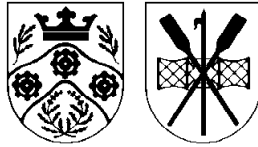


LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE



Social- og Sundhedsudvalget

Protokol

Onsdag den 9. maj 2012 kl. 15:30
afholdt Social- og Sundhedsudvalget møde i Mødelokale F 6.sal/T 12.

Medlemmerne var til stede, undtagen:
Hans Henrik Madsen (F) der havde meldt afbud.

Endvidere deltog:
Socialdirektør Søren Hansen
Vicediretør René Rasmussen
Afdelingschef Jakob Sylvest Nielsen
Afdelingschef Dorte Vangsø Rasmussen
Udviklingskonsulent Karen Damm
Ledende Sygeplejerske Elisabeth Millang deltog under
punkt 6
Ruth Jensen og Mette Jensen fra Lyngby Guiderne
startede mødet med en orientering om hvad
frivilligmidlerne anvendes til.

INDHOLDSFORTEGNELSE

Sag nr:		Side:
01	1. anslået regnskab 2012 .	3
02	Godkendelse af udviklingsstrategi - Rammeaftale 13 .	7
03	Status for budgetindsatser B12 .	9
04	Forløbsprogram - kræftrehabilitering .	11
05	Evaluering af akuttilbuddet .	15
06	Etablering af sygeplejeklinik .	17
07	Frigivelse af midler fra Lykkens Gaves Fond .	20
08	Busfunktioner på biblioteks- og sundhedsområdet samles i én bus .	22
09	Etablering af kursustilbud på demensområdet .	26
10	Status kontrolgruppens arbejde 2011 .	28
11	Til orientering for udvalgets medlemmer - maj 2012 .	32

1.

1. anslået regnskab 2012

Sagsfremstilling

Økonomiudvalget behandlede en samlet oversigt vedr. 1. anslået regnskab 2012 den 17. april 2012 og besluttede at tage redegørelsen til efterretning og oversende redegørelsen til de enkelte fagudvalg til videre behandling.

Resultatet af fagudvalgenes behandling oversendes til Økonomiudvalgets møde den 15. maj 2012 for at bringe bevillingerne på plads på Kommunalbestyrelsens møde den 21. maj 2012.

Der er i 1. anslået Regnskab 2012 nærmere redegjort for de enkelte afvigelser i forhold til korrigeret Budget 2012, jf. det sagen vedlagte og tidligere udsendte materiale.

I. Driftsvirksomheden – Social- og Sundhedsudvalgets område:

Resultatet af budgetopfølgningen fremgår af følgende oversigt:

Mio. kr. netto	Budget 2012	Korrigeret budget *	Anslået regnskab	Afvigelse i forhold til korr. budget	Afvigelse i forhold til opr. budget
Ældre	580,2	558,2	558,0	-0,2	-22,2
Handicappede	335,2	330,2	335,9	5,7	0,7
Sundhed	282,7	306,4	307,8	1,4	25,1
Social- og sundhedsudvalget i alt	1198,1	1194,8	1201,7	6,9	3,6

- = mindreudgift/merindtægt

+ = merudgift/mindreindtægt

* Budget 2012 inkl. tillægsbevillinger siden budgetvedtagelsen i oktober 2011 til og med marts 2012.

Der skønnes et samlet merforbrug på Social- og Sundhedsudvalgets aktivitetsområder på 6,9 mio. kr. i forhold til det korrigerede budget. – primært som følge af en negativ overførsel på Handicappede fra 2011.

Ældre

Der er en forventet mindreudgift på 0,2 mio. kr. i forhold til korrigeret budget. Resultatet dækker over en række mindre afvigelser på madservice til hjemmeboende borgere, forebyggende aktiviteter, ejendomsdrift og frit valg-puljen.

I forhold til oprindeligt budget er der en forventet mindreudgift på ca. 22 mio. kr., hvilket primært kan forklares ved at budget til Møllebo er flyttet fra aktivitetsområde ældre til sundhed.

Handicappede

Der skønnes et samlet merforbrug på handicapområdet på 5,7 mio. kr. i 2012 i forhold til korrigeret budget. Heraf udgør overførslen fra 2011 til 2012 på de centrale konti 4,1 mio. kr. De resterende 1,6 mio. kr. fremkommer især som følge af et merforbrug på Længerevarende botilbud på 3,9 mio. kr. (øget aktivitet i forhold til budgettet) samt mindreforbrug på Pleje og omsorg på 3,4 mio. kr. (ophør af særlig dyr sag).

Sundhed

Der forventes et merforbrug på sundhedsområdet på 1,4 mio. kr i forhold til korrigeret budget. Merforbruget skyldes en stigning i antallet af borgere som modtager vederlagsfri fysioterapi. Ydelsen gives til borgere med bestemte kroniske lidelser og visiteres af almen praksis.

Hvad angår den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet forventes balance mellem bevilling og budget. Der er imidlertid indført forhøjede lofter for taksterne for kommunal medfinansiering. Det er usikkert, i hvilket omfang de nye takster vil påvirke aktiviteten for sygehusene i 2012.

Merudgiften i forhold til oprindeligt budget på godt 25 mio.kr. skyldes primært omplaceringen af Møllebos budget – jf. ovenfor.

II. Anlægsvirksomheden

Resultatet af budgetopfølgningen fremgår af følgende oversigt, og giver anledning til bevillingsmæssige ændringer på -28,4 mio. kr.

Mio. kr. netto	Budget 2012	Korrigeret budget *	Anslået regnskab	Afvigelse i forhold til korr. budget	Afvigelse i forhold til opr. budget
Ældre	37.681	52.883	25.765	-27.118	-11.916
Handicappede	94.938	98.637	97.379	-1.258	2.441
Sundhed	1.030	925	925	0	-105
Kommunale ejendomme m.m.	773	2.487	2.487	0	1.714

XXudvalget i alt	134.422	154.932	126.556	-28.376	-7.866
------------------	---------	---------	---------	---------	--------

- = mindreudgift/merindtægt
+ = merudgift/mindreindtægt

* Budget 2012 inkl. tillægsbevillinger siden budgetvedtagelsen i oktober 2011 til og med marts 2012.

Ældre

Mindreforbruget skyldes primært entreprenørens konkurs på Bredebo, hvilket har forsinket byggeriet, som nu fortsætter i 2013 og 2014. Det vurderes nu, at der kan tidsforskydes 24 mio. kr. til 2013 samt -3,8 mio. kr. i statstilskud til 2014.

Handicappede

Mindreforbruget på ca. 1,3 mio.kr. skyldes primært en mindre forsinkelse på det nye Strandberg, som også forsinker udgifterne til montering af de nye boliger til 2012.

III. Specialiserede socialområde

Den lovpligtige kvartalsrapport, der skal indberettes til Økonomi- og Indenrigsministeriet senest den 1. maj, skal behandles af kommunalbestyrelsen forinden.

Som bilag er vedlagt indberetningen til ministeriet samt de udarbejdede nøgletal vedrørende det specialiserede socialområde.

Tallene i indberetningen er identisk med skønnet for 1. anslået regnskab 2012, men ministeriets afgrænsning af det specialiserede socialområde afviger fra LTK's afgrænsning af aktivitetsområder og fremstår derfor anderledes.

Ifølge oversigten forventes merudgifter på Social- og Sundhedsudvalgets område under det specialiserede socialområde på knap 8,5 mio. kr. Heraf skyldes 3,0 mio. kr. dog, at der foretages tekniske budgetomplaceringer mellem kontiene på det specialiserede socialområde og pleje- og omsorgsområdet.

De reelle merudgifter på det specialiserede socialområde, som fremkommer efter korrektion for omplaceringerne, er på 5,5 mio. kr. Som nævnt ovenfor under afsnittet om driftsvirksomheden skyldes budgetafvigelsen primært overførslen fra 2011 til 2012 på de centrale konti på handicapområdet på 4,1 mio. kr.

Økonomiske konsekvenser

Fremgår af sagen.

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. udvalget tager redegørelsen vedr. 1. anslået regnskab 2012 til efterretning og anbefaler de bevillingsmæssige konsekvenser overfor Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen

2. udvalget drøfter det specialiserede socialområde med udgangspunkt i det udarbejdede materiale.

Social- og Sundhedsudvalget den 9. maj 2012

Ad 1. Anbefales

Ad 2. Drøftet

Hans Henrik Madsen (F) var fraværende.

2.

Godkendelse af udviklingsstrategi - Rammeaftale 13

Sagsfremstilling

Kommunerne fik i marts 2011 ansvaret for at koordinere det specialiserede socialområde og udarbejde en årlig rammeaftale i to dele, henholdsvis en udviklingsstrategi og en styringsaftale.

Kommunerne i Region Hovedstaden skal inden 1. juni 2012 godkende udviklingsstrategien. Udviklingsstrategien er den faglige del af den sociale rammeaftale. Udviklingsstrategien skal bl.a. sikre koordinationen i udviklingen af de særligt specialiserede tilbud og skabe synlighed om kapacitetsudviklingen. KKR Hovedstaden godkendte udviklingsstrategien på sit møde d. 23. marts 2012. Udviklingsstrategien samt en del bilag til denne er udsendt med dagsordenen. Resterende bilag ligger i sagen.

Formålet med udviklingsstrategien er:

- at sikre og styre den faglige udvikling af tilbuddene på tværs af kommunegrænser, så alle kommuner til stadighed er i stand til at tilbyde de rigtige tilbud af høj kvalitet også til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer
- at skabe synlighed og gennemsikuelighed om kapacitet, behov for pladser samt takst- og udgiftsudvikling
- at sikre koordination og udvikling af nye tilbud særligt til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer, så ekspertise og ressourcer (på særlige områder) anvendes hensigtsmæssigt.

Udviklingsstrategien omfatter således ikke alle tilbud på det specialiserede socialområde, men fokuserer på tilbud til borgere med de mest komplekse og specielle behov, som kræver et stort befolkningsgrundlag.

Udviklingsstrategien for 2013 er udarbejdet med afsæt i indberetninger fra kommunerne om behov og udviklingstendenser inden for både målgrupper og tilbudstyper samt indberetninger fra kommunerne og Region Hovedstaden om belægning og kapacitet.

På baggrund af analysen af indberetningerne kan der udledes udviklingstendenser og perspektiver for det specialiserede socialområde for børn, unge og voksne i 2013 og årene frem. De temaer

der er drøftet i KKR fremgår af notat d. 18. april 2012, der er udsendt til udvalgets medlemmer.

Økonomiske konsekvenser

Ingen.

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen samt Børne- og Fritidsforvaltningen foreslår, at sagen anbefales overfor Kommunalbestyrelsen.

Social- og Sundhedsudvalget den 9. maj 2012

Anbefales.

Hans Henrik Madsen (F) var fraværende.

3.

Status for budgetindsatser B12

.

Sagsfremstilling

Som opfølgning på sag om udmøntning af budgetaftalen for 2012, som udvalget behandlede på sit møde i november 2011, er der udarbejdet status for fremdriften af budgetinitiativernes implementering.

Den foreløbige status for på Social- og Sundhedsudvalgets område er, at budgettilpasningerne for 2012 forløber som planlagt, jf. tabel 1.

Tabel 1. Status på opfølgning på budgetaftalen for Social- og Sundhedsudvalget 2012 (mio. kr.)

	Som planlagt	Næsten som planlagt	Ikke som planlagt
Ældreområdet	1,30	-	-
Handicapområdet	- 0,80	-	-
Sundhedsområdet	- 0,50	-	-
Ialt	0	-	-

I notat af 19.4.2012 om status på budgettilpasninger for 2012-15 på Social- og Sundhedsudvalgets område, er de enkelte tiltag nærmere beskrevet og fremdriften angivet. Notatet er udsendt til udvalgets medlemmer.

Den fremadrettede opfølgning i udvalget vil ske i forbindelse med eventuelle afvigelser i de anslåede regnskaber, samt hvis budgettilpasningerne ikke går som planlagt.

Økonomiske konsekvenser

Ingen - budgettilpasningerne forløber som planlagt.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at status på implementeringen af budgetinitiativerne i budgetaftalen for 2012-2015 tages til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 9. maj 2012

Taget til efterretning idét forvaltningen udleverede nyt tilrettet bilag på mødet.

Hans Henrik Madsen (F) var fraværende.

4.

Forløbsprogram - kræftrehabilitering

Kontaktgruppen for 3K-samarbejdet på genoptræningsområdet mellem Lyngby-Taarbæk, Gentofte og Rudersdal kommuner har udarbejdet forslag til et fælles kræftrehabiliteringstilbud.

Kræftens Bekæmpelse har indgået i udarbejdelsen og vil også indgå som samarbejdspartner i implementering og drift af et eventuelt kommende tilbud og det er tillige udarbejdet med inddragelse af onkologisk afdeling på Herlev Hospital. Forslaget "Kræftrehabilitering - fælles tilbud til borgere i regi af det 3-kommunale samarbejde på genoptræningsområdet" - april 2012, er udsendt til udvalgets medlemmer.

I dag overlever flere mennesker en kræftsygdom, og de lever i længere tid med sygdommen, end man har set det tidligere. Det øger behovet for rehabilitering, der kan være med til at sikre, at disse mennesker kan klare sig selv i hverdagen og så vidt muligt også genvinder deres funktionsevne.

Herudover har Sundhedsstyrelsen for ganske nylig, som led i et samlet forløbsprogram for kræft primo 2012, offentliggjort "Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft". Forslaget til et fælles kræftrehabiliteringstilbud tager fagligt udgangspunkt i og er i fuld overensstemmelse med de faglige standarder i forløbsprogrammet fra Sundhedsstyrelsen. De krav, der stilles til kommunerne i forløbsprogrammet, imødekommes således af tilbuddene i forslaget.

Forslaget bygger på erfaringer fra andre kommuner samt fra træningstilbuddet "Krop og Kræft" på Rigshospitalet, som har vist sig at have en gavnlig effekt på borgerens fysiske, psykiske og sociale funktionsevne under og efter et kræftforløb.

Jf. forslaget vil borgere med kræft få tilbudt et individuelt tilrettelagt rehabiliteringsforløb, der kan bestå af fysisk træning, kostintervention, rygeafvænning og psykosocial intervention. Rehabiliteringsindsatsen tilbydes til kræftramte borgere bosiddende i Lyngby-Taarbæk, Gentofte og Rudersdal kommuner, uafhængig af kræftdiagnose.

Herudover etableres der patientundervisning i et samarbejde med Kræftens bekæmpelse, som ligeledes deltager i at koordinere frivilliges indsats og supervision til frivillige både, hvad angår foreningens frivillige og for kommunens frivillige.

Forslaget sikrer tillige en helhedsorienteret indsats i forhold til den enkelte kræftramte borger i et tæt samarbejde med det behandlende sygehus, jobcentret,

praktiserende læge samt kommunens øvrige sundhedstilbud til borgeren.

Lokaler på træningscenter Møllebo tænkes anvendt til de undervisningsbaserede tilbud, da Møllebo ligger centralt placeret i 3K-regi og Kræftens Bekæmpelses rådgivning tillige er placeret i Lyngby. De øvrige aktivitetstilbud spredes ud i de 3kommuner afhængig af patientvolumen.

Forvaltningen vurderer, at der er behov for og kan opnås en række positive effekter for kræftpatienter bl.a. færre sygehusindlæggelser ved etablering af et fælles kræftrehabiliteringstilbud mellem de 3 kommuner. Desuden er det vurderingen, at forslaget er hensigtsmæssig, fordi:

- det imødekommer kravene i Sundhedsstyrelsens "Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft", som kommunerne skal implementere.
- et fælles tilbud i regi af 3-K samarbejdet på genoptræningsområdet vil give en større volumen og dermed en mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse for den enkelte kommune.
- at et øget funktionsniveau hos den enkelte kræftpatient, vil reducere behovet for pleje- og omsorgstilbud
- kræftramte borgere i den erhvervsaktive alder vil få mulighed for en hurtigere tilbagevenden (hel eller delvis) til arbejdet
- en øget almentilstand hos kræftramte borgere, vil nedsætte risikoen for bivirkninger og dermed skabe muligheden for en begrænsning i andre sundhedsydelse

Det er aftalt, at oplægget til et fælles kræftrehabiliteringstilbud behandles politisk i alle tre kommuner i løbet af maj 2012. Tilbuddet vil kunne iværksættes med virkning fra 1. juni 2012 og det evalueres efter 1 års drift.

Økonomiske konsekvenser

Kommunerne vil i forbindelse med det af Sundhedsstyrelsen udarbejdede forløbsprogram blive delvist kompenseret via Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT-midler). Forventede kommunale driftsudgifter og DUT-kompensation fremgår af nedenstående oversigt.

Økonomi i forbindelse med kræftrehabiliteringstilbud i Lyngby-Taarbæk Kommune

Å r	Lyngby-Taarbæk Kommunes udgifter til fælles kræftrehabiliteringstilbud	DUT-kompensation for implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for
----------------	---	---

		kræft
2 0 1 2	352.300	220.800
2 0 1 3	604.000	294.400
2 0 1 4	631.500	294.400

Efter modregning af DUT-kompensation vil de årlige kommunale nettodriftsudgifter for kommunen være 131.500 kr. i 2012, 309.600 kr. i 2013 og 337.100 kr. i 2014 og fremefter.

Driftsudgifterne i 2012 kan afholdes indenfor træningsenhedens samlede budget. Fra 2013 og fremefter kan driftsudgifterne fordeles mellem træningsenheden og Sundhed - via den kommunale medfinansiering af sygehusene, således at ca. 100.000 kr. årligt finansieres af træningsenheden og ca. 240.000 kr. årligt af Sundhedsbudgettet til den kommunale medfinansiering af sygehusene. Fordelingen skal ses i lyset af, at de kræftramte gennem forløbsprogrammet lærer at mestre egen sygdom og forhåbentlig derved undgår unødvendige indlæggelser. Fordelingen af nettomerudgiften mellem træningsenheden og den aktivitetsbestemte medfinansiering hviler på et skøn, da det ikke kan skønnes hvor mange unødvendige indlæggelser, der kan undgås.

Beslutningskompetence

Social- og sundhedsudvalget.

Indstilling

Social- og sundhedsforvaltningen foreslår, at

1. Udvalget godkender iværksættelse af et fælles kræftrehabiliteringstilbud i regi af 3-K samarbejdet på genoptræningsområdet mellem Lyngby-Taarbæk, Gentofte og Rudersdal kommuner.
2. At driftsudgifterne i 2012 til etablering og drift af det fælles kræftrehabiliteringstilbud efter modregningen af DUT-kompensationen afholdes indenfor træningsenhedens samlede ramme og driftsudgifterne fra 2013 og fremefter fordeles mellem træningsenheden og Sundhedsområdet/den kommunale

medfinansiering af sygehusene.

Social- og Sundhedsudvalget den 9. maj 2012

Ad 1. Godkendt idét udvalget ønsker inddragelse af pårørende.

Ad 2. Godkendt idét udvalget foreslår finansiering af rammen til sygedagpenge, som følge af forløbsprogrammets betydning for tilbagevenden til arbejdet, fremfor træningens.

Hans Henrik Madsen (F) var fraværende.

5.

Evaluering af akuttillbuddet

Sagsfremstilling

Akuttillbuddet startede op som eksternt finansieret projekt i november 2010. Tilbuddet er placeret som en del af Slotsvænget. Forsøgene med akuttillbud (i otte kommuner) danner baggrund for en vurdering af, hvordan et akuttillbud kan bidrage til en tidligere og forebyggende indsats for personer med sindslidelser, således at længerevarende og sværere forløb så vidt muligt undgås.

Akuttillbuddets eksterne finansiering udløber med udgangen af 2012. Det skal derfor vurderes, om projektet skal fortsættes med alternativ finansiering. Tilbuddet er blevet evalueret af NIRAS, ligesom der også er lavet lokal evaluering. NIRAS evaluering og notat om lokal evaluering, er udsendt til udvalgets medlemmer. Med afsæt i evalueringerne vil udvalget på sit møde i juni få forelagt sag, der beskriver mulighederne for fremtidig forankring af tilbuddet.

NIRAS evalueringer fokuserer på aktiviteten samt anskueliggørelse af grundlaget for tilbuddets forankring. Akuttillbuddet har haft mere end 3.200 henvendelser, hvoraf 90 pct. kommer fra borgere i målgruppen. Samlet set har 422 borgere anvendt tilbuddet. I evalueringen beskrives konkrete cases for brugere af tilbuddet.

Formålet med Akuttillbuddets egen evaluering er

- at indsamle oplysninger om borgernes tilfredshed med Akuttillbuddet
- at undersøge, om der kan konstateres en forandring af borgernes situation, herunder naturligvis om forandringen er til det bedre.

Evalueringen anskueliggør, at borgerne selv vurderer, at de målt på fem parametre har fået det bedre efter Akuttillbuddets indsats. Der kan ikke konstateres nogen generel forbedring i forhold til borgernes sociale situation og brug af ydelser, men der kan på den anden side heller ikke ses en forværring – som der ellers må formodes at være øget risiko for på et tidspunkt, hvor borgere er i akut psykisk krise.

Økonomiske konsekvenser

ingen - på udvalgets møde i juni fremlægges sag om muligheder for forankring af akuttillbuddet.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at Social- og Sundhedsudvalget tager evalueringen til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 9. maj 2012

Taget til efterretning.

Hans Henrik Madsen (F) var fraværende.

6.

Etablering af sygeplejeklinik

I forbindelse med ombygningen af Møllebo til et samlingspunkt for en stor del af kommunens indsats i det nære sundhedsvæsen, er det besluttet, at der skal etableres en sygeplejeklinik på Møllebo.

Etableringen af en sygeplejeklinik ligger i god forlængelse af paradigmeskiftet i ældreplejen omkring øget fokus på hjælp til selvhjælp. Derudover skaber det nye muligheder for at anvende de eksisterende specialistkompetencer på en ny måde til gavn for alle kommunens borgere.

Samtidig er der tale om en effektivisering på sygeplejeområdet, idet der vil ske en reduktion i tidsforbruget til transport i hjemmesygeplejen.

Klinikken er planlagt til at åbne på Møllebo i sommeren 2012, hvor ombygningerne forventes tilendebragt.

Den kommunale leverandør (DKL) visiterer selv til sygepleje. Som en del af det arbejde, der er pågået det seneste års tid med henblik på at implementere en effektiviseringsgevinst på sygeplejeområdet, har DKL bla. udarbejdet fælles visitationskriterier samt sygeplejestandarder. Det fremgår af disse, at alle borgere, der modtager hjælp til sygepleje, og som kan transportere sig til sygeplejeklinikken, fremover skal modtage behandlingen her frem for at få den udført i eget hjem.

DKL har desuden udarbejdet et udkast til indsatsen på sygeplejeklinikken ift. målgruppe, ydelser, visitationsprocedure, åbningstider mv. som er udsendt til udvalgets medlemmer.

Antallet af timer, det vurderes at skulle ydes i klinikken til en start, er opgjort til cirka 55 og klinikken vil derfor starte op med ansættelse af én sygeplejerske og én assistent.

Dette er grundlaget for en opstart af klinikken, der forventes at kunne håndtere flere opgaver i fremtiden og derfor også få et større volumen.

Udover Sygeplejeklinikken vil også vagtcentralen fremover have til huse på Møllebo og den daglige leder af vagtcentralen, vil også få ansvaret for klinikken. Lederen refererer til områdelederen på Baunehøj.

Den videre proces

Den Kommunale leverandør er i øjeblikket i gang med at udarbejde en samlet opgørelse over, hvor mange borgere der estimeres at blive visiteret til klinikken.

Forventningen er, at 70 borgere til en start vil blive henvist til klinikken. Personalnormeringen vil blive tilpasset herefter.

Sygeplejerskerne i de fire områder har sammen med en leder, gennemgået alle de borgere, der modtager sygeplejeydelser, og valgt de borgere ud, der selv kan transportere sig til klinikken.

Når Social- og Sundhedsudvalget har behandlet oplægget til indholdet i sygeplejeklinikken og tiden nærmer sig for åbningen af klinikken, vil en sygeplejerske fra området tage på besøg hos borgeren og fortælle denne om klinikken, og at borgeren er udvalgt til fremover at få behandling der.

Sygeplejersken vil samtidig aflevere et brev til borgeren, hvor der står at borgeren fremover skal behandles i klinikken.

Forslaget vil af nogle borgere kunne blive opfattet som en serviceforringelse, idet borgerne nu selv skal transportere sig hen til klinikken fremfor at sygeplejersken kommer til dem.

Stillingerne på klinikken bliver ikke opslået. Der vil i stedet finde en omstrukturering sted internt, idet der vil være færre opgaver at løse i hjemmesygeplejen, hvilket vil skabe det samme antal overtallige medarbejdere, som der er behov for i klinikken. De relevante grupper af medarbejdere vil få mulighed for at tilkendegive interesse i at overgå til en stilling i klinikken.

Den kommunale leverandør vil løbende følge op på, om antallet af borgere, der kommer på klinikken, svarer til det forventede. Social- og Sundhedsudvalget vil senest ultimo 2013 blive præsenteret for en evaluering af klinikken - bla. med henblik på at vurdere om den skal fortsætte med det besluttede indhold, eller om der skal foretages justeringer i målgruppe, tilbud, åbningstider eller andet.

Økonomiske konsekvenser

Der pågår i øjeblikket en nærmere analyse af, hvad etableringen af en sygeplejeklinik vil kunne medføre af effektiviseringsgevinst på lang sigt. Resultatet heraf vil indgå i forvaltningens oplæg til budgetforhandlingerne for budget 2013.

Forvaltningen har estimeret, at der allerede i 2012 vil kunne indhentes en besparelse svarende til 200.000.

Denne besparelse vil blive anvendt som finansiering af livsstilsundersøgelsen på ældreområdet.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Social- og sundhedsforvaltningen foreslår, at udvalget godkender oplægget til den

indholdsmæssige del af en kommende sygeplejeklinik som beskrevet ovenfor.

Social- og Sundhedsudvalget den 9. maj 2012

Godkendt.

Hans Henrik Madsen (F) var fraværende.

7.

Frigivelse af midler fra Lykkens Gaves Fond

Lykkens Gaves Fond tilskrives hvert år renter af en obligationsbeholdning på ca. 2,8 mio. kr. Det har været praksis, at Social- og Sundhedsudvalget 1 gang årligt behandler en ansøgning fra Lykkens Gave omkring anvendelse af rentetilskrivningen, herunder frigivelse af rentetilskrivningen fra Lykkens Gaves Fond.

Ifølge vedtægterne er fondens formål at yde støtte til aktiviteter eller genstande, der ikke er bevillingsmæssig dækning for i Lykkens Gaves budget. Rentetilskrivningen forventes i 2012 at være på ca. 120.000 kr. Social- og Sundhedsudvalget har i 2012 ikke disponeret over rentetilskrivningen. Rentetilskrivningen kan ikke bruges til andre institutioner eller formål.

Ansøgning om frigivelse af fondsmidler fra Lykkens Gaves Fond 2012 er udsendt til udvalgets medlemmer.

Lykkens Gave har i samarbejde med beboere og personale udarbejdet tre forslag til brug af midlerne for 2012:

- 1) Indkøb af nye havestole og hynder, da vi tilbringer meget af foråret og sommeren på terrassen. Pris 25.000 kr.
- 2) Da vi som aktivitet griller på terrassen med vores beboere, kunne vi tænke os midler til at indkøbe "lidt lækkert", da det har stor betydning for den sociale sammenhæng mellem beboerne. Pris 15.000 kr.
- 3) Midler til musik, sang og dans. Pris 80.000 kr.

Økonomiske konsekvenser

Ingen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at der frigives 120.000 kr. fra Lykkens Gaves Fond til havemøbler, grillarrangementer og musiske arrangementer.

Social- og Sundhedsudvalget den 9. maj 2012

Godkendt.

Hans Henrik Madsen (F) var fraværende.

8.

Busfunktioner på biblioteks- og sundhedsområdet samles i én bus

Social- og Sundhedsudvalget drøftede på mødet i april 2012 forslag om etablering af en fælles sundheds- og biblioteksbus. For at belyse sagen yderligere ønskede udvalget et notat, som belyser hvorvidt de sundhedsrettede tiltag, som i dag findes i bussen, kan tilvejebringes uden brug af bus. Dette fremgår af nedenstående sagsfremstilling.

Sundhedsbussen som sundhedsfremmende tiltag i dag

Formålet med Sundhedsbussen er at få sundere borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune - gennem tidlig opsporing af især livsstilssygdomme (forhøjet blodtryk, hjertekarsygdomme, type 2 diabetes, alkoholrelaterede sygdomme og KOL). Formålet bliver indfriet gennem rådgivning, udarbejdelse af "sundhedsprofiler", information med afsæt i de fire KRAM-faktorer (Kost – Rygning – Alkohol – Motion), som er af betydning for udvikling af livsstilssygdomme. Sundhedsbussen foretager i dag sundhedstjek, som gør det muligt at afdække en eventuel risikoadfærd i forbindelse med overvægt, fysisk inaktivitet, rygning og for stort indtag af alkohol og rådgiver omkring sund livsstil. Der er en del borgere, der har besøgt Sundhedsbussen, som bliver opfordret til at kontakte egen læge på grund af fundne forhøjede værdier.

Det er meget vanskeligt at vurdere, hvor "effektiv" sundhedsbussens sundhedsfremmende indsats er. Det skyldes dels, at forvaltningen ikke kan følge den enkelte borger og derfor ikke ved om "indsatsen" har fået nogen længerevarende effekt, dels fordi forvaltningen ikke ved om det er de mest udsatte målgrupper, som besøger bussen. En svaghed ved sundhedsbussens eksisterende organisering er, at den ikke er målrettet direkte mod de målgrupper, hvor der er de største sundhedsudfordringer, samt at bussens indsats i vid udstrækning dublerer de indsatser, som almen praksis i forvejen udfører. En styrke ved bussen er, at den "opfanger" enkelte borgere, der ellers ikke vil henvende sig hos egen læge.

Der er tre centrale forhold omkring bussens funktion i dag, som skal overvejes ved evt. alternativ organisering.

1. At motivere borgerne i åbne tilbud ?
2. Mobilitet - bussen kan komme ud til borgerne ?
3. Målgrupper - hvordan rammer vi de rigtige målgrupper ?

Ad 1. Motivation

Borgerne skal have viden om vigtigheden af ændret adfærd, og hvordan det kan ske gennem konkrete indsatser. Derudover skal indsatsen tilrettelægges, så den stimulerer og styrker borgernes indre motivation (vilje og tro på at de kan ændre adfærd og påvirke sundhedstilstanden) og ydre motivation (mulighed for at deltage i rygestopkurser, motionstilbud). Der kan argumenteres for, at nærhed er et afgørende princip for en borgerrettet indsats. Det vil sige, at tilbud findes, hvor målgruppen færdes, eller umiddelbar nærhed heraf, så borgerne har nemt ved at benytte sig af tilbuddet.

Indsatsen i Sundhedsbussen vurderes at repræsentere en indsats, som retter sig mod at styrke borgernes viden om vigtigheden af at ændre adfærd og deres indre motivation for en bestemt adfærd. Sundhedscenterets tilbud om rygestop og deltagelse i kost- og motionsgruppe kan styrke den ydre motivation for at ændre adfærd.

Hvis forvaltningen ikke kunne råde over en sundhedsbus, vil det være nødvendigt at finde andre informations- og rådgivningskanaler for borgere, der har en behov for rådgivning - eksempelvis telefonisk rådgivning. Det afgørende for indsatsen er, at borgerne stadig informeres og motiveres i samspil med centralt initierede kampagner og indsatser, og at den kommunale indsats fokuseres direkte overfor de målgrupper, hvor indsatsen har størst effekt. Det vil som hidtil kunne ske ved arrangementer eller på uddannelsesinstitutioner - også uden en sundhedsbus. Ikke målrettet individuel rådgivning er en ressource tung serviceydelse, som i stedet bør målrettes udsatte målgrupper f.eks. kronikere eller rygere.

Ad 2. Mobilitet

Sundhedsbussen holder i dag på flere forskellige stoppesteder med henblik på at nå bredt ud til byens forskellige miljøer, og samtidig betyder mobiliteten, at bussen kan deltage som et synligt blikfang for kommunen ved forskellige lejligheder - f.eks. på sundhedsdage og "genbrug juletræ"-arrangementet.

Det er forvaltningens vurdering, at mobilitet i en række tilfælde kan være vigtig. Det gælder særligt, hvor bussen holder i områder, hvor der er kendte helbredsmæssige udfordringer. Kommunens geografiske udbredelse er dog ikke særligt stor, hvorfor vigtigheden af tilbuddenes mobilitet bliver væsentligt mindre. Der er endvidere et betydeligt ressourceforbrug forbundet med at vedligeholde, hente/bringe og køre bussen rundt, samt påfylde gas og vand m.v. Arbejder som i dag varetages af sundhedskonsulenten.

Forvaltningen finder, at bussens virke i forbindelse med kampagner m.v. er vigtig, idet kommunen signalerer sundhed som et vigtigt tema overfor borgerne. Hvis forvaltningen ikke kunne råde over en sundhedsbus, vil kampagneeffekten formentlig kunne opnås ved andre typer af initiativer. Det vil dog - uanset nye indsatser - være vanskeligt at dokumentere effekten af synlige "kampagne-indsatser".

Ad 3. Målgrupper

Sammensætningen af de målgrupper, der i dag besøger sundhedsbussen, er meget bred. Dog er der en tendens til at midaldrende mænd og ældre kvinder fylder tiderne i bussen op. Da tilbuddet idag er åbent for alle, er det kun naturligt, at mange målgrupper foretager besøg. I det åbne tilbud identificeres enkelte tilfælde, hvor borgeren anbefales at gå til egen læge med konkrete sundhedsudfordringer - men uden at der er opfølgning på at borgeren rent faktisk handler på sundhedskonsulentens anbefaling. Hertil kommer, at mange "raske" borgere og borgere uden åbenlyse helbredsmæssige problemer benytter bussen.

Det er forvaltningens vurdering, at sundhedskonsulentens indsats i langt højere grad skal rettes mod rådgivning, vejledning og støtte rettet mod specifikke målgrupper, hvor der er evidens for, at netop en ændring i deres adfærdsmønster kan få mærkbare helbredsmæssige forbedringer. Kommunens Sundhedsstrategi anviser de målgrupper, som f.eks. gælder indsatser rettet mod svage familier med overvægtige børn, rygere med risiko for at udvikle KOL samt sunde kostvaner for teenagere.

Sundhedsbussen udfører et godt åbent tilbud om råd og vejledning om sundhedsfremme. Det er dog forvaltningens vurdering, at tilbuddet bør rettes mere direkte mod indsatser for grupper i risiko for at blive syge eller blive indlagt. Borgernes adgang til råd og vejledning bør videreføres men i et mindre "åbent" set-up og med en større målrettethed.

Økonomiske konsekvenser

Fremgår af tidligere fremsendt sag/notat.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at udvalget tager Notatets konklusioner til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 9. maj 2012

Udvalget indstiller til Økonomiudvalget at budgetaftalens forslag om en samlet biblioteks- og sundhedsbus genovervejes, idét udvalget finder at områdets interesser kan anvendes bedre på anden vis.

Hans Henrik Madsen (F) var fraværende.

9.

Etablering af kursustilbud på demensområdet

På opfordring fra Socialdemokraterne, besluttede Social- og Sundhedsudvalget på mødet 14. marts 2012, at forvaltningen skulle udarbejde et oplæg til "kursus for pårørende til demente og den demente selv".

Baggrunden for beslutningen var opfattelsen af, at man har brug for viden, rådgivning og støtte, når man får stillet diagnosen demens. Det være sig ift.:

- At deltage aktivt i sygdomsforløbet
- At bevare livskvalitet og levevilkår i fremtiden
- At deltage i dialog med professionelle og ligestillede
- At vide noget om demens og medicinsk behandling
- At forstå de fysiske, psykiske og sociale konsekvenser af sygdommen
- At kende handlemuligheder på alle områder herunder juridisk og økonomisk

Erfaringer på området:

Lyngby-Taarbæk kommune afprøvede i 2007-2008 med puljemidler fra Socialministeriet en ny psykosocial metode, der kan forbedre hverdagen for ældre borgere med demens og deres pårørende. Et led i rådgivningsmodellen er kurser for mennesker med demens og deres pårørende. I projektperioden afholdt demensteamet derfor kursusforløb for disse to grupper. Hensigten med kurserne var at give den demente og de pårørende mulighed for at "uddanne" sig til at mestre den nye livssituation.

Indhold og evaluering af kursus fremgår af notat "kursus for mennesker med demens og deres pårørende", som er udsendt til udvalgets medlemmer.

Forslag til kursusforløb

Som det fremgår af notatet, tilkendegav kursusdeltagerne i 2007-2008, at de havde opnået et særdeles godt udbytte af kurset. Eftersom forløbet er afprøvet i samarbejde med det Nationale Videnscenter for Demens og eftersom der er medarbejdere i kommunen, der har erfaring med modellen, er det forvaltningens forslag, at det samme kursus tilbydes igen, hvis udvalget beslutter, at der skal etableres et tilbud.

Økonomiske konsekvenser

På baggrund af erfaringerne fra sidst er det forvaltningens skøn, at tidsforbruget til at gennemføre kursusforløbet vil være på 82 timer. Der er tale om 14 timer til forberedelse, deltagerregistrering mv. Hovedparten af tidsforbruget går til medarbejdertimer i form af tilstedeværelse (16-18 timer pr. kursus af hængigt af om

der er tale om intern eller ekstern underviser). Det vil koste 35.000 kr. Pengene vil gå til vikardækning for de medarbejdere, der deltager på kurset. Dertil kommer udgifter til ekstern underviser, som estimeres til 10.000 kr. I alt en udgift på 45.000 kr. pr. forløb.

På baggrund af antallet af nyhenviste borgere til demensteamet fra hukommelsesklinikkerne, de praktiserende læger, hjemmeplejen med flere anbefales det, at kursusforløbene afholdes to gange årligt.

Udgiften til ét kursusforløb i 2012 kan afholdes inden for ældreområdet samlede ramme. Det anbefales, at udgiften til 2 årlige kurser fra 2013 indgår som et forslag ifm. forhandlingerne omkring budgettet for 2013 og overslagsår.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Social- og sundhedsforvaltningen foreslår:

1. at udvalget tiltræder forvaltningens oplæg til den indholdsmæssige del af kurset
2. at der afholdes et kursus i 2012 og at udgifterne findes indenfor ældreområdet samlede ramme
3. at udvalget beslutter om tilbuddet skal gøres permanent og med den anbefalede frekvens på 2 gange årligt
4. at udvalget tiltræder at udgifterne til 2 årlige kurser fra 2013 indgår i forhandlingerne om budgettet for 2013 og overslagsår.

Social- og Sundhedsudvalget den 9. maj 2012

Ad 1. Godkendt

Ad 2. Godkendt

Ad 3. Godkendt

Ad 4. Godkendt.

Hans Henrik Madsen (F) var fraværende.

10.

Status kontrolgruppens arbejde 2011

Sagsfremstilling:

Som led i budgetforliget for 2008 blev der i Social- og Sundhedsforvaltningen etableret en kontrolenhed til bekæmpelse af socialt bedrageri i Lyngby-Taarbæk Kommune og der blev indarbejdet et sparekrav på 1,4 mio. kr. i 2008, 1,9 mio. kr. i 2009, 2,4 mio. kr. i 2010 og 2,9 mio. kr. i 2011.

Kontrolgruppen har i 2011 gennemgået:

- 157 økonomiske fripladssager og sendt tilbagebetalingskrav ud til 109 personer
- 46 modtagne anmeldelser fra borgere omkring socialt bedrageri
- liste over 150 personer med ukendt adresse
- liste over 95 sager med nyfødte børn hvor forældrene ikke bor sammen
- 9 virksomhedskontrolprojekter

Kontrolgruppens nyindkøbte ”Kontroludtrækssystem” blev taget i brug i starten af andet kvartal 2011. Via dette udsøgnings- og undringslistesystem har Kontrolgruppen undersøgt personer med ukendt adresse samt ikke samboende personer, der har fået børn sammen. Det drejer sig om børn født i 2010 og 2011. Arbejdet fortsætter i 2012.

SKAT fik i 2011 tilført ressourcer til forøget virksomhedskontrol, hvilket resulterede i et tættere samarbejde. Der blev foretaget 9 virksomhedskontroller i Lyngby-Taarbæk Kommune, heraf et projekt, hvor 9 kiosker blev kontrolleret, samt et tværkommunalt samarbejde mellem SKAT og 5 omegnskommuner, hvor 28 virksomheder på Lyngby Hovedgade blev kontrolleret.

I to tilfælde af Kontrolgruppens egne planlagte virksomhedskontrolbesøg, har politiet været behjælpelig med at sikre opgavens udførelse.

Kontrolgruppen har i 2011 haft et frugtbart samarbejde med kommunens ejendoms kontor, i sager omkring tvivlsomme bopælsregistreringer.

Kontrolgruppen har ligesom i de tidligere år afholdt kvartalsmøder i en tværfaglig projektgruppe, hvor sagsbehandlere fra de forskellige ydelsesafdelinger er repræsenteret.

Kontrolgruppen har i 2011 registreret 46 modtagne anmeldelser fra borgere, der ønskede at anmelde personer for socialt bedrageri. Hovedparten af disse blev modtaget anonymt, enten telefonisk eller skriftligt. Alle sager undersøges, bl.a. for at finde ud af, om en anmeldelse er af chikanemæssig karakter eller om en anmeldelse er ubegrundet. 27 anmeldelser er blevet henlagt, uden at der har kunnet konstateres et tilbagebetalingskrav. 5 af de henlagte sager havde karakter af rene chikanesager. Der er truffet afgørelse i 8 af anmeldelserne og 11 anmeldelser er endnu ikke færdigbehandlet.

Der blev i 2011 ikke ført statistik over modtagne undringssager fra kommunens forskellige udbetalende enheder. Det er dog Kontrolgruppens vurdering, at der er en stigning i antal af henvendelsessager og at der er en skærpet bevågenhed omkring socialt bedrageri i kommunens forskellige forvaltninger.

Økonomiske konsekvenser:

Kontrolgruppens opnåede tilbagebetalingskrav samt årlige besparelser fremgår af tabel 1.

Tabel 1: Kontrolgruppen - Økonomisk status 2010-2011

Ydelser	2010		2011		2012
	Brutto kr.	Netto kr.	Brutto kr.	Netto kr.	
Kontanthjælp	161.321	104.858	923	600	
§34 høje boligudgifter	36.668	23.834	0	0	
Boligsikring	122.127	61.063	22.658	11.314	
Ordinært og ekstra børnetilskud	205.755	0	63.816	0	
Sygedagpenge	95.952	0	0	0	
Hjemmehjælp	212.120	212.120	30.586	30.586	
Boligydelse	5.477	1.369	0	0	
Økonomisk friplads	580.800	580.812	838.358	838.359	
Førtidspensioner mv.	12.041	7.827	0	0	
Skattesager mv.	193.873	64.000	0	0	
100% statsrefusion	16.152	0	134.780	0	
Samlet tilbagebetalingskrav (1)	1.642.286	1.055.883	1.091.121	880.859	
Årlig besparelse (2)	1.816.493	1.050.273	2.104.911	1.719.903	
Samlet besparelse	3.458.779	2.106.156	3.196.002	2.600.762	
Budgettet besparelse (3)	2.400.000		2.900.000		2.900.000
Klager sendt til Det sociale Nævn	7		3		
Heraf har kommunen fået medhold	7		1	(1 ikke afgjort)	

Note: 1. Tilbagebetalingskravet er alene krav, som ønskes tilbagebetalt pga. manglende opgivelse af indtægt m.v. og som betyder, at borgeren ikke har været berettiget til den angivne ydelse i en periode.

Note 2. Den årlige besparelse angiver kroneværdien af den ændrede eller stoppede ydelse et år frem. Beløbet angiver således hvad der er ændret eller stoppet af ydelser og som ikke længere udbetales uberettiget.

Note 3. Den budgetterede besparelse er uændret i 2012.

Projekter for år 2012:

Kontrolgruppen har valgt at fokusere målrettet på en række sociale ydelser, for at undersøge omfanget af uretmæssige udbetalinger og bringe disse til ophør. Af ydelser indgår:

- Pensionstillæg udbetalt til enlige – men som er gift eller samlevende
- Selvstændige som er 100 % sygemeldte og som modtager sygedagpenge
- Ordinært og ekstra børnetilskud til enlige som har fået stoppet deres tilskud, ved ikke at reagere på de årlige enlige erklæringer, som kommunen udsender

Kontrolgruppen har indgået en samarbejdsaftale med kommunens Pladsanvisning omkring regulering, af de nuværende økonomiske fripladser. Den nye procedure skal forhindre, at der årligt efterreguleres store tilbagebetalingsbeløb. Det er Kontrolgruppens vurdering, at der skal følges tæt op på dette område, da der er store økonomiske besparelser at hente for kommunen.

Det tætte samarbejde med SKAT vil fortsætte i 2012. SKAT har dog udmeldt at de har færre ressourcer til rådighed i 2012, hvilket kan få konsekvenser på hyppigheden af virksomhedskontroller fra deres side.

I 2012 vil Kontrolgruppen indgå i en større dialog med Udbetaling Danmark omkring det fremadrettede samarbejde med kontrolopgaverne.

Kontrolgruppen vil videreudvikle brugen af det tilgængelige udsøgnings- og undringsliste system, for at opnå det fulde udbytte af systemets muligheder. Systemet er tiltænkt som et supplement til at opspore bedragerisager, samtidig med Kontrolgruppens behandling af anmeldelser og henvendelsessager.

Det er Kontrolgruppens vurdering, at mængden af borgerhenvendelser og anmeldelser vil være uændret eller stigende i 2012.

Beslutningskompetence

Økonomiudvalget.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at kontrolgruppens arbejde i 2011 tages til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 9. maj 2012

Anbefales.

Hans Henrik Madsen (F) var fraværende.

11.

Til orientering for udvalgets medlemmer - maj 2012

.

1.1 Revisitation med henblik på at implementere alle politisk vedtagne kvalitetsstandarder.

Social- og Sundhedsudvalget den 9. maj 2012

Taget til efterretning.

Hans Henrik Madsen (F) var fraværende.

Kvartalsvis rapport - det specialiserede socialområde pr. 31.03.2012

Denne rapport indeholder

1. Ledelsesinformation
2. Nøgletal
3. Indberetning til Indenrigs- og sundhedsministeriet

1. Ledelsesinformation

Ledelsesinformationen har til formål at præsentere den kvartalsvise indberetning af udgifterne på det specialiserede socialområde, så den i højere grad kan understøtte den økonomiske og faglige prioritering mellem de forskellige foranstaltninger.

Præsentationen er baseret på to dele.

- Oversigten, som indberettes til Økonomi- og Indenrigsministeriet. Indberetningen baseres på forventningen til det endelige regnskab for 2012. Ministeriet anvender en afgrænsning af det specialiserede socialområde, som omfatter udgifter på aktivitetsområderne Ældre, Handicappede, Sundhed og Udsatte børn og unge.
- Nøgletallene skal give et indblik i aktivitetstal og priser, som ligger til grund for Budget 2012-15. Oversigten er ikke udtømmende for det specialiserede socialområde, men er udvalgt ud fra økonomisk relevans og validitet. Fremadrettet vil indholdet af oversigten blive udvidet i det omfang, at nøgletallene er relevante at bringe i spil i en prioriterings- og styringsdiskussion.

Den samlede økonomi

Opgørelsen i afsnit 3 viser samlet set et merforbrug på **3,6 mio. kr.** - merudgifter på det specialiserede socialområde på 6,4 mio.kr. og mindreudgifter på 2,8 mio. kr. på Pleje og omsorg. Merforbruget på det specialiserede socialområde dækker over et mindreforbrug på Udsatte børn og unge på 2,1 mio. kr. og et merforbrug på Udsatte voksne og handicappede på 8,5 mio. kr.

Udsatte børn og unge (mindreforbrug på 2,1 mio. kr.)

I forbindelse med 1. anslået regnskab reduceres områdets ramme med 1,1 mio. kr. som et modgående initiativ til den overførsel, som i henhold til overførselsreglerne er overført til 2012. Områdets driftsramme reduceres samtidig med 1,0 mio. kr., som overføres til anlægsrammen til brug for en udbygning/samling af Forebyggelsescentrets aktiviteter. Forslagene reducerer dermed den samlede ramme med 2,1 mio. kr. Den resterende del af overførselsbeløbet er reserveret en berigtigelse af refusionen i særligt dyre enkeltsager, hvor det efterfølgende har vist sig, at der grundet en teknisk fejl i opgørelsen er hjemtaget 1,0 mio. kr. for meget i refusion i 2011. Derudover skal overførselsbeløbet bidrage til finansiering af DUBU-systemet.

Sammenholdt med nøgletallene for 4. kvartal 2011 (regnskabstal) forventes der i forbindelse med 1. anslået regnskab 2012 et fald i aktiviteten på anbringelsesområdet. En del af faldet i aktiviteten opvejes imidlertid af stigende enhedspriser på en række foranstaltninger.

I forhold til nøgletallene for kontantydelse ligger aktiviteten vedr. både merudgiftsydelse og tabt arbejdsfortjeneste under niveauet for 4. kvartal 2011. I forhold til enhedsprisen ligger niveauet vedr. både merudgifter og tabt arbejdsfortjeneste omvendt over niveauet for 4. kvartal 2011.

Aktivitetsfaldet på merudgiftsydelser skal ses i sammenhæng med en fortsat stram styring af området, ligesom der i stigende grad henvises til Forebyggelsescentret i forbindelse med rådgivning og kurser.

Aktivitetsfaldet på tabt arbejdsfortjeneste skal ses i sammenhæng med indførelsen af loftet i 2011, hvorefter der maksimalt kan udbetales 20.241 kr. pr. mdr. (PL-2012). Ydelsesloftet for tabt arbejdsfortjeneste hæves med virkning fra 1. juli 2012 fra 20.241 kr. til 27.500 kr. pr. mdr. Ændringen betyder, at det gennemsnitlige kompensationsbeløb alt andet lige vil stige i andet halvår 2012.

Udsatte voksne og handicappede (8,5 mio. kr.) og pleje og omsorg (-2,8 mio. kr.)

Områderne udviser merudgifter på 5,7 mio. kr., som primært vedrører handicapområdet:

- Tilbagerulning af negativ overførsel fra 2011 på 4,1 mio. kr.
- Øget aktivitet på midlertidige og længerevarende botilbud svarende til 5,1 mio. kr.
- Lavere aktivitet på pleje og omsorgsindsats svarende til -3,4 mio. kr.
- Omplacering af budget fra pleje og omsorg til udsatte voksne og handicappede på netto 2,8 mio. kr.

Kvartalsvis rapport
- det specialiserede socialområde pr. 31.03.2012

2.1. Nøgletal - Aktivitetsområde Udsatte børn og unge¹

	Aktivitet		Helårs-/månedspersoner		Gennemsnitspriser ⁴		Økonomi (1.000 kr.)	
	Budget	1. AR 2012	Budget	1. AR 2012	Budget	1. AR 2012	Budget	1. AR 2012
Særlige dagtilbud	-	16,1	-	555.100	-	8.926	-	-
Plejerfamilier	-	27,0	-	408.300	-	11.024	-	-
Netværkspleje	-	4,6	-	168.400	-	771	-	-
Opholdssteder	-	15,9	-	924.100	-	14.712	-	-
Kost-/efterskoler	-	2,0	-	236.700	-	473	-	-
Eget værelse	-	6,6	-	322.500	-	2.122	-	-
Døgninstitutioner	-	12,1	-	1.272.300	-	15.369	-	-
Sikrede døgninstitutioner ²	-	0,0	-	0	-	2.844	-	-
Refusion af særligt dyre enkeltsager	-		-		-	-3.067	-	-
I alt (Specialiserede socialområde)						0		0
Merudgiftsydelse ³	-	180,0	-	36.000	-	6.480	-	-
(Ikke specialiserede socialområde)								
Tabt arbejdsfortjeneste ³	-	85,0	-	130.000	-	11.050	-	-
(Ikke specialiserede socialområde)								
I alt						0		0

1) Nøgletallene omfatter primært anbringelsesområdet, idet det for en lang række af de forebyggende foranstaltninger ikke giver mening at opgøre enhedsomkostningerne for ydelser, som ikke alle er udmålt som månedsforbrug, men typisk er bevillet med et samlet timetal, som skal være afholdt inden for en given periode eller er bevillet uden timetal eller stopdato med henvisning til, at det fastlægges internt i samarbejde med Forebyggelsescentret. Tabellen er opgjort på grundlag af de disponerede udgifter i de enkelte sager, som løbende samles og justeres i henhold til ændringerne i de konkrete bevillinger. Da budgetrammerne for området ikke er genereret på grundlag af aktivitets og enhedsomkostninger indeholder tabellen vedr. 1. kvartal ikke tal for afvigelser i forhold til budgettet.

2) Aktuelt er der ingen aktivitet vedr. sikrede døgninstitutioner, hvorfor antal helårspersoner og enhedsomkostninger er fastsat til 0. Langt hovedparten af forbruget på kontoen vedrører udgifter til objektiv finansiering, hvorfor det anslåede forbrug er fastsat svarende til budgetrammen.

3) Aktivitetstallet for merudgiftsydelse og tabt arbejdsfortjeneste er opgjort som månedspersoner, hvor dispositionerne omregnes til månedspersoner uanset antallet af bevilgede timer mv.

4) Enhedsomkostningerne er opgjort som bruttoudgifter excl. evt. statsrefusion og refusion i særligt dyre enkeltsager.

Kvartalsvis rapport
- det specialiserede socialområde pr. 31.03.2012

2.2. Nøgletal - Aktivitetsområde Handicappede

	Aktivitet		Gennemsnitspriser		Økonomi (1.000 kr.)	
	Helårs-/månedspersoner		1. AR 2012		1. AR 2012	
	Budget	1. AR 2012	Budget	1. AR 2012	Budget	Afvigelse
Længerevarende botilbud	98	103	834.429	845.883	81.774	5.352
Midlertidige botilbud	44	43	579.750	621.163	25.509	1.201
Beskyltet beskæftigelse	79	76	116.019	113.697	9.166	-525
Aktivitets- og samværstilbud	107	108	169.023	166.104	18.001	-100
<i>Støtteforanstaltninger</i>						
Hjælp til udvikling af færdigheder	245	218	86.473	87.537	21.186	-2.103
Personlig og praktisk hjælp	19	12	370.105	330.807	7.032	-3.016
Hjælp til ansættelse af hjælpere	9	8	1.319.111	1.388.500	11.872	-764
Hjælp til behandling	33	33	24.576	24.576	811	0
Beskyltede boliger	18	18	438.128	438.128	7.676	0
Refusion af særligt dyre enkeltsager					-12.164	800
I alt (Specialiseret socialområde)					170.863	846
Ungdomsuddannelse (Ikke specialiseret socialområde)	40	40	335.900	335.900	13.436	0
I alt					184.299	846

2.3. Nøgletal - Aktivitetsområde Ældre

	Aktivitet		Gennemsnitspriser		Økonomi (1.000 kr.)	
	Helårs-/månedspersoner		1. AR 2012		1. AR 2012	
	Budget	1. AR 2012	Budget	1. AR 2012	Budget	Afvigelse
Længerevarende botilbud	38	38	470.763	470.763	17.889	0
Midlertidige botilbud	1	1	263.700	263.700	264	0
I alt (Specialiseret socialområde)					18.153	0

Kvartalsvis rapport
- det specialiserede socialområde pr. 31.03.2012

3. Indberetning til Inderigs- og Sundhedsministeriet

Nettodriftsudgifter 1.000 kr.	Budget (1)	Korrigeret budget (2)	Forventet regnskab (3)	Afvigelse til opr. budget (4)=(3)-(1)	Afvigelse til korr. budget (5)=(3)-(2)
Udsatte børn					
Særlige dagtilbud og særlige klubtilbud (05.25.17)	12.302	12.302	12.302	0	0
Ref. af særligt dyre enkeltsager (05.22.07, dr. 2, grp. 001)	-864	-864	-864	0	0
Plejefamilier og opholdssteder for børn og unge (05.28.20)	31.218	31.228	31.228	11	0
Ref. af særligt dyre enkeltsager (05.22.07, dr. 2, grp. 002)	-2.203	-2.203	-2.203	0	0
Forebyggende foranstaltninger for børn og unge (05.28.21)	22.489	27.137	25.037	2.548	-2.100
Døgninstitutioner for børn og unge (05.28.23)	13.828	13.828	13.828	0	0
Sikrede døgninstitutioner for børn og unge (05.28.24)	2.844	2.844	2.844	0	0
Udsatte børn, i alt (inkl. refusion)	79.613	84.272	82.172	2.558	-2.100
Udsatte voksne og handicappede					
Pleje og omsorg m.v. af ældre og handicappede (05.32.32, grp. 002 og 003)	22.080	22.080	17.580	-4.500	-4.500
Ref. af særligt dyre enkeltsager (05.22.07, dr. 2, grp. 006)	-3.308	-3.308	-2.508	800	800
Forebyggende indsats for ældre og handicappede (05.32.33, grp. 003)	29.058	29.058	40.708	11.650	11.650
Ref. af særligt dyre enkeltsager (dr. 2, grp. 007)	-2.382	-2.382	-2.382	0	0
Hjælpe midler, forbrugsgoder, boligindretning og befording (05.32.35, grp. 001-004, 008 og 091)	12.182	12.182	12.182	0	0
Rådgivning og rådgivningsinstitutioner (05.35.40)	6.270	6.300	6.300	30	0
Botilbud til personer med særlige sociale problemer (05.38.42)	3.742	3.661	3.661	-81	0
Ref. af særligt dyre enkeltsager (05.22.07, dr. 2, grp. 011)	-2.522	-2.522	-2.522		
Alkoholbehandling og behandlingshjem for alkoholskadede (5.38.44)	2.282	2.008	2.008	-274	0
Behandling af stofmisbrugere (05.38.45)	7.023	7.635	7.635	612	0
Botilbud for længere varende ophold § 108 (05.38.50)	96.477	91.745	94.601	-1.876	2.856
Ref. af særligt dyre enkeltsager (05.22.07, dr. 2, grp. 013)	-3.763	-3.763	-3.763	0	0
Botilbud til midlertidigt ophold § 107 (05.38.52)	32.220	32.214	29.314	-2.906	-2.900
Ref. af særligt dyre enkeltsager (05.22.07, dr. 2, grp. 014)	-168	-168	-168	0	0
Kontaktperson- og ledsageordning (05.38.53)	3.028	3.028	4.203	1.175	1.175
Beskyttet beskæftigelse § 103 (05.38.58)	9.128	9.138	8.613	-515	-525
Aktivitets- og samværdstilbud (05.38.59)	24.996	24.996	24.896	-100	-100
Ref. af særligt dyre enkeltsager (05.22.07, dr. 2, grp. 017)	-20	-20	-20	0	0
Udsatte voksne og handicappede, i alt (inkl. refusion)	236.321	231.881	240.338	4.016	8.457
Det specialiserede socialområde, i alt (inkl. refusion)	315.934	316.152	322.509	6.575	6.357
Pleje og omsorg					
Pleje og omsorg m.v. af ældre og handicappede (05.32.32 ekskl. grp. 002 og 003)	496.348	500.415	497.643	1.295	-2.772
Forebyggende indsats for ældre og handicappede (05.32.33, ekskl. grp. 003)	6.002	5.966	5.966	-36	0
Plejehjem og beskyttede boliger (05.32.34)	12.432	18.041	18.041	5.609	0
Hjælpe midler, forbrugsgoder, boligindretning og befording (05.32.35, ekskl. grp. 001-004, 008 og 091)	19.768	19.321	19.321	-447	0
Plejevederlag og hjælp til sygeartikler o.lign. ved pasning af døende i eget hjem (05.32.37)	1.055	1.055	1.055	0	0
Pleje og omsorg, i alt	535.605	544.798	542.026	6.421	-2.772

NOTAT

om

Perspektiver for rammeaftalens udviklingsstrategi

Baggrund

Kommunerne fik i marts 2011 ansvaret for at koordinere det specialiserede socialområde og udarbejde en årlig rammeaftale i to dele, hhv. en udviklingsstrategi og en styringsaftale.

Udviklingsstrategien er den faglige del af den sociale rammeaftale. Udviklingsstrategien skal bl.a. sikre koordinationen i udviklingen af de særligt specialiserede tilbud og skabe synlighed om kapacitetsudviklingen.

Formålet med udviklingsstrategien er:

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

Udviklingsstrategien for 2013 er udarbejdet med afsæt i indberetninger fra kommunerne om behov og udviklingstendenser inden for både målgrupper og tilbudstyper samt indberetninger fra kommunerne og Region Hovedstaden om belægning og kapacitet. På baggrund af analysen af indberetningerne kan der udledes udviklingstendenser og perspektiver for det specialiserede socialområde for børn, unge og voksne i 2013 og årene frem.

Faglige fokusområder for udviklingsstrategien

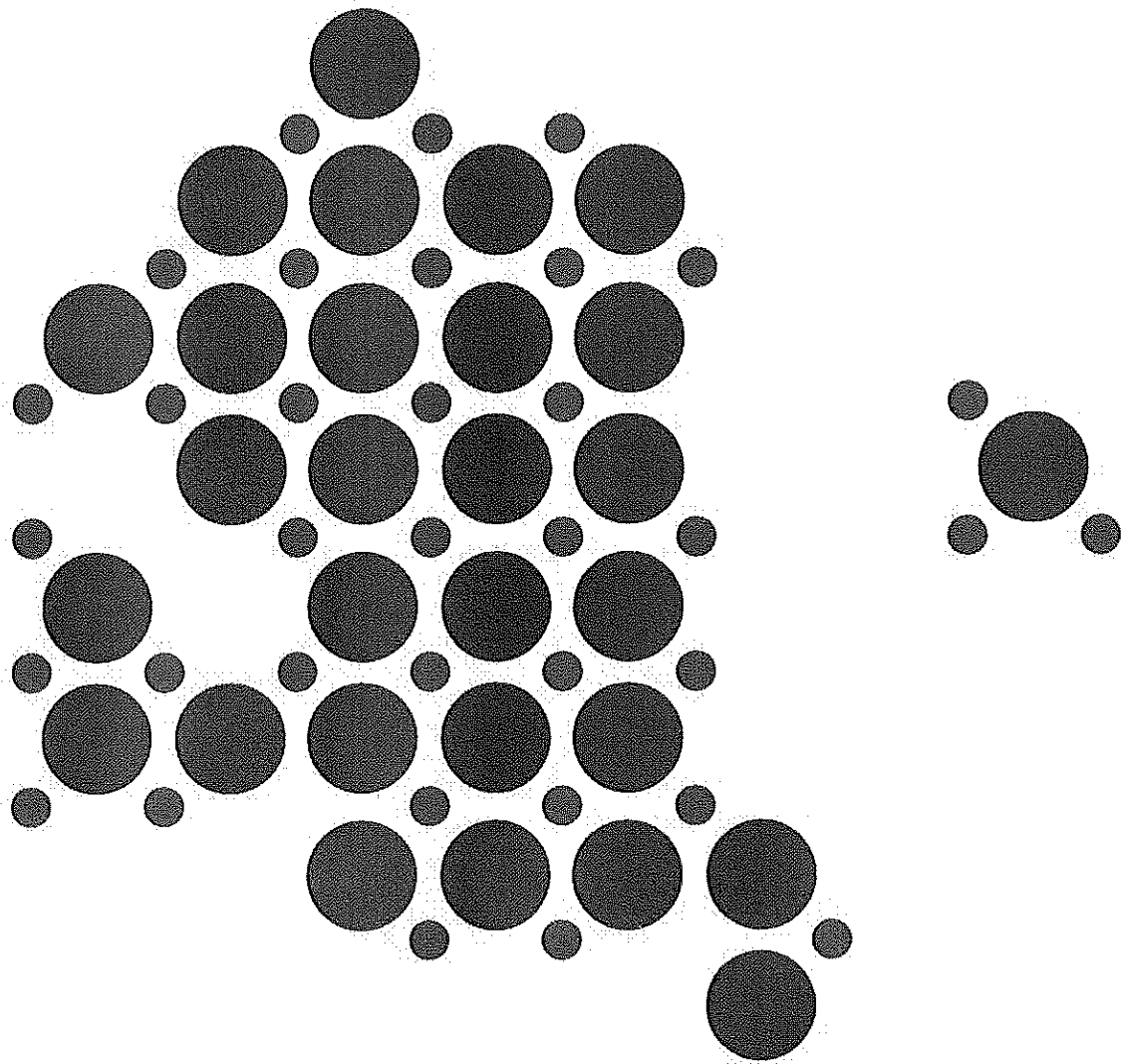
I arbejdet med udviklingsstrategien, er der fremkommet og drøftet en række særlige fokuspunkter, som bør indgå i både det mellemkommunale samarbejde og i den enkelte kommunes indsats.

- Et stadigt fokus på udvikling af bestillerområdet i retning af, at *myndighedssiden* kommer til at fylde mere end hidtil. Tendensen er en ændring på myndighedssiden, hvor der i højere grad stilles krav til, hvad der købes hos udførerne.
- Den *rette indsats til rette pris til rette borger*. Dette omfatter et fortsat fokus på sammenhæng mellem kvalitet, effekt og pris, hvilket kommunerne bl.a. kan sikre via tæt opfølgning, revisitation, skærpet ledelses-tilsyn m.v.
- Fortsat fokus på *effekt* og herunder udvikling og implementering af systematisk dokumentation.

- Behov for et bedre overblik over, hvem de små målgrupper er og fokus på *koordinati-on i forhold til vedligeholdelse og tilvejebringelse af tilbud til små målgrupper og fastholdelse af specialiseret viden.*
- Også fokus på de *store og voksende målgrupper* som eksempelvis børn og unge samt voksne med ADHD og autismspektrumforstyrrelser. Kommunerne skal kunne etablere individuelle løsninger både inden for normal- og specialområdet, som imødekommer de store variationer i målgruppens i behov.
- Der skal være *fokus på organisering og faglighed på området*, sideløbende med en fortsat økonomisk styring.
- Flere målgrupper bliver ældre end hidtil og har et massivt plejebehov, hvilket stiller krav til *kommunernes tilrettelæggelse af ældresektoren.*
- *Tyngden og kompleksiteten af sagerne* blandt en række målgrupper bliver større. Eksempler på disse målgrupper er børn og unge med psykosociale problemer, med misbrug (og med øvrige svære sociale problemstillinger). Der bør fortsat være fokus på disse målgrupper, herunder mulighederne for at tænke alternativer til forebyggelse og tidlig indsats.
- *Inklusion* er en vedblivende og bærende del af kommunernes strategier på området. Et væsentligt element er fortsat fokus på at kompetence-udvikle og på at tilføre de nødvendige ressourcer til de almene tilbud. Det er nødvendigt at videreudvikle og styrke rehabiliterings- og inklusionsperspektivet i ydelser på det specialiserede socialområde og indtænke dette i normalområdet.
- Udnytte potentialet i *stærkere koordinering og sammenhæng* med andre dele af den kommunale forvaltning eksempelvis beskæftigelsesområdet samt mellem voksen- og børneforvaltninger.
- Fortsat fokus på at sikre bedre kommunikation, sammenhæng og *hel-hed mellem regionale og kommunale indsatser*, eksempelvis på hjerneskade- og psykiatriområderne.

Rammeaftale 2013

Udviklingsstrategi for det specialiserede socialområde og specialundervisning



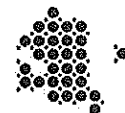
Kommuner i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden

2013



INDHOLDSFORTEGNELSE

Læsevejledning	3
Indledning	4
Bevægelser på det specialiserede socialområde	6
Udviklingsperspektiver for samarbejdet mellem kommunerne	8
Årshjul for processen omkring rammeaftalen	8
Særlige udviklingsprojekter	9
Arbejdsgruppe om styringsaftalen på det specialiserede socialområde	9
Udviklingsprojekt vedrørende bedste praksis på senhjernesgade-området	10
Udviklingsprojekt vedrørende bedste praksis for særforanstaltninger til børn og unge	10
Procedurer for koordinering af lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger	10
Kommunikation	12
Særlige temaer i 2013	13
Udvikling i brugen af de forskellige former for familieplejeanbringelser	13
Sammenhængende forløb mellem social- og behandlingspsykiatrisk område	13
Ny specialisering	14
Hovedtendenser for udviklingen af det specialiserede socialområde	15
Samlet overblik over belægning og kapacitet	15
Udviklingstendenser inden for målgrupper og tilbudstyper	16
Voksen-psykiatri-området	16
Voksen-handicap-området	19
Voksen-misbrugs-området	21
Voksen-social-området	22
Børne- og ungeområdet	22
Tale-, høre-, syns- og hjælpemiddeltilbud	25
Specialundervisning	26
Øvrige specialundervisning og rådgivning m.v.	27
Kommunikationscentre	27
Lands- og landsdelsdækkende tilbud	28
Botilbud med over 100 pladser	28
Fokuspunkter	30
Bilag	32
Bilag 1: Metoder	32
Indberetning af kapacitet og belægning	32
Indberetning af fremtidigt behov og udviklingstendenser i målgrupper og tilbud	32



LÆSEVEJLEDNING

Udviklingsstrategi 2013 er udarbejdet med afsæt i indberetninger fra kommunerne i hovedstadsregionen om behov og udviklingstendenser indenfor både målgrupper og tilbudstyper samt indberetninger fra kommunerne og Region Hovedstaden om belægning og kapacitet. På baggrund af analysen af disse indberetninger er det muligt at udlede nogle retninger samt udviklingstendenser og –perspektiver for det specialiserede socialområde for børn, unge og voksne i 2013 og årene frem.

Kommunernes indberetninger er baseret på oplevelser, erfaringer og skøn over forventninger til udviklingen på området, som er præget af en række udefra- og indefrakommende faktorer såsom kultur, traditioner, politiske strategier, demografisk udvikling, socioøkonomisk profil med videre. Der er derfor en forventelig forskel i de enkelte kommuners oplevelser og vurderinger af behov og udviklingstendenser. På baggrund af analysen af kommunernes indberetninger af oplevelser og vurderinger har det dog været muligt at opgøre, hvordan de 29 kommuner grupperer sig inden for en række tendenser og behov på det specialiserede socialområde og således udlede nogle hovedtendenser på området.

Som led i arbejdet omkring rammeaftalen har alle kommuner i hovedstadsregionen, der har tilbud omfattet af Rammeaftale 2013, samt Region Hovedstaden indberettet belægningen for tilbuddene to år tilbage samt forventningerne til den fremtidige kapacitet i tilbuddene. Der er foretaget en analyse på baggrund af kommunernes indberetninger, hvorved det er muligt at anskueliggøre udviklingen i tilbuddene omfattet af udviklingsstrategien. Sammen med kommunernes indberetninger om udviklingstendenser inden for målgrupperne og fremtidigt behov for tilbudstyper kan der således dannes et billede af behovet for justeringer i antal af tilbud eller pladser.

Udviklingsstrategien for 2013 er struktureret således, at rammen omkring strategien, herunder for de tilbud, der er omfattet af Rammeaftale 2013, indledningsvis ridses op. Dernæst beskrives de overordnede bevægelser på det specialiserede socialområde med særligt fokus på de kommunale strategier, politiske dagsordner med videre i hovedstadsregionen.

Efterfølgende beskrives en række udviklingsperspektiver for samarbejdet mellem kommunerne, som spiller ind processen omkring den årlige rammeaftale. I forlængelse heraf findes en beskrivelse af de tre særlige temaer, som i 2013 vil være i fokus i hovedstadsregionen.

Dernæst følger beskrivelser af tendenser indenfor kapacitet, belægning, målgrupper samt kommunernes forventninger om behov for og efterspørgsel efter tilbudstyper. Afsnittet opridses de helt overordnede hovedtendenser over forventningerne til udviklingen indenfor det specialiserede socialområde, og er således en opsummering af den dybdegående analyse, der ligger til grund for Udviklingsstrategi 2013. Den dybdegående analyse findes som bilag 6 på www.rammeaftale-h-dk. Med afsæt i analysen opstilles herefter en række fokuspunkter for 2013, som kommunerne i hovedstadsregionen anbefales at have i fokus, når indsatsen på det specialiserede socialområde tilrettelægges.

Endelig kan beskrivelser af metodiske tilgange til analysen findes som bilag 1 bagerst i dokumentet, mens øvrige bilag 2 til 6 kan findes som særskilte dokumenter på www.rammeaftale-h-dk.



INDLEDNING

Kommunerne overtog med bekendtgørelsen fra marts 2011 ansvaret for koordineringen af det specialiserede socialområde. Koordineringen af området omfatter ansvaret for udarbejdelse af en årlig rammeaftale for det specialiserede socialområde, der består af en udviklingsstrategi og en styringsaftale.

Region Hovedstaden er fortsat ansvarlig for koordineringen af rammeaftalen på specialundervisningsområdet. Efter administrativ aftale med Region Hovedstaden er det besluttet, at udarbejdelsen af rammeaftalerne for henholdsvis det specialiserede socialområde og specialundervisning for 2013 foregår som et samlet hele og derfor sker i et administrativt samarbejde mellem kommunerne (Fælleskommunalt sekretariat) og Region Hovedstaden. Nærværende udviklingsstrategi for 2013 omfatter således både det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet.

Ifølge bekendtgørelsen ligger processerne for henholdsvis udviklingsstrategien og styringsaftalen forskudt i løbet af året. Mens udviklingsstrategien for 2013 skal være udarbejdet og godkendt af alle hovedstadsregionens kommuner samt Region Hovedstaden i juni 2012, skal styringsaftalen for 2013 være udarbejdet og godkendt i oktober 2012. Nærværende omfatter således alene udviklingsstrategien for 2013, mens styringsaftalen for 2013 først vil foreligge ultimo 2012. Udviklingsstrategi 2013 er gældende for perioden 1. januar 2013 til 31. december 2013.

Formålet med udviklingsstrategien er:

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

Udviklingsstrategien skal, ifølge bekendtgørelsen, indeholde:

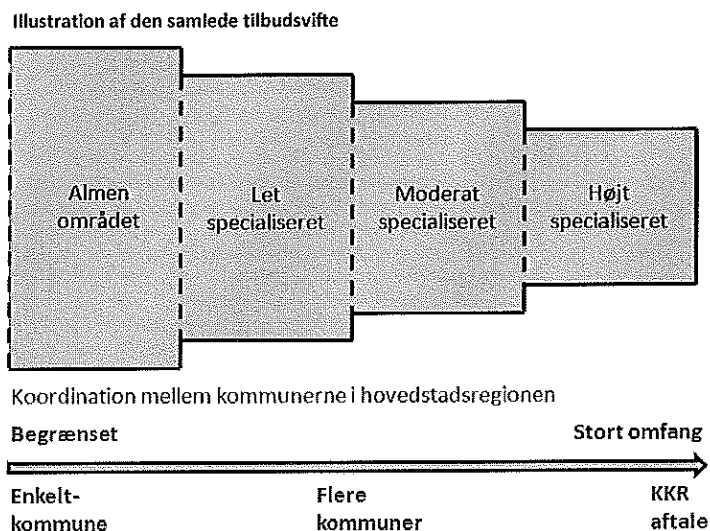
- ▶ Et samlet skøn over behovet for regulering i antallet af tilbud.
- ▶ Koordinering af lands- og landsdelsdækkende tilbud samt sikrede afdelinger/botilbud og særlige forpligtigelser vedrørende tilbud til Grønland og Færøerne.
- ▶ Konsekvenser af udviklingsplaner for botilbud med over 100 pladser.
- ▶ Bilagsoversigt over alle tilbud beliggende i regionen (bilag 4).

Udviklingsstrategien for 2013 er baseret på den afgrænsning af tilbud, som hovedstadsregionens kommuner besluttede sammen med Region Hovedstaden i forbindelse med rammeaftalen for 2011. Afgrænsningen betyder, at strategien som det primære fokuserer på tilbud til borgere med de mest komplekse og specielle behov, og som kræver et stort befolkningsgrundlag, for at tilbud kan drives rentabelt og med høj faglighed.

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



Denne afgrænsning inden for den samlede tilbudsvifte kan illustreres med følgende figur:



Udbuddet af de almene og de let specialiserede tilbud står den enkelte kommune som udgangspunkt selv for, hvorfor koordinationsbehovet på tværs af kommunerne i regionen inden for disse tilbud typisk er begrænset. Derimod forekommer der typisk i større grad koordinationsbehov i forhold til udbuddet af de moderat specialiserede tilbud, der i mange tilfælde koordineres mellem mindre grupper af kommuner - ofte nabokommuner. De højt specialiserede tilbud koordineres i udviklingsstrategien.¹

De højt specialiserede tilbud er typisk kendetegnet ved:

- ▶ En lille målgruppe og/eller borgere med behov for et særligt, højt fagligt specialiseret tilbud.
- ▶ Den enkelte borgers problemstilling er sjældent forekommende.
- ▶ Den enkelte borger har kontakt med flere offentlige sektorer eller specialister eksempelvis sygehussektor (somatisk eller psykiatrisk) og kriminalforsorg. Behovet for tværfaglighed er stort.
- ▶ Den enkelte borger har en midlertidig tilstand, der kræver specialindsats.
- ▶ Den enkelte borger har flere samtidige funktionsnedsættelser.
- ▶ Den enkelte borger har behov for særforanstaltning, enkeltmandsprojekt eller solisttilbud.
- ▶ Den individuelle daglige behandling og/eller støtte kræver specialviden.
- ▶ Der stilles store krav til tilbuddenes evne til at rumme aparte eller udadreagerende adfærd.
- ▶ For at opretholde og udvikle tilbuddet er der behov for et større geografisk område end en klynge eller netværk af nabokommuner. Der kan i særlige tilfælde være behov for at bevæge sig udover regionens grænser (lands- og landsdelsdækkende tilbud).
- ▶ Det enkelte tilbud har et "kundegrundlag" i et større geografisk område end det lokale kommunesamarbejde omfatter.

De konkrete tilbud omfattet af Udviklingsstrategi 2013 kan ses i bilag 2, som kan findes på den fælleskommunale hjemmeside www.rammeaftale-h.dk.

Bilag 4, der ligeledes kan findes på den fælleskommunale hjemmeside, indeholder udtræk fra Tilbudsportalen over alle tilbud beliggende i regionen, jf. bekendtgørelsen.

¹ Der henvises i øvrigt til kategoriseringen af tilbudstyper i lokale, klynge og regionalt orienterede tilbud, som den fremgår af KL's opmærksomhedspapir vedr. nyt rammeaftalekoncept på det sociale område, marts 2011.

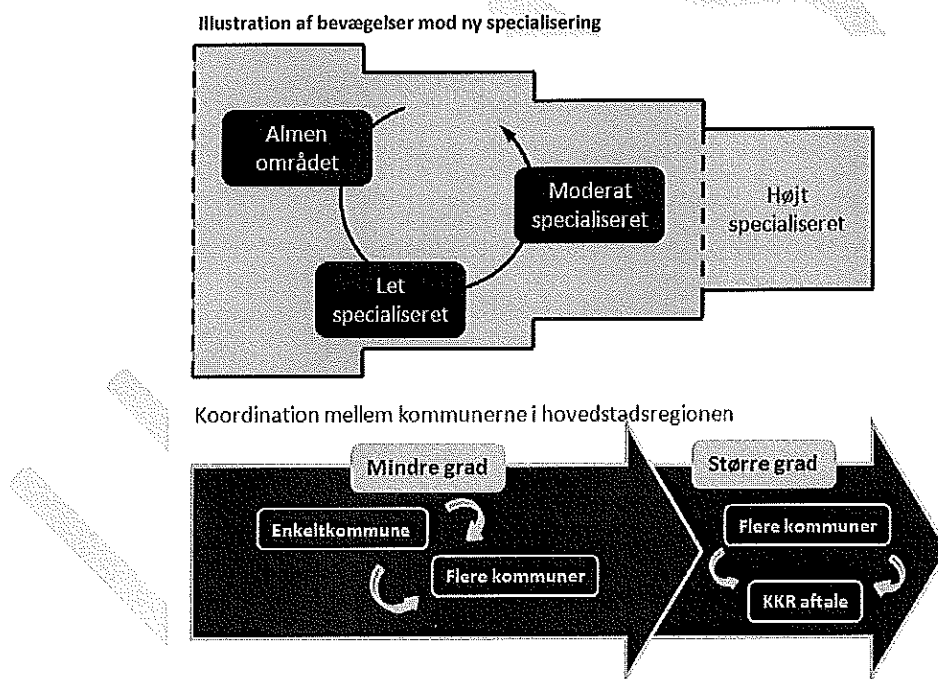


BEVÆGELSER PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE

Efter kommunerne har overtaget ansvaret for det specialiserede socialområde, har der på landsplan kunne opleves en bevægelse på området. Bevægelsen går i retning af et nyt paradigme på området, hvor der gøres op med tidligere tiders kulturer, traditioner og måder at tilrettelægge indsatsen på. Det nye paradigme omtales blandt andet som en *ny specialisering*, der omfatter grundlæggende nye måder at gøre tingene på, omlægninger der blandt andet skal kunne modsvare og tilgodese efterspørgslen efter tilbud, der kan matche et gennemgående øget fokus på følgende:

- ▶ Omstillingsparathed
- ▶ Fleksibilitet
- ▶ Individuelle løsninger
- ▶ Indsats i nærmiljøet
- ▶ Inklusion i normalområdet
- ▶ Forebyggelse
- ▶ Recovery-tankegangen
- ▶ Involvering af borgerne
- ▶ Resultat- og effektbaseret styring.

Derudover er et kendetegn ved bevægelsen mod en ny specialisering, at der er mere flydende grænser mellem de tidligere mere opdelte områder almen området, let specialiseret og moderat specialiseret. Bevægelsen kan illustreres som nedenfor:



Netop recovery- eller rehabiliteringstankegangen og overvejelser om almengørelse af dele af de områder, der tidligere blev betragtet som let og moderat specialiserede, bidrager til denne udvikling. Recovery-tankegangen er baseret på en tilgang, hvor borgere ved hjælp af rehabiliteringsstøtte får mulighed for at øge sin mestringskompetence og klare sig så meget som muligt selv. Overvejelser om almengørelse af dele af områderne udspringer blandt andet af, at borgere med blandt andet udviklingshæmning bliver ældre i dag end tidligere, og med alderen typisk får et massivt plejebehov, der i mange tilfælde ikke opleves at kunne tilgodeses i de eksisterende botilbud. Disse borgere vil i nogle tilfælde med fordel kunne inkluderes i den almene ældrepleje på samme måde som demensområdet blev for år tilbage.

Det mest markante fokus i den offentlige debat har været kommunernes gennemgående strategier om inklusion og hjemtagning af borgere fra døgntilbud til ofte mindre indgribende tilbud i nærmiljøet, eksempelvis bofællesskaber.



Ovenstående bevægelser og omlægninger afspejler også udviklingen af det specialiserede socialområde i de 29 kommuner i hovedstadsregionen. I hovedstadsregionen er der stor opmærksomhed på denne bevægelse mod en ny specialisering og på styringen af denne proces, således at der skabes mulighed for fremkomsten af nye og innovative løsninger for borgerne i de enkelte kommuner, men samtidig sikres og udvikles de nødvendige højt specialiserede tilbud til især små målgrupper. Som et eksempel på dette fokus blandt kommunerne i hovedstadsregionen er der i 2012 nedsat en arbejdsgruppe, der blandt andet har som opdrag at skulle analysere og udvikle mulige løsningsveje for en styringsaftale, der i højere grad kan sikre koordinationen og udviklingen af de højt specialiserede tilbud og således kan understøtte tilstedeværelsen af de rette tilbud med det rette indhold til borgerne i hovedstadsregionen (se afsnittet *Udviklingsperspektiver for samarbejdet mellem kommunerne*).

Bevægelsen mod en ny specialisering opleves gennemgående blandt kommunerne i hovedstadsregionen at have skabt rum for nye og bedre løsninger for borgerne, og flere af kommunerne har positive resultater fra omlægninger af eksisterende tilbud. Kommunerne erfarer blandt andet, at nye løsninger kan tilvejebringe ny viden om metoders virkning såvel som skabe grobund for udvikling af nye metoder. Eksempelvis arbejder flere kommuner målrettet med forebyggende støtte og hjælp til børn, unge og familier, herunder familieprogrammer, børnehuse, forebyggelseskonsulenter og/eller sagsbehandlere på skoler med videre.

Bevægelsen mod en ny specialisering er et udløb af intensionerne med Kommunalreformen, Barnets Reform samt kommunerne overtagelse af ansvaret for det specialiserede socialområde. Men også den stramme økonomi på området har krævet ændringer. For borgere, der berøres af de ændringer, som bevægelsen medfører, kan ændringerne på godt og ondt opleves som en stor omvæltning.

Bevægelsen er endnu i proces, og der er derfor fortsat udviklingspotentialer for området, ligesom der er en række forudsætninger for at komme godt i mål. Eksempelvis er en væsentlig forudsætning, at kommunerne i hovedstadsregionen kan finde ud at arbejde sammen omkring området. I den forbindelse er det et udviklingspotentiale, at kommunerne i fællesskab udvikler nye samarbejdsmodeller, som sikrer de tilbud og ydelser, der fortsat vil være behov for mellemkommunalt og landsdækkende. Arbejdet omkring rammeaftalen i hovedstadsregionen understøtter denne proces.

Udviklingsstrategien for 2013 har blandt andet fokus på de nye løsninger i de enkelte kommuner, herunder opfølgninger på bedste praksis for, hvordan kommuner har tilrettelagt indsatsen og sikret, at den nødvendige specialviden er til stede og tilgængelig.

Samtidig er der opmærksomhed på, hvilke faglige kompetencer fagpersoner på normalområdet og specialområdet såvel som myndighed og leverandør skal besidde for at kunne understøtte arbejdet med inklusion, sikre en sammenhængende og koordineret indsat og i øvrigt støtte og hjælpe borgeren så effektivt som muligt.

Endelig er der fokus på, at en række funktioner og tilbud forudsætter en så specialiseret viden, og er målrettet så små målgrupper, at den ikke kan være til stede i enhver kommune. Kommunernes særlige fokus på denne bevægelse præger også Rammeaftalen for 2013. KKR Hovedstaden har således valgt temaet *ny specialisering*, som et af to særlige udviklingstemaer for Rammeaftalen 2013. Overvejelserne om behandlingen af dette udviklingstema er nærmere beskrevet nedenfor under afsnittet *Særlige temaer for 2013*.



UDVIKLINGSPERSPEKTIVER FOR SAMARBEJDET MELLEM KOMMUNERNE

Rammeaftalen er et værktøj til koordinering af samarbejdet mellem kommunerne i hovedstadsregionen samt mellem kommuner og Region Hovedstaden tilknyttet en fast årlig kadence, der omfatter følgende elementer:

- ▶ Udarbejdelse af rammeaftale
- ▶ Udvælgelse og behandling af særlige temaer
- ▶ Arbejdet med særlige udviklingsprojekter
- ▶ Systematisk informationsudveksling og koordination omkring lands- og landsdelsdækkende tilbud samt sikrede afdelinger
- ▶ Løbende videndeling og kommunikation om relevante resultater, erfaringer, processer på det specialiserede socialområde m.v.

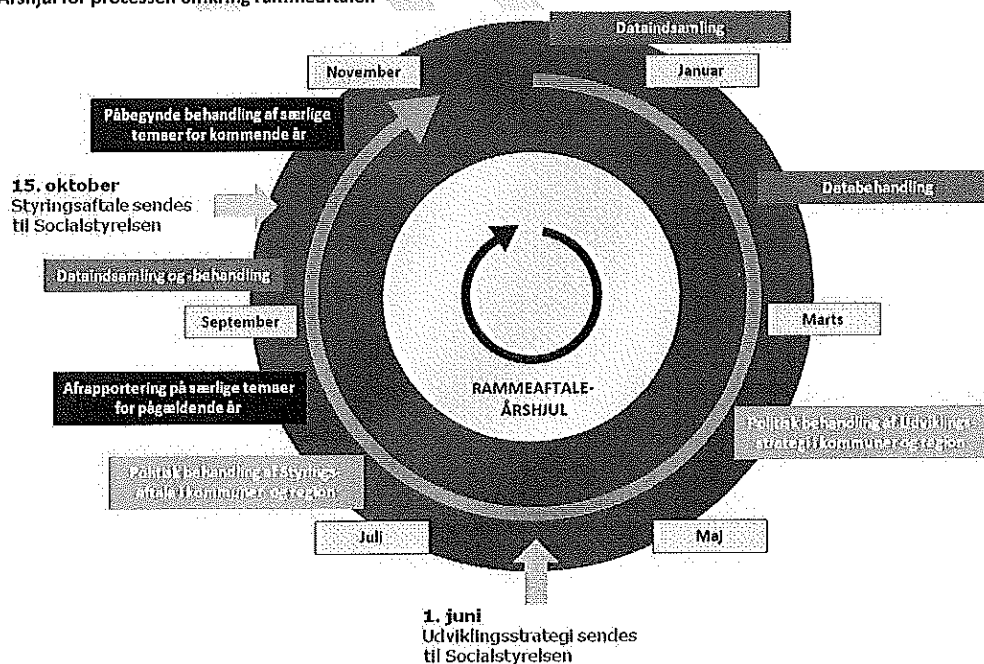
Nedenfor fremgår beskrivelser af årshjulet for processen omkring rammeaftalen, særlige udviklingsprojekter igangsat i hovedstadsregionen, procedurer for koordinering af lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger samt rammen for kommunikation.

ÅRSJUL FOR PROCESSEN OMKRING RAMMEAFTALEN

Kommunernes koordinering af det specialiserede socialområde omfatter ansvaret for udarbejdelse af den årlige rammeaftale.

Processen omkring udarbejdelsen af rammeaftalen er styret af de datoer, som er udmeldt i bekendtgørelsen², for indsendelse af henholdsvis udviklingsstrategien og styringsaftalen til Socialstyrelsen. Ifølge bekendtgørelsen skal udviklingsstrategien således være fastlagt senest den 1. juni, mens styringsaftalen skal være indgået senest den 15. oktober. For begge gælder det, at de skal være Socialstyrelsen i hænde senest en måned efter ovenstående datoer. Processerne for henholdsvis udviklingsstrategien og styringsaftalen ligger således forskudt i løbet af året. Nedenfor er illustreret det faste årshjul for processen omkring udarbejdelsen af rammeaftalen i KKR Hovedstaden.

Årshjul for processen omkring rammeaftalen



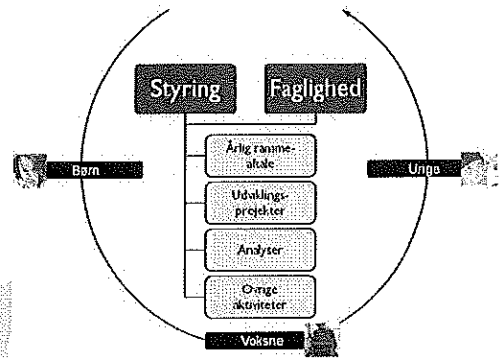
² Bekendtgørelse om rammeaftaler m.v. på det sociale område og på det almene ældreboligområde.



Processen omkring udarbejdelse af rammeaftalen påbegyndes således typisk over et år før pågældende rammeaftale træder i kraft. Processen omkring Rammeaftale 2013 blev derfor påbegyndte allerede i oktober 2011.

Processen omfatter også udvælgelse og behandling af særlige udviklingstemaer og fokusområder, som skal behandles i løbet af det år, hvor rammeaftalen er gældende. Social- og Integrationsministeren har mulighed for at udmelde særlige temaer, ligesom KKR Hovedstaden har mulighed for at udvælge særlige udviklingstemaer. Behandlingen af disse temaer kan have forskellige karakter eksempelvis en kvantitativ afdækning og analyser af antal og omfang med videre og/eller en mere kvalitative tilgang i form af arbejdsgrupper, udviklingsprojekter med videre.

Ud over de særlige temaer kan der i løbet af et år opstå behov eller ønske om, at Fælleskommunalt sekretariat igangsætter andre aktiviteter eller analyser, der skal understøtte det fælleskommunale og regionale arbejde omkring det specialiserede socialområde. De udviklingsprojekter, analyser og øvrige aktiviteter, som igangsættes, tager blandt andet afsæt i hovedstadskommunernes behov og udfordringer, tendensbilleder og udviklingsperspektiver blandt målgrupper og tilbudstyper, nyeste viden og forskning på området samt centralpolitiske agendaer inden for det specialiserede socialområde for børn, unge og voksne.



SÆRLIGE UDVIKLINGSPROJEKTER

I hovedstadsregionen er der med afsæt i arbejdet omkring rammeaftalen igangsat tre særlige udviklingsprojekter.

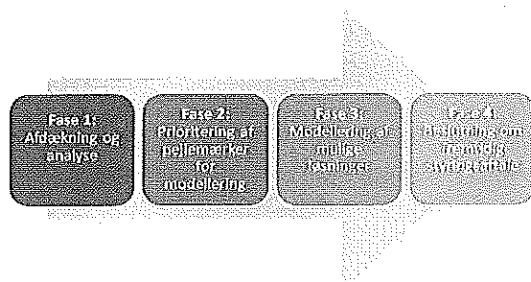
ARBEJDSGRUPPE OM STYRINGSÅFTALEN PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE

I forbindelse med udarbejdelsen af Styringsaftale 2012 har det været drøftet, hvorvidt styringsaftalen skal justeres på en række områder for at understøtte tilstedeværelse af de rette tilbud med det rette indhold til borgerne i hovedstadsregionen. De områder, der har været drøftet, er blandt andet muligheder for at skabe en mere fleksibel takststruktur, der i højere grad understøtter sammenhæng mellem pris og indhold i tilbuddet til den enkelte borger, samt muligheder for at justere principperne for efterregulering af over-/underskud og etablering og lukning af tilbud.

Kommunaldirektørudvalget og Embedsmandsudvalget for Social og Uddannelse har besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe, der skal afdække mulighederne for at foretage justeringer i den eksisterende styringsaftale med den overordnede målsætning, at styringsaftalen i højere grad kan understøtte tilstedeværelsen af de rette tilbud til borgerne.

Den nedsatte arbejdsgruppes opdrag er at analysere, i hvilket omfang den eksisterende styringsaftale understøtter den overordnede målsætning, beskrive løsningsveje samt udarbejde mulige modeller for justeringer af styringsaftalen inden for følgende fire fokusområder:

1. Takststruktur der understøtter sammenhæng mellem pris og indhold i tilbuddet til den enkelte borger
2. Efterregulering af over-/underskud
3. Deling af risiko ved etablering af tilbud
4. Dækning af omkostninger ved lukning af tilbud.



Arbejdsgruppens opgaver og leverancer er tilrettelagt omkring fire faser. Såfremt Kommunaldirektørudvalget og Embedsmandsudvalget for Social og Uddannelse finder det relevant skal arbejdsgruppen i fase 3 udarbejde forslag til mulige modeller for en fremtidig styringsaftale. På baggrund heraf kan Kommunaldirektørudvalget og Embedsmandsudvalget for Social og Uddannelse i fase 4, efter

drøftelse i K29, anbefale hvorvidt en af modellerne skal indstilles til godkendelse af KKR Hovedstaden. Godkender KKR Hovedstaden en eventuel model for en fremtidig styringsaftale vil denne kunne indgå i Rammeaftalen for 2014.

UDVIKLINGSPROJEKT VEDRØRENDE BEDSTE PRAKSIS PÅ SENHJERNESKADE-OMRÅDET

Senhjernesgadeområdet har været i fokus i foråret 2011, og derfor besluttede KKR Hovedstaden, at senhjernesgade skulle være et særligt udviklingstema for Rammeaftale 2012. Der er således igangsat en kortlægning af området med særligt fokus på borgere i den erhvervsdygtige alder.

Et væsentligt formål med kortlægningen er, at afrapporteringen skal skue fremad og således fremkomme med operationelle og handlingsorienterede punkter/eksempler for god praksis i forbindelse med at sikre en koordineret, sammenhængende, målrettet og evidensbaseret indsats for borgere med erhvervet hjerneskadet. Et særligt fokus herunder er samarbejde og koordinering mellem kommuner og region og andre aktører.

Fem projektkommuner er blevet udvalgt til at udarbejde disse beskrivelser af bedste praksis, og i den forbindelse afholdes blandt andet et dialogmøde mellem projektkommunerne, Region Hovedstaden og Center for Hjernesgade. Hensigten er at udbrede viden, erfaring og gode resultater på området til inspiration for hovedstadsregionens kommuner. Projektkommunernes arbejde forventes afrapporteret medio 2012, og resultaterne kan bringes i spil i forhold til arbejdet omkring Rammeaftale 2014.

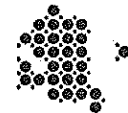
UDVIKLINGSPROJEKT VEDRØRENDE BEDSTE PRAKSIS FOR SÆRFORANSTALTNINGER TIL BØRN OG UNGE

Daværende socialminister udmeldte området enkeltmandsforanstaltninger eller dyre særforanstaltninger som et særligt tema for Rammeaftale 2012. Allerede i hovedstadsregionens Rammeaftale 2011 blev området udpeget som særligt udviklingsområde. Der blev derfor i foråret 2011 udarbejdet en rapport om erfaringerne med de nuværende særforanstaltninger på det specialiserede socialområde. Efter drøftelser af undersøgelsens resultater blandt kommunerne, blev det konstateret, at rapportens afdækning af særforanstaltninger til børn og unge ikke synes tilstrækkelig. Det blev derfor besluttet, at rapporten skulle udbygges med en særskilt kortlægning af området for børn og unge, og denne kortlægning er igangsat.

Som led i kortlægningen skal fem udvalgte kommuner bidrage til udarbejdelsen af handlingsorienterede beskrivelser af bedste praksis omkring indsatsforløb for målgruppen børn og unge med problemskabende adfærd. Hensigten er at udbrede viden, erfaring og gode resultater på området til inspiration for hovedstadsregionens kommuner. Projektkommunernes arbejde forventes afrapporteret medio 2012, og resultaterne kan bringes i spil i forhold til arbejdet omkring Rammeaftale 2014.

PROCEDURER FOR KOORDINERING AF LANDS- OG LANDSDELSDÆKKENDE TILBUD OG SIKREDE AFDELINGER

Med henblik på at sikre en systematisk koordinering af lands- og landsdelsdækkende tilbud samt sikre afdelinger på det specialiserede socialområde, har de fælleskommunale rammeaftalesekretariater i de fem



regioner udarbejdet en fælles procedure herfor. Proceduren skal sikre en koordinering af tilbuddenes kapacitet samt de fremtidige behov og udviklingstendenser for tilbuddene.

Ifølge bekendtgørelsen om rammeaftaler³ skal kommunalbestyrelserne og regionsrådene i forbindelse med fastlæggelse af udviklingsstrategien sikre indbyrdes koordinering af de mest specialiserede lands- og landsdelsdækkende tilbud samt sikrede afdelinger.

De mest specialiserede lands- og landsdelsdækkende tilbud er nævnt i bekendtgørelsen om principper for kommunernes finansiering af tilbuddene, og er følgende:

- ▶ Center for Døvblindhed og Høretab (*region Nordjylland*)
- ▶ Center for Høretab (*region Syddanmark*)
- ▶ Nyborgskolen (*region Syddanmark*)
- ▶ Kofoedsminde (*region Sjælland*)
- ▶ Synscenter Refsnæs, Synscenter Rådgivning (*region Sjælland*)
- ▶ Kolonien Filadelfia (*region Sjælland*)
- ▶ Institutet for Blinde og Svagsynede (*hovedstadsregionen*)
- ▶ Center for Døve (*hovedstadsregionen*)
- ▶ Børnekliviken (*hovedstadsregionen*)
- ▶ Skolen på Kastelsvej (*hovedstadsregionen*)
- ▶ Geelsgårdsskolen (*hovedstadsregionen*).

De sikrede afdelinger er følgende:

- ▶ "Sikret afdeling i Brønderslev" (fra september 2012) (*region Nordjylland*)
- ▶ Koglen (*region Midtjylland*)
- ▶ Grenen (*region Midtjylland*)
- ▶ Egely (*region Syddanmark*)
- ▶ Bakkegården (*region Sjælland*)
- ▶ Stevnstortet (*region Sjælland*)
- ▶ Sølager (*hovedstadsregionen*)
- ▶ Sønderbro (*hovedstadsregionen*).

De fælleskommunale rammeaftalesekretariater i de 5 regioner arbejder ud fra følgende procedure for koordinering af de mest specialiserede lands- og landsdelsdækkende tilbud samt sikrede afdelinger:

- ▶ Hvert år udarbejdes i fællesskab mellem de fælleskommunale rammeaftalesekretariater en beskrivelse af ændringer i kapacitet og/eller efterspørgsel og udviklingstendenser inden for de af tilbuddene omfattende målgrupper. Beskrivelsen bygger på indmeldinger fra driftsherrere og kommuner. Beskrivelsen integreres i de fem regioners udviklingsstrategier.
- ▶ Som bilag til beskrivelsen udarbejdes en oversigt over tilbuddene med antal pladser.
- ▶ Beskrivelsen og bilaget udarbejdes på baggrund af følgende arbejde i de enkelte sekretariater:
 - Hvert sekretariatet indsamler oplysninger fra kommuner og regioner om de pågældende tilbuds planlagte kapacitet (antal pladser) på kort og lang sigt.
 - Hvert sekretariatet indsamler oplysninger fra kommunerne om fremtidigt efterspørgsel efter pladser og udviklingstendenser for de pågældende tilbud og de omfattede målgrupper.
 - De enkelte sekretariaters indsamling af oplysninger om kapacitet og fremtidigt behov/udviklingstendenser skal integreres i indsamlingen af oplysninger for de øvrige tilbud omfattet af de respektive regioners udviklingsstrategier.
- ▶ Derudover vil de enkelte fælleskommunale sekretariater løbende sikre at udbrede informationer om blandt andet ændringer i de lands- og landsdelsdækkende tilbud til de øvrige sekretariater.

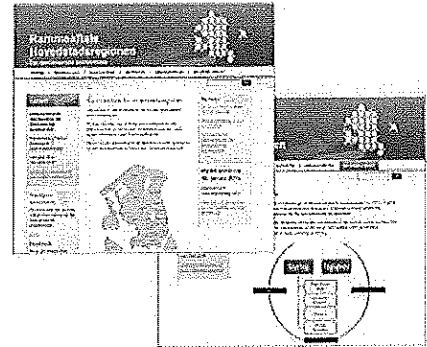
³ Bekendtgørelsen om rammeaftaler af 13. marts 2011, § 8.



KOMMUNIKATION

For at sikre en fælles platform for videndeling og til at understøtte processen omkring koordineringen på det specialiserede socialområde er der etableret en fælleskommunal hjemmeside www.rammeaftale-h.dk.

Hjemmesiden vil blive opdateret løbende med nyheder omkring arbejdet med rammeaftalerne og de øvrige udviklingsprojekter samt resultaterne herfra.



UDKAST



SÆRLIGE TEMAER I 2013

Et formål med udviklingsstrategien er at fastsætte hvilke udviklingstendenser og -perspektiver, som kommunerne oplever i forhold til tilbudstyper, målgrupper med videre, og således også hvilke temaer KKR Hovedstaden beslutter, der skal være i fokus i det pågældende år. Derudover har Social- og Integrationsministeren mulighed for at udmelde centrale temaer, som skal indgå i strategien.

For Rammeaftale 2013 har Social- og Integrationsministeren udmeldt det særlige tema "Udvikling i brugen af de forskellige former for familieplejeanbringelser", og KKR Hovedstaden har valgt to udviklingstemaer henholdsvis "Sammenhængende forløb mellem social- og behandlingspsykiatrisk område" og "Ny specialisering".

Processerne for behandlingen af de 3 fokusområder for 2013 forventes at køre parallelt, således at behandlingen påbegyndes i 4. kvartal 2012 og forventes afsluttet i 3. kvartal 2013.

De enkelte temaer er nærmere beskrevet nedenfor.

UDVIKLING I BRUGEN AF DE FORSKELLIGE FORMER FOR FAMILIEPLEJEANBRINGELSER

Temaet er udmeldt af Social- og Integrationsministeren som et særligt tema, der skal sættes fokus på i Rammeaftale 2013.

Der har i de seneste år, blandt andet i forbindelse med Barnets Reform, været et øget fokus på brugen af familieplejelignende anbringelsesformer i indsatsen over for udsatte børn og unge. Det gælder både brugen af traditionelle plejefamilier, kommunale plejefamilier og slægts- og netværksanbringelser. Baggrunden herfor har været og er de personlige og nære relationers betydning for børnenes og de unges livskvalitet og udbytte af anbringelsen.

Kommunerne skal derfor i forbindelse med rammeaftalen for 2013 sætte fokus på familieplejelignende anbringelsessteder. Fokusområder i behandlingen af det særlige ministerudmeldte temaer kan være:

- ▶ Muligheder og udfordringer ved i højere grad at anvende familiepleje som led i indsatsen over for udsatte børn og unge.
- ▶ De faktiske muligheder for at benytte sig af de forskellige typer af plejefamilier.
- ▶ Hvordan man ledelsesmæssigt får sat fokus på udviklingen af kapaciteten og indholdet af disse anbringelsesformer.
- ▶ Hvordan kvaliteten af indsatsen kan sikres, herunder hvordan den specialiserede viden, som findes på institutioner og opholdssteder med videre kan udnyttes i et samspil med anbringelser i familiepleje og i ambulante tilbud med videre.
- ▶ Hvordan kommunerne, eksempelvis gennem tværkommunale samarbejder, kan sikre den lovpligtige uddannelse og supervision af plejefamilier samt et kvalificeret tilsyn.

I januar 2012 blev der i hovedstadsregionen taget hul på drøftelserne af temaet under et dialogmøde på tværs af de 29 kommuner i hovedstadsregionen. Som tidligere beskrevet vil den konkrete tilgang i KKR Hovedstadens behandling af temaet blive besluttet i 4. kvartal 2012.

Endelig har KKR Hovedstaden igangsat et arbejde blandt andet omkring, hvordan det tværkommunale samarbejde i hovedstadsregionen om godkendelse af og tilsyn med plejefamilier, private opholdssteder og døgninstitutioner kan styrkes.

SAMMENHÆNGENDE FORLØB MELLEM SOCIAL- OG BEHANDLINGSPSYKIATRISK OMRÅDE

Sammenhængende forløb mellem social- og behandlingspsykiatrisk område er et af to særlige udviklingstemaer, som KKR Hovedstaden har valgt for Rammeaftale 2013.



Overvejelserne omkring valget af dette tema er blandt andet, at fokus, indsats, mål og lovgivning er meget forskellig i henholdsvis social- og behandlingspsykiatrien, men dette til trods har de to sektorer fælles berøringsflader. Der er en gruppe mennesker med sindslidelse, der har behov for både behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien, hvor der blandt andet er behov for at sikre en koordineret og sammenhængende indsats, herunder styrke samarbejdet og informationsflowet mellem de to områder.

Desuden er der på landsplan både på lokalt og centralt plan et stort fokus på recovery-tankegangen, når der etableres et indsatsforløb for en borger. Det vil sige, at udgangspunktet for en hver indsats bør være, at der ikke er tale om en varig tilstand, men en tilstand med mulighed for forbedringer af funktionsevnen. For i højere grad at kunne sætte borgeren i centrum i et behandlingsforløb, er der blandt andet behov for at skabe en fælles forståelsesramme for det behandlings- og socialpsykiatrisk område.

I januar 2012 blev der i hovedstadsregionen taget hul på drøftelserne af temaet under et dialogmøde på tværs af de 29 kommuner i hovedstadsregionen. Som tidligere beskrevet vil den konkrete tilgang i KKR Hovedstadens behandling af temaet blive besluttet i 4. kvartal 2012.

NY SPECIALISERING

Ny specialisering er det andet særlige udviklingstemaer, som KKR Hovedstaden har valgt for Rammeaftale 2013.

Overvejelserne omkring valget af dette tema udspringer blandt andet af den tidligere beskrevne bevægelse på det specialiserede socialområde. Generelt på landsplan ses tendenser og strategier i retning af hjemtagning til egne tilbud, etablering af tilbud i enkeltkommune-regi, effektivering af inklusionsstrategier, indsats i nærmiljøet, recovery-tankegang med videre Kommunernes tiltag kan betragtes som en bevægelse i retning af en ny specialisering, hvor der brydes med gamle traditioner på området, og skabes mulighed for fremkomsten af nye og innovative løsninger, der er målrettet borgernes behov.

Valget af temaet skal ses i sammenhæng med det store fokus, som kommunerne i hovedstadsområdet har på netop denne bevægelse, herunder hvordan kommunerne kan skabe bedre løsninger og indsatsforløb for borgerne. Fokus i behandlingen af det særlige udviklingstema kan blandt andet være afdækning af konkrete eksempler på nye løsninger, nye samarbejdsrelationer, sikring af specialviden, erfaringer, positive resultater med videre.

I januar 2012 blev der i hovedstadsregionen taget hul på drøftelserne af temaet under et dialogmøde på tværs af de 29 kommuner i hovedstadsregionen. Som tidligere beskrevet vil den konkrete tilgang i KKR Hovedstadens behandling af temaet blive besluttet i 4. kvartal 2012.



HOVEDTENDENSER FOR UDVIKLINGEN AF DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE

Nedenfor er opridset de helt overordnede hovedtendenser inden for udviklingen af det specialiserede socialområde på tværs af kapacitet og belægning på tilbud omfattet af udviklingsstrategien samt udviklingstendenser omkring målgrupper og behovet for tilbudstyper. Den dybdegående analyse, der ligger til grund for Udviklingsstrategi 2013, kan findes som bilag 6 på www.rammeaftale-h-dk.

SAMLET OVERBLIK OVER BELÆGNING OG KAPACITET

På baggrund af kommunernes indberetninger af belægning og fremtidig kapacitet i tilbud omfattet af Udviklingsstrategien for 2013 kan det overordnet konstateres, at der sker enkelte ændringer i tilbuddene i 2013, hvor nogle tilbud nedlægges eller omlægges. Derimod har kommunerne og Region Hovedstaden *ikke* indberettet nogle ændringer i den forventede kapacitet i tilbuddene fra 2013 og frem til 2015. Dette indikerer, at kommunerne og Region Hovedstaden på nuværende tidspunkt, set fra udbudssiden, har en oplevelse af, at kapaciteten på tilbuddene, omfattet af Udviklingsstrategi 2013, har fundet et stabilt leje mod tidligere års op- og nedjusteringer.

Samtidig kan det også konstateres, at belægningen for dag- og døgntilbud, omfattet af udviklingsstrategien, fra 2009 til 2011 overordnet set udviser et stabilt leje, hvilket fremgår af nedenstående oversigt.

Oversigt over belægning og kapacitet for dag- og døgntilbud omfattet af Udviklingsstrategi 2013

	Antal tilbud 2013	2009	2011	2012	2013	2014	2015
Pladstal	155	3.832	3.821	3.806	3.761	3.761	3.761
Pladsforbrug i alt		3.717	3.690				
Belægningsprocent		97 %	97 %				
Pladsforbrug egen kommune		445	516				
Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		3.104	3.003				
Pladsforbrug øvrige regioner		162	163				
Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		6	7				
Samlet udvikling i pladstal (2009 = 100)		100,0	99,7	99,3	98,1	98,1	98,1

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2013, Fælleskommunalt sekretariat, 2012.

Note: Oversigten er eksklusiv ambulante tilbud på misbrugsområdet.

Af de 155 dag- og døgntilbud omfattet af Udviklingsstrategi 2013 udgør de kommunale tilbud 112, mens de resterende 43 tilbud er drevet af Region Hovedstaden. Det vil sige, at de kommunale tilbud udgør 72 procent af tilbuddene. Set i forhold til antallet af pladser udgør de kommunale tilbud 77 procent.

Der foreligger ikke data for kapacitet og belægning for år 2010, da de relevante oplysninger ikke blev indhentet fra kommunerne i forbindelse med udarbejdelsen af Rammeaftale 2012. Årsagen hertil var, at udarbejdelsen af Rammeaftale 2012 var påvirket tidsmæssigt af, at ansvaret for udarbejdelsen af rammeaftalen blev overdraget til kommunerne i 2011. År 2010 fremgår således ikke af ovenstående oversigt.

Kommunerne i hovedstadsregionen er den største forbruger af tilbuddene omfattet af Udviklingsstrategi 2013. Således udgjorde hovedstadsregionens borgere i 2011, med enkelte undtagelser, mellem 80 og 100 procent af pladsforbruget inden for målgrupperne på voksen- og børne-/ungeområderne. For de kommunale tilbud gør det sig gældende, at samlet set 82 procent af pladserne i 2011 var belagt med borgere fra andre kommuner end tilbuddenes egne driftskommuner. Det kan således konstateres et væsentligt grundlag for mellemkommunal koordinering og samarbejde inden for disse tilbud.



UDVIKLINGSTENDENSER INDEN FOR MÅLGRUPPER OG TILBUDSTYPER

Som led i arbejdet omkring rammeaftalen har alle kommuner i hovedstadsregionen indberettet vurderinger af behov og udviklingstendenser for det pågældende år inden for målgrupper på det specialiserede socialområde og tilbudstyper omfattet af rammeaftalen. Kommunernes indberetninger er baseret på oplevelser, erfaringer og skøn over forventninger til udviklingen på området, som er præget af en række udefra- og indefrakommende faktorer. Der er derfor en forventelig forskel i de enkelte kommuners oplevelser og vurderinger af behov og udviklingstendenser. På baggrund af analysen af kommunernes indberetninger er kommunernes oplevelser og vurderinger, har det dog været muligt at opgøre, hvordan de 29 kommuner grupperer sig inden for en række tendenser og behov på det specialiserede socialområde, og således udlede nogle hovedtendenser på området. Grupperingerne tager blandt andet afsæt i udvalgte baggrundsvariable såsom *kommunestørrelse* og *geografisk placering*. En nærmere beskrivelse af baggrundsvariablene kan findes bagerst under bilag 1.

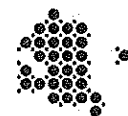
Nedenfor er de helt overordnede hovedtendenser inden for behov og udvikling samt kapacitet og belægning opsummeret for hver af de elleve målgruppekategorier.

VOKSEN-PSYKIATRI-OMRÅDET

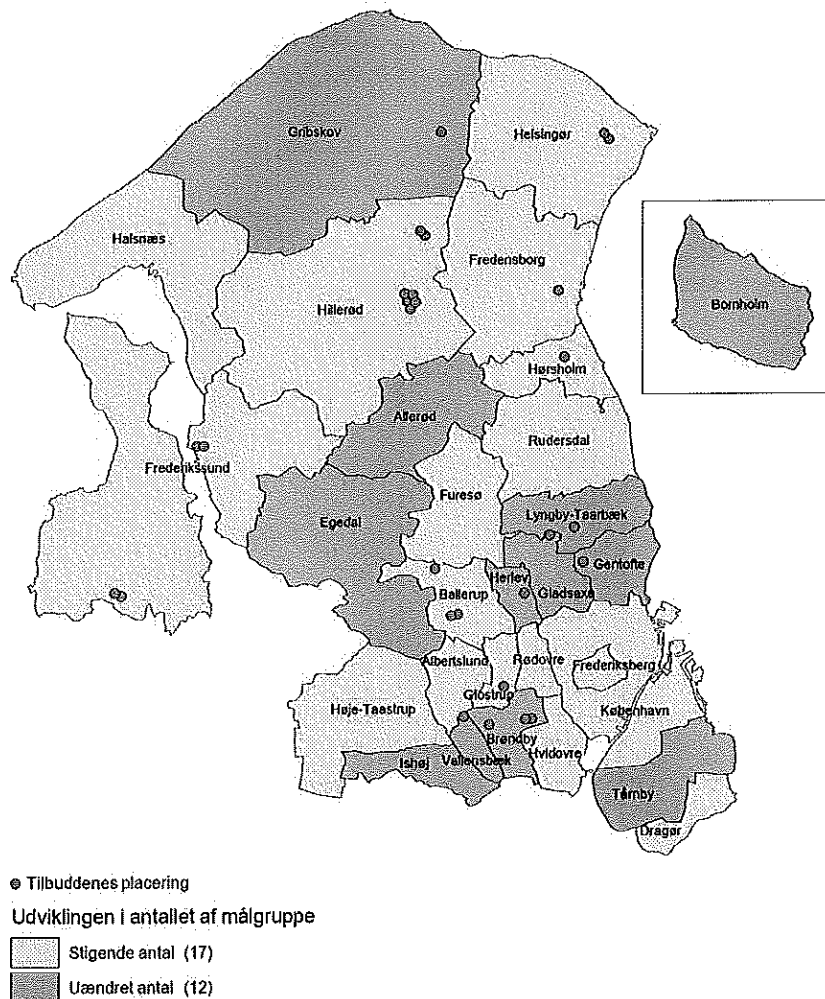
Den overordnede målgruppekategori voksen-psykiatri-området omfatter målgrupperne voksne med sindslidelse samt voksne med udviklingsforstyrrelser.

Den generelle tendens i hovedstadsregionen på voksen-psykiatri-området er, at størstedelen af kommunerne vurderer, at antallet af *voksne med skizofreni* og *voksne med anden sindslidelse* vil være uændret.

Derimod oplever flertallet af kommunerne i hovedstadsregionen, at antallet af *voksne med sindslidelse med dobbeltdiagnose* vil være stigende. Overordnet kan det konstateres, at en større andel kommuner geografisk placeret i Nord end kommuner i de øvrige geografiske områder (se kommunegrupperingerne ud fra geografiske områder bagerst under bilag 1), vurderer, at der vil være en stigende udvikling i antal voksne med sindslidelse med dobbeltdiagnoser. Nedenfor illustreres kommunernes forventninger til den antalsmæssige udvikling indenfor målgruppen voksne med sindslidelse med dobbeltdiagnose. Forventningerne illustreres via forskellige farvekoder for kommunernes forventninger om henholdsvis et faldende, uændret eller stigende antal.



Kort-illustration af kommunernes forventninger til udviklingen i antallet af målgruppen voksne med sindslidelse med dobbeltdiagnose inklusiv markeret placeringen af målrettede tilbud



Kilde: Kommunale indberetninger om behov og udviklingsperspektiver til Udviklingsstrategi 2013, Fælleskommunalt sekretariat, 2012.

Flere kommuner fremhæver, at de oplever en tendens til, at flere får skizotypiske sindslidelser i en ung alder. Desuden oplever flere kommuner et stigende antal henvendelser fra unge borgere og fra behandlingspsykiatrien med baggrund i diagnoserne spiseforstyrrelser, angst og personlighedsforstyrrelser.

For målgruppen voksne med sindslidelse kan der konstateres en tendens mod nedjustering og omlægning af § 108 pladser i tilbud omfattet af udviklingsstrategien. Således er den samlede kapacitet af § 108 tilbud, omfattet af udviklingsstrategien, blevet nedbragt med cirka en femtedel siden 2009 gennem enten nedlægning af tilbud eller omlægning af pladser til enten § 107 eller § 85 pladser. Samtidig åbnes der i 2013 et nyt aktivitets- og samværstilbud (§ 104), hvilket forøger den samlede kapacitet af § 104 pladser i hovedstadsregionen med ca. 40 procent.

Hovedparten af kommunerne forventer et stigende antal voksne med autisme og ADHD. Overordnet kan det konstateres, at en markant større andel kommuner med geografisk placering i Midt end kommuner placeret i øvrige dele af regionen forventer et stigende antal voksne med autisme, mens kommuner beliggende i Hovedstadsområdet, Amager og øer i mindre grad forventer en stigning. Nedenfor illustreres kommunernes forventninger til den antalsmæssige udvikling indenfor målgruppen voksne med autisme. Forventningerne illustreres via forskellige farvekoder for kommunernes forventninger om henholdsvis et faldende, uændret eller stigende antal.



Kort-illustration af kommunernes forventninger til udviklingen i antallet af målgruppen voksne med autisme inklusiv markeret placeringen af målrettede tilbud



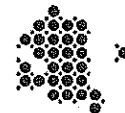
Kilde: Kommunale indberetninger om behov og udviklingsperspektiver til Udviklingsstrategi 2013, Fælleskommunalt sekretariat, 2012.

Også indenfor målgruppen autisme kan der på kapacitetssiden ses en tendens mod omlægning af § 108 pladser til § 85 og § 107, dog i mindre omfang end for tilbud målrettet voksne med sindslidelse, da ét enkelt tilbud har omlagt sine pladser.

Flertallet af de 29 kommuner vurderer, at det samlede behov for tilbud på voksen-psykiatri-området vil være uændret. Dog er der variationer indenfor de forskellige tilbudstyper og mellem de forskellige kommuner. Især botilbud til midlertidigt ophold (§ 107) forventer en større andel af kommunerne (knap to femtedele) samlet set et stigende behov for. Desuden forventer en femtedel af kommunerne stigning i den samlede forventede efterspørgsel efter aktivitets- og samværstilbud (§ 104) og botilbud til aflastningsophold (§ 107).

Gennemgående for alle tilbud inden for voksen-psykiatri-området kan der dog konstateres en tendens til, at kommunerne etablerer tilbud i eget regi. Særlig tydelig er denne hjemtagningstendens dog i forhold til tilbudstyperne botilbud til midlertidigt ophold (§ 107) og botilbud til længerevarende ophold (§ 108/§ 85).

Som led i, at hovedparten af kommunerne arbejder målrettet med recovery- og rehabiliteringstankegangen, er udgangspunktet for kommunernes indsats i mange tilfælde, at borgerne kan opnå et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt, allerhelst i eget hjem med støtte efter § 85. For borgere med alvorlige problemer og behov for omfattende støtte arbejder mange kommuner med et mål om, at så mange



borgere som muligt indenfor målgruppen visiteres til midlertidige botilbud efter § 107 med mulighed for at vende tilbage til et så selvstændigt og selvhjulpent liv som muligt. Fremadrettet kan det forventes, at denne tendens vil betyde et fald i kommunernes efterspørgsel efter egentlige botilbud på det psykosociale område. Omvendt ses der en tendens i retning af, at de pladser, som kommunerne efterspørger på området, således i højere grad vil være til borgere med tungere og mere komplekse problemer. Samtidig arbejder flere kommuner målrettet på at omlægge de klassiske botilbud efter § 107 og § 108 til fleksible bomiljøer med individuel støtte efter § 85.

Driftskommunerne og Region Hovedstaden forventer ingen ændringer i kapaciteten inden for voksen-psykiatri-området fra 2013 til 2015, hvilket er bemærkelsesværdigt set i forhold til den forventede udviklingen på efterspørgselssiden, hvor der som beskrevet fortsat i 2013 forventes en tendens mod hjemtagning af botilbud inden for § 107 og § 108.

VOKSEN-HANDICAP-OMRÅDET

Den overordnede målgruppekategori voksen-handicap-området omfatter voksne med nedsat psykisk funktionsevne, herunder udviklingshæmmede og voksne med kognitive vanskeligheder samt voksne med nedsat fysisk funktionsevne.

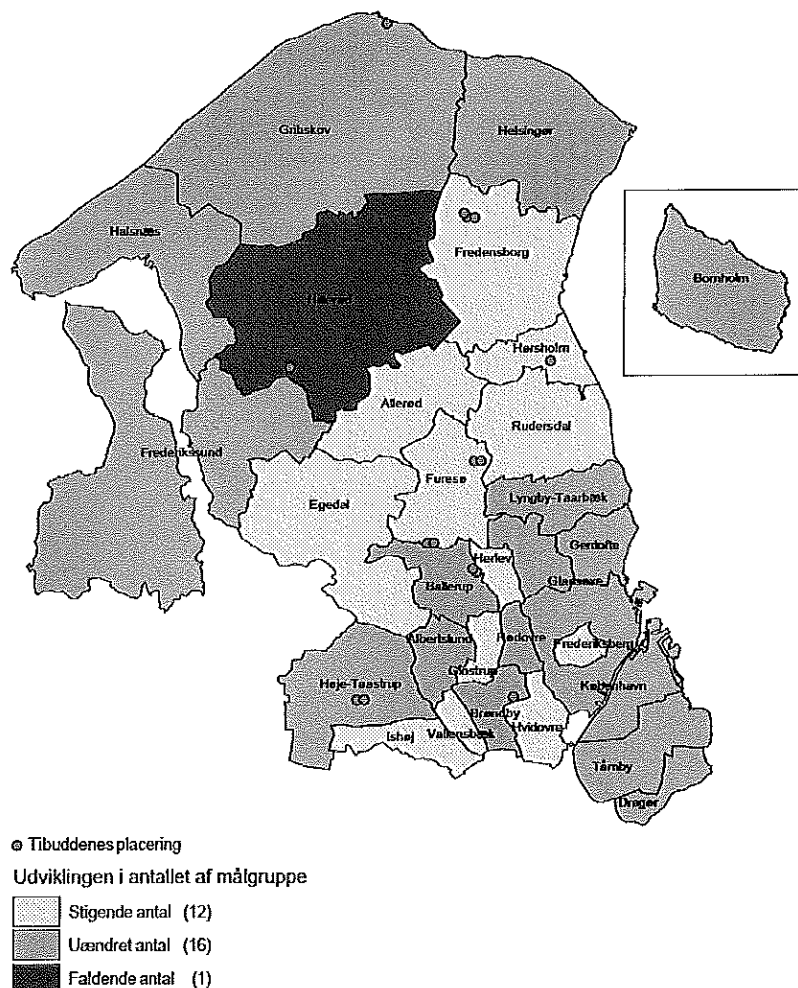
Den generelle tendens for målgrupperne *voksne udviklingshæmmede*, *voksne udviklingshæmmede med dom* og *voksne med anden psykisk funktionsnedsættelse* er en forventning om et uændret antal. Dog adskiller kommuner med geografisk placeret i Nord sig ved, at en markant større andel af kommunerne, sammenlignet med den generelle tendens, forventer en stigning i antal voksne udviklingshæmmede og voksne udviklingshæmmede med dom. Tilsvarende vurderer flertallet af kommuner, at antallet af *voksne udviklingshæmmede med psykisk sygdom eller demens* samt *voksne med kognitive vanskeligheder som følge af en skade i hjernen* vil være uændret. Dog forventer en bemærkelsesværdig stor andel af de 29 kommuner et stigende antal (to femtedele) indenfor disse målgrupper. Kommuner geografisk placeret i Syd skiller sig ud i forhold til udviklingstendenserne for voksne med kognitive vanskeligheder som følge af en skade i hjernen, hvor en markant større andel af disse kommuner forventer et stigende antal.

Hovedparten af kommunerne oplever et stigende antal ældre borgere med nedsat psykisk funktionsevne som har behov for pleje. Eksempelvis bliver borgere med udviklingshæmning i dag ældre end tidligere, og det øger blandt andet hyppigheden af demens hos denne målgruppe, som typisk også indtræffer tidligere hos udviklingshæmmede end hos andre. Alderdom og generel aldersvækkelse blandt eksempelvis udviklingshæmmede er således en problematik, som mange kommuner forventer at møde de kommende år.

Flertallet af kommuner i hovedstadsregionen forventer, at udviklingstendensen omkring målgruppen *voksne med nedsat fysisk funktionsevne som følge af erhvervet skade i hjernen* vil være et uændret antal, men også i forhold til denne målgruppe forventer en bemærkelsesværdig stor andel af kommunerne et stigende antal (to femtedele). Overordnet kan det konstateres, at en større andel af de små kommuner end hos de mellemstore og store kommuner forventer et stigende antal. Nedenfor illustreres kommunernes forventninger til den antalsmæssige udvikling indenfor målgruppen voksne med nedsat fysisk funktionsevne som følge af erhvervet skade i hjernen. Forventningerne illustreres via forskellige farvekoder for kommunernes forventninger om henholdsvis et faldende, uændret eller stigende antal.



Kort-illustration af kommunernes forventninger til udviklingen i antallet af målgruppen voksne med nedsat fysisk funktionsevne, som følge af erhvervet skade i hjernen inklusiv markeret placeringen af målrettede tilbud



Kilde: Kommunale indberetninger om behov og udviklingsperspektiver til Udviklingsstrategi 2013, Fælleskommunalt sekretariat, 2012.

Der er generelt et stort fokus på hjerneskadeområdet blandt kommunerne i hovedstadsregionen. Blandt andet arbejder kommunerne med Sundhedsstyrelsens MTV-rapport om hjerneskaderehabilitering, Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer på området samt puljemidler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som kommunerne kunne ansøge om i 2011 til udviklingsprojekter på området. 28 ud af de samlet set 29 kommuner i hovedstadsregionen har søgt puljemidler til udviklingsprojekter på området. Seks kommuner i hovedstadsregionen fik godkendt deres projektbeskrivelser, mens ministeriet anmodede de resterende kommuner om at uddybe eller revidere deres projektbeskrivelse. Ministeriet forventer senest at give endelig tilbagemelding til de resterende kommuner i marts 2012.

Endelig har hovedparten af kommunerne en forventning om, at udviklingen indenfor målgruppen *voksne med nedsat fysisk funktionsevne som følge af andre årsager* vil være uændret.

Gennemgående forventer kommunerne, at det samlede behov for tilbud på voksen-handicap-området vil være uændret. Dog kan der inden for voksen-handicap-området konstateres en tendens til, at kommunerne etablerer tilbud i eget regi, således vurderer en markant større andel kommuner at have en faldende efterspørgsel efter tilbud på området uden for kommunens eget regi sammenholdt med kommunernes samlede forventede behov for tilbud på området. Denne hjemtagningstendens er særlig tydelig omkring aktivitets- og samværstilbud (§ 104), botilbud til midlertidigt ophold (§ 107) og botilbud til længerevarende ophold (§ 108/§ 85), men dog ikke helt så tydelig som på voksen-psykiatri-området.



Hjemtagningstendensen på voksen-handicap-området kan ikke umiddelbart spores i driftskommunernes forventede udbudte kapacitet. Inden for målgruppen voksne med nedsat psykisk funktionsevne /senhjerneskade har kapacitet og belægning på tilbudstyperne siden 2009 været nogenlunde stabil, samtidig med at kapaciteten ikke forventes ændret frem mod 2015. Dog skete der en stigning i antallet af § 108 pladser fra 2009 til 2011 på ca. fire procent, mens kapaciteten inden for § 107 tilbud blev reduceret fra elleve til ni pladser i 2012, som følge af at et tilbud lukkede.

I takt med, at kommunerne gennemgående ser en tendens til, at der er flere ældre udviklingshæmmede både med og uden demens, følger typisk også, at denne målgruppe med alderen får et massivt plejebehov. Kommunerne oplever generelt udfordringer med at finde de rette tilbud til denne målgruppe, der både er økonomisk fornuftige og matcher det store behov for pleje og omsorg. Mange kommuner anvender i dag § 108 botilbud til målgruppen, men disse boformer er ofte ikke fysisk indrettet hertil, ligesom der i mange tilfælde ikke er de rette kompetencer og ressourcer til stede på tilbuddene. Konsekvensen er i mange tilfælde, at kommunerne må betale tillægsydelse til den i forvejen aftalte takst, og det opleves i nogle tilfælde at belaste kommunernes budgetter. Flere kommuner overvejer at etablere enheder på eksisterende plejecentre, hvor denne målgruppes massive plejebehov i højere grad kan tilgodeses. Dette område sidestilles ofte med den udvikling, som demensområdet gennemgik for år tilbage, hvor pleje af demente var forbeholdt distriktspsykiatrien, men hvor området i dag indgår i den almindelige pleje af ældre dog typisk med særlige afsnit og kompetencepersoner målrettet denne målgruppe.

VOKSEN-MISBRUGS-OMRÅDET

Den overordnede målgruppekategori voksen-misbrugs-området omfatter voksne med stofmisbrug og voksne med alkoholmisbrug.

Det generelle billede omkring kommunernes forventninger til udviklingen af antallet af voksne med misbrug er for både stof- og alkoholmisbrug delt, således at omkring halvdelen af kommunerne forventer en stigning, mens halvdelen forventer et uændret antal. Især kommuner med geografisk placering i Midt har forventning om et stigende antal voksne med både stof- og alkoholmisbrug. Derimod venter ingen af kommunerne beliggende i Hovedstadsområdet, Amager og øer en stigning i antallet af voksne med alkoholmisbrug. Det fremhæves fra flere kommuner, at der opleves en klar tendens til, at flere unge har stofmisbrug - især misbrug af hash, amfetamin og kokain og i mindre grad misbrug af opioider.

Samlet set forventer halvdelen af de 29 kommuner, at det samlede behov for tilbud på voksen-misbrugs-området vil være uændret. Knap halvdelen af kommunerne vurderer, at behovet for dagtilbud (§ 101) samlet set vil være stigende, mens godt halvdelen samlet set forventer et stigende behov for ambulante tilbud (§ 101). Endelig har knap en tredjedel af kommunerne en forventning om, at efterspørgslen efter døgntilbud (§ 101) vil være faldende, mens knap en fjerdedel af kommunerne venter en stigning af behovet herfor. Der kan konstateres en tendens i retning af, at flere kommuner etablerer ambulante tilbud (§ 101) i eget regi. Denne tendens er dog ikke tydelig for alle kommuner, men særligt for store kommuner. Kommunerne bemærker i den forbindelse at hensigten med at etablere misbrugsbehandlingstilbud i eget kommunalt regi i højere grad er for at sikre et større fokus på en helhedsorienteret indsats, der også er koblet til kommunens aktiverings- og beskæftigelsesindsats.

Endelig oplever nogle kommuner et stigende antal ældre misbrugere med plejebehov. Enkelte kommuner har i den forbindelse oprettet en specialafdeling til yngre alkoholdemente på et eksisterende plejecenter.

Udbuddet af tilbud omfattet af udviklingsstrategien på voksen-misbrugs-området omfatter ambulante tilbud efter § 101 samt ambulante, dag- og døgntilbud efter § 141 og § 142 i Sundhedsloven. Både inden for alkohol- og stofmisbrug er den ambulante kapacitet i tilbud omfattet af udviklingsstrategien blevet nedjusteret siden 2009. Samtidig har Nordsjællands Misbrugscenter oplevet markante fald i pladsforbruget på ambulante tilbud til alkohol- og stofmisbrugere. Denne udvikling understøtter således tendensen mod hjemtagning af de ambulante tilbud.



Pladsforbruget på Blå Kors dag- og døgntilbud (§ 141) for voksne med alkoholmisbrug har været faldende fra 2009 til 2011, hvilket ikke helt stemmer overens med den forventede stigning i behovet for disse tilbud.

For alle tilbudstyper gælder, at driftskommunerne og Region Hovedstaden ikke forventer ændringer i kapaciteten frem mod 2015.

VOKSEN-SOCIAL-OMRÅDET

Den overordnede målgruppekategori voksen-social-området omfatter målgrupperne hjemløse voksne, voldsramte kvinder samt voksne med psykosociale problemer.

Hovedtendenserne omkring udviklingen af målgruppen *hjemløse voksne* er, at flertallet af kommunerne forventer, at antallet vil være uændret. Dog oplever en større andel kommuner geografisk placeret i Nord en tendens i retning af et stigende antal.

Nogle kommuner ser en tendens i retning af, at de hjemløses profil ændrer sig hen imod flere unge med misbrugsproblematikker og psykiatriske lidelser. Med også flere kommuner kan genkende tendensen på landsplan, og har en del boligløse unge, der lever rundt omkring hos venner og bekendte.

Som led i indsatsen omkring hjemløse indgår hovedstadskommunerne Høje-Taastrup, Albertslund, Frederiksberg og København i Social- og Integrationsministeriets hjemløsestrategi.

Langt hovedparten af kommunerne vurderer, at udviklingen i antallet af *voldsramte kvinder* tilsvarende vil være uændret. Dog adskiller kommuner geografisk placeret i Nord sig ved, at flere af disse kommuner forventer et stigende antal voldsramte kvinder, mens ingen af kommuner beliggende i Syd og Hovedstadsområdet, Amager og øer forventer stigninger. Gennemgående oplever kommunerne dog, at antallet af voldsramte kvinder er stagnerende, men samtidig oplever nogle kommuner en stigende kompleksitet i sagerne om voldsramte kvinder.

Kommunernes forventninger til udviklingen i antallet af *voksne med psykosociale problemer* er delt, således at omkring halvdelen forventer et uændret antal, mens knap halvdelen forventer et stigende antal. En markant større andel kommuner geografisk placeret i Syd, sammenlignet med forventningerne hos kommuner beliggende i andre dele af regionen, forventer dog en stigning i antallet af voksne med psykosociale problemer.

Endelig vurderer hovedparten af kommunerne, at det samlede behov for tilbud på voksen-social-området vil være uændret. Dog forventer en større andel af kommunerne beliggende i Nord, end kommuner placeret i øvrige dele af regionen, en stigning i den samlede efterspørgsel efter forsorgshjem og krisecentre, hvilket stemmer overens med disse kommuners forventninger til den antalsmæssige udvikling af voksne hjemløse.

Udviklingen i belægning og kapacitet på krisecentre til voldsramte kvinder og forsorgshjem omfattet af udviklingsstrategien har været nogenlunde stabil, dog med tendens mod overbelægning i 2011. Der forventes ikke ændringer i antallet af pladser frem mod 2015. Altså stemmer udviklingen på udbudssiden overens med de generelle forventninger til udvikling i målgrupperne og behovet for tilbud.

Enkelte kommuner forventer i fremtiden en faldende efterspørgsel efter forsorgshjem, da kommunerne vil etablere akut- eller nødboliger i eget regi, hvortil hjemløse borgere kan hjemtages til.

Endelig oplever nogle kommuner en tendens til, at opholdsperioderne på krisecentrene, blandt andet på grund af manglende permanent bolig, er blevet længere.

BØRNE- OG UNGEOMRÅDET

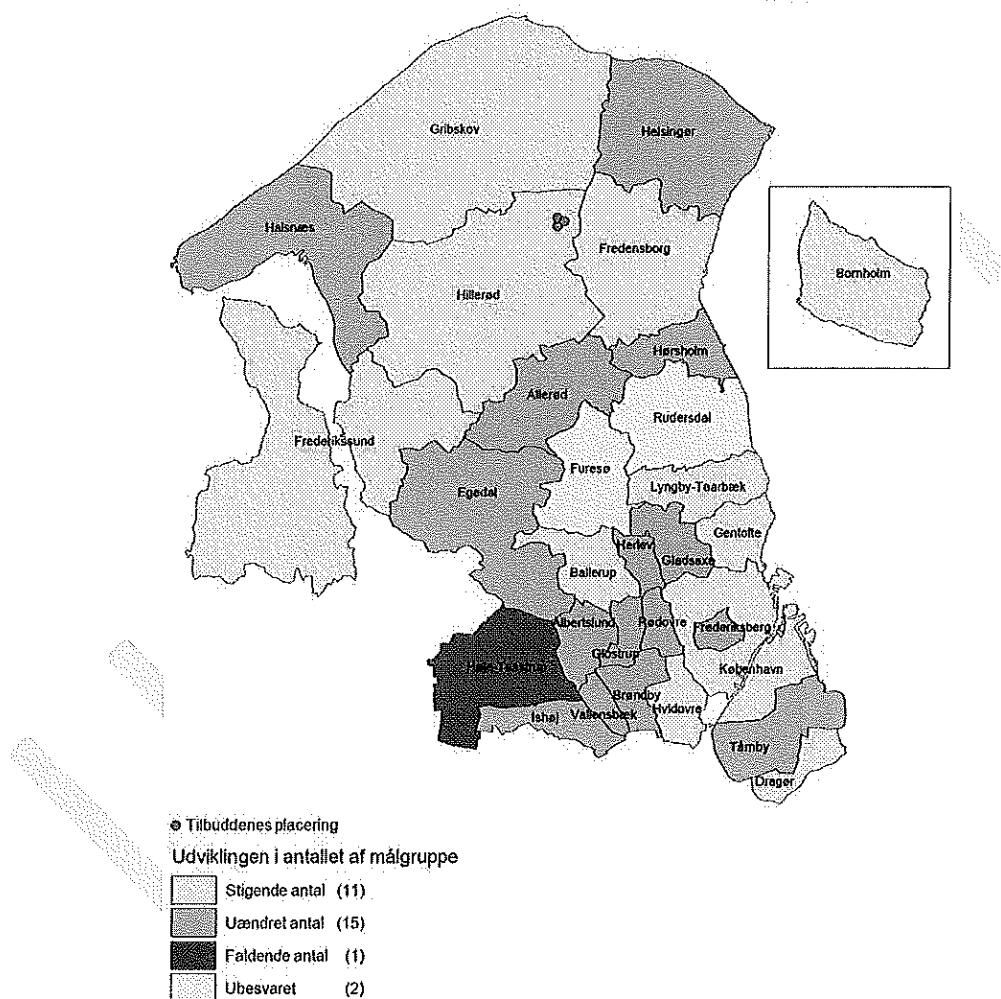
Den overordnede målgruppekategori børne- og ungeområdet omfatter målgrupperne børn og unge med sindslidelse, børn og unge med udviklingsforstyrrelser, børn og unge med psykosociale problemer, børn og



unge med nedsat psykisk funktionsevne, børn og unge med nedsat fysisk funktionsevne samt børn og unge med svære sociale problemstillinger.

Hovedtendenserne for kommunernes forventninger til udviklingen af antallet af *børn og unge med sindslidelse* er, at godt halvdelen af kommunerne forventer et uændret antal, mens knap to femtedele oplever en stigende udviklingstendens. Overordnet kan det konstateres, at især de store kommuner skiller sig ud ved, at halvdelen venter en stigning i antallet af børn og unge med sindslidelse. Tilsvarende tendens præger kommuner geografisk placeret i Nord og Hovedstadsområdet, Amager og øer, hvor mere end halvdelen forventer en stigning. Nedenfor illustreres kommunernes forventninger til den antalsmæssige udvikling indenfor målgruppen børn og unge med sindslidelse. Forventningerne illustreres via forskellige farvekoder for kommunernes henholdsvis forventninger om et faldende, uændret eller stigende antal.

Kort-illustration af kommunernes forventninger til udviklingen i antallet af målgruppen børn og unge med sindslidelse inklusiv markeret placeringen af målrettede tilbud



Kilde: Kommunale indberetninger om behov og udviklingsperspektiver til Udviklingsstrategi 2013, Fælleskommunalt sekretariat, 2012.

Af de kommuner, der oplever en stigende udviklingstendens, ses et stigende antal børn og unge med sindslidelse indenfor depression, angst, OCD, anoreksi og selvskadende adfærd.

Flere kommuner oplyser, at de sammenlignet med tidligere år ser en stigning i antal unge med svære psykiske lidelser, og hvor problemstillingerne er meget komplekse. I den forbindelse erfarer nogle kommuner, at samarbejdet med de psykiatriske afdelinger kan være udfordrende.



Fælles for kommunernes forventninger til den antalsmæssige udvikling af *børn og unge med udviklingsforstyrrelser*, herunder ADHD og autisme, er, at flertallet venter en stigning i antallet. Andelen af kommuner, der forventer en stigende udvikling er dog ikke markant. Dog er der forskel på forventningerne blandt kommunerne, hvor samtlige kommuner beliggende i Nord forventer en stigning af børn og unge med autisme, forventer alene mellem to og tre femtedele af kommunerne beliggende i øvrige dele af hovedstadsregionen en stigning. Generelt forventer en lidt større andel kommuner en stigning i antallet inden for børn og unge med autisme end med ADHD.

Oplevelsen blandt kommunerne er gennemgående, at et stigende antal især unge diagnosticeres med ADHD eller autismspektrumforstyrrelser. Denne tendens har givet anledning til, at flere kommuner har iværksat eller planlægger at iværksætte mere specialiserede tilbud, herunder særligt individuelt tilrettelagte tilbud, når der eksempelvis er tale om ustabile perioder i barnets eller den unges liv, hvor medicinering ikke har den ønskede virkning. I den forbindelse har flere kommuner udvalgt en eller flere almenskoler, hvor der etableres autisttilbud, eller hvor der tilføres særlige kompetencer og ressourcer til inklusionsarbejdet med denne målgruppe. Endelig er nogle kommuner gået sammen i netværk for at tilgodese de rette tilbud til målgruppen. Eksempelvis samarbejder kommunerne i Netværk 3⁴ herom, og har blandt andet i 2011 oprettet et sprog- og læsecenter, ligesom der afholdes kurser for forældre til børn med ADHD og autismspektrumforstyrrelser.

Tilbagemeldingerne fra de 29 kommuner omkring vurderingerne af udviklingstendenserne for målgruppen *børn og unge med psykosociale problemer* er generelt en forventning om, at antallet vil være uændret. Dog bemærker flere kommuner, at de oplever, at tyngden af og kompleksiteten i sagerne er langt større end tidligere.

Flertallet af de 29 kommuner vurderer, at målgrupperne *børn og unge udviklingshæmmede* samt *børn og unge udviklingshæmmede med psykisk sygdom* antalsmæssigt vil være uændret. Dog venter en bemærkelsesværdig stor andel kommuner et fald i antallet af børn og unge udviklingshæmmede med psykisk sygdom (en femtedel). Også kommunernes forventninger omkring udviklingen af målgruppen *børn og unge udviklingshæmmede med dom* er i langt overvejende grad, at antallet vil være uændret. Endelig er de 29 kommuners forventninger til udviklingen i forhold til målgruppen *børn og unge med kognitive vanskeligheder som følge af en skade i hjernen* samt *børn og unge med anden psykisk funktionsnedsættelse*, at udviklingen af disse målgrupper også vil være uændret.

Den generelle udviklingstendens i forhold til *børn og unge med nedsat fysisk funktionsevne* er, at størstedelen af kommunerne forventer, at antallet af denne målgruppe vil være uændret.

Tilsvarende er forventningerne blandt hovedparten af kommunerne, at antallet af *børn og unge med misbrug* vil være uændret. Dog venter en nævneværdig stor andel kommuner et stigende antal (en femtedel), herunder især kommuner geografisk placeret i Midt.

Tilsvarende misbrugsområdet vurderer hovedparten af de 29 kommuner, at antallet af *unge med varetægtssurrogat eller ungdomssanktion* vil være uændret. Imidlertid forventer også her en bemærkelsesværdig stor andel af kommunerne et stigende antal (godt en femtedel), herunder især kommuner beliggende i Nord.

Også udviklingen af antallet af *børn og unge med øvrige svære sociale problemstillinger* forventes af hovedparten af kommunerne at være uændret, dog venter en relativ stor andel af kommunerne en stigning i antallet inden for denne målgruppe (knap en fjerdedel).

Dog fremhæver flere kommuner, at til trods for at målgrupperne børn og unge med misbrug, med varetægtssurrogat/ungdomssanktion samt med øvrige svære sociale problemstillinger, af flertallet

⁴ Netværk 3 referer til det et frivilligt forpligtende netværkssamarbejde mellem kommunerne i hovedstadsregionen, der er etableret i regi af den Koordinerende Funktion for Specialundervisning (KFS). Netværk 3 omfatter Allerød, Egedal og Furesø Kommuner.



forventes at være uændret rent antalmæssigt, opleves tyngden af de enkelte sager gennemgående langt større end hidtil.

Også flertallet af kommunernes forventninger til det samlede behov for tilbud på børne- og ungeområdet er uændret. Den gennemgående inklusionsstrategi blandt kommunerne præger billedet af kommunernes samlede forventninger til behovet for *specialbørnehaver (§ 32)*, hvor knap en tredjedel af kommunerne vurderer, at der i 2013 vil være en faldende efterspørgsel. Modsat vurderer en bemærkelsesværdig stor andel kommuner dog, at de vil få et stigende behov (knap en femtedel) for *døgntilbud til børn og unge (§ 6, stk. 2)*.

Generelt erfarer flere kommuner, at et stigende antal børn og unge udredes i psykiatrisk regi, hvilket opleves som en årsag til, at der generelt forekommer flere børn og unge med diagnoser og særlige behov. Dette hænger også sammen med en samfundsmæssig udvikling, hvor måden befolkningens adfærd, situation, forudsætninger m.v. anskues er ændret, hvilket også præger anskuelsen af diagnoser.

Forventningerne til den fremtidige kapacitet følger nogenlunde forventningerne til udviklingen i målgrupper og behov for tilbud.

Inden for målgruppen *børn og unge med sindslidelse* har der været et fald i antallet af pladser på døgntilbud (§20 stk. 2 og § 66 nr. 6) omfattet af udviklingsstrategien på ca. en femtedel fra 2009 til 2012. Kapaciteten forventes dog at være uforandret frem mod 2015.

Der er seks tilbud omfattet af udviklingsstrategien inden for målgruppen *børn og unge med autisme* fordelt på dag-, døgntilbud, og aflastningstilbud. Antallet af pladser i de seks tilbud er stort set stabilt og forventes ikke ændret fra 2013 til 2015. De enkelte tilbud oplevede både fald og stigninger i belægningen mellem 2009 og 2011, uden at der kan udledes en generel tendens. Dog skal det fremhæves, at det særlige dagtilbud (§ 32) oplevede et fald i belægningen i 2011 på cirka en tiendedel.

Tilsvarende børn og unge med autisme fordeler de fire tilbud omfattet af udviklingsstrategien inden for målgruppen *børn og unge med nedsat psykisk funktionsevne* sig på dag-, døgntilbud, og aflastningstilbud. Det særlige dagtilbud (§ 32) nedjusterede kapaciteten fra 2009 til 2011 med cirka en tredjedel, uden at pladsforbruget fulgte med ned i samme omfang. For de øvrige tilbudstyper kan der konstateres en stigning i belægningen fra 2009 til 2011. Ingen af driftsherrerne forventer ændringer i antallet af pladser fra 2013 til 2015.

Nogle kommuner oplever udfordringer omkring manglende tilbud til familier og unge, der lever med en psykisk sygdom eller sindslidelse. Der efterspørges blandt andet muligheden for at arbejde i retning af etablering af tværkommunale centre, der kan rumme de berørte familier samt den unge individuelt.

Endvidere oplever nogle kommuner, at det kan være svært at finde botilbud til de svagest fungerende infantile autister med svær retardering.

TALE-, HØRE-, SYNS- OG HJÆLPEMIDDELTILBUD

Målgruppekategorien borgere med behov for tale-, høre-, syns- og hjælpemiddeltilbud omfatter voksenområdet samt børne- og ungeområdet.

Den generelle udviklingstendens i forhold til *voksne med behov for tilbud på tale-, høre- og synsområdet* er, at hovedparten af kommunerne forventer et uændret antal. Der er dog blandt nogle kommuner en forventning om en mindre stigning i efterspørgslen efter høre- og synsområdet parallelt med den demografiske udvikling, hvor der forventes at være en stigende udvikling i aldersbetinget høre- og synsnedsættelse. Endelig planlægger nogle kommuner at hjemtage nogle ydelser inden for opfølgning/instruktion i brug af høreapparat, udredning til samt rådgivning/afprøvning af høretekniske hjælpemidler.



Tendenserne for målgruppen *voksne med behov for tilbud på hjælpemiddelområdet* udskiller sig en smule ved, at godt halvdelen af kommunerne har en forventning om, at antallet vil være uændret, mens godt en tredjedel forventer en stigning i antallet. De kommuner, der oplever en stigning i antallet af voksne med behov for tilbud på hjælpemiddelområdet, oplever, at årsager hertil blandt andet er en generel større accept af behovet for hjælpemidler, samt at borgerne gennemgående bliver mere opmærksomme på deres rettigheder, og stiller større krav. Konkret fremhæves et stigende behov for hjælpemidler til ordblindeområdet, mens andre oplever en stigning i målgruppen af multihandicappede, der øger efterspørgslen efter udvikling af nye tekniske hjælpemidler til eksempelvis kommunikation.

Tilsvarende voksenområdet er den generelle udviklingstendens i forhold til *børn og unge med behov for tilbud på tale-, høre- og synsområdet*, at hovedparten af kommunerne forventer et uændret antal. Generelt på disse områder arbejder kommunerne med inklusion, hvor det tilstræbes at kompetenceudvikle og tilføre ressourcer til de almene tilbud. Det bemærkes dog, at kommunerne fortsat vil efterspørge de højt specialiserede tilbud til især blinde og døve børn og unge med betydelige funktionsnedsættelser.

Endelig er hovedtendensen for området *børn og unge med behov for tilbud på hjælpemiddelområdet* en forventning om et uændret antal. Dog venter knap en femtedel af kommunerne en stigning i antallet. De kommuner, der oplever en stigende tendens, fremhæver blandt andet en øget efterspørgsel efter boligændringer og kugledyner.

SPECIALUNDERVISNING

Målgruppen borgere med behov for specialundervisning omfatter både voksenområdet samt børne- og ungeområdet.

Godt halvdelen af kommunerne forventer, at *målgruppen voksne med behov for specialundervisning* vil være uændret, mens godt en fjerdedel af kommunerne venter en stigning.

Derimod er udviklingstendensen for tilbudstypen *Særligt Tilrettelagte Ungdomsuddannelser (STU)* i overvejende grad en forventning om en uændret efterspørgsel, mens en nævneværdig andel på knap en fjerdedel af kommunerne imidlertid venter en stigende efterspørgsel. Dog ses der en tendens i retning af, at flere kommuner vil etablere tilbud i eget regi. Flere kommuner fremhæver, at den hidtil stigende tilgang af unge visiteret til STU er aftaget. Enkelte kommuner efterspørger særlige STU tilbud målrettet autister.

Der har i 2011 og 2012 været drøftelser blandt hovedstadsregionens kommuner omkring udgiftsniveau og indhold i ydelserne på STU, og der planlægges en afdækning af området. Flere kommuner har valgt at indgå i dialog med leverandørerne om netop udgiftsniveauet og indholdet af ydelserne, herunder har Vestegnskommunerne og kommunerne i Netværk 6⁵ indgået et samarbejde omkring etablering af forsyningsaftaler med leverandører af STU.

Kommunernes samlede forventninger til udviklingen af behovet for *tilbudstypen øvrig specialundervisning* er gennemgående en uændret efterspørgsel. Også i forhold til denne tilbudstype kan der imidlertid konstateres en tendens til, at flere kommuner har en forventning om at etablere tilbud i eget regi.

Nogle kommuner fremhæver, at der opleves en stigning i antallet af borgere med behov for specialundervisning på grund af ordblindhed.

Endelig vurderer langt hovedparten af de 29 kommuner, at antallet indenfor målgruppen *børn og unge med behov for specialundervisning* vil være uændret.

Specialundervisning for børn og unge i hovedstadsregionen er organiseret i eget regi i form af Koordinerende Funktion for Specialundervisning (KFS). Koordineringen foregår som et netværksbaseret

⁵ Netværk 6 referer til det et frivilligt forpligtende netværkssamarbejde mellem kommunerne i hovedstadsregionen, der er etableret i regi af den Koordinerende Funktion for Specialundervisning (KFS). Netværk 6 omfatter kommunerne Høje-Taastrup, Albertslund, Glostrup, Rødovre, Ishøj, Vallensbæk, Brøndby, Hvidovre, Tårnby og Dragør.



samarbejde mellem kommunerne i hovedstadsregionen, hvor det primære fokus også er på de mest specialiserede områder.

KFS udarbejder årligt en redegørelse over samarbejdet om specialundervisning. Redegørelsen følger skoleåret, og foreligger således midt på året. Der henvises til hjemmesiden www.kfs-hovedstadsregionen.dk. Desuden kan der findes et overblik over specialundervisningstilbud i hovedstadsregionens kommuner på hjemmesiden www.spuvo.dk. Overblikket opdateres løbende af KFS med afsæt i data fra kommunernes PPR-kontorer eller fra det enkelte undervisningstilbud.

I KFS arbejdes der desuden med en opstramning af kravene til solisttilbuddene (nu omdøbt til enkeltbarnsprojekter), der omfatter de meget specielle undervisningstilbud, hvor eleven ikke er tilknyttet en klasse i løbet af sin skoledag, men har sin egen separate lokalitet. Kun ganske få elever (12-17 børn i hele regionen) modtager på nuværende tidspunkt disse meget vidtgående og specielle vilkår. Arbejdet har blandt andet haft fokus på, at eleven ikke bør være isoleret fra et klassefællesskab længere end højest nødvendigt, og med det udgangspunkt, at enkeltbarnsprojekter bør være midlertidige tilbud, der revurderes halvårligt. For disse tilbud arbejdes der desuden med differentierede takster med udgangspunkt i den konkrete elevs behov.

ØVRIGE SPECIALUNDERVISNING OG RÅDGIVNING M.V.

Tilbudstypen *øvrige specialundervisning og rådgivning m.v.* omfatter højt specialiserede tilbud som Falck Hjælpemidler, Specialtandplejen Gentofte, Specialtandplejen i Rudersdal, Børneterapien Gentofte og Børnecenter for Rehabilitering - Region Hovedstaden.

Tilsvarende billedet for specialundervisning vurderer hovedparten af kommunerne, at deres samlede behov for tilbudstypen *øvrige specialundervisning og rådgivning m.v.* vil være uændret. Gennemgående kan der også i forhold til denne tilbudstype konstateres en tendens i retning af, at flere kommuner etablerer tilbud i eget regi.

Af de kommuner, der vurderer en stigende udvikling i efterspørgslen efter *øvrige specialundervisning og rådgivning m.v.*, fremhæves især en stigende efterspørgsel efter tilbuddene Specialtandplejen i Gentofte og Specialtandplejen i Rudersdal.

KOMMUNIKATIONSCENTRE

Følgende kommunikationscentre i hovedstadsregionen er omfattet af rammeaftale 2013:

- ▶ Center for specialundervisning for voksne (CSV) (Københavns Kommune er driftsherre)
- ▶ Kommunikationscenter Hillerød (Hillerød Kommune er driftsherre)
- ▶ Kommunikationscentret i Region Hovedstaden (Region Hovedstaden er driftsherre).

Alle tre centre udbyder ydelser på voksenområdet, mens det alene er Kommunikationscenter Hillerød og Kommunikationscenter Region Hovedstaden, der udbyder ydelser på børneområdet.

Visitationsaftalen vedrørende kommunikationscentrene videreføres i 2013. Aftalen er indgået i tidligere rammeaftaler. Det løbende samarbejde aftales konkret mellem de enkelte kommuner og de enkelte centre.

Enkelte kommuner har bemærket, at visitationsaftalens principper om, at borgere med behov for bistand på syns-, tale- og høreområdet selv kan henvende sig til et kommunikationscenter samt principperne i aftalen om, at centrene kan iværksætte en udredning såfremt borgeren falder inden for målgruppen, ikke opleves hensigtsmæssig. Disse kommuners anke går blandt andet på, at alle udredninger på kommunikationscentre, i lighed med ekspertudredninger på det øvrige socialområde, bør kræve godkendelse fra kommunen. Disse kommuner efterspørger således udvikling af en ny visitationsmodel vedrørende kommunikationscentrene.



Endvidere har nogle kommuner taget initiativ til at indgå i dialog med kommunikationscentrene om ændrede samarbejdsrelationer både omkring tilpasning af konkrete ydelser til kommunernes behov, og for at forbedre samarbejdet i forbindelse med visitation og bevilling. Ligeledes har kommunikationscentrene stor opmærksomhed på kommunernes ændrede behov, og således på at imødekomme kommunernes efterspørgsel på ydelser. Det opleves, at kommunikationscentrene som udgangspunkt gerne indgår i dialog med kommunerne om både samarbejdsformer, tilpasning af ydelser m.v.

De 29 kommuners samlede forventninger til behovet for ydelser udbudt fra *kommunikationscentre til voksne* er, at flertallet af kommunerne vurderer, at deres samlede behov vil være uændret i 2013. Dog forventer en nævneværdig andel af kommunerne henholdsvis et stigende behov (knap en femtedel) og et faldende behov (knap en femtedel).

Der er dog forskelle på kommunernes vurderinger af behovet for ydelser udbudt fra de tre kommunikationscentre. Særligt kommuner beliggende i Midt forventer et fald i efterspørgslen efter ydelser hos Kommunikationscenter Hillerød og Kommunikationscenter Region Hovedstaden, mens en række kommuner placeret i Syd og Hovedstadsområdet, Amager og øer forventer en stigning i efterspørgslen hos CSV.

Hovedtendenserne vedrørende kommunernes samlede forventninger til behovet for *ydelser udbudt fra kommunikationscentre til børn* er, at hovedparten vurderer, at deres efterspørgsel vil være uændret.

LANDS- OG LANDSDELSDÆKKENDE TILBUD

De lands- og landsdelsdækkende tilbud udgøres af sociale tilbud, specialundervisningstilbud og sikrede afdelinger.

På landsplan er der samlet set tre tilbud, der udbyder lands- og landsdelsdækkende sociale tilbud, otte tilbud, der udbyder lands- og landsdelsdækkende specialundervisning og otte sikrede afdelinger.

Forventningerne til efterspørgslen efter *lands- og landsdelsdækkede sociale tilbud og specialundervisningstilbud* hos de 29 kommuner i hovedstadsregionen er gennemgående et uændret behov.

Tilsvarende vurderer flertallet af kommunerne i hovedstadsregionen, at behovet for pladser på *sikrede afdelinger* vil være uændret. Hertil skal det dog bemærkes, at der på nuværende tidspunkt foregår en landspolitisk proces, om hvorvidt der generelt er for mange sikrede pladser, idet flere tilbud ikke har fuld belægning. På nuværende tidspunkt er der derfor en vis usikkerhed om, hvorvidt antallet af pladser af sikrede afdelinger fremadrettet vil blive reduceret på landsplan.

Tilsvarende tendenser omkring forventninger til behovet for de lands- og landsdelsdækkende tilbud samt sikrede afdelinger kan ses for de fire øvrige regioner. Dog forventer kommunerne i den *syddanske region* et mindre fald på lands- og landsdelsdækkende sikrede afdelinger.

BOTILBUD MED OVER 100 PLADSER

I henhold til Lov om social service skal rammeaftalen indeholde konsekvenser af de udviklingsplaner, som driftskommunerne er forpligtet til at udarbejde for botilbud med mere end 100 pladser. Udviklingsplanen skal udformes af driftsejeren, men planen kan have betydning for det nuværende antal pladser, indholdet i tilbuddet m.v., og der skal således foretages en opfølgning på planerne i forbindelse med vedtagelsen af udviklingsstrategien

I hovedstadsregionen er der ingen botilbud over 100 pladser, der er omfattet af Udviklingsstrategi 2013. Der er seks tilbud i hovedstadsregionen, der opfylder kriterierne, og hvor Københavns Kommune er driftsherre for alle seks. Samtlige af disse botilbud er dog karakteriseret som lokale tilbud, som det alene er driftsherren selv, der benytter, hvorfor de seks tilbud således ikke er omfattet af Rammeaftale 2013.



UDKAST



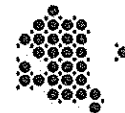
FOKUSPUNKTER

Som tidligere beskrevet vil også 2013 være præget af den igangværende omlægningsproces af det specialiserede socialområde, og bevægelsen mod en ny specialisering. Fokuspunkterne for Udviklingsstrategi 2013 afspejler således i høj grad et behov for at fastholde fokus på at styre processen i en retning, hvor der fortsat sikres målrettede, koordinerede, sammenhængende og evidensbaserede tilbud også til de små målgrupper, men stadig indenfor en stram økonomisk ramme.

Med afsæt i analysen af udviklingstendenser og behov inden for det specialiserede socialområde i hovedstadsregionen kan der udledes en række fokuspunkter, som det anbefales, at de enkelte kommuner har fokus på, når indsatsen på det specialiserede socialområde tilrettelægges. Der vil samtidig være særligt fokus på fokuspunkterne i det fælleskommunale arbejde omkring behandling af særlige temaer, udviklingsprojekter med videre i rammeaftale-regi. Flere kommuner arbejder allerede med en eller flere af fokuspunkterne.

Fokuspunkterne skal betragtes som opmærksomhedspunkter, som kommunerne i hovedstadsregionen anbefales at tænke ind i arbejdet omkring indsatsen på området. Punkter skal ses i sammenhæng med de øvrige fokusområder, særlige temaer og øvrige udviklingsperspektiver på området, som er beskrevet ovenfor i afsnittene "Udviklingsperspektiver for samarbejdet mellem kommunerne", "Særlige udviklingsprojekter" og "Særlige temaer i 2013".

- ▶ I hovedstadsregionen er en del af processen omkring bevægelsen mod en ny specialisering at få skabt overblik over, hvad de *små målgrupper* er. Større afklaring af målgrupper, herunder en stratificering af målgrupper, er afgørende for bedre og mere målrettede indsatser. Stratificering kan fungere som et dynamisk redskab til at fordele grupper af borgere til rette behandling, rehabilitering, støtte, opfølgning med videre. Dette betinges af et fortsat fokus på udfordringen med også fremadrettet at kunne levere tilbud til de små målgrupper. Her er der behov for et vedvarende fokus på koordination i forhold til vedligeholdelse og tilvejebringelse af tilbud til små målgrupper, og fastholdelse af specialiseret viden, herunder et fokus på at sikre, at disse tilbud er bæredygtige og økonomisk rentable.
- ▶ I forlængelse af ovenstående er et væsentligt fokusområde for kommunerne at sikre den *rette indsats til rette pris til rette borger*. Dette omfatter blandt andet, at kommunerne fastholder fokus på sammenhæng mellem kvalitet, effekt og pris, hvilket kommunerne blandt andet kan sikre via tæt opfølgning, revisitationer, skærpet ledelsestilsyn med videre.
- ▶ Et andet essentielt element i udviklingen af området er, at kommunerne fortsat har *fokus på effekter*, og herunder udvikling og implementering af systematisk dokumentation. Den vedblivende stramme økonomiske ramme på området samt muligheden for at effektuere rette indsats til rette pris til rette borger vil kræve viden om, hvilke ydelser og metoder, der er virkningsfulde for hvilke målgrupper. Denne viden forudsætter systematisk dokumentation, der understøtter, at kommunerne prioriterer ud fra et korrekt grundlag, og at der iværksættes videnbaserede indsatser. Et væsentligt udviklingspotentiale i den forbindelse er netop, at kommunernes dokumentation på området bevæger sig op af evidenstrappen, således at der i højere grad handles ud fra dokumenteret effekt via systematiske registreringer.
- ▶ I de sidste år har der været et stort fokus på *økonomien* på området. Udgiftsniveau og takster bør også i 2013 vedblive et væsentligt fokusområde hos kommunerne, og der vil fortsat kræves prioriteringer på området.
- ▶ Ud over økonomien er der behov for, at kommunerne i hovedstadsregionen også får skabt øget fokus på *organisering og faglighed* på området. Dette er også i tråd med tendensen om øget krav til udførerne omkring indhold af tilbud og ydelser, således at der fås størst mulig værdi for pengene.



- ▶ Inklusion er en vedblivende og bærende del af kommunernes strategier på området. Et væsentligt element i den forbindelse bør være et fortsat fokus på at kompetenceudvikle og på at tilføre de nødvendige ressourcer til de almene tilbud. Det er nødvendigt, at kommunerne stadig *videreudvikler og styrker inklusionsperspektivet* i tilbud og ydelser på det specialiserede socialområde og indtænker dette i normalområdet.
- ▶ Samtidig bør kommunerne have fokus på at *videreudvikle og styrke rehabiliterings- og recoveryperspektivet* i tilbud og ydelser på det specialiserede socialområde, og også medtænke dette i tilrettelæggelsen af normalområdet.
- ▶ Udviklingen af bestillerområdet går i retning af, at *myndighedssiden* kommer til at fylde mere end hidtil. Tendensen er en ændring på myndighedssiden, hvor der i højere grad stilles krav til, hvad der købes hos udførerne, og som led heri etablerer flere kommuner BUM-modeller på området. Der bør her være fokus på, at der i højere grad etableres modificerede BUM-modeller, hvor den klare adskillelse mellem myndighedsfunktionen og udførerdelen fastholdes, men hvor der er rummelighed, og således plads til fleksibilitet og mulighed for at tilpasse ydelserne til den enkelte borgers specifikke behov. Således at modellen på samme tid kan rumme handleplaner med mål om udvikling af borgere, og individuelt tilrettelagte forløb.
- ▶ Udviklingstendenserne på området i retning af, at flere målgrupper bliver ældre end hidtil, og har et massivt plejebæbehov, stiller krav til kommunernes *tilrettelæggelse af ældresektoren*. Kommunerne i hovedstadsregionen bør fremadrettet i tilrettelæggelsen af ældresektoren overveje, hvordan sektoren kan omfatte ældre på det specialiserede socialområde, og herunder behovet for kompetenceudvikling blandt personalet.
- ▶ Men også både mere *formelle og uformelle samarbejdsrelationer* mellem kommunerne bør være et vedvarende fokusområde i 2013. På flere områder har især små og mellemstore kommuner i hovedstadsregionen fundet fordele ved at samarbejde for at sikre bæredygtighed samt tilvejebringe de nødvendige kompetencer med videre.
- ▶ Der er fortsat et udviklingspotentiale omkring at sikre *koordinering og sammenhæng i den kommunale forvaltning* eksempelvis til beskæftigelsesområdet samt mellem voksen- og børneforvaltninger. Kommunerne bør således fortsat i 2013 have fokus på at fremme sammenhæng, kommunikation med videre mellem forvaltningerne.
- ▶ Desuden bør der også stadig i 2013 være fokus på at sikre bedre *kommunikation, sammenhæng og helhed mellem regionale og kommunale* indsatser eksempelvis på hjerneskade- og psykiatriområderne.
- ▶ Trods forventninger om uændret eller faldende tilgang i antal indenfor nogle målgrupper opleves det, at tyngden og kompleksiteten af sagerne i nogle tilfælde bliver større. Kommunerne bør derfor fortsat have fokus på at videreudvikle indsatser målrettet *forebyggelse og tidlig indsats*.
- ▶ Bevægelserne på det specialiserede socialområde har også betydet en *glidning* i tidligere definitioner og anvendelser af begreber. Eksempelvis var behandling tidligere noget der primært foregik på sygehuse, distriktpsychiatrien med videre i takt med en markant stigning i antallet af borgere, der diagnosticeres på psykiatriområdet, samtidig med at regionerne gennemgående afkorter indlæggelsesforløb og omlægger til ambulante forløb, opleves nu et behov for, at kommunerne udbyder nye ydelser, der også rummer behandlende elementer. Kommunerne etablerer således i dag tilbud med ydelser, der kan betragtes som behandling i den forstand, at målet med indsatsen er, at borgeren udvikler sig i en bestemt retning. Kommunerne i hovedstadsregionen bør fremadrettet have fokus på at *definere tilbud og ydelser*, således at der skabes større klarhed omkring, hvilke ydelser/tilbud der kan defineres som henholdsvis *behandling og støtte*. Hermed kan der blandt andet sikres et bedre grundlag for ansvarsfordeling mellem aktørerne på området samt større klarhed overfor borgere omkring indsatsforløbet.



BILAG

BILAG 1: METODER

Som bidrag til Udviklingsstrategi 2013 har kommuner i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden foretaget indberetninger til Fælleskommunalt sekretariat vedrørende kapacitet og belægning på tilbud omfattet af rammeaftalen. Derudover har alle 29 kommuner foretaget indberetninger om behov og udviklingstendenser inden for det specialiserede socialområde.

Indberetningerne omfattede hele det specialiserede socialområde, det vil sige børne-, unge- og voksenområdet, og omfatter således én samlet tilbagemelding, der dækkede alle 3 områder.

Indberetningerne blev foretaget via to følgende skemaer:

- ▶ Skema til indberetning af kapacitet og belægning for tilbud i X Kommune/regionen (excel).
- ▶ Skema til indberetning af fremtidigt behov og udviklingstendenser i målgrupper og tilbud i hovedstadsregionen 2013 (word).

INDBERETNING AF KAPACITET OG BELÆGNING

Skemaet til indberetning af kapacitet og belægning består af 2 dele:

- ▶ Kapacitetsoversigt
Dette ark indeholder kapacitetsoplysninger per tilbud, som kommunen/regionen er driftsherre på, for perioden 2010-2015. Kapacitetsoplysningerne er opgjort i form af de budgetterede pladstal for de pågældende år.
- ▶ Belægningsoplysninger per tilbud (et ark per tilbud)
Hvert belægningsark var fortrykt med den af kommunerne/regionen oplyste belægning for 2006-2009 – i det omfang sekretariatet var bekendt med disse data. Der findes ikke data for belægningen i 2010, da der ikke blev indsamlet data i forbindelse med udarbejdelse af Rammeaftale 2012. Kommunen/regionen indberettede belægningen for 2011 på de konkrete tilbud.

Indberetninger om kapacitet og belægning vedrørende tilbud omfattet af Udviklingsstrategi 2013 er i forbindelse med analysen grupperet ud fra tilbuddenes geografiske placering i hovedstadsregionen. Den geografiske gruppering er dels opgjort med udgangspunkt i de seks netværk, der er etableret som frivilligt forpligtende netværkssamarbejde i regi af den Koordinerende Funktion for Specialundervisning (KFS), og dels i forhold til kommunernes geografiske nærhed til hinanden. De geografiske grupperinger afspejler således ikke nødvendigvis driftsherre. Grupperingerne er vist i oversigten nedenfor.

Grupperinger	Kommuner
1. Nord (netværk 1 + 2)	Hørsholm, Fredensborg, Frederikssund, Gribskov, Halsnæs, Hillerød, Helsingør Kommuner
2. Midt (netværk 3 + 4 eksklusiv Frederiksberg)	Allerød, Herlev, Egedal, Furesø, Ballerup, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Gentofte, Gladsaxe Kommuner
3. Syd (netværk 6 eksklusiv Tårnby og Dragør)	Albertslund, Ishøj, Glostrup, Vallensbæk, Høje-Taastrup, Brøndby, Rødovre, Hvidovre Kommuner
4. Hovedstadsområdet, Amager og øer (netværk 7 + 8 inklusiv Frederiksberg, Tårnby og Dragør)	Dragør, Bornholms, Tårnby, Frederiksberg, Københavns Kommuner

INDBERETNING AF FREMTIDIGT BEHOV OG UDVIKLINGSTENDENSER I MÅLGRUPPER OG TILBUD

Skemaet til indberetning af fremtidigt behov og udviklingstendenser består af 4 dele:

- ▶ Afkrydsningsskema vedrørende udvikling i målgrupper
- ▶ Fri-tekst om kommunens vurdering af målgrupperne



- ▶ Afkrydsningsskema vedrørende behov for tilbudstyper
- ▶ Fri-tekst om kommunens oplevelser af tendenser, temaer og dagsordner.

Skemaet kan findes på den fælleskommunale hjemmeside: www.rammeaftale-h.dk.

Alle spørgsmål i de to afkrydsningsskemaer fungerer i analysen som kvantitative data, og er i analysen blevet krydset med baggrundsvariable, der grupperer kommunerne i kategorier ud fra forskellige karakteristika, og herved bidrager til at identificere særtræk og forskelle i kommunernes oplevelser af fremtidige behov og udviklingstendenser på det specialiserede socialområde. Baggrundsvariablene er følgende:

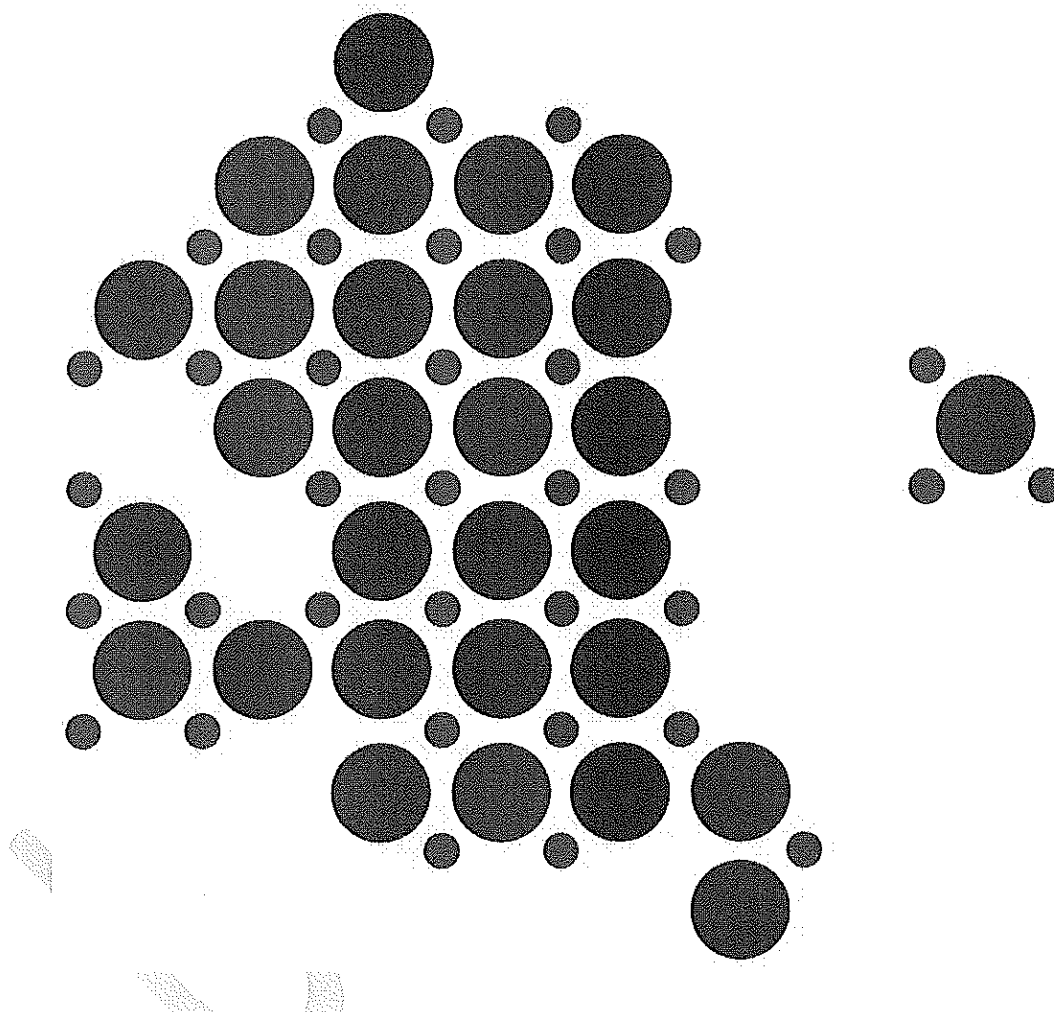
Baggrundsvariabel	Beskrivelse	Kategorisering	Kommuner
Kommunestørrelse	Kommunestørrelse er opgjort som antal indbyggere i en kommune.	1. Lille kommune (30.000 indbyggere og derunder)	Allerød, Albertslund, Dragør Hørsholm, Ishøj, Glostrup, Herlev, Vallensbæk Kommuner
		2. Mellemstor kommune (30.000-50.000 indbyggere)	Bornholms, Egedal, Fredensborg, Frederikssund, Furesø, Gribskov, Halsnæs, Hillerød, Høje-Taastrup, Tårnby, Ballerup, Brøndby, Rødovre Kommuner
		3. Stor kommune (50.000 indbyggere og derover)	Helsingør, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Frederiksberg, Gentofte, Gladsaxe, Hvidovre, Københavns Kommuner
Urbanisering	Urbanisering er opgjort som antal indbygger per m ² i en kommune, og angiver befolkningstætheden.	1. Lav urbanisering (700 indbyggere per m ² og derunder)	Allerød, Bornholms, Egedal, Fredensborg, Frederikssund, Furesø, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Høje- Taastrup, Tårnby Kommuner
		2. Mellem urbanisering (700-1.500 indbyggere per m ²)	Albertslund, Ballerup, Dragør, Hørsholm, Ishøj, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal Kommuner
		3. Høj urbanisering (1.500 indbyggere per m ² og derover)	Brøndby, Frederiksberg, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Københavns, Rødovre, Vallensbæk Kommuner
Geografisk placering	Geografisk placering er til dels opgjort med udgangspunkt i de 6 netværk, der er etableret som frivilligt forpligtende netværkssamarbejde i regi af den Koordinerende Funktion for Specialundervisning (KFS), og til dels i forhold til kommunernes geografiske nærhed til hinanden.	1. Nord (netværk 1 + 2)	Hørsholm, Fredensborg, Frederikssund, Gribskov, Halsnæs Hillerød, Helsingør Kommuner
		2. Midt (netværk 3 + 4 eksklusiv Frederiksberg)	Allerød, Herlev, Egedal, Furesø, Ballerup, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Gentofte, Gladsaxe Kommuner
		3. Syd (netværk 6 eksklusiv Tårnby og Dragør)	Albertslund, Ishøj, Glostrup, Vallensbæk, Høje-Taastrup, Brøndby, Rødovre, Hvidovre Kommuner
		4. Hovedstadsområdet, Amager og øer (netværk 7 + 8 inklusiv Frederiksberg, Tårnby og Dragør)	Dragør, Bornholms, Tårnby, Frederiksberg, Københavns Kommuner

Fri-tekst felterne i indberetningsskemaet fungerer i analysen som kvalitative data, der understøtter og uddyber de kvantitative data i form af beskrivende eksempler fra kommunerne.

Øvrige bilag til Udviklingsstrategi 2013 kan findes i særskilte dokumenter på www.rammeaftale-h.dk, herunder:

- ▶ **Bilag 2:** Oversigt over tilbud omfattet af Rammeaftale 2013 inklusiv kapacitetstal 2013-2015
- ▶ **Bilag 3:** Oversigt over kapacitet og belægning på tilbudstyper fordelt efter målgruppe og geografisk placering
- ▶ **Bilag 4:** Oversigt over alle tilbud beliggende i hovedstadsregionen.
- ▶ **Bilag 5:** Tabeloversigt med kommunernes indberetninger om behov og udviklingstendenser
- ▶ **Bilag 6:** Dybdegående analyse af behov og udviklingstendenser for 2013.

Bilag 2 - Udviklingsstrategi 2013



Oversigt over tilbud omfattet af Rammeaftale 2013 inklusiv kapacitetstal 2013-2015

Kommuner i hovedstadsregionen og Region
Hovedstaden

2013



Tabel 1: Oversigt over tilbud til voksne med sindslidelse

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2013	Antal pladser		
				2013	2014	2015
§ 103	Skibbyhøj	Region Hovedstaden		41	41	41
<i>§ 103 i alt</i>			<i>1</i>	<i>41</i>	<i>41</i>	<i>41</i>
§ 104	JAC Vestegnen	Brøndby		26	26	26
	Klintegården	Region Hovedstaden		3	3	3
	Lunden	Region Hovedstaden		20	20	20
	Orion-Kulturhuset	Region Hovedstaden		20	20	20
	Skovvænget	Region Hovedstaden		2	2	2
<i>§ 104 i alt</i>			<i>5</i>	<i>71</i>	<i>71</i>	<i>71</i>
§ 107	Nødebogård 18 år	Region Hovedstaden		1	1	1
	Nødebogård Østervang	Region Hovedstaden		7	7	7
	Kløverengen	Ishøj/Vallensbæk		24	24	24
	Lindevang	Helsingør		50	50	50
	Måløvgård	Ballerup		12	12	12
	Orion-Hostel	Region Hovedstaden		6	6	6
	Skibbyhøj	Region Hovedstaden		23	23	23
<i>§ 107 i alt</i>			<i>7</i>	<i>123</i>	<i>123</i>	<i>123</i>
§ 108	Bolero	Hørsholm		5	5	5
	Botilbuddet Lunden	Region Hovedstaden		36	36	36
	Fabianhus	Gribskov		22	22	22
	Johannes Hages Hus	Fredensborg		61	61	61
	Juvelhuset	Herlev		16	16	16
	Klintegården	Region Hovedstaden		65	65	65
	Kløverengen	Ishøj/Vallensbæk		16	16	16
	Lindevang	Helsingør		6	6	6
	Nybrogård	Gladsaxe		24	24	24
	Orion - Flex	Region Hovedstaden		4	4	4
	Orion - Planetstien lige numre	Region Hovedstaden		16	16	16
	Orion - Planetstien ulige numre	Region Hovedstaden		12	12	12
	Parkvænget	Glostrup		56	56	56
	Pilekrogen	Gentofte		16	16	16
	Skovvænget	Region Hovedstaden		30	30	30
	Slotsvænget	Lyngby-Taarbæk		32	32	32
<i>§ 108 i alt</i>			<i>16</i>	<i>417</i>	<i>417</i>	<i>417</i>
Sindslidelse total			29	652	652	652

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2013, Fælleskommunalt sekretariat, 2012.



Tabel 2: Oversigt over tilbud til voksne med autisme

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2013	Antal pladser		
				2013	2014	2015
§ 104	Espevangen	Rødovre		30	30	30
	Gefion	Rudersdal		22	22	22
	Rudersdal Dagtilbud 2	Rudersdal		9	9	9
	Stokholtbuen	Ballerup		34	34	34
	Vega - dagtilbud	Gribskov		14	14	14
<i>§ 104 i alt</i>			5	109	109	109
§ 107	Kellersvej 6	Gladsaxe		2	2	2
	Sofieskolen	Gladsaxe		3	3	3
<i>§ 107 i alt</i>			2	5	5	5
§ 108	Bakkehuset	Glostrup		18	18	18
	Behandlingshjemmet Strandberg	Lyngby-Taarbæk		19	19	19
	Chr. D. X Alle	Lyngby-Taarbæk		32	32	32
	Gefion	Rudersdal		27	27	27
	Skovdiget	Gladsaxe		5	5	5
	Stokholtbuen	Ballerup		34	34	34
	Vega - boliger	Gribskov		10	10	10
<i>§ 108 i alt</i>			7	145	145	145
§ 85	Kellersvej 6	Gladsaxe		22	22	22
<i>§ 85 i alt</i>			1	22	22	22
Autisme total			15	281	281	281

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2013, Fælleskommunalt sekretariat, 2012.

Tabel 3: Oversigt over tilbud til voksne med nedsat fysisk funktionsevne / senhjerneskedede

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2013	Antal pladser		
				2013	2014	2015
§ 104	Basen i Rødbo	Ballerup		12	12	12
	Basen Taxhuset	Høje-Taastrup		12	12	12
	Jonstrupvang	Region Hovedstaden		23	23	23
	Linden	Fredensborg		18	18	18
	Solgaven Dagcenter	Region Hovedstaden		20	20	20
<i>§ 104 i alt</i>			5	85	85	85
§ 107	Rønnegården Projektafdeling	Region Hovedstaden		1	1	1
	Selmersvej	Hillerød		8	8	8
<i>§ 107 i alt</i>			2	9	9	9
§ 108	Bredegård	Region Hovedstaden		32	32	32
	Jonstrupvang	Region Hovedstaden		46	46	46
	Lindegården	Fredensborg		24	24	24
	Skipperstræde	Gribskov		6	6	6
	Solgaven	Region Hovedstaden		66	66	66
	Taxhuset	Høje-Taastrup		50	50	50
	Tilbuddet Rødbo	Ballerup		40	40	40
<i>§ 108 i alt</i>			7	264	264	264
Nedsat fysisk funktionsevne / senhjerneskedede total			14	358	358	358

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2013, Fælleskommunalt sekretariat, 2012.



Tabel 4: Oversigt over tilbud til voksne med nedsat psykisk funktionsevne

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal pladser			
			Antal tilbud 2013	2013	2014	2015
§ 103	Bredegård Værksted	Region Hovedstaden		40	40	40
	Rønnegården	Region Hovedstaden		13	13	13
<i>§ 103 i alt</i>			2	53	53	53
§ 104	Aktivitetsscentret Kellersvej	Gladsaxe		122	122	122
	Bank-Mikkelsens Vej 20-28	Gentofte		27	27	27
	Birkegården	Gentofte		24	24	24
	Blindenetværket	Gentofte		40	40	40
	Bredegård Døv/Blindeafd.	Region Hovedstaden		6	6	6
	Center for Job og Oplevelse	Helsingør		24	24	24
	Daghjemmet	Gribskov		8	8	8
	Gnisten	Frederikssund		18	18	18
	Hørkær (Job- og Aktivitetscenter)	Herlev		63	63	63
	JAC Vestegnen	Brøndby		144	144	144
	Job- og Aktivitetscenter Nord	Gentofte		200	200	200
	Kellersvej 6	Gladsaxe		9	9	9
	Kobbarhusenes dagtilbud Kirkeleddet	Gribskov		8	8	8
	Krumtappen	Ballerup		21	21	21
	Lyngdal Lyngen	Region Hovedstaden		5	5	5
	Midgården	Halsnæs		10	10	10
	Pensionistklubben Ebberød	Rudersdal		15	15	15
	Regnbuen	Hillerød		36	36	36
	Rudersdal Dagtilbud 1	Rudersdal		28	28	28
	Trekløveret	Halsnæs		20	20	20
Bøgelunden Bøgen	Rudersdal		24	24	24	
Kobbarhusene – særligt tilr. dagtilbud	Gribskov		3	3	3	
<i>§ 104 i alt</i>			22	855	855	855
§ 107	Boligerne på Herlufsdalsvej	Hillerød		20	20	20
	Boligerne på Skovstien 8-12	Hillerød		11	11	11
	Hulegården	Region Hovedstaden		1	1	1
<i>§ 107 i alt</i>			3	32	32	32
§ 107 afl	Boligerne på Skovstien 8-12 afl	Hillerød		5	5	5
	Torvevej	Ballerup		11	11	11
<i>§ 107 afl i alt</i>			2	16	16	16
§ 108	Ahornparken	Gribskov		29	29	29
	Anna Anchers Vej	Helsingør		10	10	10
	Bank-Mikkelsens Vej 20-28	Gentofte		38	38	38
	Blindenetværket	Gentofte		40	40	40
	Blomsterhusene	Gentofte		42	42	42
	Boligerne Brøndbyøstervej	Brøndby		24	24	24
	Boligerne Gl. Lyngvej	Allerød		12	12	12
	Boligerne på Skovstien 2-6	Hillerød		17	17	17
	Bredegård Døv/Blindeafd.	Region Hovedstaden		8	8	8
	Bøgelunden	Rudersdal		62	62	62
	Frøgård Alle	Høje-Taastrup		24	24	24
	Følstruphusene	Hillerød		59	59	59
	Herstedøster Sidevej	Albertslund		24	24	24
	Hulegården	Region Hovedstaden		40	40	40
	Højsletten	Herlev		24	24	24



Tabel 4 ...fortsat: Oversigt over tilbud til voksne med nedsat psykisk funktionsevne

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2013	Antal pladser		
				2013	2014	2015
§ 108	Kamager	Region Hovedstaden		40	40	40
	Kellersvej 10	Gladsaxe		60	60	60
	Kellersvej 8-9	Gladsaxe		48	48	48
	Kirkeleddet 8	Gribskov		8	8	8
	Kobbelhusene - Gydevej	Gribskov		18	18	18
	Kobbelhusene Kirkeleddet 6	Gribskov		8	8	8
	Kronborghus	Helsingør		21	21	21
	Lyngdal	Region Hovedstaden		13	13	13
	Længen (Tårnvej 97)	Rødovre		11	11	11
	Midgården	Halsnæs		28	28	28
	Pensionatet Lionslund	Brøndby		24	24	24
	Piberødhus	Rudersdal		34	34	34
	Rosenfeldthusene	Frederikssund		17	17	17
	Rønnegården	Region Hovedstaden		25	25	25
	Skelhøj, Lillestræde	Egedal		31	31	31
	Skovgården	Herlev		24	24	24
	Søvænge	Egedal		28	28	28
	Trekløveret	Halsnæs		36	36	36
Vestfløjen (Slotsherrens Vænge 6)	Rødovre		14	14	14	
§ 108 i alt			34	941	941	941
§ 85	Cathrinegården	Gladsaxe		23	23	23
§ 85 i alt			1	23	23	23
Nedsat psykisk funktionsevne total			64	1.920	1.920	1.920

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2013, Fælleskommunalt sekretariat, 2012.

Tabel 5: Oversigt over tilbud til voksne med stofmisbrug (ambulante tilbud)

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2013	Antal forløb		
				2013	2014	2015
§ 101	KABS	Glostrup		714	714	714
	Nordsjællands Misbrugscenter	Region Hovedstaden		345	345	345
§ 101 i alt			2	1.059	1.059	1.059
§ 142	KABS	Glostrup		714	714	714
§ 142 i alt			1	714	714	714
Stofmisbrug total			3	1.773	1.773	1.773

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2013, Fælleskommunalt sekretariat, 2012.



Table 6: Overview of offers to adults with alcohol use (day, day, and ambulatory offers)

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2013	Antal pladser/forløb		
				2013	2014	2015
§ 141	Blå Kors ambulante	Høje-Taastrup		135	135	135
	Blå Kors dag	Høje-Taastrup		9	9	9
	Blå Kors døgn	Høje-Taastrup		6	6	6
	Nordsjællands Misbrugscenter	Region Hovedstaden		380	380	380
<i>§ 141 i alt</i>			4	530	530	530
§ 142	Nordsjællands Misbrugscenter	Region Hovedstaden		180	180	180
<i>§ 142 i alt</i>			1	180	180	180
Alkoholmisbrug total			5	710	710	710

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2013, Fælleskommunalt sekretariat, 2012.

Table 7: Overview of offers to women affected by violence (crisis centers § 109) and home care (respite care § 110)

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2013	Antal pladser		
				2013	2014	2015
§ 109	Frederiksværk Krisecenter	Halsnæs		8	8	8
	Hellerup Krisecenter	Gentofte		11	11	11
	Hillerød Kvindekrisecenter	Hillerød		5	5	5
	Krisecentret Røntofte	Helsingør		6	6	6
	Kvindehuset	Lyngby-Taarbæk		10	10	10
Voldsramte kvinder total			5	40	40	40
§ 110	Lænkepensionatet	Glostrup		8	8	8
	Nordsjællands Misbrugscenter Boafsnit	Region Hovedstaden		45	45	45
	Nordsjællands Misbrugscenter Pensionat	Region Hovedstaden		6	6	6
	Overførstegården	Gentofte		23	23	23
	Røde Kors Natherberg	Region Hovedstaden		8	8	8
	Solvang	Region Hovedstaden		25	25	25
	Solvang udslusning	Region Hovedstaden		4	4	4
	Thornhøjgård	Gladsaxe		20	20	20
Hjemløse total			8	139	139	139
§ 109 og § 110	Krisecentret Svendbjerggård	Region Hovedstaden		1	25	25

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2013, Fælleskommunalt sekretariat, 2012.

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2013	Antal pladser		
				2013	2014	2015
Voksen Hovedtotal			144	5.895	5.895	5.895

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2013, Fælleskommunalt sekretariat, 2012.



Table 8: Oversigt over tilbud til børn og unge fordelt på målgrupper

Målgruppe	Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2013	Antal pladser		
					2013	2014	2015
Sindslidelse	§ 20 stk 2	Nødebogård	Region Hovedstaden		25	25	25
	§ 67 stk 2	Nødebogård	Region Hovedstaden		39	39	39
	§ 67 stk 2 afl	Nødebogård	Region Hovedstaden		1	1	1
Sindslidelse i alt				3	65	65	65
Autisme	§ 20 stk 2	Sofieskolen	Gladsaxe		37	37	37
	§ 20 stk 2 afl	Ishøjgård	Ishøj/Vallensbæk		4	4	4
	§ 32	Sofieskolen	Gladsaxe		8	8	8
	§ 36	Sofieskolen	Gladsaxe		25	25	25
	§ 66 nr. 6	Sofieskolen	Gladsaxe		22	22	22
	§ 66 nr. 6 afl	Granbohus - Autisme	Fredensborg		7	7	7
Autisme i alt				6	103	103	103
Nedsat psykisk funktionsevne	§ 32	Troldemosen	Gentofte		30	30	30
	§ 66 nr. 6	Camillehusene	Gentofte		21	21	21
	§ 66 nr. 6 / § 107	3-Kløveren	Region Hovedstaden		28	28	28
		Broen	Gentofte		16	16	16
	§ 66 nr. 6 afl	3-Kløveren	Region Hovedstaden		2	2	2
		Lundø	Gentofte		22	22	22
		Granbohus (1)	Fredensborg		38	38	38
Nedsat psykisk funktionsevne i alt				7	157	157	157
Ingen specifik målgruppe	§ 36	Nødebogård	Region Hovedstaden	1	6	6	6
Børn og Unge total				17	331	331	331

Note 1: § 67 stk. 2 afl. Granbohus omfatter både psykisk og fysisk funktionsnedsættelse samt voksne i midlertidigt ophold (§ 107)

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2013; Fælleskommunalt sekretariat, 2012.

NOTAT
om
Status udmøntning budgettilpasninger for 2012-15 SSU område

Overordnet

Budgetaftalen 2012-15 BLEV vedtaget af Kommunalbestyrelsen den 10. oktober 2011. For Social- og Sundhedsudvalget indeholder budgetaftalen budgettilpasninger for i gennemsnit - 10,5 mio. kr. årligt.

Nærværende notat beskriver status for udmøntning af budgetaftalens indhold.

Tabel 1. Budgettilpasninger 2012-15 Social- og Sundhedsudvalget

Mio. kr.	2012	2013	2014	2015
Ældreområdet	1,30	-12,38	-9,83	-10,56
Handicapområdet	-0,80	-1,60	-2,50	-2,50
Sundhedsområdet	-0,50	-1,00	-1,00	-1,00
I alt	0	-14,98	-13,33	-14,06

Ældreområdet

De største budgettilpasninger sker på ældreområdet, hvor der samlet set er budgettilpasninger på -1,30 mio.kr. i 2012 stigende til -12,38 mio.kr. i 2013, -9,83 mio. kr. i 2014 og -10,56 mio. kr. i 2015, jf. tabel 2.

Tabel 2

Mio. kr.	2012	2013	2014	2015	Status
Robotstøvsugere som teknologisk redskab til at blive selvhjælpen	0,15	-0,15	-0,6	-0,6	Holder planen
Øget fokus på hjælp til selvhjælp. Kompetenceudvikling af medarbejdere på Ældreområdet kombineret med nye perspektiver ift. træning før varige ydelser	3,20	-1,55	-2,90	-4,26	Holder planen
Konsekvens af at både ÆL 2 og 3 gennemføres (de to rækker ovenfor)	-0,05	0,10	0,20	0,20	Holder planen
Fælles indkøb til sygeplejepoter	-0,10	-0,10	-0,10	-0,10	Holder planen
Elektroniske låse i hjemmeplejen	0,48	-1,40	-1,40	-1,40	Holder planen

Personligt Elektronisk Medicinkort	0,00	-0,70	-0,70	-0,70	Holder planen
Lukning af Lykkens gave tidligere end planlagt + senere ibrugtagning af nyt plejehjem	0,00	-4,88	-0,63	0,00	Holder planen
Rationaler i drift af plejehjem ved etablering af færre, men større plejehjem (ÆL14)	-0,75	-1,50	-1,50	-1,50	Holder planen
Rationaler gennem øget brug af best practice på frit valg området	-0,50	-1,00	-1,00	-1,00	Holder planen
Nedlæggelse af en udekørende nattevagtstilling	-0,55	-0,62	-0,62	-0,62	Holder planen
Reduktion af bevillinger til høreapparater	-0,50	-0,50	-0,50	-0,50	Holder planen
Hædersgaver (alene +100 årige)	-0,08	-0,08	-0,08	-0,08	Holder planen
I alt	1,30	-12,38	-9,83	-10,56	

Robotstøvsugere som teknologisk redskab til at blive selvhjulpne

(0,15 mio. kr. i 2012, - 0,15 mio. kr. i 2013 og -0,6 mio. kr. 2014-2015)

Borgere, som har behov for hjælp til rengøring, herunder hjælp til støvsugning, og som selv er i stand til at håndtere en robotstøvsuger, kan ikke længere visiteres til hjælp til støvsugning. Borgeren låner en robotstøvsuger af kommunen og bliver herved selvhjulpne med støvsugningsopgaven. Den samlede tid til rengøringsydelsen nedbringes derfor med 15 minutter pr. gang ydelsen leveres.

Status: Kvalitetsstandarder på området er ændret og implementeringen er pt. næsten fuldført. Budgetreduktionen forventes indhentet.

Øget fokus på hjælp til selvhjælp. Kompetenceudvikling af medarbejdere på Ældreområdet kombineret med nye perspektiver ift. træning før varige ydelser

(3,20 mio. kr. i 2012, -1,55 mio. kr. 2013, -2,90 mio. kr. i 2014 og -4,26 mio. kr. i 2015)

De seneste års erfaringer med træning af borgeren før stillingtagen til bevilling af varige ydelser inden for hjemmehjælpsområdet har vist, at der er god kvalitet i et øget fokus på borgernes selvhjulpethed. Indsatsen består i en kompetenceudvikling blandt medarbejderne i ældreplejen.

Status: Social- og sundhedsudvalget har efter høring i Seniorrådet godkendt implementeringsplan, det nye paradigme samt kommunikationsstrategi og -plan for indsatsen. Der er indgået samarbejde med to eksterne konsulenter, som varetager kompetenceudviklingen af samtlige medarbejdere og ledere.

De samlede økonomiske forudsætninger ved indsatsen vurderes at kunne indfries, men der vil i forhold til implementeringsomkostningerne skulle foretages visse overførsler mellem regnskabsårene frem til 2014.

Konsekvens af at både ÆL 2 og 3 gennemføres

(-0,05 mio.kr. i 2012 og 0,10 mio. kr. i 2012 og 0,20 mio. kr. i 2014 og 2015)

Indsætterne vedrørende gennemførelse af både forslag ÆL 2 og ÆL 3 (jf. ovenfor) er overlappende, hvorfor det samlede rationale reduceres.

Status: Denne reduktion af besparelser indarbejdet i indsatsen vedr. robotstøvsugere.

Fælles indkøb til sygeplejedepoter

(-0,10 mio. kr. i 2012-2015)

I forbindelse med gennemførelse af Lean-projekt i Hjemmesygeplejen er der sket en ensretning og oprydning i alle sygeplejedepoter. Ensretningen har medført en forventet besparelse på 0,1 mio. kr. i 2012 og fremadrettet.

Status: Besparelsen er udmøntet.

Elektroniske låse i hjemmeplejen

(0,48 mio.kr. i 2012 og -1,4 mio. kr. 2013-2015)

Etableringen af elektroniske låse er et led i indsatsen for at øge BTP i forlængelse af LEAN projektet i hjemmeplejen. Ved at udskifte ”gamle” låse med elektroniske låse hos borgere, der modtager hjemmehjælp og ikke selv kan åbne døren, kan det daglige tidsforbrug med administration af nøgler mindskes for personalet i hjemmeplejen.

Status: Der er gennemført en afdækning af markedet, hvor man bl.a. har indsamlet erfaringer med eksisterende låsesystemer. Endvidere er det afdækket, hvilke nøglesystemer der står overfor at blive sendt på markedet indenfor den nærmeste fremtid. Inden udarbejdelse af den endelige kravspecifikation gennemføres en dialogrunde med et antal leverandører af låsesystemer.

Dette sker med henblik på at sikre, at der ikke stilles krav til låsesystemet som markedet ikke kan honorere, samt at man ikke udelukker sig for eventuelle tilgængelige faciliteter i forbindelse med udarbejdelsen af kravspecifikationen. Det forventes, at udbuddet er gennemført inden udgangen af 2012. Hertil kommer en implementeringsperiode, som skal drøftes under dialogrunden, inden endelig tidsplan kan udarbejdes.

Økonomisk set rykkes hele indsatsen ét år, hvilket betyder, at man ikke opnår det forventede rationale på personalesiden på 1,8 mio. kr. Imidlertid vil der ej heller skulle benyttes de afsatte etableringsmidler på 2,3 mio. kr. i 2012. Disse overføres til 2013, samtidig med at det vurderes, at Frit valg-puljen samlet set ikke løber over i 2012.

Personligt Elektronisk Medicinkort

(-0,70 mio.kr. i 2013-2015)

Lægemedelstyrelsen arbejder på at introducere Det Personlige Elektroniske Medicinkort, der bl.a. har til formål at forenkle myndighederne adgang til den enkelte borgers oplysninger om medicinbehov. Projektet implementeres fra 2013, da IT-infrastrukturen endnu ikke er færdigudviklet.

Status: Besparelsen hidrører ikke 2012. Der er ikke noget nyt fra Lægemedelstyrelsen i sagen.

Lukning af Lykkens Gave tidligere end planlagt + senere ibrugtagning af nyt plejehjem (-4,88 mio .kr. i 2013 og -0,63 mio. kr. i 2014)

Budgetforslaget bestod i at fremrykke lukningen af Lykkens Gave til den 1. marts 2013, hvor 2. etape af Bredebo forventedes åbnet, samt udskydelse af lukningen af Demenscenter Borrebakken til den 1. april 2014. Samtidig blev det foreslået at udsætte åbningen af det nye plejehjem til den 1. april 2014.

Status: Hensigten er fortsat at åbne det nye plejehjem ved Trongården, dog er det flyttet til efteråret 2014, og i den forbindelse nedlægges de utidssvarende plejeboliger på Borrebakken. Lykkens Gave lukkes, når 2. etape på Bredebo åbnes den 1. april 2014. Det er fortsat forvaltningens vurdering, at besparelsen kan opnås i både 2013 og 2014. Det skyldes, at der på grund af Bredebos forsinkelse i perioden samlet set er færre plejeboliger at drifte, uagtet at der må forventes yderligere udgifter til såvel øget hjemmepleje samt øgede udgifter til køb af plejeboliger i andre

Rationaler i drift af plejehjem ved etablering af færre, men større plejehjem (-0,75 mio. kr. i 2012 og -1,5 mio. kr. 2013- 2014)

I forbindelse med færdiggørelserne af ombygningerne på kommunens plejehjem omdannes fem store kommunale plejehjem med mellem 39 og 132 beboere til fire plejehjem med mellem 98 og 122 beboere.

Det betyder, at det i højere grad vil være muligt at udnytte stordriftsfordele ved drift af plejehjem. Dette kan bl.a. ske gennem mere rationelle arbejdsgange via anvendelse af LEAN-principperne.

Status: Besparelsen er udmøntet ved at reducere i budgettet til Virumgaard og Baunehøj i 2012, som i indeværende år er de to eneste plejehjem, der står færdigbyggede med over 100 plejeboliger. Der foregår løbende budgetopfølgning ift. at sikre, at budgettet overholdes.

Rationaler gennem øget brug af "best practice" på frit valg området (-0,50 mio.kr. i 2012 og -1,0 mio. kr. i 2013-2015)

Den Kommunale Leverandør har siden 2009 arbejdet målrettet med at indføre LEAN i den del af organisationen, som leverer frit valg-ydelser (hjemmehjælp). Målet var at sikre en større medarbejdertilfredshed samt højne kvaliteten i udførelsen af frit valg-ydelserne. Indsatsen har afdækket, at der er forskel på timepriserne i de forskellige distrikter, og at der gennem en styrket brug af benchmarking og "best practice" bør kunne opnås et økonomisk rationale

Status: Besparelsen er udmøntet.

Nedlæggelse af en udekørende nattevagtstilling (-0,55 mio.kr. i 2012 og -0,62 2013-2015)

De udekørende nattevagter er organiseret under vagtcentralen og kører i dag to og to i bilerne af tryghedsmæssige årsager.

Fremadrettet vil en nattevagterne køre alene, således at bemanningen reduceres fra 4 til 3. Andre kommuner opererer på samme måde.

Status: Besparelsen er udmøntet.

Reduktion af bevillinger til høreapparater

(-0,50 mio.kr. i 2012-2015)

Der har været en stigende efterspørgsel på høreapparater de senere år, men tilsyneladende er markedet nu mættet. Der er desuden vedtaget nye tilskudsregler, som motiverer borgerne til at købe billigere høreapparater. Konsekvensen er, at der i 2011 bevilliges tilskud til færre og billigere apparater. Det forventes, at denne udvikling fastholdes i 2012 og fremadrettet.

Status: Budgetreduktionen forventes udmøntet.

Hædersgaver (alene +100 årige)

(-0,08 mio.kr. i 2012-2015)

Praksis med hædersgaver til borgere som fylder 100 år fortsættes som hidtil. Beløbet, der i 2011 blev fordelt til områdecentrene med henblik på sociale arrangementer for beboere, afskaffes fra 2012.

Status: Besparelsen er udmøntet.

Handicapområdet

På handicapområdet er der i 2012 budgettilpasninger på -1,3 mio. kr. i 2012 stigende til -3,5 mio. kr. i 2014 – 2015.

Tabel 3. Budgettilpasninger på handicapområdet

Mio. kr.	2012	2013	2014	2015	Status
Hjemtagelse af misbrugsbehandling	- 0,75	-1,25	-1,75	-1,75	Holder planen
Demensgruppe for yngre borgere i eget regi	-0,30	-0,60	-1,00	-1,00	Holder planen
Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov – tidlig forebyggende indsats	-0,50	-1,00	-1,00	-1,00	Holder planen
Støtte til befordring m.v.	0,25	0,25	0,25	0,25	Holder planen
I alt	-1,30	-2,60	-3,50	-3,50	

Hjemtagelse af misbrugsbehandling

(-0,75 mio. kr. i 2012. -1,25 i 2013 og -1,75 i 2014 -2015)

Der oprettes et behandlingstilbud for både alkohol- og stofmisbrugere. Ved oprettelse af eget behandlingstilbud vil Lyngby-Taarbæk Kommune blive i stand til at styrke den helhedsorienterede sagsbehandling. Dette vil medføre øget effektivitet i sagsbehandlingen samt tidsbesparelse.

Status: Tilbuddet starter op 1. maj 2012, og det forventes at budgettet holdes for 2012 og overslagsårene.

Demensgruppe for yngre borgere i eget regi

(-0,3 mio. kr. i 2012, -0,6 mio. kr. i 2013 og -1 mio. kr. i 2014-2015)

Der etableres et særligt dagtilbud til yngre demente borgere à la de tilbud, der i dag er på kommunens plejehjem til ældre demente borgere.

Aktuelt forventes det, at mellem 5-10 hjemmeboende borgere under 67 år vil have gavn af et sådant tilbud. Der købes i dag tilbud til denne gruppe af borgere for ca. 2,5 til 3 mio. kr. og hertil kommer kørsel til dagtilbuddet.

Status: Aktuelt er 14 borgere blevet visiteret til tilbuddet med opstart pr. 10. maj 2012 og der er ansat 3 medarbejdere som starter d. 1. maj.

Tilbuddet vil i 2012 og 2013 blive finansieret via et rammebudget under aktivitetsområde Handicap. Inden udgangen af 2013 skal der tages stilling til om tilbuddet skal overgå til takstfinansiering, afhængig af udviklingen i efterspørgsel og eventuelt salg til andre kommuner.

Det er forventningen at besparelsen for 2012 og 2013 kan indfries som planlagt.

Da budgetforudsætningen som var beskrevet i handlekataloget forud for budgetvedtagelsen har ændret sig ved konkret gennemgang af sagerne, vil alle borgere i målgruppen være hjemtaget til tilbuddet med udgangen af 2012. Det er derfor ikke muligt at indfri yderligere besparelser efter 2013. Der er derfor allerede nu overvejelser i gang, med henblik på at udvide målgruppen til også at omfatte yngre borgere med hjerneskade, som funktionsmæssigt er at ligestille med yngre borgere med demens, og som efterspørger samme type af aktiviteter. Såfremt det vurderes fornuftigt at integrere denne målgruppe i tilbuddet også, vil det være muligt at indfri den fulde besparelse for 2014.

Der vil med udgangen af 2012 blive udarbejdet status og evaluering af tilbuddet med et evt. forslag til, hvordan ovenstående besparelse kan udmøntes.

Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov

(-0,5 mio. kr. i 2012, -1,0 mio. kr. i 2013-2015)

Der har de sidste år været en stigende tilgang til området for ungdomsuddannelse til unge med særlige behov (STU). Det er på den baggrund besluttet at sætte tidligt fokus på arbejdet mod alternative uddannelsesmuligheder til et STU-forløb. Dette skal bl.a. ske gennem et tæt samarbejde mellem forvaltninger og eksterne aktører på uddannelsesområdet.

Status: Der arbejdes med implementeringen af handleforslagene – eksempelvis via samarbejde med øvrige Nord-kommuner.

Budgetreduktion forventes indfriet.

Støtte til befordring m.v.

(0,25 mio. kr. i 2012-2015)

Den 2. maj 2011 besluttede Kommunalbestyrelsen at fjerne budgettet til ”kan”-kørsel til handicappede efter § 117. Dette skete som modgående initiativ på 1. anslået regnskab 2011. Der er ved vedtagelsen af Budget 2012-15 besluttet en budgetbevilling på 250.000 kr. til støtte til befordring m.v.

Status: Der er udarbejdet ny kvalitetsstandard for bevilling af individuel befordring efter § 117. Kvalitetsstandarden har været i høring i Handicaprådet, og er efterfølgende godkendt af Social- og Sundhedsudvalget d. 8. februar 2012.

Bevilling af befordring til handicappede borgere er herefter iværksat.

Sundhedsområdet

På sundhedsområdet er der budgettilpasninger på -0,5 mio. kr. i 2012 stigende til -1,0 mio. kr. i 2013 – 2015.

Tabel 4. Budgettilpasninger på sundhedsområdet

Mio. kr.	2012	2013	2014	2015	Status
Reduceret kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet	-0,50	-1,00	-1,00	-1,00	Holder planen
I alt	-0,50	-1,00	-1,00	-1,00	

Reduceret kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet

(-0,5 mio.kr. i 2012 og -1,0 mio. kr. i 2013-2015)

Budgettilpasningen er et skøn for effekten af kommunes sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Indsatsen omfatter

- forløbsprogrammer for borgere med erkendt kronisk sygdom
- patientuddannelsen: "Lær at leve med kronisk sygdom"
- Kost og Motionsgruppen for borgere i risiko for sygdom på grund af overvægt
- rygestopkurser
- motiverende samtaler samt livsstilssamtaler i sundhedsbussen.

Status: Udgiftsudviklingen for den aktivitetsbestemte medfinansiering for de første måneder af 2012 viser, at forbruget kan holdes indenfor bevillingen. Det er ikke muligt at identificere aktivitetsfald i sammenhæng med de ovennævnte aktiviteter på dette tidspunkt af 2012.

Anlægsområdet

Området gælder særligt byggerier på ældreområdet. Her er budgettilpasninger på -0,5 mio. kr. gennem hele periode.

Tabel 4. Budgettilpasninger på sundhedsområdet

Mio. kr.	2012	2013	2014	2015	Status
Monteringsudgifter (reduktion på 10 %)	-1,40	-0,40	0	-0,50	Holder planen
Lyngby Møllebo	0,90	0	0	0	Holder planen
I alt	-0,50	-0,40	0	-0,50	

Monteringsudgifter (reduktion på 10 %)

(-1,4 mio.kr. i 2012 og -0,4 2013 og -0,5 2015)

Der gennemføres en generel 10 % rammebesparelse på montering af nyt udstyr i forbindelse med en række større anlægsprojekter. Beslutningen medfører en strammere prioritering af

indkøb af møbler, køkkeninventar mv. i nye plejeboliger og botilbud – herunder færre indkøb og inventar af lavere kvalitet.

Besparselsen indarbejdes i budgettet for anlæg.

Status: Kommunalbestyrelsen afgav den 26. marts 2012 anlægsbevilling til monteringsudgifter i en række anlægsprojekter på ældre- og handicapområdet for perioden 2012-15. De reducerede bevillinger er indarbejdet i budgettet og forventes overholdt.

Der vil blive fremlagt særskilt anlægsregnskab for bevillinger over 2 mio. kr. Regnskab for bevillinger herunder fremlægges sammen med regnskabsaflæggelse for de pågældende år, jf. normal procedure herfor.

Lyngby Møllebo

(0,9 mio.kr. i 2012)

Beløbet er dels til møblering af de nye beboerstuer og opholdsstuer (midlertidige plejeboliger), dels relevant sygeplejeudstyr ved etableringen af den nye sygeplejeklinik på Lyngby Møllebo.

Der vil blive fremlagt sag i december 2011 for Social- og Sundhedsudvalget om anlægsbevilling af beløbet i 2012.

Status: Kommunalbestyrelsen har den 19. december 2011 givet anlægsbevilling på 0,9 mio. kr. til møblering mv. på Lyngby Møllebo.

Møbler og sygeplejeudstyr mv. vurderes og indkøbes inden for det bevilgede budget i foråret 2012, idet hele byggeprojektet forventes færdigt medio maj 2012.

Der vil senere i 2012 blive aflagt særskilt anlægsregnskab for det samlede byggeprojekt herunder udgifterne til møblering mv.

Social og sundhedsudvalget 9.5.12
Sag nr. 4
Bilag nr. 1

Kræftrehabilitering

*Fælles tilbud til borgere i regi af det trekommunale samarbejde på
genoptræningsområdet*

April 2012

Indholdsfortegnelse:

1. Indledning	2
2. Baggrund	2
Indsatserne	2
Forventede effekter	3
Økonomi	4
Udgifter.....	4
DUT-kompensation	4

1. Indledning

Gentofte, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal kommuner har i regi af det trekommunale samarbejde på genoptræningsområdet udarbejdet et oplæg til et fælles kræftrehabiliteringstilbud. Kræftens Bekæmpelse har indgået i udarbejdelse af oplægget og vil også indgå som samarbejdspartner i implementering og drift af et eventuelt kommende tilbud.

Oplæg om et fælles kræftrehabiliteringstilbud tager fagligt udgangspunkt i og er i fuld overensstemmelse med de faglige standarder i det af Sundhedsstyrelsen offentliggjorte Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft.

Tilbuddet kan iværksættes 1. juni 2012 under forudsætning af politisk godkendelse i de tre kommuner.

2. Baggrund

I dag overlever flere mennesker en kræftsygdom, og de lever i længere tid med sygdommen, end man har set det tidligere. Det øger behovet for rehabilitering, der kan være med til at sikre, at disse mennesker kan klare sig selv i hverdagen og så vidt muligt genvinder deres funktionsevne.

Sundhedsstyrelsen har som del af Kræftplan III udarbejdet det nationale "Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft", som blev offentliggjort primo 2012. Forløbsprogrammet skal bidrage til at sikre kvaliteten af den faglige indsats og koordineringen af indsatsen tværfagligt og tværsektorielt. Regioner og kommuner forventes at leve op til forløbsprogrammet og har ansvaret for den lokale tilpasning og implementering af indsatsen for rehabilitering og palliation af kræftsyge.

Kommunerne har ifølge forløbsprogrammet en hovedopgave i forhold til rehabilitering og palliation, idet patienten gennem hele forløbet fra henvisning til udredning og frem kan have behov for en bred vifte af indsatser, der ydes i kommunal regi og som kan involvere en række forvaltningsområder i kommunen, primært inden for sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet.

På denne baggrund har Kontaktgruppen for det trekommunale samarbejde på genoptræningsområdet mellem Gentofte, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal kommuner udarbejdet oplæg til et fælles kræftrehabiliteringstilbud. Oplægget er udarbejdet med inddragelse af Kræftens Bekæmpelse og onkologisk afdeling på Herlev Hospital.

Indsatserne

De tre kommuners oplæg til et fælles kræftrehabiliteringstilbud bygger på erfaringer fra andre kommuner samt fra træningstilbuddet "Krop og Kræft" på Rigshospitalet, som har vist sig at have en gavnlig effekt på borgerens fysiske, psykiske og sociale funktionsevne under og efter et kræftforløb.

Formålet med det fælles kræftrehabiliteringstilbud er en opkvalificering af indsatsen til borgere med kræft, således at borgere med kræft oplever størst mulig tilpasning til et aktivt hverdagsliv med eller efter kræftsygdom og behandling. Rehabiliteringsindsatsen baseres på et individuelt, helhedsorienteret, målrettet og evidensbaseret grundlag med det formål, at borgere med kræft opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Rehabiliteringsindsatsen skal tilbydes til borgere med kræft, som er bosiddende i Gentofte, Rudersdal og Lyngby-Taarbæk kommuner, uafhængig af kræftdiagnose, køn, social status og etnicitet.

En borger kan blive henvist fra hospital, praktiserende læge eller kommunal visitator. I hver kommune etableres et team bestående af repræsentanter fra social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet samt sundhedsaktører som er i daglig kontakt med borgere med kræft. Borgeren vil efter en henvisning/første kontakt få tilbudt en forventningssamtale med en kontaktperson fra teamet og få tilrettelagt et individuelt rehabiliteringsforløb. Forløbet kan bestå af:

- Fysioterapeutisk intervention: Fysisk træning, bassintræning, naturaktiviteter, brystkræftbold, individuel fysioterapeutisk/ergoterapeutisk behandling.
- Rygeafvænnning: De enkelte kommuner har etableret rygeafvænningskurser. Det vil være oplagt, at borgere med kræft med behov herfor, kan indgå i disse tilbud.
- Kostintervention: Individuel vejledning via diætist med henblik på vægtreduktion/vægtøgning. Eventuel ergoterapeutisk intervention ved behov for FOTT-behandling (Facio Oral Trakt Terapi)
- Psykosocial intervention: Rådgivning i jobcenter, Kræftens Bekæmpelses rådgivning, Kræftens Bekæmpelses "Patient undervisning - Dit liv", forebyggelseskurser i de enkelte kommuner.

Efter rehabiliteringsforløbet vil borgeren modtage en opfølgings-/udslusnings- og afslutningssamtale.

Kræftens Bekæmpelse ønsker at indgå i et samarbejde med kommunerne omkring udvikling og drift af rehabiliteringsindsatsen for borgere med kræft. Kræftens Bekæmpelse tilbyder dels at delfinansiere opstart af patientuddannelse af psykosocial karakter, dels at koordinere den frivillige indsats, både i forhold til Kræftens Bekæmpelses "egne" frivillige og kommunernes frivilligcentre samt supervision af de frivillige, og dels at tilbyde fagrelevante kurser for kommunalt ansatte aktører.

De tre kommuners oplæg til et fælles kræftrehabiliteringstilbud tager fagligt udgangspunkt i og er i fuld overensstemmelse med de faglige standarder i forløbsprogrammet fra Sundhedsstyrelsen. Krav til kommunerne i forløbsprogrammet imødekommes således af tilbuddet.

Forventede effekter

Det øgede fokus på kræftrehabilitering forventes at medføre en række positive effekter for borgeren og dermed også for dennes behov for øvrige kommunale ydelser.

Det har i en række sammenhænge kunne dokumenteres, at en tidlig og intensiv rehabiliteringsindsats blandt andet i forhold til patienter i kemo- og stråleterapi, nedsætter risikoen for bivirkninger, bedrer borgerens almentilstand og fastholder borgeren på et højere funktionsniveau. En tidlig og intensiv rehabiliteringsindsats forventes tillige at bidrage til, at borgere i den erhvervsaktive alder kan vende hurtigere tilbage til deres hidtidige beskæftigelse, eventuelt på deltid.

Samlet set forventes kræftrehabiliteringstilbuddet således at medvirke til:

- At fastholde borgeren på højere funktionsniveau og dermed reducere behov for pleje-/omsorgstilbud
- At øge borgerens almentilstand og nedsætte risikoen for bivirkninger og dermed begrænse behovet for andre sundhedsydelser, f.eks. indlæggelser på hospital, hvilket vil have betydning for den kommunale medfinansiering af udgifter hertil
- At øge muligheden for hurtigere tilbagevenden til hidtidig beskæftigelse for borgere i den erhvervsaktive alder og dermed reducere udgifter til f.eks. sygedagpenge

Det er ikke muligt forud for etablering af tilbuddene at opgøre et mere præcist potentiale for de forventede positive effekter i forhold til de kommunale udgifter. Tilbuddene vil blive evalueret løbende, særligt efter seks og 12 måneder, hvor tilbuddenes karakter og omfang kan beskrives nærmere.

Økonomi

Kræftens Bekæmpelse bidrager som samarbejdspartner i implementering og drift af et fælles kræftrehabiliteringstilbud med 42.500 kr. i 2012 og 85.000 kr. i 2013. I de følgende år overgår aktiviteterne til ren kommunal finansiering.

Udgifter

De samlede kommunale udgifter til drift af det fælles tilbud og fordeling heraf pr. kommune fordelt på indbyggertal fremgår af tabel 1.

Tabel 1 Udgifter til kræftrehabiliteringstilbud pr. kommune fordelt på indbyggertal

År	Gentofte Kommune	Rudersdal Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	I alt
2012	482.200	369.800	352.300	1.204.300
2013	823.700	634.800	604.000	2.062.500
2014	860.500	662.900	631.500	2.154.900

Der er i beregningen foretaget en modregning af udgifter, som allerede i dag anvendes i eksisterende tilbud om kræftrehabilitering i de tre kommuner. Det er vurderingen, at ressourcebehovet i forbindelse med ergoterapi og diæt-/kostvejledning vil kunne imødekommes indenfor de eksisterende rammer på genoptræningsområdet.

DUT-kompensation

Kommunerne vil i forbindelse med det af Sundhedsstyrelsen udarbejdede forløbsprogram for kræft blive delvist kompenseret via Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT-midler). Der er på landsplan afsat en samlet pulje i 30 mio. kr. i 2012 og 40 mio. kr., når programmet er fuldt indfaset, i 2013 og frem. Heraf går en femtedel til regionerne.

Tabel 2 DUT-kompensation pr. kommune i henhold til gældende vejledning

År	Gentofte Kom- mune	Rudersdal Kom- mune	Lyngby-Taarbæk Kommune
2012	295.200	228.000	220.800
2013	393.600	304.000	294.400

De kommunale nettodriftsudgifter efter modregning af DUT-kompensation vil fra 2014 og frem derfor være 466.900 kr. for Gentofte Kommune, 358.900 kr. for Rudersdal Kommune og 337.100 kr. for Lyngby-Taarbæk Kommune.

Social og sundhedsudvalget 9.5.12

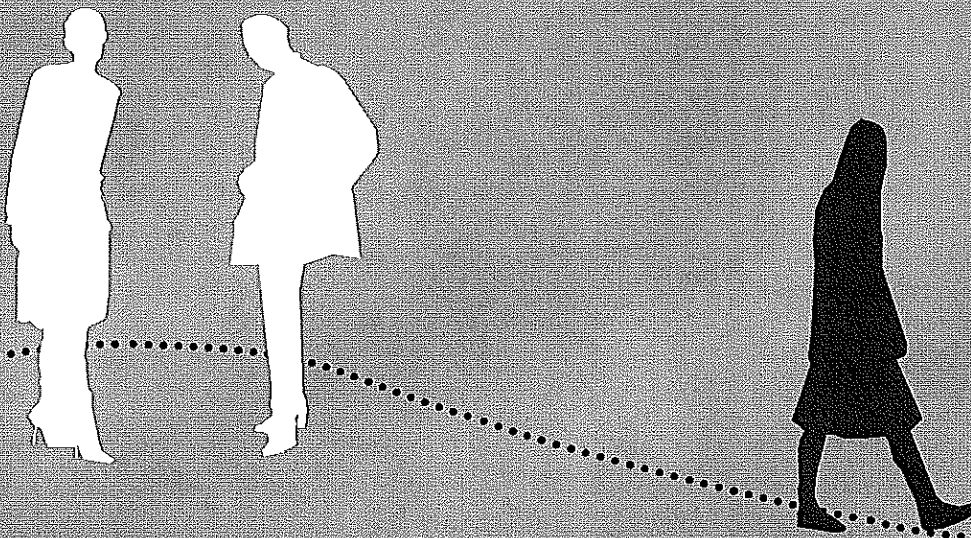
Sag nr. 5

Bilag nr. 1

Forankringsnotat

Akuttilbud i Lyngby-Taarbæk Kommune

Forsøg med akuttilbud for
personer med sindslidelser



SOCIALSTYRELSEN

NIRAS

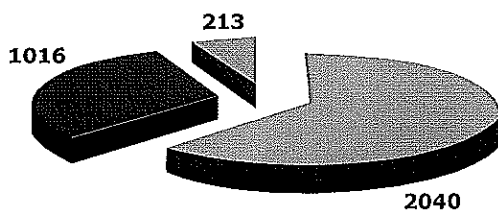
1

Hvad er Akuttilbuddet?

Psykisk førstehjælp

Akuttilbuddet er rettet mod borgere i kommunen i akut psykisk krise, og det er tilgængeligt døgnet rundt alle ugens dage. Borgere i psykisk krise kan henvende sig til akuttilbuddet pr. sms, e-mail, telefon eller ved personligt fremmøde. Størsteparten af henvendelserne kommer via telefonen. Medarbejderne bruger ofte telefonsamtalen som en indgang til at arrangere et efterfølgende ansigt-til-ansigt-møde med borgeren, hvor der kan arbejdes med en kriseplan. Når der er behov for det, kan akuttilbuddet tilbyde overnatning i kortere perioder. Henvendelser er i udgangspunktet anonyme og uden forudgående visitation eller henvisning.

Akuttilbuddet startede i november 2010 og har siden da haft mere end 3.200 henvendelser, hvoraf ca. 90 % kommer fra borgere i målgruppen, mens de øvrige henvendelser har været fra pårørende eller ansatte i kommunen med brug for råd og vejledning. Samlet set har akuttilbuddet gennem de 15 måneder været anvendt af 422 borgere. Ud af det samlede antal henvendelser er 55 % fra Lyngby-Taarbæk Kommune, og 28 % er fra andre kommuner, mens der i 17 % af henvendelserne ikke er angivet kommune.



- Rådgivning over telefon/mail/sms
- Rådgivning i akuttilbud eller i borgers hjem
- Overnatninger

Figur 1: Samtlige henvendelser til Akut Team i projektperioden

Organisering af akuttilbuddet

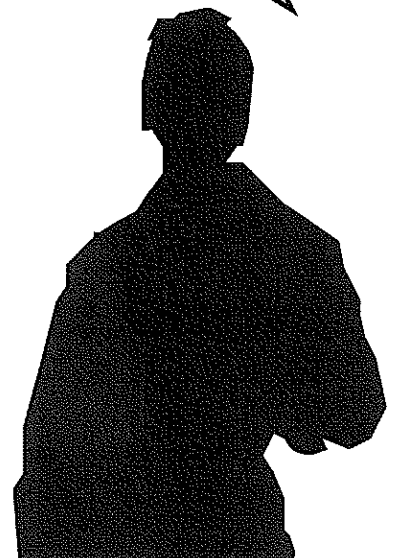
Akuttilbuddet er placeret i Lyngby som en del af Slotsvænget, der er et botilbud for personer med sindslidelser, og Akuttilbuddet rummer bl.a. samtalerum, opholdsrum og to værelser med overnatningsfaciliteter. Der er 12 medarbejdere tilknyttet tilbuddet, hvoraf hovedparten før projektstart var tilknyttet Slotsvænget og derfor har stor erfaring med målgruppen. Ud over projektlederen er yderligere to medarbejdere på fuld tid, mens de øvrige er på deltid.

CITATER

"Jeg ved det ikke, for på det tidspunkt, var jeg langt ude, og var tæt på at begå selvmord, så jeg ved ikke, om jeg kunne have fundet på at gøre det. Det handlede lige så meget om, at jeg kunne føle, at jeg fik noget hjælp, for det var det, jeg manglede, for selvom jeg snakkede med min studievejleder, var det ikke hjælp nok, det var mest om skolen og sådan." (Borger)

"Samfundsmæssigt er det en kæmpe stor investering i mig som menneske, og nøj hvor er jeg taknemmelig – nu kører min virksomhed." (Borger)

"Hvis det ikke var her, vil jeg helt klart have færre ressourcer til at klare de daglige gøremål, støvsuge, købe ind, vaske tøj, gå på nettet og ordnet sager, banken eller gå til tandlægen." (Borger)



2

Hvem bruger Akuttilbuddet?

Mangfoldighed af brugere

Akuttilbuddet kan bruges af alle kommunens borgere over 18 år. Akuttilbuddets brugere kan opdeles i tre grupper:

Den første gruppe er borgere, der allerede er i fast kontakt med socialpsykiatrien. Denne gruppe udgør lidt under halvdelen af brugerne. For denne gruppe har tilbuddet stor værdi ved at være døgnåbnet og ved at kunne tage hånd om dem, når de får et akut behov, mens de øvrige muligheder i socialpsykiatrien ikke er tilgængelige. Til gengæld har denne gruppe ofte en meget bred opfattelse af, hvad akut krise dækker over, og kontakter således også tilbuddet bl.a. for at få afhjulpet fx følelsen af ensomhed.

Den anden gruppe er brugere, som tidligere har haft en mere sporadisk berøring med det psykiatriske system – typisk borgere, der har arbejdsmarkedstilknnytning og familie, og som ikke har brug for særlig meget støtte.

Den tredje og sidste gruppe har ingen kontakt med psykiatrien i forvejen. Denne type borgere har hørt om tilbuddet igennem UU-vejledning, venner og familie eller har set nogle af Akuttilbuddets plakater, tilbuddets hjemmeside – **www.akuttilbuddet.dk** – eller har læst om projektet i lokalavisen, hvor tilbuddet er blevet beskrevet i et par artikler.

CASES

Peter har psykiske problemer og er derfor førtidspensionist. Han har svært ved at klare sin hverdag og har i perioder altdominerende selvmordstanker. Ved at kunne kontakte akuttilbuddet, når han har det værst, kan han bedre klare de små ting i hverdagen fra overhovedet at stå op om morgenen til at ordne hverdagsting som rengøring og personlig hygiejne. Akuttilbuddet hjælper Peter med at klare sig i eget hjem. *"Jeg trøster mig selv ved at sige, at jeg har Akuttilbuddet. At jeg ikke nødvendigvis behøver at komme helt derud, hvor jeg skal have et reb at hænge mig i. Jeg kan tage det før, at problemerne bliver for store."* Det er en stor fordel for Peter, at medarbejderne kender ham og hans historie og på den måde hurtigere og mere effektivt kan hjælpe ham.

FAKTABOKS

- Omkring 60 % af dem, som bruger akuttilbuddet, er kvinder
- Omkring en fjerdedel er under 30 år, mens næsten halvdelen er mellem 30 og 49 år
- Ud af de samlet set ca. 3.200 henvendelser har de 422 været unikke henvendelser, dvs. fra borgere, som ikke har brugt akuttilbuddet
- Næsten alle henvendelser fra borgere sker på borgerens eget initiativ
- Den mest udbredte årsag til, at borgere henvender sig, er behovet for kontakt, hvilket er et tema i næsten halvdelen af samtalerne. Øvrige temaer, der er fremherskende i samtalerne, er: nedtrykthed, angst samt støtte og omsorg

De to sidste grupper af borgere kan være havnet i mere eller mindre akut opståede, uoverskuelige problemer: angst, kaos, depression, modløshed osv. For denne gruppe af psykisk skrøbelige tjener akuttilbuddet det formål, at der i dårlige perioder tilbydes et sted, som de kan kontakte, og hvor de kan få styr på en akutuel krise, inden den tager for meget magt fra dem.

Torben har to mindre, hjemmeboende børn, er fraskilt og er selvstændig erhvervsdrivende. Han har arbejdet siden han var ti år og har aldrig været arbejdsløs, så arbejdet er en stor del af Torbens identitet. Torben fik en depression, da finanskrisen begyndte at ramme hans virksomhed. Da han fik et brev fra SKAT om at betale et stort beløb tilbage, samtidig med at han ikke havde flere penge, krakelerede hans verden. *"Det eneste jeg kunne gøre var at tude, og jeg satte mig ned og kiggede ud i luften og tænkte på at hoppe ud af vinduet, det er ekstremt skræmmende, når det rammer en."* Torben fik hurtigt arbejde som lønmodtager, fordi han skulle forsørge sine børn. Akuttilbuddet har hjulpet ham til at få overblik over sin situation, at fastholde arbejdet i de svære tider, at være der som far for sine børn og langsomt at få styr på sin virksomhed igen. Torben vurderer, at Akuttilbuddet har hjulpet ham med at kom videre fra den akutte krise og fastholde hverdagen.

3

Vurdering af Akuttilbuddet

Krisehåndtering og handleplan

Akuttilbudets force er, at man har mulighed for at tage problemerne i opløbet og herved kan forhindre, at borgernes tilstand forværres, eller at borgerne får behov for eller oplever at blive afvist fx på psykiatrisk skadestue.

Kriseplanen er Akuttilbuddets metodiske værktøj til at skabe overblik og handlemuligheder for borgeren – og herigennem en vej ud af krisen. Kriseplanen udarbejdes ved fysiske møder, primært i dagtimerne. Der gøres efterfølgende løbende status på kriseplanen efter fem dage, efter en måned, efter et halvt år og slutteligt efter et år. Fordelen ved dette er, at opfølgningen kan hjælpe med til, at krisen ikke vender tilbage, og desuden hjælpe borgeren til, at der handles på krisen på både kort og lang sigt. Men det er vigtigt at være opmærksom på, at opfølgningen er tidskrævende for tilbuddets medarbejdere, og at man med den systematiske opfølgning afviger fra den her-og-nuprægede kriseløsning, der var Akuttilbuddets oprindelige formål.

Ud over kriseplanen og opfølgningerne på den har akuttilbuddet en bred vifte af værktøjer, som kan hjælpe borgerne med at finde ro, opnå tryghed og sikkerhed og fx at kunne sove om natten

Akuttilbuddets henvendelser

Arbejdet med kriseplaner og opfølgninger på kriseplaner foregår som nævnt i høj grad i dagtimerne. Nedenstående figur viser, hvordan henvendelserne fra borgere i den primære målgruppe er fordelt på ugedage og tidspunkter, hvor den mørkere farvenuance viser, hvornår der er flest henvendelser.

Skemaet viser, at der er flest, der kontakter Akuttilbuddet i dagtimerne og de tidlige aften-timer frem til kl. 20. Selvom der er relativt få henvendelser i nattetimerne, skal dette også ses i lyset af, at det for mange – særligt brugere af socialpsykiatrien – i høj grad opfattes som tryghedsskabende alene det, at muligheden for hjælp og kontakt eksisterer, og at der ikke nødvendigvis derfor hver gang er brug for at realisere muligheden.

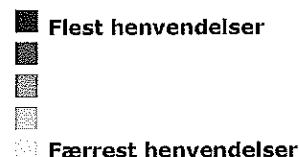
CITATER

"Det ville helt klart give et sug i maven hvis det lukkede om natten – bare det, at de er der, er en stor hjælp, selvom jeg aldrig har brugt det om natten." (Borger)

"Jeg synes, det er ubehageligt, at Akuttilbuddet er til diskussion, som det er nu, for jeg har rigtig meget brug for det lige nu." (Borger)

"Jeg ikke lyst til at tage til Gentofte og sige til en psykiater, at jeg har selvmordstanker og så ville han sige, at så skal du på den lukkede afdeling, og så ville jeg få det rigtig dårligt." (Borger)

	mandag	tirsdag	onsdag	torsdag	fredag	lørdag	søndag
00.00-03.59							
04.00-07.59							
08.00-11.59							
12.00-15.59							
16.00-19.59							
20.00-23.59							



Tidlig indsats

Med Akuttilbuddet får borgerne et sted, hvor de kan henvende sig med en psykisk krise, uden at det betyder, at de bliver en 'sag' hos kommunen, hvis de ikke allerede er det. Det er altså muligt at få hjælp her og nu, uden at man skal vente eller visiteres, samtidig med at akuttilbuddet forebygger, at borgerens krise udvikler sig til, at der skal visiteres fast støtte i socialpsykiatrien. På den måde udgør akuttilbuddet en mulighed for tidlig forebyggende indsats hos de borgere, hvor den psykiske krise ikke er så omfattende, at de kan indlægges, men hvor de har brug for hjælp til at komme videre. Akuttilbuddet er fleksibelt, således at en meget bred målgruppe kan søge hjælp her. Hvis ikke akuttilbuddet kan hjælpe direkte, kan det vise borgeren videre i det kommunale system, således at borgeren på anden vis kan få hjælp, før krisituationen yderligere forværres.

Blandt brugerne er der en udpræget oplevelse af, at tilbuddet giver tryghed, både når man er i krise og efterfølgende, fordi man ved, at der er en mulighed for at få hjælp, hvis krisen presser sig på igen.

Regionspsykiatri	Takst for kommunal egenfinansiering, 2012
Indlæggelsesdag i behandlingspsykiatri	2.024 kr.
Ambulant behandling i behandlingspsykiatri (distriktspsykiatri såvel som psykiatrisk skadestue)	506 kr.

Tablel: Kommunal egenfinansiering af regionspsykiatri
Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (<http://www.sum.dk/Sundhed/DRG-systemet/Takster/2012.aspx>)

Tabellerne viser de udgifter, kommunerne har til behandlings- og socialpsykiatriske tilbud. Tallene illustrerer samtidig de muligheder, der er for besparelser, såfremt akuttilbuddet – evt. i kombination med moderat § 85-støtte – kan indfri borgernes behov og forebygge optrapning af krisituationer.

Et velkomment tilbud

Det er endvidere en hjælp for samarbejdspartnere, at de kan henvise psykisk ustabile eller psykisk sårbare borgere til et andet sted, når de enten ikke selv kan hjælpe, eller når der er brug for støtte uden for deres åbningstid. Således viser en undersøgelse blandt samarbejdspartnere, at fx kommunale sagsbehandlere, praktiserende læger, Ungdommens Uddannelsesvejledning, Jobcenteret og hjemmeplejen oplever, at der er store fordele ved, at akuttilbuddet kan træde til, når det er nødvendigt. Repræsentanter for disse institutioner udtrykker generelt stor tilfredshed med akuttilbuddet – fx beskriver en medarbejder fra psykiatrien tilbuddet som "meget kærkomment" og som noget, der i høj grad er med til at afhjælpe et behov, som kun er blevet større, efter at den lokale psykiatriske skadestues åbningstider er blevet indskrænket. Uden akuttilbuddet er det desuden svært, når der står en grædende person med en psykisk krise hos borgerservice at se, hvad man som sagsbehandler kan gøre for at hjælpe borgeren videre. Således udfylder Akuttilbuddet et tomrum i kommunens tilbud. Akuttilbuddet opfylder forskelligartede behov hos brugerne og aflaster og støtter andre kommunale eller behandlingsrelaterede funktioner. Herudover støtter Akuttilbuddet også pårørende til sindslidende.

Socialpsykiatri	Årlig omkostning pr. borger
Bostøtte i eget hjem (SEL § 85) – 5 timer pr. uge	85.540 kr.
Botilbud i egen kommune (SEL § 107)	290.374 kr.
Botilbud i egen kommune (SEL § 108)	753.725 kr.
Botilbud uden for kommunen (SEL § 107)	649.590 kr.
Botilbud uden for kommunen (SEL § 108)	871.814 kr.

Tablel: Omkostninger til socialpsykiatriske tilbud
Kilde: Lyngby-Taarbæk Kommune

Mulige økonomiske besparelser

Som et grundvilkår for anonyme og ikke visiterede tilbud, der har et forebyggende sigte, er det vanskeligt at opgøre direkte besparelser som følge af tilbuddet. På baggrund af interview med ledelsen, ansatte, samarbejdspartnere og brugere kan vi dog udpege en række områder, hvor der antages at være opnået økonomiske besparelser, idet Akuttilbuddet:

- Modvirker, at der opstår behov for fast bostøtte i eget hjem (§85)
- Skaber tryghed, således at borgeren kan bo i egen bolig, da muligheden for hjælp døgnet rundt fra bostøtte og akuttilbud bevirker, at det ikke er nødvendigt, at man bor på døgnbemandet botilbud (§107 og 108)
- Forebygger, at en krise udvikler sig således, at en borger skal indlægges
- Forebygger såkaldte omsorgsindlæggelser, hvor borgeren indlægges kortvarigt, fordi der ikke er andre muligheder
- Fastholder borgere i uddannelse og på arbejdsmarkedet, fordi den akutte krise løses, og handlingsmuligheder opstår i borgerens lokalmiljø
- Nedsætter antallet af sygemeldinger
- Aflaster andre kommunale medarbejdere ved at tage hånd om borgere i akut krise

Hertil kommer de menneskelige gevinster for de borgere, som har fået hurtig og lettilgængelig hjælp i en situation, som de havde svært ved at magte. Dette gælder både de borgere, som har gjort brug af Akuttilbuddet mange gange, når de har en psykisk svær periode, og de borgere, som har fået hjælp til at komme ud af en midlertidig psykisk krise, hvor de dystre tanker skulle vendes.

CITATER

"Det, jeg har mødt her, er en professionalisme, som i den grad har kunnet komme ind til tingenes kerne, og var det ikke for det her, havde jeg været sygemeldt og været den dårligst tænkelige skatteborger." (Borger)

"De startede med at give mig en lille opgave hver gang, noget så simpelt, husk at du skal tage en dyb indånding og smil, sæt dig ned slap af og smil, og kom helt ned i puls." (Borger)

"Jeg har haft det sådan på et tidspunkt, at jeg ikke kunne være alene, var bange for at ville tage mit eget liv. Jeg tænker, at muligheden for at kunne overnatte her, det kan være en mulighed at få noget omsorg, det er bare trygt at vide. Men jeg har aldrig gjort det." (Borger)



4 Fremtidig forankring af Akuttilbuddet

Slotsvænget og Akuttilbuddet

I de nuværende rammer af Slotsvænget ville en fysisk flytning af Akuttilbuddet i forbindelse med en videreførelse være at foretrække. Dette skyldes, at Akuttilbuddets rammer ikke er optimale, og desuden den af borgerne oplevede tætte integration med fælles dør og manglende tydelig adskillelse mellem Akuttilbuddet og det øvrige Slotsvænget. Men Slotsvænget er ved at gennemgå en større ombygning og renovering, hvor de nye lokaler giver nye muligheder for i højere grad at adskille akuttilbuddet fra bostedet, selvom der deles adresse.

Organisatorisk og bemandingsmæssigt er der mange fordele ved at fastholde akuttilbuddets tilknytning til Slotsvænget. Fx er det muligt at dele aften- og nattevagter og således gøre tilbuddet mindre omkostningstungt. En fremtidig model kunne være at integrere Akuttilbuddet yderligere i Slotsvænget rent organisatorisk og måske i forhold til vagtplanlægning, samtidig med at det fysisk adskilles mere fra botilbuddet.

Hjælp hele døgnet

Der er forskellige ønsker og muligheder for at fortsætte akuttilbuddets funktioner. Behovet for akut hjælp med kriser hele døgnet er blevet af-dækket. Behovet i nattetimerne er begrænset, men her skal det tryghedsskabende element tages med i overvejelserne, da der er mange borgere, som beskriver den tryghedsskabende effekt af bare at have muligheden for kontakt. Tilbuddet bygger på hurtig og forebyggende indgriben og hjælp, hvor målet er hurtigst muligt at vende tilbage til eget liv.

Det anbefales, at akutfunktionen som telefonisk livline og sikkerhedsnet fastholdes. Det kan være ved at fortsætte Akuttilbuddet i dets nuværende form eller ved enten at videreføre denne funktion under et andet tilbud eller at udvide Akuttilbuddet med flere funktioner.

En mulighed for at styrke Akuttilbuddet er at knytte det tættere til myndighedsafdelingen ved at øge samarbejdet, særligt om den del, der går ud over det akutte. Dette kan være gennem mere koordinering og samarbejde eller ved, at en medarbejder fra myndighedsafdelingen med kendskab til sagsge og tilbud i kommunen tilknyttes Akuttilbuddet fx på deltid. Dette ville også give yderligere handlekraft til akuttilbuddet, som så i givet fald vil kunne bevilge nødvendige ydelser etc.

Nye muligheder

Ud over de områder, hvor der vurderes at være potentielle besparelser, muliggør akuttilluddet også, at man kan tænke og afprøve nye tiltag i socialpsykiatrien, fx i højere grad at afprøve modeller, som kan være et alternativ til døgnbemandet botilbud (§108). Det vil således være muligt at fastholde flere beboere, der er utrygge eller har brug for støtte om natten, i eget hjem. De vil i stedet kunne gøre brug af akuttilluddet, når de er utrygge eller har det dårligt, og det vil samlet set være en stor besparelse, hvis det realiseres. Det muliggør mere fleksibilitet og nye kombinationer i ydelserne, da der er nogen til stede i døgn drift, der kan træde til, når en psykisk krise for en borger spidser til.

Vurderingen er, at det vil være hensigtsmæssigt at koble akuttilluddet sammen med andre ydelser i en form for støttecenter, det kunne fx være bostøtte i eget hjem (§85) eller botilbud (§107 og 108).

Det kunne også være en mulighed at udvide akuttilluddet med en herbergsfunktion, således at man ikke skal betale for en herbergsplads uden for kommunen. Akuttilluddet kan desuden som en mulighed sammenlægges eller udvides med et værested, således at organisation og medarbejdere kan gå på tværs. En udfordring i denne konstellation er dog, at det ikke er de samme kompetencer, der kræves af medarbejderne, og man risikerer derfor at have overkvalificerede medarbejdere siddende i værestedet.

Vælges en udvidelse af akuttilluddets funktion med fx herberg eller værested, må man overveje, om det ændrer stedets profil og brugersam-

mensætning i en sådan grad, at man dels mister tiltrækningskraften for ikke-psykiatriske borgere, dels mister muligheden for at håndtere den akutoptåede situation.

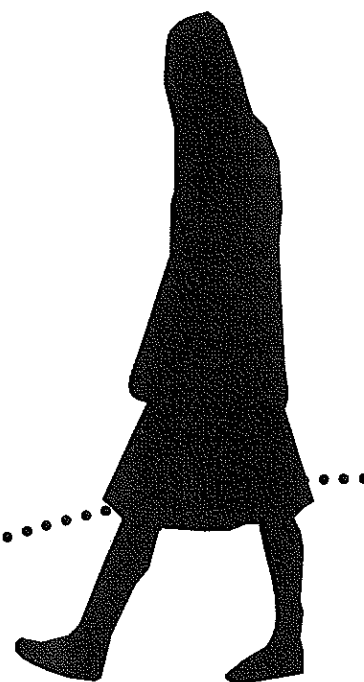
En helt anden mulighed kunne være at udvide optageområdet ved at samarbejde med en af nabokommunerne.

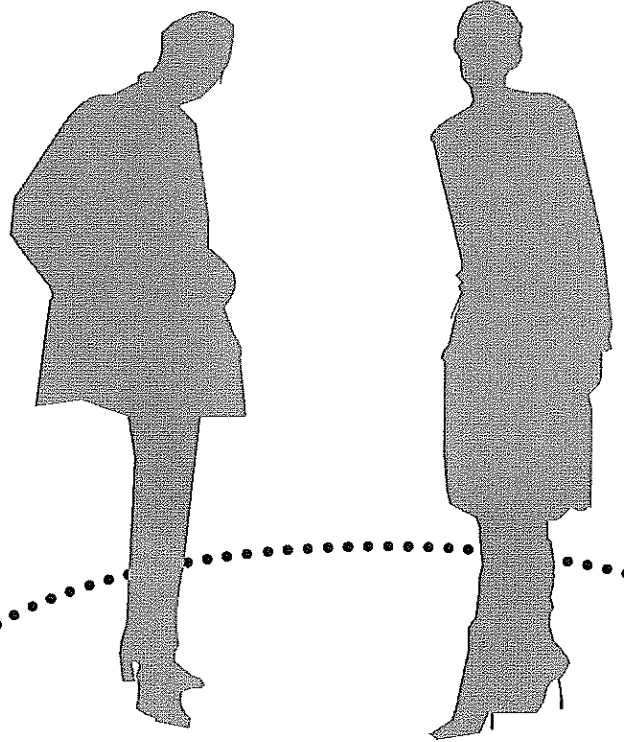
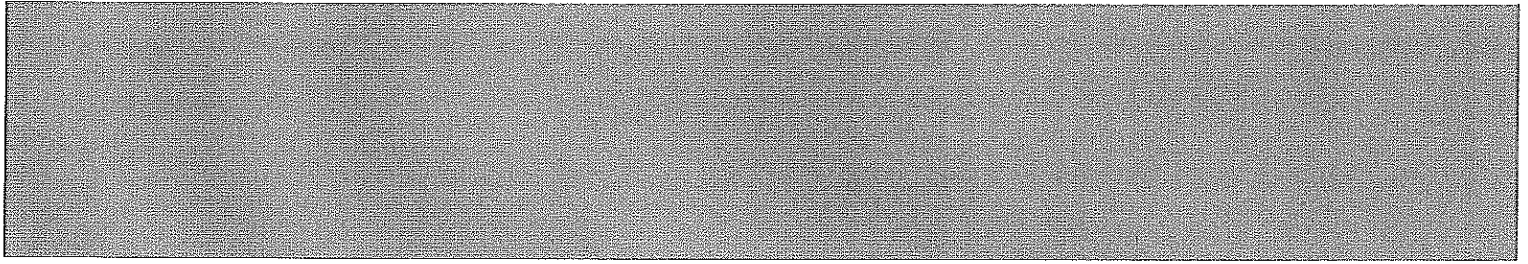
NIRAS

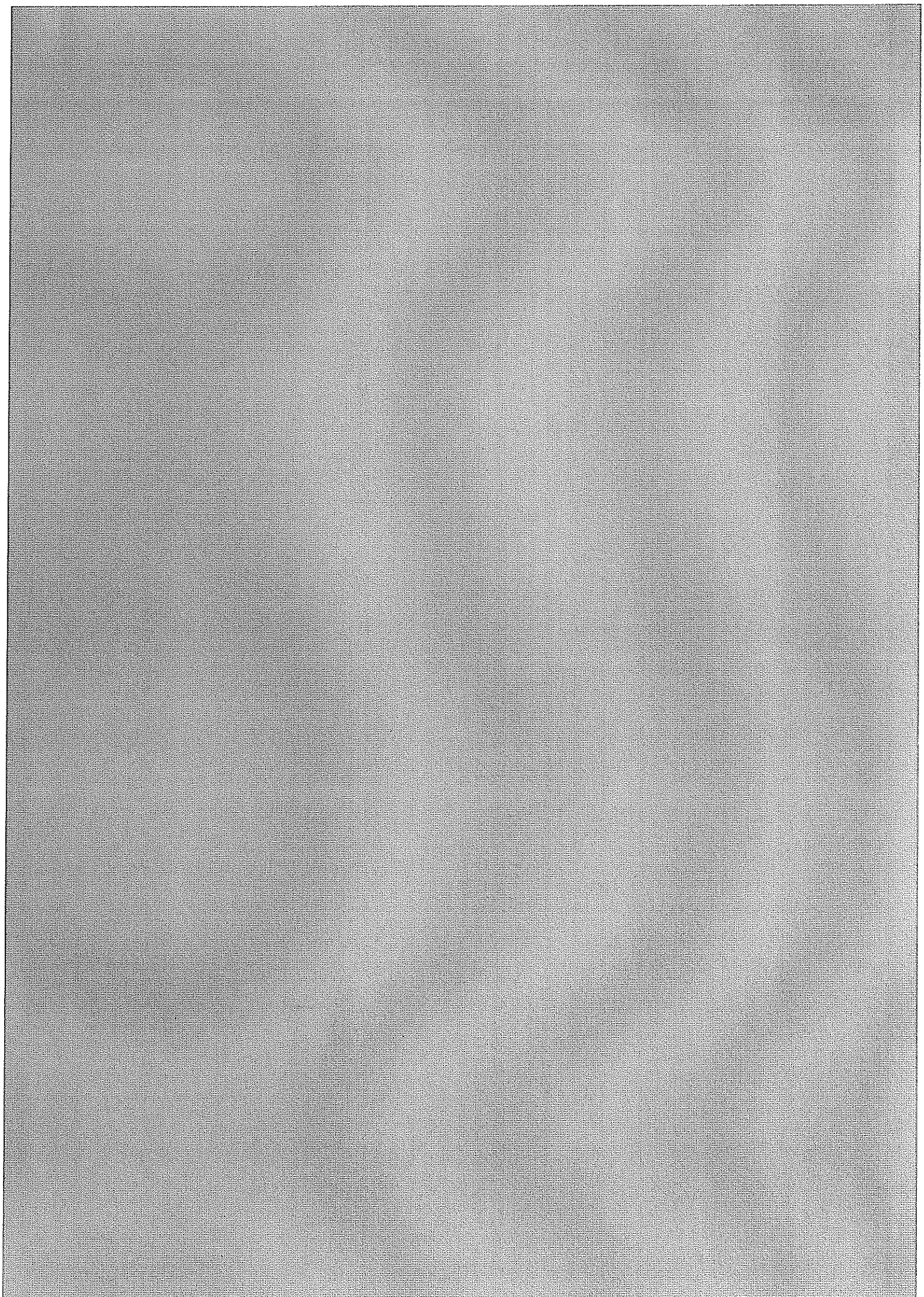
Carsten Nykjær Madsen, projektchef, cnm@niras.dk

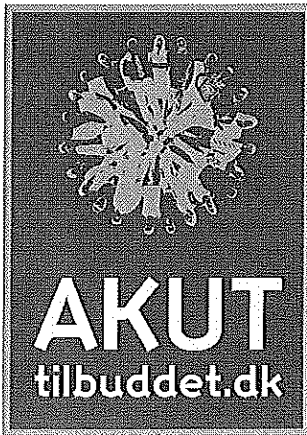
Thue Hillgaard, chefkonsulent, thi@niras.dk

Sabine Klinker, konsulent, sak@niras.dk









Lyngby d. 24. april 2012

Borgerevaluering af Akuttilbuddet

Akuttilbuddet i Lyngby-Taarbæk Kommune har været åbent for borgere siden den 8. november 2010. I perioden fra åbningsdagen og frem til februar 2012 har 420 borgere med en akut psykisk krise opsøgt Akuttilbuddet.

De fleste henvendelser til Akuttilbuddet er pr. telefon, hvor borgeren får støtte til at håndtere og mestre krisen. Er der tale om mere komplekse situationer og problematikker, opfordres borgeren til at møde op i Akuttilbuddet for at få lavet en kriseplan. Til dato er der blevet lavet kriseplaner for 205 borgere.

Baggrund for Akuttilbuddets egen evaluering

Akuttilbuddet i Lyngby-Taarbæk Kommune er et af syv satspuljefinansierede akuttilbud landet over. Socialstyrelsen står for den overordnede styring af projekterne og har hyret NIRAS til at forestå en evaluering af projekterne.

Evalueringen fra NIRAS berør ikke borgernes tilfredshed med den støtte de modtager, ligesom den ikke måler på en eventuel forbedring af borgernes situation. Derfor har Akuttilbuddet og Socialforvaltningen i Lyngby-Taarbæk Kommune aftalt, at Akuttilbuddet foretager en supplerende evaluering, der så vidt muligt undersøger disse ting.

Formål

Formålet med Akuttilbuddets egen evaluering er

- at indsamle oplysninger om borgernes tilfredshed med Akuttilbuddet
- at undersøge, om der kan konstateres en forandring af borgernes situation, herunder naturligvis om forandringen er til det bedre.

Metode

Akuttilbuddet har udviklet et spørgeskema om dels borgernes tilfredshed med den støtte de fik fra Akuttilbuddet, dels borgernes vurdering af deres egen situation. Spørgsmålene om borgernes vurdering af deres egen situation tager udgangspunkt i den kriseplan som Akuttilbuddet har udviklet med inspiration fra internationale samarbejdspartnere. Kriseplanen er dels et redskab til at beskrive

den aktuelle situation med fokus på hvordan de psykiske udfordringer kommer til udtryk, dels et planlægningsværktøj hvor borgeren sammen med en medarbejder fra Akuttilbuddet lægger en plan for hvordan den akutte krise skal håndteres, hvad der skal gøres, og hvem der skal gøre det. Kriseplanen blev udviklet i foråret 2011 og blev taget i brug i april 2011. Spørgeskemaet til opfølgningen blev taget i brug juni måned 2011.

Når borgerens krise er blevet løst, spørges borgeren om en medarbejder fra Akuttilbuddet må kontakte ham eller hende en måned senere for at spørge til borgerens situation. Langt de fleste borgere giver tilsagn til dette.

Spørgeskemaet har på forhånd definerede svarkategorier, som giver mulighed for at kvantificere de områder, der spørges ind til. Spørgeskemaet rummer også plads til kommentarer og dermed mere kvalitative betragtninger. Spørgeskemaet er besvaret ved at en medarbejder har interviewet borgerne over telefonen.

Respondenter

Evalueringen er baseret på oplysninger fra borgere som kontaktede Akuttilbuddet i perioden maj 2011 til december 2011, og hvor der som minimum er blevet lavet en opfølgningssamtale efter en måned. For nogle af disse er der desuden lavet opfølgning efter seks og tolv måneder, men der er tale om så få respondenter, at der ikke er udført selvstændig analyse på disse. De tendenser, som kan ses efter en måned, ser dog ud til at holde ved efter seks og tolv måneder.

Evalueringen bygger på skemaer fra knap 50 borgere.

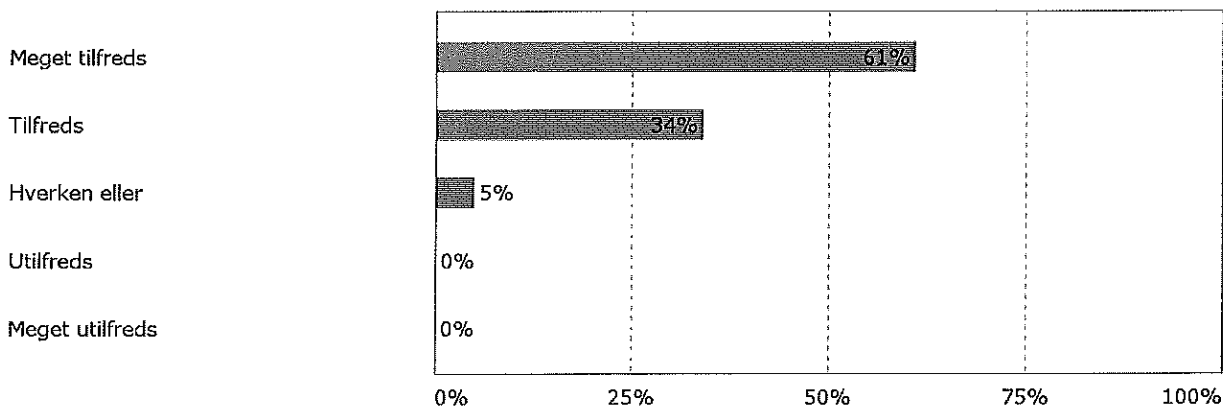
Resultater

Borgernes tilfredshed

Overordnet set må man sige, at tilfredsheden med Akuttilbuddet er stor. Som det fremgår af figur 1, har ingen af de borgere, der har besvaret spørgeskemaet, været utilfredse med den hjælp de har fået. Næsten to tredjedele har svaret at de er meget tilfredse, og en tredjedel at de er tilfredse.

Figur 1: Tilfredshed med hjælpen

Hvor tilfreds er du med den hjælp du fik fra Akuttilbuddet?

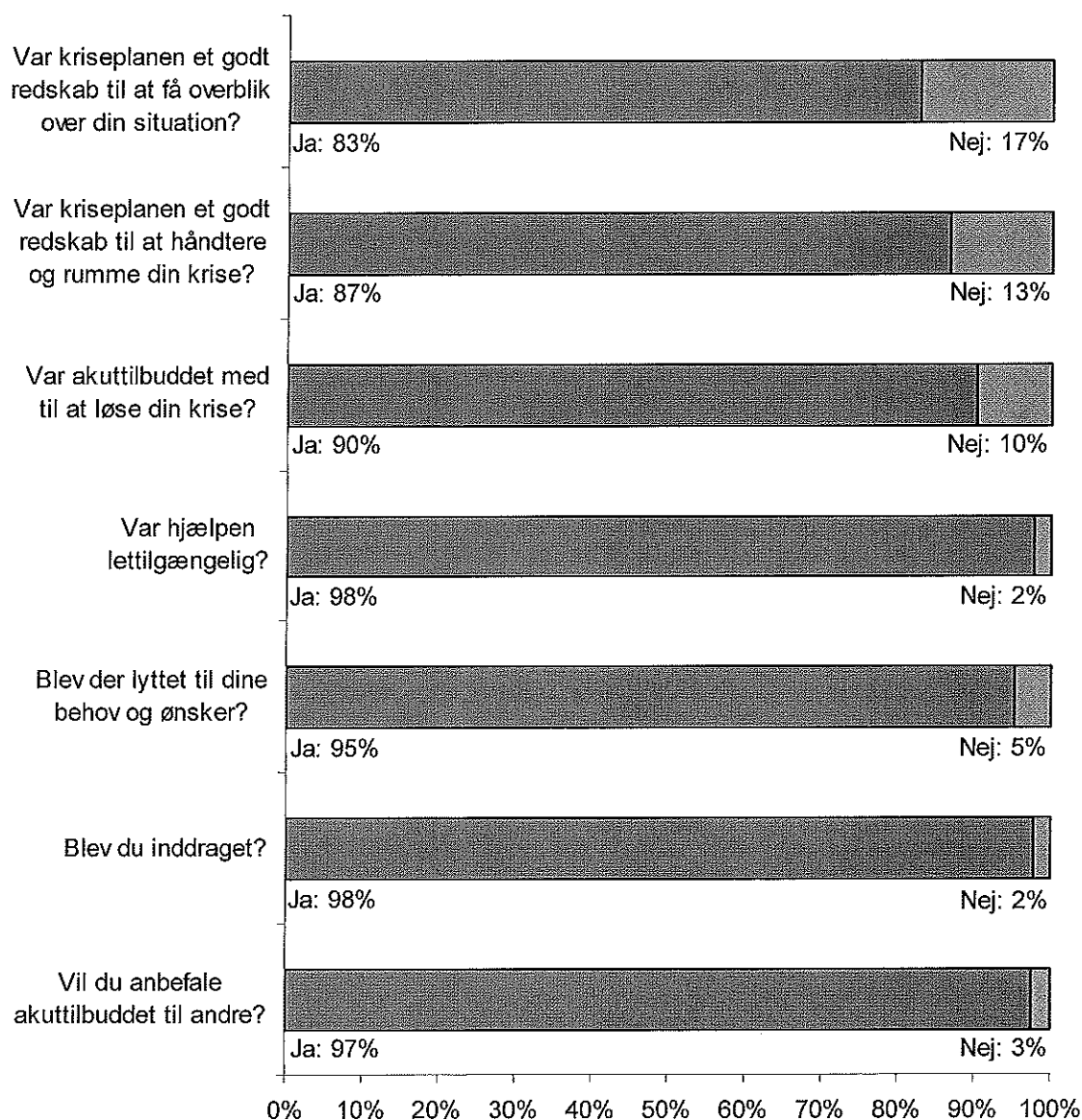


Respondenterne blev desuden bedt om at vurdere nogle konkrete områder, som kendetegner Akuttilbuddets indsats. Det gælder for det første Kriseplanen, som er det værktøj Akuttilbuddet bruger i arbejdet med at hjælpe borgeren til at få overblik over og håndtere den akutte psykiske krise.

I forbindelse med opstarten formulerede Akuttilbuddet desuden nogle hypoteser om, at Akuttilbuddet kunne skabe en indsats, hvor borgerne følte sig inddraget og lyttet til, og hvor de oplevede at tilbuddet var let tilgængeligt og uden ventetid. Derfor blev borgerne også spurgt om deres vurdering af disse parametre.

I figur 2 sammenfattes resultaterne af borgernes besvarelser.

Figur 2: Vurdering af kriseplan, tilgængelighed og inddragelse



Tilbagemeldingerne vidner om en udtalt tilfredshed med Akuttilbuddets brug af kriseplanen som metode. Dette svarer fint til de tilbagemeldinger, som medarbejderne i Akuttilbuddet regelmæssigt får fra borgere om, at kriseplanen virker overbliksskabende: den sammenfatter borgernes situation, tydeliggør borgernes mål og angiver en konkret plan for at arbejde med at realisere målene og med inddragelse af de relevante samarbejdspartnere.

Undersøgelser af, hvad der skaber forudsætningerne for, at mennesker kommer sig fra alvorlige psykiske problemer, viser at netop overblik og kontrol over situationen kan være afgørende for den individuelle proces. At et enkelt værktøj som kriseplanen kan bidrage til at skabe overblik og kontrol over en akut psykisk krise, kan forhåbentlig være med til at give borgerne større modstandskraft på længere sigt.

Borgerne giver også udtryk for, at de bliver mødt og lyttet til af medarbejderne, og for at de bliver inddraget i beskrivelsen af deres situation og i udarbejdelsen af en plan for, hvordan der kan skabes løsninger på deres problemer. Endelig oplever borgerne, at det er nemt at komme i kontakt med Akuttilbuddets medarbejdere, at der ingen ventetid er og at tilgængeligheden således opleves som god.

Undersøgelser af hvad der hjælper mennesker i akut psykisk krise og mennesker med langvarige sindslidelser viser, at tilgængelighed, det positive møde og borgerinddragelse er afgørende parametre for tilbud som Akuttilbuddets mulighed for succes. Derfor er det godt, at borgerne næsten enstemmigt evaluerer dette positivt. Samtidig er det nogle områder, hvor psykiatrien ofte modtager kritik, og i dette lys er det endnu mere tilfredsstillende at Akuttilbuddet får så gode tilbagemeldinger.

Effekt på mental sundhed

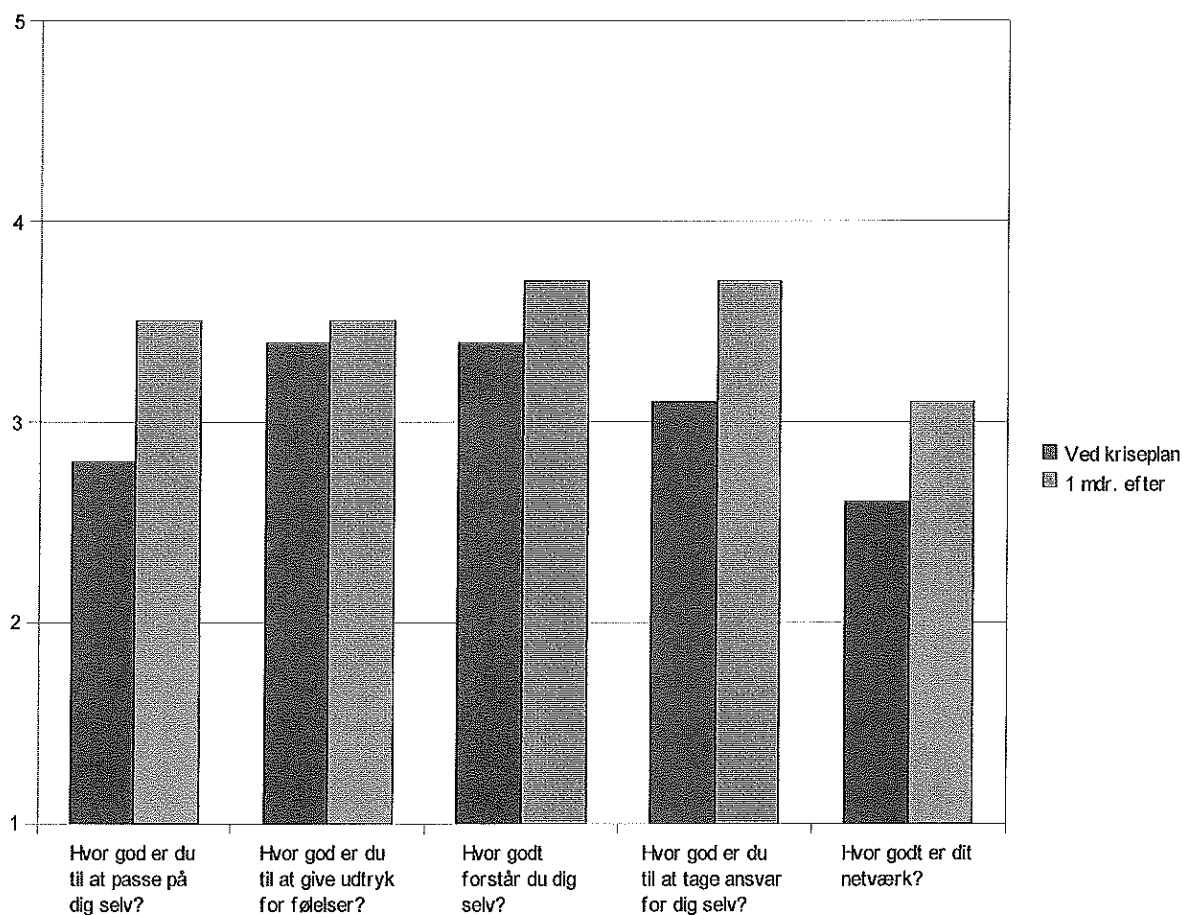
Et centralt element i kriseplanen er borgerens egen vurdering af, hvordan det går med en række faktorer for selvopretholdelse og mental sundhed. Konkret gælder det:

- evnen til at passe på sig selv
- evnen til at forstå sin egen situation
- evnen til at tage ansvar
- evnen til at give udtryk for følelser
- netværket

Borgeren scorer sig selv fra 1-5, hvor 1 er det laveste og 5 det højeste. De fem områder er centrale i forhold til mestring af en akut psykisk krise såvel som en længere proces med at komme sig fra sindslidelser.

Ved opfølgningsinterviewene beder medarbejderne borgerne om igen at vurdere sig selv på samme skala. Dette giver mulighed for at måle om borgerne selv vurderer, at de har fået det bedre.

Figur 3: Gennemsnit af borgernes vurdering af egen situation ved kriseplan og 1 måned efter



Af figur 3 fremgår det, at borgerne i gennemsnit scorer højere på alle fem områder efter en måned i forhold til vurderingen, da de lavede kriseplanen. Det tyder med andre ord på at Akuttibuddet (og muligvis den efterfølgende hjælp, der i nogle tilfælde iværksættes) reelt har en positiv effekt for borgernes mentale sundhed. Borgerne vurderer i hvert fald selv at de har det bedre.

Akuttibuddets opgave er at yde hjælp og støtte til at løse den akutte psykiske krise og ved behov for en længerevarende indsats at støtte borgerne i at få adgang til denne (stafetmodellen). Det betyder, at den hjælp og støtte, borgerne modtager i Akuttibuddet, ikke strækker sig over en længere periode. Typisk er borgerne i kontakt med Akuttibuddet i én til to uger og mødes i gennemsnit med en af Akuttibuddets medarbejdere 6-7 gange. Borgerne kan således godt få et meget tæt men kortvarigt forløb i Akuttibuddet. Overnatningsmuligheden i Akuttibuddet er desuden blevet brugt flittigt. Der har i gennemsnit været mere end en overnattende gæst hver nat. Her kombineres den tætte indsats med overnatningsmuligheden, når borgeren ikke kan være hjemme på grund af enten de psykiske problemstillinger eller sociale problemstillinger - herunder boligløshed.

En stor del af borgerne har ikke kontakt med andre systemer – sociale eller behandlingsmæssige – end Akuttibuddet. Dette gælder også en stor del af de mennesker, som benytter sig af overnatningsmuligheden i Akuttibuddet. Det er med andre ord for en del af målgruppen en

kortvarig og meget lidt indgribende hjælp, som ser ud til at skabe en positiv forandring, også for en del af Akuttilbuddets målgruppe med størst psykiske og sociale udfordringer.

Effekt på borgernes sociale situation

I opfølgningen spørges også til forandringer i borgernes sociale situation og brug af behandlingspsykiatriske og socialpsykiatriske tilbud. Konkret spørges der til:

- beskæftigelsesmæssig situation
- antal indlæggelser før og efter kontakten med Akuttilbuddet
- boligsituation
- om de har en bostøtte eller støttekontaktperson

Evalueringen afslører kun minimale ændringer i dette. Således er en yngre mand på 19 år gået fra kontanthjælp til uddannelse, og en borger er gået fra kontanthjælp til sygedagpenge.

Det er ikke overraskende, at der ikke er mere markante ændringer i borgernes sociale situation, da der er gået forholdsvis kort tid fra indsatsen i Akuttilbuddet til opfølgningssamtalerne.

På den anden side kan det være et positivt resultat, at der ikke er forværringer i borgernes sociale situation. Borgerne møder Akuttilbuddet på et tidspunkt, hvor de er i en udsat situation på grund af en akut psykisk krise. En sådan situation kunne i mange tilfælde medføre øget risiko for udstødelse fra arbejdsmarkedet, at borgeren mister sin bolig, eller at borgeren får behov for (flere) indlæggelser eller (mere) social støtte.

En reel konklusion på dette område ville imidlertid kræve en længere evalueringsperiode og muligvis også et andet evalueringdesign.

Konklusion

Evalueringen giver grundlag for at konkludere, at de borgere, som har kontaktet Akuttilbuddet pga. en akut psykisk krise, gennemgående er tilfredse med den hjælp og støtte, de har fået i Akuttilbuddet. Næsten enstemmigt giver borgerne således udtryk for:

- at kriseplanen var et godt redskab
- at Akuttilbuddet var med til at løse deres akutte psykiske krise
- at hjælpen var lettilgængelig
- at der blev lyttet til deres behov og ønsker
- at de blev inddraget

Evalueringen giver også grundlag for at konkludere, at borgerne selv vurderer, at de målt på fem parametre har fået det bedre efter Akuttilbuddets indsats (jf. figur 3). Der kan ikke konstateres nogen generel forbedring i forhold til borgernes sociale situation og brug af ydelser, men der kan på den anden side heller ikke ses en forværring – som der ellers må formodes at være øget risiko for på et tidspunkt, hvor borgere er i akut psykisk krise.

I forbindelse med udmelding af midlerne til forsøg med socialpsykiatriske akuttilbud, formulerede Socialministeriet hypoteser for tilbuddenes effekt. Hypoteserne ser ud til at være blevet realiseret i Lyngby-Taarbæk Kommunes Akuttilbud, som det fremgår nedenfor:

Socialpsykiatriske akuttilbud kan hjælpe borgere med at løse deres akutte psykiske kriser og forebygge at kriserne udvikler sig til mere fastlåste situationer med behov for indlæggelser og mere indgribende tilbud:

Evalueringen indikerer, at borgernes situation ikke er blevet forværret og dermed ikke har udviklet sig til mere fastlåste situationer – selvom det (endnu) ikke kan ses på forbruget af ydelser. Faktisk vurderer borgerne, at deres situation er blevet forbedret.

Socialpsykiatriske akuttilbud kan medvirke til at flere sindslidende kan blive i egne boliger:

Ingen af de borgere som evalueringen omfatter, er flyttet i botilbud, men det er ikke tilstrækkeligt grundlag til at konkludere på dette. Dog må det betragtes som sandsynligt, at borgernes mulighed for at få let tilgængelig hjælp døgnet rundt også kan bidrage til at forebygge botilbudsanbringelser. Dette må dog også ses i relation til andre støttetilbud.

Socialpsykiatriske akuttilbud kan understøtte borgernes sociale inklusion:

Borgerne vurderer, at de har fået hjælp, og at hjælpen har været let tilgængelig for dem. Samtidig har hjælpen ikke krævet en indlæggelse, og den har fundet sted i lokalområdet, også når der var brug for en overnatning. Endelig er det lykkedes at hjælpe også en del af den målgruppe, som har størst psykiske og sociale udfordringer. Alt andet lige må dette give bedre mulighed for, at borgerne kan fortsætte med at deltage i samfundslivet, parallelt med at den akutte psykiske krise håndteres.

Konkret kan det desuden konstateres, at borgerne i gennemsnit selv vurderer, at deres netværkssituation ser bedre ud en måned efter henvendelsen i Akuttilbuddet, end den gjorde da kriseplanen blev lavet. Det tyder på, at den akutte psykiske krise ikke har ført til social isolation, som det ellers ofte er tilfældet.

LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE
Den Kommunale Leverandør

Journalnr. :
Dato : 18.04.2012
Skrevet af : esc

NOTAT
om
Sygeplejeklinik på Møllebo

1. Baggrund

I forbindelse med ombygningen af Møllebo er det besluttet, at der skal etableres en sygeplejeklinik. Nedenfor fremgår forvaltningens forslag til hvilke opgaver der skal løses i klinikken, visitationsprocedure, målgruppe mv.

2. Målgruppe

- Alle borgere der selv kan fragte sig med offentlig transport.
- Alle borgere der kommer på gaden op til 2 gange om ugen.
- Alle borgere der har transportmiddel fra kommunen.
- Overvejende borgere fra plejekategori 1 og 2.

3. Opgaver i klinikken

- Sårskift
- Sutur
- Medicin dosering
- Antabus
- Injektioner
- Smertepaster
- Blodtryksskontrol
- Kontinensfunktionen
- Vægtkontrol, ernæring
- Rette skinner til
- Øjendrypning
- Smøring med creme
- Kateterlægning
- Blodsukker
- Stomi

Opgaver der ikke skal ligge i klinikken:

- Palliation
- Terminal pleje

4. Visitationsprocedure

- Områdets sygeplejerske vurderer ved første kontakt, om der skal være et hjemmebesøg. Områdernes sygeplejerske tager det første besøg og visiterer herfra til klinikken.
- Læger og sygehus kan visitere direkte til klinikken. Hvis ikke de kontakter klinikken i telefontiden, kan henvendelsen gå over vagtcentralen.

5. Dokumentation

- Hvert besøg dokumenteres, og der laves en handleplan på opgaven.
- I forbindelse med besøget sørger kliniksyegeplejersken for at lave handleplaner for borgeren's behandlinger samt andre opdateringer i borgerens journal.

6. Åbningstider

- Til opstart skal der være mulighed for at klinikken kan holde åbent mandag til fredag kl. 7.00 til 15.30.
- Der skal være telefontid mellem 7.30 til 8.00 og igen mellem 13.00 og 13.30.

LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE
Den Kommunale Leverandør

Journalnr. :
 Dato : 25.04.2012
 Skrevet af : Kirsten Ryssing

NOTAT
 om

Kurstilbud for mennesker med demens samt deres pårørende

1. Erfaringer på området:

I 2007-2008 gennemførte kommunens demensteam et projekt med puljemidler fra Socialministeriet: Implementering af en ny psykosocial metode, der kan forbedre hverdagen for ældre borgere med demens og deres pårørende.

Den rådgivningsmodel, der blev afprøvet er en del af den videnskabelige undersøgelse DAISY (Dansk Alzheimer Interventions Undersøgelse), som det Nationale Videnscenter for Demens gennemførte i perioden 2004-2010.

Et led i rådgivningsmodellen er kurser for mennesker med demens og deres pårørende. I projektperioden afholdt demensteamet derfor parallelle kursusforløb for disse to grupper. Hensigten med kurserne var at give den demente og de pårørende mulighed for at "uddanne" sig til at mestre den nye livssituation.

Målet er:

- At deltagerne får en grundlæggende viden om demens
- At deltagerne får mulighed for at være sammen med ligestillede
- At deltagerne får mulighed for at udveksle erfaringer med ligestillede og professionelle
- At deltagerne får kendskab til, hvor de kan finde yderligere information

Kurserne afvikles over fire gange á to timer med en uges interval. Kurserne bør afholdes på et tidspunkt, hvor erhvervsaktive pårørende har mulighed for at deltage (kl. 16-18 eller kl. 17-19). Deltagerantallet på kurser for demente bør max. være 20. På kurset for pårørende er det en fordel at også andre end den nærmeste pårørende får mulighed for at deltage dog i alt max. 40 deltagere.

Kurserne har titlen "Hverdagen med demens" indeholdende følgende temaer:

Session	Mødetema for demente	Mødetema for pårørende	Underviser
1	Demenssygdomme	Demenssygdomme	Læge
2	Jura og sociale ydelser	Jura og sociale ydelser	Jurist og socialrådgiver
3	Kommunikation	Daglig aktivitet og sociale relationer	Demensteamet
4	Hukommelse og hverdagslivet	Støtte til den demente	Demensteamet

Den efterfølgende tilfredshedsundersøgelse viste følgende:

	Demente	Pårørende
Samlet udbytte af kurset	78 % særdeles godt 22 % kan ikke huske kurset	90 % særdeles godt / godt 10 % mindre godt

De pårørende havde følgende kommentarer til de parallelle kursusforløb:

- Godt at følges ad til et fælles arrangement
- Den demente efterlades ikke alene hjemme (der er ikke brug for at sørge for pasning)
- Godt at få viden om sygdommen
- Godt at erfare at man ikke er den eneste, der har en pårørende med demens
- Godt at høre andres erfaringer
- Godt at have noget fælles at tale om, når man kom hjem
- Godt at blive taget alvorligt

Til kurset for pårørende tilknyttedes en kursusleder. Ved session 3 og 4 kan kursusleder og underviser være samme person.

Til kurset for de demente tilknyttedes ud over underviseren 4 hjælpere. Der er behov for hjælpere, da de demente borgere kommunen kommer i kontakt med ofte er moderat til svært demente.

Dette betyder, at de skal sidde ved borde i mindre grupper (max. 5 per gruppe) med en hjælper per gruppe for at skabe tryghed. Nogle skal hjælpes/guides på toilet, og der skal være mulighed for at skærme borgere, hvis de bliver urolige/utrygge. For at skabe genkendelige rammer for de demente bør det være de samme hjælpere, der deltager i alle sessioner.

Hjelperne vil i første omgang være fra demensteamet. Der kan på sigt forsøges at rekrutteres frivillige hjælpere fra ex. den lokale Alzheimerforening. Det er vigtigt, at hjælperne har kendskab til og erfaring med demensarbejdet.

På baggrund af antallet af nyhenviste borgere til demensteamet fra hukommelsesklinikkerne, de praktiserende læger, hjemmeplejen med flere anbefales det, at kursusforløbene afholdes to gange årligt.

I forløbsprogrammet for patienter med demens (som kommunen har tilsluttet sig) er regelmæssigt udbudte undervisningstilbud til patienter med demens og deres pårørende en B-standard (= det anbefales at afholde disse). B-standarderne skal på sigt implementeres i kommunen.

Demensteamet har hidtil ikke haft ressourcer til at afholde yderligere kurser.

NOTAT

Om

Revisitation med henblik på at implementere alle politisk vedtagne kvalitetsstandarder

I forbindelse med udarbejdelse af 1. anslået regnskab, som peger på et merforbrug på aktivitetsområdet Handicap, er det med henblik på at begrænse merforbruget så meget som muligt, besluttet at iværksætte en større re-visitation af sager med ydelser i henhold til Servicelovens voksenparagraffer.

Det er målet med re-visitationen at sikre, at samtlige politisk vedtagne kvalitetsstandarder bliver implementeret i alle sager.

Det har vist sig, at kvalitetsstandarderne ikke er implementeret i samtlige sager, da det ikke har været muligt at afsætte ressourcer til denne opgave sideløbende med den almindelige opgavevaretagelse. Det er derfor blevet prioriteret, at implementere kvalitetsstandarderne i forbindelse med nye bevillinger.

Revisitationen vil blive gennemført ved at ansætte 2 vikarer i 3 måneder, med henblik på at re-visitere sager med følgende typer af ydelser:

- SEL § 84: Afløsning og aflastning
- SEL § 85: Hjemmevejledning
- SEL § 97: Ledsageordning
- SEL § 98: Støttekontaktperson
- SEL § 102: Behandling
- SEL § 103: Beskyttet beskæftigelse
- SEL § 104: Aktivitets- og samværstilbud
- SEL § 109: Krisecentre
- SEL § 110: Herberg
- SEL § 117: Individuel befording

Antal borgere som får én eller flere af ovenstående ydelser udgør ca. 500. Der vil blive foretaget en vurdering af hvilke typer af ydelser der skal prioriteres gennemgået, og herunder skal der fastsættes en skæringsdato for bevillingsopstart, som skal fastsættes på baggrund af datoen for vedtagelse af de forskellige vedtagne kvalitetsstandarder.

Det er en forudsætning for at kunne indfri målet om at begrænse merforbruget i 2012, at re-visitationen sker så hurtigt som muligt. Indsatsen indebærer dels re-visitation, som i stort set alle tilfælde vil indebære en personlig samtale, journalisering, udfærdigelse af afgørelse samt behandling af eventuel klagesag i det omfang det er muligt indenfor perioden.

Charlotte Olsen