet - stor betydning for at fremme og bevare et godt helbred og for at forebygge overvægt, underernæring og livsstilsrelaterede sygdomme som hjerte-kar-sygdomme, type 2 diabetes, visse kræftformer, knogleskørhed, muskel- og skeletsygdomme samt tab af funktionsevne og spiller derudover en central rolle i forhold til tandsundhed.

Sundhedsprofilen viser, at 10 % af borgerne i Kommunen har meget usunde madvaner¹. Det er på niveau med regionsgennemsnittet – også når der korrigeres for socioøkonomiske forhold.



Som det fremgår af oversigten, er syv anbefalinger fuldt implementeret på grundniveau, mens fire er delvist implementeret.

¹ Meget usunde madvaner er defineret som ”Generelt usunde kostvaner på alle områder, herunder meget lavt indtag af frugt og grønt fisk samt højt indtag af fedt og især mættet fedt”.

De fuldt implementerede anbefalinger findes på børne- og ungeområdet og ældreområdet. Dels via klare politikker og handleplaner for mad- og måltider, dels via konkret rådgivning af børn, unge og forældre samt ældre borgere.

De delvist implementerede anbefalinger efterleves ved at fremme sunde kost- og måltidsvaner i kantiner (for medarbejdere) og på kommunens (bo)tilbud for borgere med særlige behov. De er ikke fuldt implementerede, da de ikke er understøttet af en eksplicit politik eller målsætning for indsatsen.

Formidling og kommunikationen til borgerne omkring sund kost kan styrkes. Især ved at synliggøre borgernes handlemuligheder og øge indsatsen for at gøre den eksisterende viden og information tilgængelig for borgerne.

Perspektiv: For at kunne efterleve grundniveauet fuldt ud skal indsatsen fremadrettet især fokuseres på at gøre viden og information mere tilgængelig for borgerne.

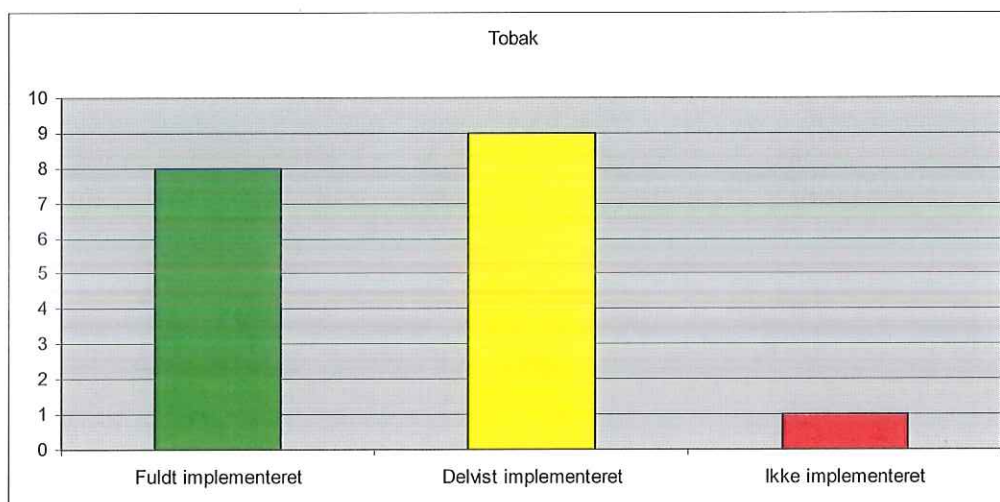
Kortlægning af pakke om ”tobak”

Forebyggelsespakken om tobak skal understøtte kommunerne i arbejdet med at udarbejde planer og iværksætte indsatser, der medvirker til at begrænse andelen af rygere. Indsatser mod rygning er et af de få forebyggelsesområder, hvor der er videnskabeligt bevis for sundhedsmæssige og økonomiske virkninger - også på relativt kort sigt.

Indsatsen bør bestå i:

- Fremme af rygestop
- Fremme af røgfrie miljøer
- Forebyggelse af rygestart

Sundhedsprofilen viser, at 15 % af de voksne borgere i kommunen ryger. Det er fem procentpoint under regionsgennemsnittet. Rygning er den væsentligste årsag til udvikling af livsstilssygdomme og kroniske sygdomme.



Der er 18 anbefalinger i alt på grundniveau, hvoraf otte er fuldt implementeret og ni delvist implementeret. En er ikke implementeret i Lyngby-Taarbæk Kommune.

De fuldt implementerede anbefalinger vedrører især de konkrete indsatser overfor unge på folkeskoler, som vil blive yderligere forstærket med den udvidede rygeindsats, Kommunen har fået sats-puljemidler til at afprøve. Desuden efterlever Kommunen anbefalinger om røgfrie miljøer, rådgivning til gravide rygere (i samarbejde med jordmødrene) og borgerrettede rygestoptilbud.

De delvist implementerede anbefalinger omfatter især informationsindsatserne til borgerne. Alle medarbejdere i kontakt med borgerne skal kunne rådgive og henvise til såvel nationale som lokale tilbud. I Lyngby-Taarbæk Kommune er der i dag stor forskel på, om de forskellige områder og medarbejdere kan dette. Desuden skal der fokuseres på, at synliggøre informationen til borgerne, fx ved lokalt at understøtte nationale kampagner.

Desuden anbefales det, at kommunen iværksætter opsøgende indsatser til grupper af borgere, som er særligt sårbare overfor rygningens helbredsskadelige virkning (kronisk syge, gravide), eller som har høj rygeprævalens (fx kortuddannede, visse etniske grupper, borgere på overførselsindkomster samt psykisk syge). Social- og Sundhedsudvalget besluttede i marts, at afsætte midler til at nå disse målgrupper, men indsatsen er endnu ikke igangsat.

Den ikke implementerede anbefaling er at bidrage til at viderebringe information til detailhandelen og understøtte budskaberne om regler for salg af tobak til unge under 18 år. Her baseres indsatsen i dag alene på de nationale indsatser herfor.

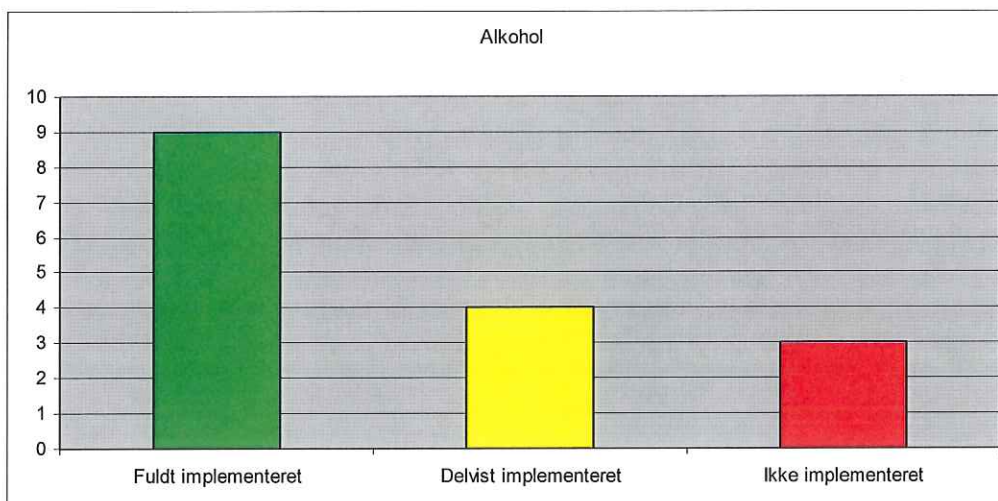
Perspektiv: En udvidet indsats bør især fokusere på at sikre en mere ensartet viden om de forskellige tilbud blandt de medarbejdere, der har borgerkontakt, og som derigennem kan rådgive og vejlede borgerne. Målet kan være, at alle medarbejdere skal have kendskab til Stoplinien (voksne), Xhale (unge) og de lokale tilbud. Desuden at der sker en mere samlet og koordineret understøttelse af de nationale kampagner og initiativer, så de når bredt ud til borgere.

Kortlægning af pakke om ”alkohol”

Forebyggelsespakken om alkohol skal understøtte kommunernes arbejde med at reducere alkoholforbruget blandt borgerne til lavrisikogrænsen (mænd 14 genstande/uge, kvinder 7 genstande/uge), at udskyde alkoholdebuten og at reducere unges alkoholforbrug. De anbefalede metoder er:

- Begrænsning af tilgængeligheden af alkohol
- Håndhævelse af aldersgrænser for salg og udskænkning (A ansvarlig udskænkning)
- Kort rådgivende samtale (kort intervention)
- Alkoholbehandling

Sundhedsprofilerne viser, at alkohol blandt voksne er en relativ stor sundhedsudfordring i Lyngby-Taarbæk Kommune, og at alkoholforbruget i Lyngby-Taarbæk Kommune er på niveau med de socialt dårligst stillede kommuner og bydele i København.



De fuldt implementerede anbefalinger omfatter lokale politikker og handleplaner, differentierede behandlingstilbud med en helhedsorienteret tilgang og et fokus på at informere og rådgive unge og forældre i skolerne.

De delvist implementerede anbefalinger vedrører at SSP i dag har dialog med ungdomsuddannelserne omkring en ensartet og koordineret tilgang til alkohol, men den kan styrkes og gøres mere ensartet. Desuden arbejdes der pt. med en plan for en øget indsats i at synliggøre og informere om de lokale behandlingstilbud.

De ikke implementerede anbefalinger er at kommunen har en dialog med detailhandlen omkring salg af alkohol til unge, ligesom kommunen i dag kun i meget lille omfang indgår i og understøtter de nationale kampagner som fx ”uge 40 kampagnen”.

Perspektiv:

Generelt har medarbejderne i Lyngby-Taarbæk Kommune fokus på at være opsporende, når de har en mistanke om, at en borger har et uhensigtsmæssigt alkoholforbrug. Men mange oplever at det er svært at indlede en dialog, fordi grænserne for hvornår et alkoholforbrug er uhensigtsmæssigt, er uklare. Ligesom mange efterspørger konkrete metoder, viden og tilgange, som kan støtte dem i hvordan de skal agere i forhold til borgeren.

Der bør derfor iværksættes en standardiseret metode for korte opsporende samtaler, der kan anvendes af kommunens frontpersonale til tidlig opsporing af alkoholproblemer hos borgere, suppleret med klare handlevejledninger for de mulige handlinger. Jo tidligere der sættes ind, jo mindre indgribende indsats er efterfølgende nødvendig, idet det er lettere at ændre vaner, inden der har udviklet sig en afhængighed.

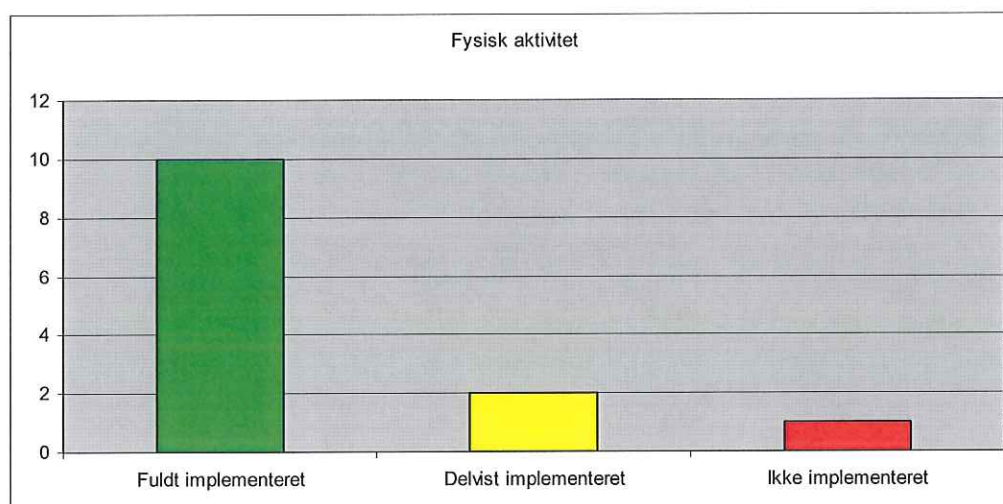
Kortlægning af pakke om ”fysisk aktivitet”

Forebyggelsespakken om fysisk aktivitet skal understøtte kommunernes arbejde for, at borgere får gode muligheder for at være fysisk aktive gennem hele livet for derved at forebygge sygdom, bevare funktionsevnen og understøtte god trivsel.

Forebyggelsespakken har for børn også fokus på motorik. Gode motoriske færdigheder hænger sammen med lyst til bevægelse og fysisk aktivitet hos børn og har dertil en række væsentlige positive effekter, bl.a. for barnets selvværd og sociale kompetencer.

For alle aldersgrupper gælder at udover den sundhedsmæssige betydning af fysisk aktivitet bidrager især idræt med sociale fællesskaber, almen dannelse og kropslige erfaringer.

Sundhedsprofilen viser, at borgerne i Lyngby-Taarbæk Kommune har relativt meget sidestilende arbejde, og at andelen af borgere der regelmæssigt er fysisk aktive via motion og aktiv transport er på niveau med regionsgennemsnittet.



De fuldt implementerede anbefalinger gælder især tilgængeligheden til grønne områder og idrætsfaciliteter samt tilgængelig information, om hvor det er muligt at være fysisk aktiv.

De delvist implementerede anbefalinger dækker over, at der ikke på alle skoler er udarbejdet eksplicite politikker for fysisk aktivitet. På alle skolerne er der dog et generelt fokus på at skabe gode rammer for fysisk aktivitet, også der hvor der ikke er en eksplicit politik.

Den ikke implementerede anbefaling er en ”informationsplatform på arbejdspladsen” rettet mod kommunens egne ansatte.

Generelt set vurderes anbefalingerne for fysisk aktivitet på grundniveauet vurderes stort som fuldt implementeret.

Kortlægning af forebyggelsespakker for KRAM i Lyngby-Taarbæk Kommune

Kortlægningen af status for forebyggelsespakkerne er sket via drøftelser med de relevante ledere og medarbejdere i organisationen. For de fuldt implementerede anbefalinger lever Kommunen op til hele anbefalingen. For de delvist implementerede indsatser sker der en indsats som anbefalede, men der er dele af anbefalingen, som ikke indgår i kommunens indsats i dag. For de ikke implementerede indsatser lever Kommunen ikke op til indsatsen.

Forebyggelsespakken for "Mad og Måltider"

Sundhedsstyrelsens anbefaling	Status i LTK	Grundlag for statusvurdering
Rammer		
Fokus på mad og måltider i kommunens sundhedspolitik.	Delvist implementeret	Kommunen har en sundhedsstrategi, der kan sidestilles med en sundhedspolitik. Men der findes ikke en særskilt mad- og måltidspolitik, men der findes dels konkrete målsætninger, dels politikker og strategier på de forskellige sektorområder.
Handleplan for mad- og måltider i dagsinstitutioner, dagpleje og SFO/klubber	Delvist implementeret	Kommunen har en mad- og måltidspolitik for børn og unge som findes på kommunens hjemmeside. En del af dagtilbuddene har retningslinjer for mad og måltider på deres hjemmeside, men det er langt fra alle.
Handleplan for mad og måltider i skoler.	Fuldt implementeret	Kommunen har en mad- og måltidspolitik for børn og unge som findes på kommunens hjemmeside. Alle skoler har en mad og måltidspolitik fra 2009/2010 som fremgår af deres hjemmeside
Handleplan for mad og måltider i kommunens kantiner.	Delvist implementeret	Der er ikke eksplicit politik, men der er praktiske retningslinjer i kantinerne
Handleplan for mad og måltider i kommunale institutioner, botilbud og væresteder for borgere med særlige behov.	Delvist implementeret	Der findes ikke en overordnet kommunal strategi for indsatsen – bl.a. Fordi institutionerne er selvejende. Men der arbejdes aktivt med sundhed, herunder kost, på institutionerne.
Handleplan for mad og måltider i forbindelse med madservice til ældre borgere, inkl. madudbringning.	Fuldt implementeret	Der er planer og standarder for, hvordan der arbejdes med indsatsen. Fx er retningslinjer for screening af borgerne ift. under- og overernæring (primært underernæring) netop opdateret.

		Der er en kostpolitik på området.
Tilbud og tidlig opsporing		
Rådgivning til nye familier	Fuldt implementeret	Ja. Sundhedsplejen har særligt uddannede ammevejledere, men indsatsen er en del af den grundlæggende sundhedsplejeindsats
Sundhedspædagogiske samtaler med elever i skolen	Fuldt implementeret	Særlig indsats overfor overvægtige børn og deres familier. Fra indskoling til 3. klasse tilbydes hjemmebesøg til familier: fokus på mad og inaktivitet
Forebyggende hjemmebesøg til ældre (75+ årige)	Fuldt implementeret	Ved de forebyggende hjemmebesøg indgår kost som et fast emne i dialogen med borgeren.
Information og undervisning		
Undervisning om mad og måltider i skolen	Fuldt implementeret	Undervisningen sker på alle skoler – som en del af et bredere sundhedsfokus. Sundhedsplejen involveres ad hoc, hvor det er findes relevant.
Information til borgerne om sund mad og måltider.	Delvist implementeret	Der sker en indsats, men den sker ad hoc. Sundhedstjenesten informerer fx forældrene om via konkrete materialer og app's. Der er ikke en koordineret og afklaret tilgang til, hvordan kampagner understøttes og udbredes. Der informeres eller linkes ikke til informationer via kommunens hjemmeside.

Forebyggelsespakken for "Tobak"

Sundhedsstyrelsens anbefaling	Status i LTK	Grundlag for statusvurdering
Rammer		
Kommunal tobakspolitik.	Delvist implementeret	Kommunen har en sundstrategi for den indsats der prioriteres ift. rygning, der kan sidestilles med en sundhedspolitik. Men der findes ikke en særskilt tobakspolitik, med politisk udmelding af konkrete rammer for rygning. Der er dels konkrete målsætninger, dels politikker og strategier på de forskellige sektorområder.
Røgfri miljøer indendørs	Fuldt implementeret	Kommunen har retningslinjer, der lever op til målsætninger og rammer i lovgivningen.
Røgfri matrikler for børn og unge.	Fuldt implementeret	Der må ikke ryges på skolernes matrikel.
Tilbud		
Nationale rygestoptilbud.	Delvist implementeret	Der er opmærksomhed på indsatsen, men de faktiske handlekompetencer blandt medarbejderne er ikke tilstrækkelig stor. Kendskabet til de forskellige eksisterende muligheder (fx STOPlinien) kan være større.
Reaktive rygestoptilbud for alle borgere.	Fuldt implementeret	Kommunen udbyder rygestoptilbud efter Kræftens Bekæmpelses anbefalinger og retningslinjer
Iværksættelse af markedsføringsindsatser	Delvist implementeret	Der er bredt set viden om, at der er et lokalt tilbud - men indsatsen kan styrkes. Indsatsen om at synliggøre og informere om de
Rekruttering og målgruppetilpassede tilbud.	Delvist implementeret	Med B13 blev der afsat midler til en forstærket indsats over socialt udsatte. Denne indsats indledes snarest.

		Sundhedsplejen har særligt fokus på gravide – herunder også ift. borgere med psykisk sygdom, misbrug, eller helt unge. Alle sundhedsplejersker snakker om det, men inden barnet fødes er det jordmødrene på hospitalet der har dialog med forældrene.
Information og undervisning		
Understøtte nationale kampagner og information.	Delvist implementeret	Der sker en indsats, men i mindre omfang. Der er ikke en overordnet koordineret og afklaret tilgang til, hvordan kampagner understøttes og udbredes. Der informeres eller linkes ikke til informationer via kommunens hjemmeside. Indsatsen er størst på børne- og ungeområdet, hvor skoler og Sundhedstjenesten informere via hjemmesider og nyhedsbreve.
Information om nationale rygestoptilbud	Delvist implementeret	På voksenområdet sker der en lille og ukoordineret indsats. På skolerne informeres til de unge.
Systematisk undervisning og forældremøder.	Fuldt implementeret	I SSPs vejledende læseplan arbejdes der med rygning og tobak fra 6.klasse. Vejledningen er under udarbejdelse og forventes færdig til implementering skoleåret 2013-2014. Sundhedstjenesten arbejder med undervisning og de unges aktive stillingstagen til tobak.
Børn og unge informeres	Fuldt implementeret	Der informeres via de nationale kampagnematerialer. Kommunen deltager i et projekt under Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse, "unge går op i røg". I projektet indgår en stor informationsindsats.
Information i fritidsmiljøer	Delvist implementeret	Sker i mindre omfang. Der er ikke en overordnet koordineret og afklaret tilgang til indsatsen
Information i detailhandlen	Ikke implementeret	Kommunen har ingen egen indsats.
Tidlig opsporing		
Udskolingssamtale om tobak.	Fuldt	Sundhedstjenesten gennemfører samtaler med alle elever i 9. klasse

	implementeret	
Information og henvisning hos den kommunale tandpleje	Delvist implementeret	Indsatsen blandt tandlægerne er uensartet og der er ikke samlede retningslinjer for indsatsen. Nogle tandlæger tager samtale med den unge.
Særlig indsats i forhold til gravide og barslende.	Fuldt implementeret	Sker via jordmødrene, der har indsatsen inden barnet fødes.
Samarbejde med praktiserende læg	Fuldt implementeret	Lægerne har adgang til og viden om, hvad der er tilbud. Dels via Sundhed.dk, dels via foldere.

Forebyggelsespakken for ”alkohol”

Sundhedsstyrelsens anbefaling	Status i LTK	Grundlag for statusvurdering
Rammer		
Kommunal alkoholpolitik.	Delvist implementeret	Kommunen har en sundstrategi for den indsats der prioriteres ift. alkohol, der kan sidestilles med en sundhedspolitik. Men der findes ikke en særskilt alkoholpolitik, med politisk udmelding af konkrete rammer for indsatsen og rammer for indsatsen.
Alkoholpolitik på kommunens arbejdspladser og institutioner	Fuldt implementeret	Kommunen har haft en alkoholpolitik for de ansatte i kommune siden 1993. De sidste par år udvidet til at være en misbrugspolitik, hvor stoffer også indgår. Sagkyndig rådgivning og bistand tilbydes til medarbejdere ved formodning om et alkoholproblem. Personalet i institutioner på børneområdet vil i tilfælde, hvor det er forældre til børn, skrive en underretning til CSI, der tager affære.
Dialog mellem ungdomsuddannelsesinstitutioner	Delvist implementeret	Dialogen sker via SSP i forhold til den enkelte uddannelsespolitik. Men der sker ikke en koordineret indsats på tværs i dag.
Tilbud		
Kort rådgivende samtale til borgere med et storforbrug eller skadeligt forbrug, pårørende og børn.	Ikke implementeret	Den beskrevne metode og tilgang benyttes ikke i dag. Der sker andre indsatser (jf. ”tidlig opsporing” nedenfor).
Differentierede alkoholbehandlingstilbud.	Fuldt implementeret	Kommunen har tilbud til alle grupper og udfordringer indenfor alkoholbehandling.
Samspil mellem alkoholbehandling, socialforvaltning og familiebehandling.	Fuldt implementeret	Behandlingsindsatsen er baseret på en helhedsorienteret tilgang, hvor familieforhold og andre sociale forhold indgår integreret i selve behandlingen. Dette både på kommunens behandlingstilbud og i den generelle tilgang til problemstillingen.
Information om regler for alkoholbehandling	Delvist	Bredt set er der viden blandt borgerne, men der vurderes grundlag for at styrke

og tilbud	implementeret	informationsindsatsen.
Information og undervisning		
Nationale informationskampagner.	Ikke implementeret	Der sker en meget lille indsats.
Frontpersonale informerer om kommunens tilbud.	Fuldt implementeret	Bredt set vurderes kendskab til indsatserne blandt medarbejderne, og der informeres om lokale tilbud.
Information til detailhandel	Ikke implementeret	Kommunen har ingen egen indsats
Forældremøder og inddragelse af forældre	Fuldt implementeret	Forældre inddrages i dag på forskellig måde på skolerne. Målet for indsatsen er at udsætte de unges alkoholdebut og håndtering af fester indgår ligeledes i den SSP læseplan, som er under udarbejdelse. SSP kontaktlærerne har fingeren på pulsen. Skolerne og de konkrete klassers sammensætning af elever er forskellige og derfor er der behov for at kunne arbejde forskelligt.
Undervisning i folkeskolen	Fuldt implementeret	I 8. klasse holder Tandplejen undervisning - fokus er på syreskader Alle skoler og klubber arbejder med at udskyde alkoholdebuten på forskellige måder. Det er en del af den vejledende SSP-læseplan. Der arbejdes ikke konkret i SSP-regi med systematik at informere børn og forældre om belastninger for børn, hvis deres forældre har alkoholproblemer. Der tages hånd om dette fra sag til sag. Der samarbejdes på tværs af centrene. Sundhedstjenesten har pædagogisk aktivitet i 8. klasse, med fokus på at udskyde alkoholdebut/vælge fra. Hvis mange elever drikkes sig fulde i en klasse inddrages SSP.
Tidlig opsporing		
Systematisk tidlig opsporing ved frontpersonale	Fuldt implementeret	Generelt set en udfordring, hvornår at vurdere alkohol og hvornår et forbrug er uhensigtsmæssigt. Der mangler entydig til dette i organisationen. Gør det svært at vurdere, hvornår der skal reageres.

		<p>Generelt set er der fokus på indsatsen bredt set i organisationen, og der reageres med afsæt i egne kompetencer og metoder.</p>
Handlevejledninger	Delvist implementeret	<p>Generelt på børne- og ungeområdet er der konkrete og klare kriterier for hvordan der ageres via indberetninger og afklaringer, hvis en forældre drikker. Men medarbejderne har bredt set ikke kompetencer til at tage samtalen med forældrene. Sundhedsplejen arbejder efter metoden.</p> <p>Tilgangen er baseret på de metoder, viden og tilgange medarbejderne i øvrigt er besiddelse af.. Der arbejdes ikke efter samme metoder og kriterier.</p>
Udskolingssamtale om alkohol	Fuldt implementeret	<p>Sundhedstjenesten gennemfører dette for alle elever i 9. klasse.</p>
Samarbejde om gravide og børnefamilier	Fuldt implementeret	<p>Kun hvis Sundhedsplejen kommer i kontakt med den gravide - ellers er det jordmødrenes opgave.</p> <p>Når barnet er født, har Sundhedsplejen kontakt med alle børnefamilier, er opmærksomme og ved, hvad vi skal spørge til</p>

Forebyggelsespakken for ”fysisk aktivitet”

Sundhedsstyrelsens anbefaling	Status i LTK	Grundlag for statusvurdering
Kommunal politik	Delvist implementeret	Kommunen har en sundstrategi, der kan sidestilles med en sundhedspolitik. Men der findes ikke en særskilt politik for fysisk aktivitet. Der findes konkrete målsætninger, politikker og strategier på de forskellige sektorområder.
Fysisk aktivitet på tværs af forvaltningsområder	Fuldt implementeret	Der er bred tilgang på tværs af centrene og foreningerne. Der sker sammenhæng i indsatser, fx mellem foreninger og skoler om skolernes idrætsdag. Et andet eksempel er de boligsociale indsatser for unge, som har meget fokus på fysisk aktivitet.
Omgivelser og faciliteter		
Adgang og tilgængelighed	Fuldt implementeret	Kommunen har idrætsanlæg, som borgerne kan benytte, ligesom der er mange grønne områder.
Rammer for fysisk aktivitet	Fuldt implementeret	Det overordnede mål i Kommunen er, at alle institutioner skal arbejde hen imod Danmarks bedste Læringsmiljø, herunder også stimulere udviklingen af rammerne for det fysiske læringsmiljø. Nedenfor eksempler på dette Den grønne legeplads, det lyserøde hus, ansættelse af naturpædagog, bevægelse eller natur profilinstitutioner. På skoleområdet arbejdes der med rammer for fysisk aktivitet på mange måder: igennem indretning af udendørs læringsmiljø i både skolegård og idrætsfaciliteter, 2 skoler deltager i projekt "Drøn på skolegården", På klubområdet arbejdes der med rammer for fysisk aktivitet. Flere af klubberne er fysisk placeret på samme matrikel som den lokale skole, her har skole og klub taget initiativer til fællesindretning af de udendørs læringsmiljøer.
Strategi for idrætsundervisning	Fuldt	Der arbejdes med at implementere nationale fælles mål.

	implementeret	<p>Nogle skoler har legepatruljer i frikvartererne til at hjælpe med at igangsætte lege. Andre skoler arbejder med "Læs og Løb", hvor de kombinerer læsning og løb.</p> <p>Grundlæggende arbejdes der på alle skoler med børns forskellige måder at lære på, og således også med fysisk aktivitet i undervisningen. Desuden afholder alle skoler årligt motionsløb.</p>
Politik for fysisk aktivitet	Delvist implementeret	Nogle skoler har trafikpolitik med hensigtserklæringer og opfordringer om at bruge cyklen som transport i skolen i det omfang det er muligt. Der gennemføres obligatoriske cykeltests af børn og deres cykler.
Informationsplatform på arbejdspladsen	Ikke opfyldt.	Findes ikke i dag
Tilbud		
Børns motorik	Fuldt implementeret	Arbejdet med børns motorik betragtes om en væsentlig del af det almen pædagogiske arbejde. Alle dagtilbud, skoler kan henvise børn som vurderes at have behov for et særligt tilrettelagt forløb til Motorikhuset.
Landsdækkende kampagner	Fuldt implementeret	Alle skoler får information om de mulige kampagner, og den enkelte skoler vurderer, hvordan og i hvilke kampagner de indgår. .
Arbejdspladser deltager i kampagner	Fuldt implementeret	<p>Personalekontoret inviterer og informere alle kommunale arbejdspladser til at deltage i de forskellige kampagner.</p> <p>Centralt fra initieres DHL-stafet, ladywalk og "vi cykler til arbejde".</p>
Tidlig opsporing		
Sundhedstjenesten og ind- og udskolingsundersøgelser	Fuldt implementeret	Sundhedstjenesten har samtaler med alle elever i 9. klasse
Identifikation af børn med dårlig motorik og lavt aktivitetsniveau	Fuldt implementeret	Personale kan henvise børn til Motorikhuset, som ligeledes har ugentlige åbent hus arrangementer, hvor børn og forældre kan komme og blive set på af fysioterapeuter, ergoterapeuter m.m.

		<p>Alle dagtilbud, skoler kan henvise børn som vurderes at have behov for et særligt tilrettelagt forløb til Motorikhuset.</p> <p>Sundhedstjenesten identificerer børn med dårlig motorik og på overvægtige børn. Sidstnævnte kan være et symptom på inaktivitet.</p>
Plejebesøg hos ældre	Fuldt implementeret	Indsats om "træning før varig hjælp" har dette fokus, hvor det for alle borgere vurderes, om de kan trænes til at vedligeholde funktioner

Bilag til Social og Sundhedsudvalgets møde 15. maj

Sag nr. 8

1 bilag

NOTAT
om
Tidlig opsporing i sygeplejen

Tidlig opsporing i sygeplejen

Baggrund for notatet

En akut indlæggelse, især for ældre borgere, er en stor omvæltning og forstyrrelse i den daglige rytme. I det omfang det kan forebygges, at borgeren bliver så syg, at en indlæggelse er nødvendig, så er det at foretrække, at borgeren kan blive hjemme. Det er det bedste for borgeren. Samtidig er det en hensigtsmæssig måde at bruge det samlede sundhedsvæsen.

Hvis der skal arbejdes med tidlige opsporing i sygeplejen, forudsætter det at basispersonalet ved hvad der skal observeres hos borgerne samt at sygeplejerskerne ved hvad de skal stille op med de observationer basispersonalet gør. I dette notat kommer Arbejdsgruppen vedr. fremtidens sygepleje med et bud på hvordan tidlig opsporing i sygeplejen kan gribes an i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Notatet har følgende afsnit:

- Audit på 4 indlæggelser
- Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn
- Værktøjer til systematisk identifikation nedsat funktionsniveau og ernæringstilstand
- Pilotprojekt

Audit på 4 indlæggelsesforløb

For at få større indsigt i hvilke lokale problematikker der er tale om, når borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune indlægges med en såkaldt forebyggelig diagnose, har en underarbejdsgruppe lavet audit på 4 indlæggelsesforløb. De fire borgere var kendt af kommunen, idet de var visiteret til praktisk hjælp og/eller personlig pleje i hjemmeplejen. Udgangspunktet for audit var borgerens journal samt en spørgeramme fra projektet "Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser".

Undervejs i audit blev opmærksomheden især rettet mod følgende:

- borgerens kendte sygdomme
- forløbet op til indlæggelsen
- forløbet efter udskrivelse
- hvad der kunne være gjort, for at forebygge indlæggelsen.

De informationer der blev indhentet, er kort opsamlet i bilag 1. Den gennemførte audit gav blandt andet anledning til at foreslå, at der arbejdes videre med følgende, som relaterer sig til tidlig opsporing:

- *Procedurer for, hvornår der sker en sygeplejefaglig udredning af borgerne*

Udredning af borgerne er en forudsætning for at få viden om årsagen til borgerens problemstillinger og efterfølgende iværksætte en målrettet indsats.

- *Procedurer for, hvornår der iværksættes handleplaner*
Når borgeren er udredt skal der iværksættes målrettede indsatser, som både har til formål at afhjælpe borgeres problemer nu og her samt forebygge nye tilfælde.
- *Procedurer for, hvordan der følges op på en igangsat handling*
Opfølgning er en forudsætning for at få den nødvendige viden om, hvorvidt den iværksatte indsats har den ønskede effekt, eller om der skal igangsættes en anden indsats.

Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn

De tidlige tegn på sygdom kommer til udtryk i små ændringer i hverdagen. For at "fange" de første tegn på ændringer er der brug for at understøtte at medarbejderne systematisk observerer relevante hverdagssituationer hos borgerne. Arbejdsgruppen anbefaler at tre forskellige værktøjer tages i brug med hver deres formål. De tre værktøjer er:

- Hjulet – med det formål at støtte læring og refleksion blandt social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter
- Ændringsskema og triage i digital form – med det formål at sikre systematiske hverdagsobservationer samt reaktioner og handlinger på observationerne
- Måling af vitale parametre – med det formål at kvalificere hverdagsobservationerne

Arbejdsgruppens anbefalinger er i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Sundhedsstyrelsen har lagt vægt på at værktøjerne er enkle og kan varetages af social- og sundhedshjælpere, som ikke har en sundhedsfaglig uddannelse. Nedenfor er de enkelte redskaber beskrevet kort:

Hjulet

Arbejdsgruppen anbefaler, at Hjulet¹ bruges som et refleksions værktøj for social- og sundhedshjælpere. Hjulet der er udformet som en papskive med seks fokusområder, hjælper medarbejderne til at observere de relevante sociale og sundhedsmæssige forhold og animerer medarbejderne til en helhedsvurdering af borgeren.

Hjulet er enkelt og kan varetages af social- og sundhedshjælpere, som ikke har en sundhedsfaglig uddannelse. Arbejdsgruppen vurderer, at hjulet vil være godt til at støtte basispersonalet i at observere borgerens tilstand. Hjulet kan også betyde, at observationerne bliver mere fokuserede og mere præcise og dermed ruste medarbejderne i at beskrive borgerens tilstand. Sygeplejerskerne kan bruge hjulet til at spørge ind til en uddybning af basispersonalets observationer.

Ændringsskema i digital form

Ændringsskemaet og triagemodellen er et samlet værktøj til brug for hverdagsobservationer hos ældre medicinske patienter med kontakt til hjemmeplejen. Ændringsskemaet bygger på følgende fem fokusområder: "Psykisk og socialt", "Hjemmet", "Hverdagsaktiviteter", "Spise og drikke" og "Fysiske klager"². Skemaet er opbygget med enkelte ord, kan være på en A4 side og giver et hurtigt overblik over borgeren.

Ændringsskemaet bruges til at beskrive, hvordan en borger plejer at være – dvs. borgerens habituelle tilstand. Med ændringsskemaet kan man vurdere, om borgeren har ændret sig, og

¹ Hjulet blev også præsenteret på Store ledergruppemøde 1. marts 2013.

² Sundhedsstyrelsen gør opmærksom på at ændringsskemaet bør suppleres med spørgsmål vedr. medicinindtagelse.

hvilke ændringer der gør sig gældende. Social- og sundhedshjælperne som kommer i borgernes hjem er ansvarlige for at udfylde skemaet. Det gøres i samarbejde med kollegaer og borgeren selv. Arbejdsgruppen vurderer, at ændringsskemaet også vil give et fælles sprog i forhold til at beskrive de daglige observationer hos borgeren.

Arbejdsgruppen anbefaler, at ændringsskemaet i digital form skal tages i brug³. Selvom det på nuværende tidspunkt ikke er muligt at integrere data fra ændringsskemaet med Uniq-omsorg osv., så mener arbejdsgruppen at muligheden for at "logge" de registrerede ændringer hos en borger kan bruges i analyse arbejde.

Triage i digital form

Borgernes tilstand visualiseres i triagemodellen. Essensen i triage, er en opdeling af borgere i 3 niveauer:

Grøn: Habituel tilstand

Gul: Én eller flere mindre ændringer i habitueltilstanden

Rød: Ved udskrivelse fra hospital

Borgere hvor der er observeret markante ændringer i habitueltilstanden

Hvis hospitalsindlæggelse er truende

Rykker en borger fra grøn til gul skal der laves en handleplan for hvordan borgeren kommer tilbage til sin habituelle tilstand. Triage modellen giver fokus på de borgere, der kræver at der igangsættes handlinger. De tre farver giver et klart og tydeligt billede af borgerens tilstand. Triagemodellen er anvendelig både på plejecenter og i hjemmeplejen.

En digital løsning vil forudsætte digitale tavler i hjemmepleje og på plejecentre. Arbejdsgruppen vurderer, at det vil give et virkelig godt samlet overblik over borgernes tilstand og hvor der er brug for at sætte ressourcer og medarbejdere ind. Det kan også understøtte en refleksion ift hvilke kompetencer og medarbejdere der skal håndtere en given opgave⁴. Det er dog vigtigt at understrege, at når vi taler tidlig opsporing så er der ikke en automatik ift., at borgere, der er i gul eller rød tilstand, kun kan håndteres af social- og sundhedsassistenter eller sygeplejersker. Det vil ofte være social- og sundhedshjælperne, der håndterer borgerne.

Sygeplejersketaskerne

Nogle af specifikke problemstillinger som social- og sundhedshjælperne observerer, vil der være behov for at social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker udreder borgerens tilstand. Hermed kan de kvalificere de hverdagsobservationer som er observeret.

Arbejdsgruppen vurderer, at alle sygeplejersker bør have udstyr til rådighed til at måle puls, temperatur og respiration mhp. at diagnosticere sygdomstilstande hos borgeren. Arbejdsgruppen foreslår, at alle sygeplejersker hver især har en taske med relevante apparater der kan måle borgerens vitale parametre.

Generelt bør der foreligge instrukser for, hvornår det enkelte apparat anvendes og hvornår der skal handles herpå.

Værktøjer til systematisk identifikation af nedsat funktionsniveau og ernæringstilstand

Arbejdsgruppen foreslår, at rejse sætte sig testen – eller stoletesten som den også kaldes (RSS) implementeres med henblik på systematisk identifikation af nedsat funktionsniveau

³ Elsebeth Schøning, Kirsten Espenhein, Bente Haugaard, Vibeke Fleckenstein og Jeanette Nygård Madsen så en præsentation af Pallas Informatiks digitale løsning på ændringsskema og triage 7. marts 2013.

⁴ Det har Møllebo gode erfaringer med.

samt at uplanlagt væggtab og Ernæringsvurderingsskemaer (EVS) implementeres. Det er hensigtsmæssigt, at de to værktøjer afprøves samtidig, da funktionsniveau og ernæringstilstand påvirker hinanden.

Rejse sætte sig testen

Arv, kroniske sygdomme og livsstil har betydning for hvordan man ældes, men hos alle (uanset aktivitetsniveau) reduceres den fysiske kapacitet. Det betyder, at almindelige daglige gøremål bliver relativt mere belastende, da det absolutte krav til fx iltoptagelse og muskelkraft ved daglige aktiviteter er det samme uanset alder. Tilstrækkelig muskelstyrke i benene er nødvendig for en bred vifte af daglige aktiviteter som fx at gå, gå på trapper, rejse sig fra en stol og komme ud af sengen og dermed selvstændig livsførelse.⁵

Rejse sætte sig testen tester netop musklerne i benene, og kan derfor bruges til at identificere tidligt fald i funktionsevnen.

Arbejdsgruppen vurderer at sundhedsstyrelsens anbefalinger til hvordan der skal arbejdes med rejsesætte sig testen er omfattende. Aktører og hyppighed fremgår i skemaet nedenfor:

Stoletesten udføres ved:	Hyppighed
Rehabiliteringsophold	Ved ankomst og udskrivelse
Besøg hos praktiserende læge	Ved første henvendelse, og minimum 1 gang pr. år - alternativt ved sundhedstjek, fornyelse af kørekort, influenzavaccination, efter hospitalsindlæggelse
Forebyggende hjemmebesøg	Ved hvert besøg
Visitation	Ved første besøg og ved ændringer i fysisk funktionsniveau
Hjemmepleje	Minimum 1 gang pr. måned
Indflytning i plejebolig	Indenfor kort tid efter indflytning
Fysioterapi, ergoterapi	Ved start og afslutning af et rehabiliteringsforløb

Hvis borgeren ikke er i stand til at rejse sig op uden brug af hænderne, er resultatet = 0.

Arbejdsgruppen foreslår, at det drøftes om nogle aktører skal prioriteres højere end andre. Arbejdsgruppen vurderer, at implementeringen af rejse sætte sig testen forudsætter et tæt samarbejde på tværs i organisationen. Hvis f.eks. en visitator eller medarbejder i hjemmeplejen tester en borger og testen viser, at der er behov for handling, hvem skal så vurdere hvilken handling der skal til?

Arbejdsgruppen ser et behov for at have fuldstændig klarhed over de forskellige medarbejderes funktioner og arbejdsgange fra test til udredning til handling m.m.. Der er derfor behov for at tænke implementeringen af værktøjet godt igennem før det afprøves i et pilotprojekt.

Uplanlagt væggtab og Ernæringsvurderingsskema

For ældre i plejebolig og hjemmepleje er det vist, at ethvert uplanlagt væggtab uanset størrelse nedsætter de ældres trivsel og øger behovet for hjælp af personalet til almindelige daglige færdigheder⁶. For ældre indlagt på hospital medfører det uplanlagte væggtab alvorlige funktionstab. Det betyder bl.a. at rekonvalescensen er meget lang, det vil sige måneder til

⁵ Værktøjer til systematisk identifikation af nedsat funktionsniveau hos ældre borgere (Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen, februar 2013)

⁶ Værktøjer til systematisk identifikation af ernæringstilstand -underernæring (Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen februar 2013)

halve år. Mange når således aldrig at genvinde funktionsevnen (og vægten), selvom de er blevet helbredt for deres sygdom. Alt i alt er det derfor vigtigt at sætte tidligt ind overfor "uplanlagt væggtab"

Uplanlagt væggtab er ikke altid synligt for den enkelte og for pårørende og personale som omgiver den ældre. Systematisk screening giver mulighed for at identificere risikoen for komplikationer til dårlig ernæringstilstand i tide og sætte ind med ernæringsterapi.

Identifikation af uplanlagt væggtab skal lede til en nærmere udredning. Her vurderer arbejdsgruppen at det vil være hensigtsmæssigt at følge Sundhedsstyrelsens anbefaling om at bruge ernæringsvurderingsskemaet (EVS). Når EVS også anbefales af sundhedsstyrelsen, så er det fordi, at EVS giver mulighed for at identificere risikofaktorer for den enkelte ældres ernæringstilstand og indeholder en handlingsdel, hvor det anvises, hvordan problemet kan håndteres. Der lægges desuden op til en tværfaglig ernæringsindsats. Herudover opfordrer skemaet til dokumentation for observation, handling og evaluering på problemstillingen, hvilket er medvirkende til at sikre, at personalet følger op på problemstillingen og tager ansvar for problemets løsning.

Arbejdsgruppen vurderer imidlertid at sundhedsstyrelsens anbefalinger, til hvordan der skal arbejdes med uplanlagt væggtab og screening via EVS er meget omfattende. Aktørerne fremgår i venstre kolonne i skemaet nedenfor:

	Hyppeghed	Metode
Rehabiliteringsophold	Ved ankomst og min x 1/måned, hyppigere efter sygdom	Vægt
Praktiserende læge	Ved første henvendelse, og min x 1/år alternativt ved sundhedstjek, fornyelse af kørekort, influenzavaccination, efter hospitalsindlæggelse	Vægt
Forebyggende hjemmebesøg	Ved hvert besøg	Spørgsmål om uplanlagt væggtab
Visitation	Ved henvendelse	Spørgsmål om uplanlagt væggtab
Hjemmepleje	Ved visitation og min x 1/måned, hyppigere efter sygdom	Vægt
Plejebolig	Ved indflytning og min x 1/måned, hyppigere efter sygdom	Vægt
Fysioterapi, ergoterapi, omsorgstandpleje osv.	Ved visitation	Spørgsmål om uplanlagt væggtab, hvis muligt suppleret med journaloplysninger om vægt

Arbejdsgruppen vurderer, at der er behov for at diskutere dette nøje og prioritere nogle aktører højere end andre. Da der samtidig liggtes op til en tværfaglige handlinger, så er der behov for at tænke implementeringen af værktøjet godt igennem før det afprøves i et pilotprojekt.

Pilotprojekt

Selvom arbejdsgruppen kan se relevansen af alle de nævnte værktøjer til tidlig opsporing, så foreslår arbejdsgruppen, at implementeringen sker i to tempi, hvor et pilotprojekt med fokus

på tidlig opsporing af sygdomstegn prioriteres først og herefter kobles systematisk identifikation af funktionsniveau og ernæringstilstand på.

Arbejdsgruppen foreslår, at hjulet samt den digitale udgave af ændringsskemaet og triage afprøves i et 3 måneders pilotprojekt med start efter sommerferien 2013. Pilotprojektet skal bruges til at afklare, hvordan man konkret kan/skal arbejde med tidlig opsporing. Undervisning i geriatri med fokus på tidlig opsporing hos den ældre medicinske patient samt brug af redskaberne skal indgå i pilotprojektet.

I pilotprojektet vil der f.eks. være behov for, at man gør sig nogle grundige overvejelser om hvordan sygeplejerskerne skal reagere og handle når de informeres om basisedarbejdernes observationer. Hvornår kan basispersonalet selv klare en opgave? Hvornår kræver det, at sygeplejersken kommer ud til borgeren? Hvad skal sygeplejerskerne se på når de kommer ud til borgeren? Og hvilke handlinger skal igangsættes?

Ændringskema

Observer og reager

Navn:	Cpr.nr.:	Dato:
-------	----------	-------

TEMA	Sæt kryds ved de svar der passer bedst			Bemærkning
Psykisk og Socialt				
Humør	Glad/positiv	Neutral	Trist/negativ	
Hukommelse	God	Svingende	Glemsom	
Social aktivitet	Aktiv	Lidt aktiv	Passiv	
Søvnproblemer	Stædnt	Af og til	Oft	
Hjemmel				
Hvordanser hjemmetud	Meget ryddeligt	Ryddeligt	Mindre ryddeligt	
Hvadklarer borger selv	Blomster	Sengeredning	Affald	
	Opvask	Toilet/bad	Post	
Hverdagsaktiviteter				
Generelt initiativ fra borger	Meget	Lidt	Passiv	
Graden af hygiejne	Velsoligneret	Soligneret	Mindre soligneret	
Fysisk aktivitet	Meget aktiv	Aktiv	Passiv	
Fald	Aldrig	Af og til	Oft	Obs! altid tilbagemelding ved fald
Spise og drikke				
Appetit	God		Skal opfordres	
Tørst	God		Skal opfordres	
Vægt	Holder vægten		Tøj hænger	
Fysiske klager				
Afføringsmønster	Ingen problemer	Af og til forstoppelse	Klager	
Vandladning	Kontinent		Inkontinent	
Vejtrækning	Normal	Andenød, bevægelse	Andenød, hvile	
Hoste	Aldrig	Af og til	Oft	
Træthed	Aldrig	Af og til	Oft	
Smerte	Aldrig	Af og til	Oft	
Svimmel	Aldrig	Af og til	Oft	

Bilag til Social og Sundhedsudvalgets møde 15. maj

Sag nr. 9

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, medicin dosering/-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 borgeres 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 hjemmehjælper 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 hjemmehjælper, 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 ugentlig 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.

Tabel: 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
Samlet forbedring	-9	-504	-991	-684

Anm.: - = mindreudgift, + = 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.

Evaluerings 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

Bilag til Social og Sundhedsudvalgets møde 15. maj

Sag nr. 11

1 bilag

NOTAT

om

redegørelse om magtanvendelse overfor voksne under den Kommunale Leverandør 2012

Baggrund:

For at begrænse magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne til det absolut nødvendige er der i serviceloven truffet nærmere bestemmelser herom.

Bestemmelserne gælder for personer med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne, der får personlig og praktisk hjælp samt socialpædagogisk bistand jf. serviceloven og som ikke samtykker i, er ude af stand til at give samtykke til eller forholder sig passivt til en foranstaltning som f.eks. alarmsystemer, fastholdelse, tilbageholdelse i boligen, anvendelse af beskyttelsesmidler og optagelse i særlige botilbud uden samtykke, jf. serviceloven kap. 24. Det er en forudsætning, at der foreligger den fornødne faglige dokumentation for den nedsatte psykiske funktionsevne.

I henhold til loven skal enhver form for magtanvendelse, herunder magtanvendelse i forbindelse med foranstaltninger, registreres og indberettes til kommunalbestyrelsen for de tilbud, kommunalbestyrelsen fører tilsyn med og loven pålægger kommunalbestyrelsen at udarbejde handleplaner i overensstemmelse med serviceloven for de personer, der har været anvendt magt ovenfor.

Arbejdsbeskrivelse:

Ansøgning om brug af magt i en afgrænset periode (alarmsystemer, fastholdelse i hygiejnesituationer, tilbageholdelse og anvendelse af beskyttelsesmidler) udfyldes af det personale, der har den daglige kontakt med borgeren, i samarbejde med områdets demenskontaktperson. Ansøgning om optagelse i særlige botilbud udfyldes af personalet i samarbejde med områdets demenskontaktperson og kommunens demenskoordinator.

Registrering af indgreb foretages af den person, der har iværksat foranstaltningen.

Alle ansøgninger og indberetninger sendes via kommunens demensteam til lederen af leverandøraftsnittet. Lederen af Den Kommunale Leverandør er ansvarlig for at give tilladelse til brug af magtanvendelse i en afgrænset periode. Tilladelsen kan gives i forhold til ansøgninger, hvor borgeren forholder sig passiv over for indgrebet samt i forbindelse med fastholdelse i hygiejnesituationer.

Indstiller kommunen en borger til flytning mod dennes vilje, sendes indstillingen til Det Sociale Nævn. Forholder borgeren sig passiv eller er ude af stand til at give sit samtykke til en flytning foretages afgørelsen af kommunen med en værges godkendelse.

Den Kommunale Leverandør har udarbejdet konkrete pleje- og behandlingsinstrukser for "Magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne".

Aktuel status:

Antallet af indberetninger/ansøgninger var i 2010 48, steg i 2011 til 118 og faldt i 2012 til 67. Antallet af sager vil variere fra år til år, da antallet af borgere med specielle problemer er for-

skelligt. Uanset antal har forvaltningen fortsat fokus på kompetenceudvikling af personalet i forhold til anvendelse af socialpædagogiske principper for at undgå brug af magt i videst mulige omfang.

Ansøgninger og indberetninger 2012:

Alle indberetninger og ansøgninger i 2012 vedrører borgere (19 i alt), som alle bor på et områdecenter fordeler sig således:

Akut fastholdelse:

3 sager omhandlende akut fastholdelse af borgere, der var fysisk voldelige over for medboere og personale.

Fastholdelse i hygiejnesituationer, som der ikke er givet tilladelse til:

32 indberetninger om akut fastholdelse i hygiejnesituationer, hvor det ansås for, at være absolut nødvendigt for at udøve omsorgspligten.

Fastholdelse i hygiejnesituationer, hvor der foreligger en tilladelse:

6 ansøgninger om brug af fastholdelse i forbindelse med hygiejnesituationer, med efterfølgende 21 indberetninger om lovlig brug af magtanvendelse.

Fastholdelse i forflytningssituationer uden tilladelse:

2 indberetninger om fastholdelse i forbindelse med forflytning.

Anvendelse af særlige døråbnere ved yderdøre:

2 ansøgninger

Flytning af borger mod egen vilje:

Ingen ansøgninger

Flytning af borger der forholder sig passiv:

1 ansøgning, der godkendtes af kommunen.

Sagerne fordeler sig således i områderne:

Virumgård

- 5 indberetninger om ikke godkendt brug af magt fordelt på 3 borgere
- 3 ansøgninger om brug af magt i hygiejnesituationer med efterfølgende 11 indberetninger om godkendt brug af magt fordelt på 2 borgere
- 2 ansøgninger om anvendelse af særlige døråbnere på 2 borgere.

Solgården

- 3 indberetninger om ikke godkendt brug af magt fordelt på 3 borgere

Bredebo

- 0

Borrebakken

- 0

Lykkens Gave

- 16 indberetninger om ikke godkendt brug af magt fordelt på 2 borgere
- 2 ansøgninger om brug af magt i hygiejnesituationer på 1 borger med efterfølgende 5 indberetninger om brug af godkendt magt

Baunehøj

- 9 indberetninger om ikke godkendt brug af magt fordelt på 6 borgere
- 2 ansøgninger om brug af magt i hygiejnesituationer fordelt på 2 borgere med efterfølgende 6 indberetninger om brug af godkendt magt
- 1 ansøgning om flytning, hvor borger forhold sig passiv og var uden handleevne

Lystoftebakken

- 0

Lejre kommune

Lyngby-Taarbæk Kommune har borgere boende i plejebolig i andre kommuner. I 2012 er modtaget 2 indberetninger om ikke godkendt magtanvendelse på 1 borger.

Opfølgning:

Gennem afholdelse af møder med de involverede personalegrupper sikrer områdets demenskontaktperson sig, at der løbende bliver fulgt op på og justeret i de udarbejdede handleplaner for de berørte borgere gennem afprøvning af andre metoder til at opnå borgerens frivillige medvirken til en nødvendig foranstaltning.

Demenskontaktpersonen er ansvarlig for, at en revurdering i de enkelte sager finder sted indenfor de i loven angivne tidsperioder.

Personalet kan blive udsat for slag, bid, at blive fastholdt, at blive spyttet på etc.. Når dette sker, skal de udfylde et skema. Dette afleveres til nærmeste leder, der sørger for, at hændelserne bliver taget op i MED m.h.p. eventuelle forebyggelsestiltag.

Endvidere tilbydes medarbejderne i ovenstående situationer afholdelse af ”time out” møder med deltagelse af demenskontaktpersonen og/eller demenskoordinator, da det kan være meget belastende at yde pleje og omsorg til udfordrende borgere.

Forebyggelse af brug af magt:

Alle nyansatte ved områdecentrene orienteres om magtanvendelsesreglerne. Demenskontaktpersonen inddrages altid, når de demente/hukommelsessvækkede borgere bliver udfordrende. De private leverandører på frit-valgs området tilbydes ligeledes denne undervisning.

Bilag til Social og Sundhedsudvalgets møde 15. maj

Sag nr. 13

1 bilag til punkt 3

Orientering til Social- og Sundhedsudvalget
om
implementering af elektronisk nøglesystem i DKL.

Det er i budget 2012 vedtaget, at der skal implementeres et nyt elektronisk låsesystem i borgernes hjem i hjemmeplejen i LTK.

Det forventes, at nogle borgere kan føle sig utrygge ved dette nye tiltag, derfor denne orientering til udvalget.

Systemet har været i udbud og firmaet ELCOTECH har som leverandør vundet opgaven med RUKO som underleverandør.

Repræsentanter fra område 2 og område 3 har deltaget i udbudsarbejdet og har været med til at pege på ELOTECH` s løsning.

Kriterier for valget af løsningen har handlet om størst mulighed sikkerhed i håndtering af borgernes nøgler, mindst mulig synlighed på borgernes hoveddøre, bedst praktisk anvendelighed samt den samlede pris på løsningen.

ELOTECH har adresse på Geels Plads 24 A, 2830 Virum. TLF. 62222324 - bc@elcotech.

Systemet skal erstatte den eksisterende håndtering af ca. 800 borgeres nøgler vedrørende rekvirering, opbevaring og brug af borgernes mange forskellige nøgler.

Systemet er baseret på brug af en elektronisk nøgle i en elektronisk cylinder, hvilket i praksis betyder, at alle medarbejdere modtager én enkelt nøgle, der er kodet til alle nødvendige døre hos borgerne indenfor et bestemt tidsrum.

Medarbejderens nøgle skal opdateres i opdateringsboks hver dag ved vagtens start. Ved tab af nøgler, inaktiveres nøglen.

Borgernes cylindre vil blive udskiftet med en elektronisk cylinder og herefter kan nøglerne bruges hos borgerne.

Borgernes gamle cylinder, samt nøgler hertil vil blive opbevaret hos leverandøren indtil borgeren ikke længere har brug for nøglen og vil herefter blive reinstalleret i døren.

Det vil ikke være synligt for nogen, at der er installeret et særligt låsesystem, da cylinderen ligner alle andre rukolåse.

Hver borger vil få udleveret 2 nøgler gratis og der kan rekvireres ekstra nøgler mod betaling svarende til 325 kr. + moms. Dette skal ske ved henvendelse til hjemmeplejen.

I løbet af maj måned, vil borgerne modtage et brev fra forvaltningen med information om de nye nøgler.

Medarbejderne vil blive undervist i vejledning af borgerne og vil formidle informationen samt aftale vedrørende udskiftningen af cylinder i døren.

Implementering:

Efter 2 indledende møder med leverandøren er følgende plan ved at være på plads: Nøglerne implementeres områdevis og opstarten vil foregå på Solgården i starten af maj 2013. Systemet forventes i fuld drift inden sommerferien.

Elisabeth Millang