



Social- og Sundhedsudvalget

Protokol

23-09-2015 kl. 15:30

Lyngby Idrætsby, Lundtoftevej 53A, mødelokale 3,
1.sal

Medlemmer

Bodil Kornbek	deltog
Mette Schmidt Olsen	deltog
Finn Riber Rasmussen	deltog
Dorthe la Cour	deltog
Søren P. Rasmussen	deltog
Curt Købsted	deltog
Henrik Brade Johansen	deltog

Desuden deltog:

Pernille Holmgaard
Edda Heinskou
Andreas Schløer Madsen
Ulla Agerskov (pkt. 1-3)
Lone Nygård Jensen (Pkt. 1-3)
Charlotte Bidsted (pkt. 4-6)
Charlotte Krebs (pkt. 1)

Jan Grove Korsholm og Kirsten Brøndum (Socialstyrelsen) lavede præsentation under pkt. 1.

Dorthe la Cour deltog ikke under punkt 5

Finn Riber Rasmussen var fraværende under punkt 9 og 10

Indholdsfortegnelse

1. [Orientering af Handicap Task Force om analyse af kommunens praksis på handicapområdet](#)
2. [Handicappolitik og proces for handleplan](#)
3. [2. anslået regnskab 2015 - Social- og Sundhedsudvalget](#)
4. [Ny budgetmodel for Frit valg området og for Hjemmesygeplejen 2015](#)
5. [Uddeling af den sociale frivillighedspris 2015](#)
6. [Fagudvalgenes mødetidspunkter i 2016](#)
7. [Handleplan for demensområdet - efter høring](#)
8. [Status for Epitalet](#)
9. [Orientering om bortfald af Ældremilliarden fra 2016](#)
10. [Justeret anvendelse af Ældremilliarden 2015](#)
11. [Status for de subakutte pladser og det mobile akutteam](#)
12. [Fremtidig lægedækning af de subakutte pladser og det mobile akutteam](#)
13. [Opfølgning på vurdering af aktivitetstilbud til blinde og svagtseende](#)
14. [LUKKET SAG - _____](#)
15. [Høring af praksisplan for almen praksis 2015-2018 i Region Hovedstaden](#)
16. [Anmodning om optagelse af sag om klippekort til plejehjemsbeboere.](#)
17. [Anmodning om optagelse af sag på dagsordenen om kørsels- og ledsagerordninger.](#)
18. [Meddelelser til udvalgets medlemmer - september 2015](#)

1. Orientering af Handicap Task Force om analyse af kommunens praksis på handicapområdet

Resume

Socialstyrelsens og Ankestyrelsens Handicap Task Force har gennemgået Lyngby-Taarbæk Kommunes sagsbehandling på handicapområdet. Handicap Task Forcen præsenterer resultaterne af analysen på udvalgsrådet d. 23. september 2015. Analysens konklusioner vil blive brugt i det videre udviklingsarbejde og i forbindelse med udarbejdelsen af en handleplan til udmøntning af handicappolitikken.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at udvalget tager Task Forcens orientering og analyse til efterretning.

Sagsfremstilling

Lyngby-Taarbæk Kommune har i første halvår af 2015 deltaget i et samarbejdsprojekt med Socialstyrelsens og Ankestyrelsens Task Force på handicapområdet. Task Forcen har i denne periode gennemgået kommunens sagsbehandling og praksis på myndighedsområdet.

På Social- og Sundhedsudvalgets møde 23. september vil repræsentanter fra Handicap Task Forcen præsentere den rapport og de konklusioner, som er frembragt på baggrund af analysearbejdet i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Analysearbejdet og rapporten tager udgangspunkt i følgende temaer:

Tema 1: Politik og strategi

Tema 2: Faglig ledelse og sparring

Tema 3: Ledelsesinformation og styring

Tema 4: Sagsoplysning, sagsvurdering og afgørelse

Tema 5: Handleplan, bestilling og visitation

Tema 6: Opfølgning på indsatsen for konkrete borgere

Tema 7: Overgang fra barn til voksen

Tema 8: Organisering og tværfagligt samarbejde

Analysen baseres på forskelligt datamateriale, som overordnet kan kategoriseres i:

- En sagsgennemgang af 25 sager

- | Kommunens skriftlige materiale (handicappolitik, kvalitetsstandarder, arbejdsgangsbeskrivelser, mv.)
- | En selvevaluering udfyldt af en arbejdsgruppe bestående af centrale ledere og medarbejdere på området
- | En række semistrukturerede kvalitative gruppeinterviews med borgere, ledere, medarbejdere, handicaprådet, mv.

Analysen kan læses i vedlagte rapport, der også indeholder et kort resumé af Task Forcens hovedpointer og anbefalinger til kommunen fremadrettet (bilag).

Rapportens konklusioner vil indgå som bidrag i forbindelse med arbejdet med kommunens handicappolitik og handleplanen.

Forvaltningen bemærker derudover, at der arbejdes videre med et udviklingsforløb sammen med Handicap Task Forcen, hvor der vil blive arbejdet målrettet med en række indsatsområder, som udvælges i efteråret 2015, og som forventes at lægge sig op af de fokusområder, som Task Forcen peger på. Det gælder fx anbefalingen om fokus på systematisk ledelsestilsyn, på overholdelse af partshøringsreglerne, på klar målfastsættelse i handleplaner, på forbedring af overgangene fra børne- og ungeafdelingen til voksenafdelingen, mv.

Lovgrundlag

/

Økonomi

Forslaget finansieres inden for aktivitetsområdet Handicappede.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 23. september 2015

Taget til efterretning.

Bilagsfortegnelse

1. Analyserapport taskforcen

2. Handicappolitik og proces for handleplan

Resume

Social- og Sundhedsudvalget har besluttet, at den eksisterende handicappolitik skal revideres, og at der skal udarbejdes en handleplan, der udmønter handicappolitikken på de relevante forvaltningsområder. Forvaltningen fremlægger her en lettere revideret handicappolitik, der er ajourført i forhold til den faglige udvikling og evt. ny lovgivning. Forvaltningen fremlægger ligeledes et forslag til en tids- og procesplan for udarbejdelsen af handleplanen.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. ajourført handicappolitik sendes til høring i Handicaprådet,
2. ajourført tids- og procesplan godkendes.

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget har besluttet, at kommunens nuværende handicappolitik skal revideres, og at der skal udarbejdes en handleplan, der nytænker kommunens indsats ved bl.a. at inddrage FN's Handicapkonvention, forholdet til andre aktører (regionen, VISO, private foreninger, mv.), tilgangen til samarbejdet med pårørende, etc.

Forvaltningen fremlægger på den baggrund et udkast til en ajourført handicappolitik (bilag) og en tids- og procesplan for udarbejdelse af handleplanen (bilag). Den nuværende handicappolitik har været sendt i høring i alle relevante centre i forvaltningen, og den er ajourført i forhold til den faglige udvikling og eventuel ny lovgivning på de respektive områder. Der er overvejende tale om mindre justeringer i forhold til den nuværende handicappolitik. I bilaget er den nuværende politik sat overfor for, hvilket fremgår af parallelteksten i bilaget.

Det er hensigten, at den handleplan, der skal udarbejdes, udvikles i en proces, hvor der sker en dialog med borgere, samarbejdspartnere og medarbejdere fra samtlige forvaltningsområder i kommunen, jf. forslaget til en tids- og procesplan.

Lovgrundlag

Det er ikke et lovkrav, at kommunen har en politisk godkendt handicappolitik.

Økonomi

Forslaget finansieres inden for aktivitetsområdet Handicappede ved omdisponering

af midler inden for aktivitetsområdet.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 23. september 2015

Ad. 1 Godkendt, idet ajourført handicappolitik også oversendes til høring i Seniorrådet, Kultur- og Fritidsudvalget, Børne- og Ungdomsudvalget, Erhvervs- og Beskæftigelsesudvalget og Teknik og Miljøudvalget.

Ad. 2 Godkendt.

Bilagsfortegnelse

1. Revideret tids- og procesplan for udarbejdelse af ny handicappolitik
2. Ajourført handicappolitik

3. 2. anslået regnskab 2015 - Social- og Sundhedsudvalget

Resume

2. anslået regnskab forelægges til behandling. Regnskabet viser merforbrug i 2015. Forvaltningen foreslår at merforbruget håndteres i forbindelse med 3. anslået regnskab.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. redegørelsen vedrørende 2. anslået regnskab 2015 tages til efterretning,
2. det forventede merforbrug inden for udvalgets budgetramme på 4,1 mio. kr. i 2015 finansieres indenfor Social- og Sundhedsudvalgets område i budgetperioden 2016-19 i forbindelse med 3. anslået regnskab.

Sagsfremstilling

Økonomiudvalget behandlede den 27. august 2015 forvaltningens redegørelse vedrørende 2. anslået regnskab for 2015. Redegørelsen er udarbejdet på baggrund af de bevillinger, der er gældende juni 2015 samt på baggrund af forbruget pr. 30. juni 2015.

Efter indstilling fra forvaltningen drøftede Økonomiudvalget konsekvenserne af redegørelsen og besluttede at:

1. tage redegørelsen vedrørende 2. anslået regnskab 2015 til efterretning,
2. oversende redegørelsen til kommunalbestyrelsesmødet den 3. september til drøftelse af de bevillingsmæssige konsekvenser for budgetlægningen 2016-19,
3. oversende redegørelsen til fagudvalgene - via kommunalbestyrelsen - med henblik på behandling af redegørelsen og indstilling til Økonomiudvalget og kommunalbestyrelsen, idet der for så vidt angår Børne- og Ungdomsudvalget samt Social- og Sundhedsudvalget skal meddeles, at der skal udarbejdes modgående initiativer

På indeværende møde skal Social- og Sundhedsudvalget således - ud over at behandle det fremlagte skøn over forventet regnskab 2015 på udvalgets område - indstille modgående initiativer for 4,1 mio. kr., således at udvalgets budgetramme overholdes.

Resultatet af udvalgets behandling oversendes til behandling i Økonomiudvalget den 1. oktober 2015.

Resultatet af budgetopfølgningen på Social- og Sundhedsudvalgets område er vist nedenfor. De enkelte afvigelser er beskrevet nærmere i det sagen vedlagte notat af 20. august 2015 om "2. anslået regnskab 2015, pr. 30.6.2015" (bilag).

Hovedtallene i 2. anslået regnskab 2015:

Tabel 1

1.000 kr. netto	Budget 2015	Korrigeret budget *	Anslået regnskab	Afvigelse i forhold til korr. budget	Afvigelse i forhold til opr. budget
Sundhed og omsorg	490.889	496.649	504.054	7.405	13.165
Handicappede	261.084	260.987	260.987		-97
Sundhed	300.979	302.569	302.769	200	1.790
Social- og Sundhedsudvalget i alt	1.052.951	1.060.205	1.067.810	7.605	14.858

- = mindreudgift/merindtægt

+ = merudgift/mindreindtægt

* Budget 2015 inkl. tillægsbevillinger siden budgetvedtagelsen i oktober 2014 til og med juni 2015.

Der skønnes et samlet merforbrug i 2015 i forhold til det korrigerede budget på Social- og Sundhedsudvalgets område på i alt 7,6 mio. kr.

På aktivitetsområdet Sundhed og Omsorg er der tale om et samlet merforbrug på 7,4 mio. kr. Hovedparten heraf vedrører hjemmepleje/hjemmesygepleje, som samlet set tegner sig for et merforbrug på 7,8 mio. kr., hvoraf 0,8 mio. kr. kan henføres til kapacitetstilpasning. Der skal frem mod 3. anslået regnskab ske en yderligere kvalificering af skønnet.

Hjælpeområdet udviser et merforbrug på 3 mio. kr., hvoraf 1,5 mio. kr. vedr. en enkeltsag omhandlende ombygning af en borgers hjem, mens de restende 1,5 mio. kr. kan henføres til det overførte merforbrug fra 2014, som ikke har været muligt at indfri på området.

Foreløbige vurderinger af Køb og Salg af plejeboliger m.v. tyder på et mindreforbrug på - 5,9 mio. kr. Der er planlagt en analyse, som bl.a. skal afdække årsagerne hertil.

Endelig er der tale om merudgifter på kommunens plejehjem på 2,5 mio. kr., som kan henføres til, at de planlagte 96 plejeboliger på det nye Bredebo undervejs i planlægningsfasen havde fået tilføjet 4 ægteparboliger, uden at budgettet er blevet tilrettet.

I overslagsårene forventes et årligt merforbrug i størrelsesordenen 0,9-2,2 mio. kr. I 2016 er skønnet på 2,2 mio. kr. Det stammer dels fra hjemmepleje/hjemmesygepleje med et merforbrug på 0,4 mio. kr., som dækker over et fald i kapacitetstilpasningen på -0,1 mio. kr. og en forventet merudgift på 0,5 mio. kr., som følge af forsinkelsen af udbud af hjemmehjælp. Og det skyldes,

at der i 2016 og fremadrettet er korrigeret for 1,8 mio. kr. årligt under henvisning til genopretning af budgetgrundlaget for ægteparboligerne på Bredebo.

Fra 2017 og fremadrettet er der herudover på hjemmepleje/hjemmesygepleje et forventet mindreforbrug på 0,3-0,9 mio. kr., som skyldes kapacitetstilpasning.

På aktivitetsområdet Handicappede tyder prognoserne ved 2. anslået regnskab på, at det vil være muligt at holde budgetrammen for 2015. Der pågår en aktiv og skærpet gennemgang af sagerne med henblik på at sikre budgetoverholdelse, men der kan blive behov for en merbevilling ved 3. anslået regnskab.

På aktivitetsområdet Sundhed er det tale om et samlet merforbrug på 0,2 mio. kr. i 2015, som består af to modsatrettede bevægelser. Dels en skønnet mindreudgift på -3,4 mio. kr. til den aktivitetsbestemte medfinansiering, dels merudgifter på 3 mio. kr. vedrørende genoptræning og vedligeholdelsestræning, som kan henføres til Træningscentret. En analyse har vist at merforbruget primært kan henføres til større krav til kommunens ambulante træningsindsats samt en hurtigere udskrivning fra hospitaler, som medfører mere plejkrævende borgere.

I 2016 og fremadrettet forventes den aktivitetsbestemte medfinansiering at falde med -2 mio. kr. Når mindreudgiften i 2015 er højere skyldes det, at kommunen har en begrundet forventning om få refunderet 1,4 mio. kr. fra 2014, som kompensation for afledte konsekvenser i forbindelse med åbningen af regionens akuttelefon (1813) i 2014.

Hovedtallene i 2. anslået regnskab 2015 for 2016-19:

Tabel 2

1.000 kr. netto	Budgetforslag 2016	Budgetoverslag 2017	Budgetoverslag 2018	Budgetoverslag 2019
Sundhed og Omsorg	2.150	1.180	900	1.450
Handicappede	0	0	0	0
Sundhed	-2.000	-2.000	-2.000	-2.000
Social- og Sundhedsudvalget i alt	150	-820	-1.100	-550

- = mindreudgift/merindtægt

+ = merudgift/mindreindtægt

Forslag til modgående initiativer

Økonomistyringen i kommunen er baseret på, at det enkelte fagudvalg skal sikre, at eventuelle merudgifter/mindreindtægter på et område kan finansieres af mindreudgifter/merindtægter på et andet område indenfor udvalgets samlede driftsramme. Ved Økonomiudvalgets behandling af 1. anslået regnskab 2014 blev der præciseret følgende undtagelser herfor:

- ı afvigelser på områder, der er uden for servicerammen
- ı afvigelser som følge af lov- og cirkulæreændringer samt

- afvigelser som følge af kapacitetstilpasning

Hertil kommer, at tilpasninger af teknisk karakter heller ikke påhviler udvalgenes styringsansvar. Det fremgår af redegørelsen til økonomiudvalgsmødet den 27. august 2015, at af det samlede merbevillingsbehov på 7,6 mio. kr. i 2015 kan 3,5 mio. kr. tilskrives forhold, der ikke påhviler udvalgets finansieringsansvar. Der tilbagestår herefter 4,1 mio. kr. i 2015, som der skal anvises finansiering for. For overslagsårene er der alene tale om mer-/mindreudgifter, der ligger uden for udvalgenes styringsansvar.

Forvaltningen skønner - bl.a. på baggrund af merforbrugets størrelse og tidspunktet på året - at det ikke er muligt at indhente provenuet ved modgående forslag fuldt ud allerede i år. Forvaltningen foreslår derfor, at de modgående initiativer ses ind over en længere periode. Konkret foreslås, at det forventede merforbrug inden for udvalgets budgetramme på 4,1 mio. kr. i 2015 finansieres indenfor udvalgets eget område i budgetperioden 2016-19. Forvaltningen bemærker, at modgående forslag indenfor udvalgets eget område vil lede til ændringer i serviceniveauer overfor borgerne.

Forvaltningen fremlægger forslag til konkret håndtering for 2015 i forbindelse med 3. anslået regnskab i december 2015.

Lovgrundlag

2. anslået regnskab (halvårsregnskabet) er i overensstemmelse med bekendtgørelse om kommunernes budget- og regnskabsvæsen, revision med videre behandlet i Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen inden godkendelse af 1. behandling af forslag til næste års budget.

Budgetopfølgningen i fagudvalgene sker i overensstemmelse med principper for økonomistyring i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Økonomi

Forvaltningen foreslår, at merforbruget på 4,1 mio. kr. i 2015 finansieres indenfor udvalgets eget område i budgetperioden 2016-19.

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen.

Social- og Sundhedsudvalget den 23. september 2015

Ad. 1 Anbefalet, idet udvalget på kommende møde forelægges sag om delegation i ombygningssager for handicappede.

Ad. 2 Anbefalet.

Bilagsfortegnelse

1. 2.ans.2015 udkast 2015-08-21

4. Ny budgetmodel for Frit valg området og for Hjemmesygeplejen 2015

Sagsfremstilling

Resume

Der er udviklet en ny budgettildelingsmodel for Frit valg området og for hjemmesygeplejen, der fremsættes til godkendelse. Modellen forventes at give et merforbrug i 2016, som håndteres med 3. anslået regnskab 2015.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. nye budgetmodeller, herunder interne timepriser som grundlag for budgettildelingen til Frit valg området og til Hjemmesygeplejen, godkendes
2. de nye budgetmodeller træder i kraft pr. 1. januar 2016.

Sagsfremstilling

Den kommunale hjemmehjælp er omfattet af Frit valg området, hvor borgerne frit kan vælge mellem at få hjemmehjælp i form af personlig pleje og/eller praktisk hjælp af en privat leverandør eller af den kommunale leverandør. Den kommunale leverandør af hjemmehjælp samt Hjemmesygeplejen er i lighed med private leverandører af hjemmehjælp som hovedregel blevet aktivitetsafregnet med en timepris fastsat for hver af de forskellige typer af hjælp. Beregningen af timepriserne har været baseret på forudgående års tidsforbrug og omkostninger.

Såvel beregning af timepriser og økonomistyringen af Frit valg området og Hjemmesygeplejen har i 2014 og til dels i 2015 været vanskeliggjort af problemer forbundet med at opgøre aktivitetsdata på områderne efter overgang til nyt pleje- og omsorgssystem i 2014. Som følge af disse vanskeligheder har beregningen af timepriserne på Frit valg området og Hjemmesygeplejen været baseret på aktivitetsdata fra 2013. Afregningsgrundlaget for de udførende enheder har derfor i 2014 og i 2015 været usikkert og har ikke været tilpasset den faktiske udvikling i aktivitetsniveau og omkostninger.

Der har som følge heraf været et behov for et opdateret styringsgrundlag af Frit valg området og Hjemmesygeplejen. Forvaltningen har derfor i samarbejde med konsulentfirmaet BDO udviklet en ny budgettildelingsmodel til hvert af områderne - Frit valg og Hjemmesygeplejen. De nye budgettildelingsmodeller er baseret på en kombination af rammebudgettering af de udførende enheder og aktivitetsafregning.

Den faste rammebudgettering til udfører-enhederne er opgjort på grundlag af "ikke variable udgifter" og vedrører lønudgifter til ledelse, administration samt diverse faste udgifter til kontorhold, IT, forplejning mv.

Aktivitetsafregningen af områderne sker månedsvis på grundlag af de udførte ydelser til faste timepriser. Nye timepriser er beregnet med udgangspunkt i områdernes variable omkostninger i 2014 og vedrører primært lønomkostninger til det udførende plejepersonale, men variable udgifter til uddannelse, telefoner og transport mm. er også indregnet i timeprisen.

Budgetmodel Frit valg

Med den ny budgettildelingsmodel tildeles Frit valg udfører-enhederne et fast budget, som fremgår af tabel 1.

Tabel 1. Fast budgettildeling Frit valg enhederne.

Budgettildeling 2016 - 1000. kr. (2015 priser)	Baunehøj	Lundtofteparken	Solgården	Virumgård	Service-team
Fast budget 2015 - i alt	kr. 1.778	kr. 2.154	kr. 2.008	kr. 2.053	kr. 1.215
Ledelse (områdeleder og ass. Områdeleder)	kr. 653	kr. 653	kr. 681	kr. 681	kr. 337
Lokalassistent	kr. 359	kr. 692	kr. 584	kr. 584	kr. 449
Administration, medarbejder	kr. 155	kr. 155	kr. 177	kr. 177	kr. 208
Udviklingspulje	kr. 270	kr. 381	kr. 269	kr. 314	kr. 125
Kontorhold	kr. 27	kr. 37	kr. 30	kr. 32	kr. 33
Øvrig drift	kr. 68	kr. 93	kr. 74	kr. 80	kr. 31
It - drift og anskaffelser	kr. 18	kr. 25	kr. 20	kr. 21	kr. 8
Inventar	kr. 25	kr. 35	kr. 28	kr. 30	kr. 12
Forplejning	kr. 25	kr. 34	kr. 27	kr. 29	kr. 11
Vaskeriydelser	kr. 177	kr. 51	kr. 117	kr. 104	kr. -

* Specialplejeteamet (SP-team) deler ledelse og administration med Baunehøj

Samlet tildeles udfører-enhederne et budget på i alt ca. 9,3 mio. kr. til dækning af faste udgifter forbundet med levering af frit valg ydelser.

Herudover afregnes enhederne med nedenstående timepriser, jf. tabel 2.

Tabel 2. Interne timepriser Frit valg.

Interne timepriser 2016 (2015 priser)	Timepris
Praktisk hjælp - Serviceteam	kr. 290
Praktisk hjælp - Hjemmeplejen	kr. 351
Personlig pleje - Hverdag	kr. 351
Personlig pleje - Øvrig tid	kr. 389
Personlig pleje - SP-team (hverdag)	kr. 461

Serviceteamet har en anden forretningsmodel end de øvrige enheder og afregnes derfor med en lavere timepris. Prisen på øvrig tid er højere end hverdag, da øvrig tid vedrører aften, weekend og helligdage og derfor udløser løntillæg.

Timeprisen til personlig pleje leveret af SP-teamet er højere end de andre enheder, da SP-teamets personale er specialuddannet og derfor har højere

gennemsnitslønninger. Desuden har SP-teamet flere udgifter forbundet med uddannelse og planlægning af besøg hos borgeren.

Timepriserne er som udgangspunkt faste, men vil blive tilpasset i takt med generelle pris- og lønstigninger samt i forlængelse af budgetaftaler, herunder f.eks. ved effektiviseringstiltag.

Budgetmodel Hjemmesygepleje

Med den ny budgettildelingsmodel tildeles Hjemmesygepleje-enhederne et fast budget, som fremgår af tabel 3.

Tabel 3. Fast budgettildeling Hjemmesygeplejens enheder.

Budgettildeling 2016 - 1000. kr. (2015 priser)	Baunehøj	Lundtofte- parken	Solgården	Virumgård	SP-team*
Fast budget 2015 - i alt	kr. 1.178	kr. 1.369	kr. 1.316	kr. 1.341	kr. 43
Ledelse (områdeleder og ass. områdeleder)	kr. 164	kr. 164	kr. 171	kr. 171	kr. -
Administration, medarbejder	kr. 141	kr. 141	kr. 161	kr. 161	kr. -
Kontorhold	kr. 11	kr. 15	kr. 12	kr. 13	kr. 2
Øvrig drift	kr. 5	kr. 7	kr. 6	kr. 6	kr. 1
It - drift og anskaffelser	kr. 9	kr. 12	kr. 10	kr. 11	kr. 2
Inventar	kr. 14	kr. 19	kr. 16	kr. 17	kr. 3
Sygeplejeartikler og inkontinens	kr. 833	kr. 1.010	kr. 941	kr. 963	kr. 35

* Specialplejeteamet (SP-team) deler ledelse og administration med Baunehøj

Samlet tildeles Hjemmesygeplejens enheder et budget på i alt ca. 5,3 mio. kr. til dækning af faste udgifter forbundet med levering af hjemmesygeplejeydelser. Herudover afregnes enhederne med nedenstående timepris, jf. tabel 4.

Tabel 4 - Timepris Hjemmesygepleje

Timepris Hjemmesygepleje 2016 (2015 pris)	Timepris
Hjemmesygepleje	kr. 638

Der er kun én timepris for hjemmesygepleje, da de forskellige hjemmesygeplejeydelser ikke varierer væsentligt i omkostningsniveau. Timeprisen på hjemmesygepleje er højere end timepriserne for frit valg ydelser, dels fordi hjemmesygeplejersker er højere lønnet end personale på frit valg området, dels fordi der er meget dokumentationstid forbundet med levering af hjemmesygepleje.

Timeprisen er som udgangspunkt fast, men vil blive tilpasset i takt med generelle pris- og lønstigninger samt i forlængelse af budgetaftaler, herunder f.eks. ved effektiviseringstiltag.

Lovgrundlag

Serviceovens §83 og Sundhedslovens §85.

Økonomi

Det faste budget og timepriser er beregnet på baggrund af regnskab 2014. I 2014 var der et samlet merforbrug på Frit valg og Hjemmesygepleje på ca. 2,6 mio. kr.

Aktivitetsniveauet/forbruget i 2014, herunder merforbruget, danner grundlag for den nye budgettildelingsmodel, herunder beregningen af timepriserne. Det vil derfor alt andet lige medføre et tilsvarende merforbrug i 2016, såfremt aktiviteten i 2016 er på niveau med aktiviteten i 2014. Som følge heraf skal dimensioneringen af Frit valg- og Hjemmesygeplejepuljerne i 2016 afklares, så der bliver overensstemmelse mellem forventet aktivitet og puljernes størrelse. Afklaringen af dette forhold vil indgå i forbindelse med 3. anslået regnskab 2015.

For 2015 afregnes de udførende enheder på baggrund af deres faktiske forbrug, da de nye budgettildelingsprincipper ikke kan nå at blive implementeret som styringsgrundlag i enhederne. Den økonomiske konsekvens heraf forventes at kunne holdes inden for rammerne af 2. anslået regnskab.

Beslutningskompetence
Kommunalbestyrelsen.

Social- og Sundhedsudvalget den 23. september 2015

Ad. 1 Anbefalet.

Ad. 2 Anbefalet.

5. Uddeling af den sociale frivillighedspris 2015

Resume

Social- og Sundhedsudvalget har afsat midler til en frivillighedspris til kåring af årets frivillige indenfor det frivillige sociale område. Udvalget skal udpege den endelige modtager af den sociale frivillighedspris for 2015 på baggrund af foreningernes og forvaltningens forslag.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at udvalget godkender den indstillede kandidat.

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget besluttede den 3. december 2014 at afsætte 11.500 kr. af frivillighedsmidlerne til en frivillighedspris til kåring af årets frivillige indenfor det frivillige sociale område.

Udvælgelsen af kandidater til prisen sker i samråd med Frivilligcentret.

Frivillighedsprisen går til enkeltpersoner, foreninger eller organisationer, som har udført frivilligt socialt arbejde i løbet af 2014-2015. Der bliver i udvælgelsen lagt vægt på, at kandidaten er en lokal ildsjæl, som har ydet en social indsats, der har været til gavn for borgere i kommunen, og som har været med til at opbygge sociale netværk og søge nye veje for løsning af sociale udfordringer.

Prisoverrækkelsen sker på "Frivillig Fredag" den 25. september 2015 i Frivilligcentret.

Der er deadline for foreningernes indstilling til forvaltningen den 20. september 2015. Oversigt over indkomne indstillinger eftersendes sammen med forvaltningens indstilling af kandidat til prisen. Begrundelsen for den foreslåede kandidat vil fremgå af notatet. Disse udsendes til udvalget om eftermiddagen mandag d. 21. september.

Lovgrundlag

Det er frivilligt for kommunerne at uddele en frivillighedspris.

Økonomi

Udgifterne frivillighedsprisen afholdes inden for bevillingen til frivilligt socialt arbejde.

Beslutningskompetence
Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 23. september 2015
Udvalget besluttede modtager af den sociale frivillighedspris 2015.

Dorthe la Cour deltog ikke i behandlingen af sagen.

Bilagsfortegnelse

1. Indstilling sociale frivillighedspris
2. Partnerskabsaftale Vågetjenesten og Hjemmeplejen

6. Fagudvalgenes mødetidspunkter i 2016

Resume

Fagudvalgene skal anbefale til Økonomiudvalget, hvornår de ønsker at afholde ordinære udvalgsmøder i 2016.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at fagudvalgene anbefaler tidspunkt for afholdelse af ordinære fagudvalgsmøder.

Sagsfremstilling

Økonomiudvalget godkendte den 19. juni 2015 den overordnede mødeplan for 2016 for stående udvalg, økonomiudvalget og kommunalbestyrelsen (bilag). Økonomiudvalget præciserede i den forbindelse, at møder skal placeres enten i tidsrammen kl. 08.00 – 10.00 eller efter kl. 16.00.

Fagudvalgene skal drøfte, hvornår de ønsker de ordinære udvalgsmøder afholdt. I 2015 har der været afholdt udvalgsmøder på følgende tidspunkter:

Tirsdage kl. 8.15: Erhvervs- og Beskæftigelsesudvalget

Tirsdag kl. 15.30: Teknik- og Miljøudvalget

Onsdage kl. 8.15: Byplanudvalget

Onsdage kl. 15.30: Social- og Sundhedsudvalget

Onsdage kl. 18.30: Kultur- og Fritidsudvalget

Torsdage kl. 16.00: Børne- og Ungdomsudvalget

De enkelte udvalg skal drøfte og anbefale tidspunkt for afholdelse af ordinære udvalgsmøder – herunder forholde sig til Økonomiudvalgets præcisering af mødetidspunkter.

Sagen behandles i alle fagudvalg og besluttet slutteligt i Økonomiudvalget.

Lovgrundlag

Der er ingen lovgivningsmæssige rammer for sagen.

Økonomi

Der er ingen økonomiske forhold sagen.

Beslutningskompetence
Økonomiudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 23. september 2015
Anbefalet, at Social- og Sundhedsudvalgets møder fastholdes onsdag eftermiddag
kl. 15.30.

Bilagsfortegnelse
1. Politisk mødekalender 2016.pdf

7. Handleplan for demensområdet - efter høring

Resume

Revideret forslag til handleplan for demensområdet har været i høring i Seniorråd, Handicapråd samt blandt alle aktører, der har bidraget med indspark til handleplanen. Derudover forelægger forvaltningen muligheder for en prioritering indenfor handleplanen samt forslag til finansiering af handleplanen.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. udvalget drøfter høringssvar samt muligheder for en prioritering som grundlag for eventuelt at tilrette handleplanen for demensområdet,
2. finansieringen af handleplanens indsatser i 2015 sker ved anvendelse af ikke disponerede midler af Ældremilliarden i 2015,
3. finansieringen af handleplanens indsatser i 2016 overgår til forhandlingerne af budget 2016-2019, med anbefaling om, at finansiering kan ske af det forhøjede, bloktilskud på 9,7 mio. kr., som følge af bortfald af Ældremilliarden i kombination med en ændret prioritering af tiltag med varige driftsudgifter hidtil forudsat finansieret af Ældremilliarden.

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget besluttede 19. august 2015, at handleplanen for demensområdet sendes i høring i Seniorrådet, Handicaprådet og hos de aktører, der har bidraget med indspark til handleplanen. Udvalget besluttede endvidere, at handleplanens afsnit om "Samarbejdet med og informationer til borgere med pårørende" tilpasses, så der i høringsversionen indarbejdes udvalgets bemærkninger om at understøtte pårørende til demente i denne rolle, idet udvalget betragter pårørende som en vigtig ressource. Høringsversionen er vedlagt (bilag).

På mødet i august bad udvalget også om oplæg til finansiering af demenshandleplanen indenfor den eksisterende budgetramme, herunder oplæg til prioriteringer indenfor demenshandleplanen.

Høring af udkast til handleplan

Høringssvarene er vedlagt (bilag). Generelt er fokus i høringssvarene, at handleplanen fremstår som et materiale, der er blevet til på baggrund af grundigt forarbejde. Og de fremtidige initiativer er helt sikkert et løft. Der ønskes mere information om foreninger, efteruddannelse til pårørende, beboer- pårørende

møder på plejecentrene kun for borgere med demens og deres pårørende, med fagligt indhold. Endvidere ønskes en kontaktperson i kommunen, man kan søge råd og vejledning hos. Der skal være en større involvering af pårørende i alle faser, og de pårørende skal i højere grad opleves som en medskabende ressource. Medarbejdere skal uddannes til at håndtere samarbejdet med de pårørende og deres livssituation. Nuværende netværkscaféer skal understøttes før nye netværkscaféer igangsættes. Det skal sikres, at de mange gode initiativer som handleplanen indeholder også virkeliggøres.

Forvaltningen foreslår, at udvalget drøfter hørings svarene som grundlag for eventuelt at tilrette handleplanen for demensområdet.

Muligheder for prioriteringer i handleplanen

En mulighed vil være at nedjustere kompetenceudviklingen for medarbejdere og ledere, som er den største udgiftspost i handleplanen. Kompetenceudviklingen er beskrevet i tilbud kompetenceudvikling (bilag).

Såfremt udvalget ønsker en sådan nedjustering, foreslår forvaltningen følgende:

1) De fire temadage nedjusteres til tre temadage. Den 4. temadag, som bortfalder, handler om regler for magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten. Denne temadag består af den konkrete gennemgang af lovmæssige anbefalinger og krav i forbindelse med magtanvendelse (eller nær-magtanvendelse). Det er en temadag, der kan skabe et perspektiv på dagligdagens arbejde og bevidstgøre valg af tilgange i konkrete plejesituationer. Endvidere sker der en klargøring af, at disse valg ikke må eller skal være styret af private holdninger, men altid skal forstås ind i en større lovmæssig sammenhæng og i overensstemmelse med overordnede hensigtserklæringer og målsætninger. Elementer fra denne dag vil kunne tænkes ind ved en tilpasning af det nuværende 5-dages basiskursus for nye medarbejdere. Dette vil dog ikke omfatte allerede ansatte.

2) Opfølgingsdagen for medarbejderne bortfalder. Et bortfald af denne dag kan have konsekvenser for forankringen af indsatsen, da en opfølgingsdag kan være meget værdifuld, idet medarbejderne på det tidspunkt har indhentet erfaring med anvendelsen af ny viden og ny tilgang.

3) Diplomfag for ledere, sygeplejersker og demenskoordinatorer bortfalder. Ledere og sygeplejersker følger i stedet de tre moduldage sammen med deres medarbejdere. Supervision til ledelsen gennemføres som i den oprindelige plan. Demenskoordinatorerne gennemfører fortsat en uddannelse som Taskforce. Der er i det oprindelige forslag sat et højt ambitionsniveau i forhold til kompetenceudviklingen af ledere, sygeplejersker og demenskoordinatorer ud fra, at det er denne gruppe, der skal drive den meget store forandringsproces og kulturændring, som der er lagt op til. Modellen for ledere og sygeplejersker læner sig endvidere op af anbefalinger fra Egedal Kommune.

Økonomisk betyder forslaget til ændrede prioriteringer følgende ændringer i udgifterne til implementering af handleplan for demensområdet:

	2015	2016	2017 og frem	2018 og frem
Engangsmidler	652.875 kr.	981.575 kr.	947.950 kr.	
Varige driftsmidler	0 kr.	735.000 kr. kr.	810.200 kr.	810.200 kr.
I alt	652.875 kr. (opr.: 828.675 kr.)	1.716.575 (opr.: 2.424.375 kr.)	1758.150 kr. (opr. 2.459.750 kr.)	810.200 kr.

Som det fremgår af økonomiafsnittet nedenfor er handleplanen ikke forlods finansieret. Forvaltningen anbefaler, at finansieringen af handleplanens indsatser i 2015 sker ved anvendelse af ikke disponerede midler af Ældremilliarden i 2015. Derudover foreslår forvaltningen, at finansieringen af handleplanens indsatser i 2016 og frem, overgår til forhandlingerne om budget 2016-2019 med anbefaling om: Finansiering kan ske af det forhøjede bloktilskud på 9,7 mio. kr. som følge af bortfald af Ældremilliarden i kombination med en ændret prioritering af tiltag med varige driftsudgifter hidtil forudsat finansieret af Ældremilliarden.

Forvaltningens oplæg til den videre proces er, at forvaltningen indarbejder eventuelle rettelser på baggrund af høringsrunden, og at handleplanen fremsættes til endelig godkendelse på Social- og Sundhedsudvalgets, Økonomiudvalgets og Kommunalbestyrelsens møder i oktober 2015.

Lovgrundlag

Det er valgfrit for kommunen at gennemføre en handleplan for demensområdet.

Økonomi

Handleplanens nye indsatser er ikke forlods finansieret. Oversigt og finansieringsbehovet for 2015 og følgende år (bilag). Heraf fremgår finansieringsbehovet for hele handleplanen samt finansieringsbehovet, hvis der prioriteres i handleplanen, som beskrevet i sagsfremstillingen.

Finansiering af handleplanens indsatser i 2015 foreslås finansieret af ikke disponerede midler af Ældremilliarden i 2015.

Finansiering af handleplanens indsatser i 2016 og frem afhænger af kommunalbestyrelsens prioritering af det forhøjede bloktilskud på 9,7 mio. kr., herunder om det helt eller delvist tilfalder ældreområdet. På den baggrund foreslås finansieringen af handleplanens indsatser i 2016 og frem at overgå til forhandlingerne af budget 2016-2019.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 23. september 2015

Ad. 1 Drøftet, idet handleplanen med redaktionelle tilpasninger, herunder at tværgående indsatser rykkes frem i handleplanen, forelægges udvalget i oktober med henblik på oversendelse til godkendelse i Kommunalbestyrelsen. Til et kommende møde udarbejdes succeskriterier for handplanen.

Til et kommende møde forelægges sag om, hvordan der arbejdes med opsporing og udredning.

Ad. 2 Godkendt, idet udvalget bemærker, at Kommunalbestyrelsen tager endelig beslutning herom i forbindelse med behandling af justeret anvendelse af Ældremilliarden.

Ad. 3 Godkendt, at finansiering af handleplanen i 2016 og frem indgår i forhandlingerne af budget 2016-2019.

Udvalget besluttede endvidere, at forvaltningen forelægger status for realisering af mål i den godkendte handleplan årligt - første gang i august 2016.

Bilagsfortegnelse

1. Handleplan for demensområdet 2015-2018
2. Høringssvar fra pårørende
3. Høringssvar Seniorrådet
4. Høringssvar fra Handicaprådet
5. Estimerede udgifter til handleplanen light
6. Referat center-MED CSO 17. september 2015

8. Status for Epitalet

Resume

Social- og Sundhedsudvalget har besluttet, at der skal gøres status for realisering succeskriterierne for Epitalet i 2015. Status viser, at succeskriterierne ikke er realiseret. Herudover holder forudsætningerne for budgettet til Epitalet samt fremadrettede finansieringskilder ikke. Forvaltningen fremlægger derfor tre alternative scenarier for Epitalets fremtid.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. status for Epitalet tages til efterretning,
2. Epitalet lukker ned pr. 1. juli 2016, som angivet i scenario C.

Sagsfremstilling

Epitalet er et telemedicinsk udviklingsprojekt rettet mod borgere med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Udviklingen af Epitalet i Lyngby-Taarbæk Kommune begyndte i 2011. Epitalet skal bidrage til, at borgerne i tiltagende grad styrkes aktivt i at mestre sin sygdom i et tæt samarbejde med det kommunale sundhedsvæsen. Intentionen er at forebygge indlæggelser knyttet til borgernes lungesygdom og dermed undgå, at disse sårbare borgere oplever en akut indlæggelse, der kan undgås.

Også nationalt har og er der stort fokus på kommunernes indsatser for at undgå forebyggelige indlæggelser. Nationalt er en række andre telemedicinske projekter således iværksat med denne forventning og målsætning om at reducere indlæggelser.

Realisering af succeskriterier for Epitalet

Social- og Sundhedsudvalget godkendte 3. december 2014 succeskriterier for Epitalet. Succeskriterierne knytter både an til de økonomiske konsekvenser af indsatserne i Epitalet og til kvaliteten/effekten af indsatserne.

Succeskriterierne er:

- 1) Antallet af indlæggelser og indlæggelsesdage blandt borgere på Epitalet reduceres med 50 pct.
- 2) Borgerne på Epitalet oplever en signifikant forbedring af deres livskvalitet.

Succeskriteriet om et fald i borgernes indlæggelser bygger dels på formålet med indførelse af Epitalet, dels på resultatet af en analyse af Epitalet gennemført i 2014. Analysen var baseret på datatræk af 28 borgere i landspatientregistret og viste en halvering af antallet af indlæggelser.

I august 2015 er gennemført en tilsvarende analyse baseret på datatræk i landspatientregistret. Datatrækket omfatter 55 borgere, der er inkluderet i Epitalet. Datatrækket viser, at borgerne havde 24 indlæggelser, før de var inkluderet i Epitalet, mens de havde 29 indlæggelser efter. På baggrund af de foreliggende data er der således ikke sket en reduktion af antallet af indlæggelser og indlæggelsesdage blandt borgere inkluderet i Epitalet på 50 pct.

Forvaltningen skal bemærke, at det er en grundlæggende udfordring for analysens konklusioner, at den er baseret på resultatet af ca. 55 borgere inkluderet i Epitalet. Med dette relativt begrænsede antal borgere er det et meget usikkert grundlag at vurdere realiseringen af succeskriterierne på. Det viser dataudtrækket også. Baseline med 24 indlæggelser for de 55 borgere, der er i Epitalet, er i udgangspunktet lavt. Det betyder, at en ændring med blot ganske få færre eller flere indlæggelser har markant betydning for resultatet. Samtidig er det væsentligt at gøre opmærksom på, at KOL er en progressiv sygdom, hvor borgerens tilstand tiltagende forværres. 3-4 gange om måneden er der i Epitalet således iværksat behandlinger ved svære akutte forværringer af en borgers tilstand. Det er derfor muligt, at borgerne havde haft flere indlæggelser, hvis de ikke havde været inkluderet i Epitalet. Vi ved dog ej heller i hvilket omfang, borgernes egen læge havde igangsat samme behandling, hvorfor det er vanskeligt at vurdere i hvilket omfang, der er forhindret indlæggelser.

En supplerende usikkerhed er, at dataudtrækket ikke er rensset for borgere, der er døde undervejs eller har ønsket at udgå af Epitalet.

På trods af det spinkle datagrundlag vurderer forvaltningen dog, at ingen tilgængelige oplysninger tyder på, at Epitalet indtil videre har haft en målbar effekt på borgernes forbrug af regionale sygehusydelser.

Ad 2)

Der er gennemført en analyse af 20 borgeres besvarelse af et spørgeskema vedrørende borgernes vurdering af eget helbred. Borgerne har besvaret spørgeskemaet, da de blev inkluderet i Epitalet samt efter 6 måneders deltagelse i Epitalet. Borgerne har besvaret spørgsmål inden for 9 områder relateret til deres helbred, herunder blandt andet fysisk funktion, fysisk smerte, energi og psykisk velbefindende.

Analysen af borgernes besvarelser tyder på, at de ikke har oplevet en generel forbedring i deres selvvaluerede helbred. Der ses dog en tendens til, at der sker en

positiv ændring på nogle af de områder, som borgerne har forholdt sig til. Dette kan dog skyldes tilfældig variation, da datagrundlaget er småt, og resultatet er derfor usikkert. Set i lyset af, at borgere med KOL - som beskrevet ovenfor - typisk bliver gradvist dårligere, er det positivt, at borgerne ikke vurderer, at deres helbred er forværret efter de 6 måneder.

Forudsætninger i Epitalets budget

Epitalets budget for 2015-2017 hviler på en række forudsætninger. En forudsætning er 80-100 borgere inkluderet i Epitalet ved udgangen af 2014 med en forventning om op til 150 borgere inkluderet i 2015. Som det fremgår ovenfor har den forudsætning ikke holdt. Finansieringen af budgettet er desuden forudsat tilvejebragt delvis via Lyngby-Taarbæk kommunes andel af Ældremilliarden. Denne pulje omlægges fra 2016 til et ordinært og mindre bloktilskud, der ikke er øremærket ældreområdet.

Endelig er den fremadrettede finansiering af Epitalet (fra 2016) baseret på en forventning om ekstern fondsfinansiering og medfinansiering fra Region Hovedstaden og andre kommuner. Det er imidlertid ikke lykkedes. Region Hovedstaden har besluttet, at de vil arbejde videre med en telemedicinsk løsning, der baserer sig på Telecare Nord Projektet i Nordjylland. Lyngby-Taarbæk Kommune er inviteret ind i videreudviklingen af denne model til Region Hovedstaden.

Scenarier for Epitalet fremadrettet

De hidtil opnåede resultater gør det nødvendigt at overveje alternative fremtidsscenarier for Epitalet. Umiddelbart tegner der sig tre mulige scenarier:

Scenario A

Epitalet fortsætter med det budget, der er lagt fra 2016 og frem. I dette scenario er udgiften til lægedækning reduceret, mens opnormeringen med fem medarbejdere på Vagtcentralen er fastholdt. En finansiering af dette scenario forudsætter, at der fortsat prioriteres midler til dette via forhøjelsen af kommunens bloktilskud med ca. 9,7 mio. kr. fra 2016 som følge af, at Ældremilliarden omlægges fra en pulje til et ordinært bloktilskud.

Forvaltningen vurderer ikke, at dette scenario er hensigtsmæssigt, da det er baseret på, at 150 borgere er inkluderet på Epitalet. Da det har vist sig vanskeligt at rekruttere borgere, er det næppe et realistisk scenario.

Scenario B

Epitalet fortsætter med et budget fra 2016, der er tilpasset det nuværende aktivitetsniveau med ca. 60 borgere. Med 56 borgere på Epitalet udgør den nuværende volumen knap 40 pct. af det volumen, som budgettet blev lagt efter. I dette scenario reduceres det samlede budget således til 40 pct. af det budget, der oprindeligt er lagt fra 2016. Der er dog tilført yderligere 60.000 kr. til understøttelse via projektledelse. En finansiering af dette scenario forudsætter, at der prioriteres

midler til dette via forhøjelsen af kommunens bloktilskud på ca. 9,7 mio. kr. fra 2016 som følge af, at ÆldreMilliarden omlægges fra en pulje til et ordinært bloktilskud.

Scenariet forudsætter, at borgere, som ikke allerede er inkluderet i Epitalet, først vil kunne inkluderes, når der er plads. Samtidig er scenariet baseret på, at det primært er Vagtcentralen, der har kontakten til borgerne, og at denne kontakt primært ligger i dagtiden fra kl. 8.00-16.00. Da det er rimeligt at antage, at kontakten til lægerne også primært ligger i dagtiden, foreslås det, at Vagtcentralen ligesom Det Mobile Akutteam (MAT) skal kontakte borgerens egen læge indenfor lægernes almindelige åbningstider dvs. kl. 8.00-16.00. Det vil have den fordel, at det er lægens egne patienter, der skal samarbejdes om. En lægedækning efter kl. 16 bør samtænkes med lægedækningen af det mobile akutteam (MAT) og de subakutte pladser (SAP), da der er tale om få kontakter på månedsbasis.

For dette scenario taler, at de ca. 60 inkluderede borgere dermed kan fastholde deres livskvalitet, som det tyder på, at Epitalet bidrager med. Lyngby-Taarbæk Kommune vil også fortsat være forgangskommune, når det gælder telemedicinske projekter, der tager afsæt i en kommunal virkelighed med borgeren i centrum. Det giver mulighed for dels at fastholde allerede opbyggede kompetencer i forhold til telemedicin, dels gennem samarbejde med andre kommuner i højere grad at kunne påvirke videreudviklingen af den telemedicinske løsning, Region Hovedstanden har valgt. Derfor foreslår forvaltningen også i dette scenario at fastholde projektledelsen.

Scenario C

Epitalet lukker ned pr. 1. juli 2016. Grundet opsigelsesvarsler og rimelig tid til at afvikle tilbuddet til borgerne kan en lukning gennemføres pr 1. juli 2016. Finansiering af dette scenario forudsætter, at der prioriteres midler til dette i 1. halvår af 2016 via det kommende bloktilskud som følge af, at ÆldreMilliarden omlægges.

Dette scenario vil betyde, at Lyngby-Taarbæk Kommune ikke længere kan tilbyde en telemedicinsk løsning, og at de kompetencer, der er opbygget gennem de senere år, på sigt mistes.

Tabel 1: Epitalets budget ved scenarierne A, B og C

Budget -scenarier, kr.	A	B	C
Bemanding 1 Spl. + vikarer	1.813.198	725.279	360.000
IT.udvikling, integration, drift	100.000	40.000	20.000
Epitalet lægedækning	550.000	100.000	50.000
Administrativ understøttelse	300.000	300.000	150.000
I alt	2.763.198	1.165.279	580.000

Lovgrundlag

Det er valgfrit for kommunen at tilbyde telemedicinske projekter til kronisk syge.

Økonomi

Der er afsat følgende budget til Epitalet i årene 2015-2017.

Tabel 2: Epitalets budget 2015-2017

Budget -scenarier, kr.	2015	2016	2017
Bemanding 1 Spl. + vikarer	1.813.198	1.813.198	1.813.198
IT.udvikling, integration, drift	100.000	100.000	100.000
Epitalet lægedækning	950.000	550.000	550.000
Administrativ understøttelse	300.000	300.000	300.000
I alt	3.363.198	2.763.198	2.763.198

Som det fremgår af tabel 2, reduceres udgiften til lægedækning med 400.000 kr. fra 2016, mens de øvrige udgifter er fastholdt.

Budgettet for scenarierne er følgende:

Scenarie A) 2.763.198 kr., som er det beløb der er afsat til 2016 på nuværende tidspunkt - varige driftsmidler

Scenarie B) 1.165.279 kr., svarende til 40 pct af det beløb der er afsat til 2016 - varige driftsmidler.

Scenarie C) 580.000 kr., svarende til 6 måneder på 40 pct af budgettet for 2016 - engangsbeløb

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen.

Social- og Sundhedsudvalget den 23. september 2015

Ad. 1 Anbefalet.

Ad. 2 V foreslår, at sagen udsættes og at der indhentes udtalelse fra Epital-lægerne i projektet.

For stemmer 3 (V, O og Finn Riber Rasmussen(A))

Imod stemmer 3 (C, Bodil Kornbek (A) og Dorthe la Cour)

Undlader at stemme 1 (B)

For forvaltningens indstilling stemmer 3 (C, Bodil Kornbek (A) og Dorthe la Cour).

Imod stemmer 3 (V, O og Finn Riber Rasmussen (A)).

Undlader at stemme 1 (B).

9. Orientering om bortfald af Ældre milliarden fra 2016

Resume

Som en del af Aftale om kommunernes økonomi for 2016 overgår Ældre milliarden fra puljemidler til kommunernes bloktilskud fra 2016 og vil ikke være øremærket til ældreområdet. Forhøjelsen af kommunens bloktilskud som følge af omlægningen vil være mindre end størrelsen på kommunens hidtidige andel af Ældre milliarden. Forvaltningen orienterer på denne baggrund om tiltag, som er forudsat finansieret af Ældre milliarden i 2015 og frem.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at udvalget tager orientering om tiltag forudsat finansieret af Ældre milliarden i 2015 og frem til efterretning.

Sagsfremstilling

I forbindelse med Aftale om Finanslov for 2014 blev der afsat 1 mia. kr. årligt til et varigt løft af indsatsen på det kommunale ældreområde (Ældre milliarden). Udmøntning i 2014 og 2015 er sket på baggrund af ansøgning fra de enkelte kommuner, idet formålet med midlerne har været at løfte ældreplejen, hvor der er størst behov for det i den enkelte kommune.

Lyngby-Taarbæk har i 2015 fået afsat 12,065 mio. kr., og Kommunalbestyrelsen godkendte i 2014 på indstilling fra Social- og Sundhedsudvalget forslag til udmøntning af Ældre milliarden 2015.

I Aftale om kommunernes økonomi for 2016 indgår, at Regeringen vil arbejde for, at prioriteringer af de kommunale velfærdsområder ikke sker i form af puljer eller bindinger på kommunernes mulighed for at prioritere. Der er i forlængelse heraf enighed mellem Regeringen og KL om at omlægge tilskuddet til ældreområdet på 1 mia. kr. årligt fra finanslovsaftalen for 2014 til bloktilskuddet fra 2016. Det medfører, at Ældre milliarden bortfalder fra 2016, og at bloktilskuddet til Lyngby-Taarbæk Kommune forhøjes med 9,7 mio. kr. årligt fra 2016 og frem. Bloktilskuddet er ikke øremærket ældreområdet, og kommunen kan derfor vælge en anden prioritering af de 9,7 mio. kr.

Med baggrund heri har forvaltningen udarbejdet en oversigt, der viser Kommunalbestyrelsens budgetlagte indsatser finansieret af Ældre milliarden i 2015 og frem (bilag). Som det fremgår, er der ikke planlagt opstart af nye tiltag for Ældre milliarden i 2016, da 12 ud af 14 allerede besluttede tiltag er planlagt til at

fortsætte i 2016 og frem.

Lovgrundlag

Aftale om Finanslov for 2014 samt Aftale om kommunernes økonomi for 2016.

Økonomi

Der er ni af tiltagene finansieret af Ældremilliarden, som indebærer varige driftsudgifter. Derudover er der i 2016 budgetlagt engangsudgifter på 1,3 mio. kr. til ombygning af køkkenerne på Træningscenter Møllebo og plejecenter Baunehøj. Med baggrund i erfaringerne fra ombygning af andre køkkener, har forvaltningen revurderet de økonomiske forudsætninger for de planlagte ombygninger. Revurderingen betyder en samlet forventet udgift på 1.952.000 kr. til ombygning af de to køkkener, dvs. 652.000 kr. mere end budgetlagt.

Kommunen får via bloktilskuddet tilført 9,7 mio. kr., hvilket er 2.365.000 kr. lavere end midler tilført af Ældremilliarden i 2015. De allerede budgetlagte tiltag med varige driftsudgifter indebærer i 2016 merudgifter på ca. 1.0 mio. kr. set i forhold til bloktilskuddet på 9,7 mio. kr., jf. bilag. Hvis ombygningen af køkkenerne på Baunehøj og Møllebo prioriteres, vil merudgifterne set i forhold til bloktilskuddets størrelse beløbe sig til ca. 3.0 mio. kr. i 2016.

Beslutningskompetence

Social- Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 23. september 2015

V og O foreslår, at bloktilskud på 9,7 mio. kr fra 2016 øremærkes til ældreområdet.

For stemmer: 2 (V og O)

Imod stemmer: 4 (C, B, Bodil Kornbek (A), Dorthe la Cour).

Finn Riber Rasmussen (A) var fraværende.

Bilagsfortegnelse

1. Oversigt over udgifter 2015 til 2017

10. Justeret anvendelse af Ældremilliarden 2015

Resume

I forhold til den oprindelige ansøgning om anvendelse af Lyngby-Taarbæk Kommunes andel af Ældremilliarden for 2015, som blev godkendt af ministeriet, er der behov for visse tilpasninger i anvendelsen af midlerne. Forvaltningen forelægger derfor forslag til en justeret anvendelse af Ældremilliarden for 2015.

Indstilling

Forvaltningen foreslår at,

1. forventet mindreforbrug på "Hovedrengøring" fra de private leverandører benyttes til finansiering af forventede merudgifter til Serviceteamets administration af ordningen, idet de samlede budgetlagte udgifter til "Hovedrengøring" fastholdes uændret,
2. forventet merforbrug på "Mad fra Bunden" dækkes af mindre forbrug på øvrige tiltag,
3. øvrige ikke disponerede midler fra Ældremilliarden i 2015 anvendes til udmøntning af indsætterne i handleplan for demensområdet i 2015, såfremt handleplanen vedtages.

Sagsfremstilling

I forbindelse med Aftale om Finanslov for 2014 blev der afsat 1 mia. kr. årligt til et varigt løft af indsatsen på det kommunale ældreområde (Ældremilliarden). Udmøntning i 2014 og 2015 er sket på baggrund af ansøgning fra de enkelte kommuner, idet formålet med midlerne er at løfte ældreplejen, hvor der er størst behov for det i den enkelte kommune.

Lyngby-Taarbæk har i 2015 fået afsat 12,065 mio. kr. Der er overført uforbrugte midler fra 2014, således at der er igangsat initiativer for samlet 16,2 mio. kr. i 2015. Kommunalbestyrelsen godkendte i 2014 forslag til udmøntning af Ældremilliarden for 2015. I forhold til den oprindelige ansøgning, som blev godkendt af ministeriet, er der med baggrund i implementeringen af de besluttede tiltag behov for visse tilpasninger i anvendelsen af midlerne. Årsagerne er blandt andet senere opstart af tiltag end planlagt samt et andet forbrug end planlagt.

Erfaringerne med "Hovedrengøring" viser, at det er nødvendigt at afsætte lønmidler til administration af ordningen i Serviceteamet. Udover at administrere ordningen udfører Serviceteamet hovedrengøring for borgere, som har den kommunale leverandør. Der har været et lidt lavere forbrug i antallet af

hovedrengøringer udført af de private leverandører end forventet, idet færre borgere har benyttet sig af tilbuddet. Samlet set forventes budgettet til hovedrengøring derfor overholdt.

Forvaltningen forventer et mindreforbrug på "Kørsel til visiterede aktivitetstilbud" på 187.700 kr., på "Øget fokus på kvalitet og effekt af kommunens indsatser i ældreplejen" på 317.318 kr. samt på "Aktivitetsmedarbejder på Møllebo" på 160.000 kr. For de to sidstnævnte tiltag er årsagen en senere opstart end planlagt. Det forventede mindreforbrug på kørsel skyldes, at færre borgere end forventet har benyttet tilbuddet. Det samlede forventede mindre forbrug på de tre tiltag er 665.018 kr.

Endelig har der endnu kun været udgifter til "Øget fokus på demens" på 140.367 kr. ud af de afsatte 641.221 kr., da denne indsats har afventet ny handleplan for området. Der er således samlet set tiltag med ikke disponerede udgifter på 1.165.872 kr. i 2015.

I modsat retning trækker, at forvaltningen forventer et merforbrug på 307.000 kr. på "Mad fra bunden", herunder ombygning af køkkenet på Bredebo, hvor der er uforudsete udgifter til bl.a. håndværkere og byggemateriel. Forudsættes disse merudgifter finansieret af de samlede ikke disponerede udgifter på de ovenfor nævnte tiltag, er der netto 858.872 kr. til rådighed til anden anvendelse i 2015.

Udgifterne til udmøntning af handleplanen for demensområdet er i 2015 estimeret til 828.675 kr.

Lovgrundlag

Aftale om Finanslov for 2014.

Økonomi

De afledte økonomiske konsekvenser af de ovenfor beskrevne ændringer er:

- ┆ "Hovedrengøring" holdes indenfor budgetrammen, da det forventede mindre forbrug på hovedrengøring udført af private leverandører kan finansiere forventede merudgifter til administrative opgaver i Serviceteamet.
- ┆ Forventet mindre forbrug på "Kørsel til visiterede aktivitetstilbud" på 187.700 kr.
- ┆ Forventet mindre forbrug på "Øget fokus på kvalitet og effekt af kommunens indsatser i hjemmeplejen" på 317.318 kr.
- ┆ Forventet mindre forbrug på "Aktivitetsmedarbejder på Møllebo" på 160.000 kr.
- ┆ Ikke disponerede midler til "Øget fokus på demens" på 500.854 kr.
- ┆ Forventet merforbrug på "Mad fra Bunden" på 307.000 kr.

Samlede ikke disponerede midler i 2015: 858.872 kr.

Udgifterne til udmøntning af handleplanen for demensområdet er i 2015 estimeret til 828.675 kr. Såfremt de ikke disponerede midler anvendes til udmøntning af handleplanen for demensområdet, vil udgifterne for 2015 kunne afholdes inden for budgettet til Ældremilliarden.

Beslutningskompetence
Kommunalbestyrelsen.

Social- og Sundhedsudvalget den 23. september 2015

Ad. 1 Anbefalet.

Ad. 2 Anbefalet.

Ad. 3 Anbefalet.

Finn Riber Rasmussen (A) var fraværende.

11. Status for de subakutte pladser og det mobile akutteam

Resume

Forvaltningen forelægger status for de subakutte pladser og det mobile akutteam. Status viser, at succeskriteriet for de subakutte pladser og det mobile akutteam er henholdsvis næsten opfyldt og fuldt opfyldt, samt at der ikke er grundlag for at iværksætte den planlagte udvikling af det mobile akutteam til en udvidet specialenhed (fase 2).

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. status for de subakutte pladser og det mobile akutteam tages til efterretning,
2. fase 2 i udviklingen af det mobile akutteam ikke iværksættes.

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget godkendte den 6. marts 2013 at etablere fire subakutte pladser på Træningscenter Møllebo. Der blev afsat 0,4 mio. kr. årligt til drift af de fire pladser i forbindelse med udmøntning af "Pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere". Den 3. februar 2014 godkendte udvalget i forbindelse med udmøntning af "Pulje til sundhed og forebyggelse" tillige oprettelse af et mobilt akutteam i hjemmesygeplejen. Der blev afsat 1,5 mio. kr. årligt til drift af det nye mobile akutteam til dækning af Fase 1, jf. nedenfor.

Social- og Sundhedsudvalget godkendte succeskriterier for de to indsatser i særskilt sag den 3. december 2014. Med udgangspunkt i succeskriterierne gives en status for de fire subakutte pladser og for det mobile akutteam.

Status for de fire subakutte pladser (SAP) for perioden 1. september 2013 - medio juli 2015

De fire subakutte pladser blev etableret i september 2013. Formålet med pladserne er at forebygge indlæggelser og genindlæggelser af borgere med forebyggelige diagnoser. Tilbuddet retter sig primært mod ældre, syge og handicappede borgere, som har en akut forværring af almentilstanden, som kræver mere observation, pleje og omsorg, end der kan tilbydes i hjemmet, og som ikke kræver hospitalsindlæggelse. Borgerne kan modtages alle dage mellem kl. 08 - 22 og bliver tilset af en af Epitalets læger indenfor 24 timer efter, at borgeren er indlagt. Efter en langsom start, hvor kun ganske få praktiserende læger benyttede det nye tilbud, kom det for alvor i gang efter den 1. januar 2014.

Det opstillede succeskriterium for de fire subakutte pladser er, at 80 % af de borgere, der er indlagt på en subakut plads, undgår en hospitalsindlæggelse.

Opgørelser fra 1. januar 2014 - 30. juni 2015 viser, at der i alt har været indlagt 149 borgere på en subakut plads. Heraf har 79 % undgået en hospitalsindlæggelse. For uddybning heraf henvises til "Status for de fire subakutte pladser pr. juli 2015" (bilag). Dette skal ses i forhold til en gennemsnitlig udgift pr. indlæggelse på 10.000 kr., hvilket i denne periode svarer til en besparelse på den kommunale medfinansiering på 1.490.000 kr.

Forvaltningen foreslår, at det nuværende antal subakutte pladser bibeholdes og endelig stillingtagen til en justering af antallet af pladser afventer mere erfaring og udviklingen af det nære sundhedsvæsen i de kommende år.

Af puljen til løft af kørselsordningerne på ældre- og handicapområdet - besluttet i budgetaftalen for 2014-17 - blev der bevilget 170.000 kr. årligt til betaling for kørsel af borgere til/fra en subakut plads. Efter 1 års drift er vurderingen, at beløbet dækker det aktuelle behov for kørsel.

Status for det mobile akutteam (MAT) for perioden 1.6.2014 - 30.6.2015
Det mobile akutteam blev etableret i juni 2014. Formålet er at supplere det eksisterende tilbud om intensiv og akut sygepleje på de fire subakutte pladser og medvirke til yderligere forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser af borgere med forebyggelige diagnoser. Det mobile akutteam er fysisk placeret på Træningscenter Møllebo. Det fungerer som en specialenhed i hjemmesygeplejen, der yder akut sygepleje til borgeren i dennes hjem/plejebolig - en akut sygepleje, som ikke kan klares via den almindelige hjemmesygepleje, og som ikke kræver indlæggelse på en subakut plads på Møllebo. Det mobile akutteam fungerer alle dage mellem kl. 08 - 22. I dagtiden ydes den lægefaglige bistand af egen praktiserende læge, mens Epitalets læger hidtil har varetaget opgaven efter kl. 16.

Det opstillede succeskriterium for det mobile akutteam er, at 80 % af de borgere, som mobilt akutteam er i kontakt med, håndteres i eget hjem.

Opgørelser fra 1.6.2014 - 30.6.2015, det vil sige for 13 måneder, viser, at der i alt har været 1.286 forløb, hvor det mobile akutteam har ydet akut sygepleje til borgere i eget hjem. Heraf er 91 % håndteret i eget hjem, uden at borgeren har haft behov for indlæggelse på sygehus. For en uddybning heraf henvises til "Status for det mobile akutteam pr. juli 2015" (bilag). Dette kan som ved de subakutte pladser ses i forhold til en gennemsnitlig udgift pr. indlæggelse på 10.000 kr. Det er dog her svært at vurdere, hvor mange af de borgere, MAT har været inde over, som ville være blevet indlagt, hvis MAT ikke havde behandlet borgerne.

Oprindeligt blev det mobile akutteam planlagt til at udvikle sig i tre faser.

Fase 1: Etablering af den sygeplejefaglige dimension.

Fase 2: Udbygning af team til en selvstændig specialenhed, hvor der udover sygeplejersker ansættes sosu-assistenten og sosu-hjælpere, som varetager al pleje og omsorg i forhold til borgeren i den akutte situation.

Fase 3: Lægefaglig bistand forankres uden brug af Epitalets læger.

Fase 1 er fuldt implementeret, og erfaringerne fra det første års drift viser, at den sygeplejefaglige dimension kombineret med lægedækning dækker behovet for akut sygepleje, og at der ikke er behov for at udbygge det nuværende akutteam yderligere. Forvaltningen anbefaler derfor, at fase 2 ikke iværksættes. For fase 3 henvises til selvstændig sag om lægedækning af de subakutte pladser og det mobile akutteam.

For såvel de subakutte pladser som det mobile akutteam gælder, at der ikke foreligger data for i hvilket omfang, at borgere med forebyggelige diagnoser blev indlagt før etableringen af tilbuddene. Der er dog næppe tvivl om, at de specialiserede sygeplejefaglige kompetencer, som er tilstede i de to tilbud, betyder, at kommunen nu kan håndtere mange flere sygdomsforløb i kommunen, som ellers tidligere ville være resulteret i en indlæggelse.

Lyngby-Taarbæk Kommune har også oplevet et fald i forebyggelige indlæggelser det seneste år. Dette er dog en tendens, der også ses nationalt om end i mindre grad end i Lyngby-Taarbæk Kommune. Da der i kommunen er iværksat en række indsatser med henblik på at nedbringe de forebyggelige indlæggelser, såsom tidlig opsporing af sygdomstegn, rehabiliterende møder, etablering af Epitalet samt de subakutte pladser og det mobile akutteam, kan det imidlertid være vanskeligt at vurdere, hvor meget den enkelte indsats har bidraget til faldet i indlæggelser.

Lovgrundlag

Der er ikke noget lovgivningsmæssigt krav om, at kommunen skal etablere specialiserede sygeplejefunktioner som det mobile akutteam og de subakutte pladser.

Økonomi

Udgifterne til driften af fase 1 har vist sig at være dyrere end svarende til den afsatte ramme. Merudgifterne andrager 0,6 mio. kr årligt. Økonomiudvalget godkendte den 19. juni 2015, at de forventede merudgifter i 2015, samt en mulig finansiering bliver behandlet ved 2. anslået regnskab. Derudover godkendte Økonomiudvalget, at de forventede merudgifter fra 2016 og frem overgår til behandlingen af budget 2016-2019.

Tabel 1. Budget for det mobile akutteam (MAT) og de subakutte pladser (SAP)

Mio. kr.	2013	2014	2015	2016	2017
SAP, drift	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
MAT, drift	-	1,5	1,5	1,5	1,5
Lægedækning	-	0,95	0,55	0,55	0,55
I alt	0,4	2,85	2,45	2,45	2,45

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 23. september 2015

Ad. 1 Taget til efterretning.

Ad. 2 Godkendt.

Bilagsfortegnelse

1. Status for de 4 subakutte pladser pr. juli 2015

2. Status for det mobile akutteam pr. juli 2015

12. Fremtidig lægedækning af de subakutte pladser og det mobile akutteam

Resume

Kommunalbestyrelsen besluttede i september 2014 at reducere budgettet til lægedækning af de subakutte pladser (SAP) og det mobile akutteam (MAT) fra 2016. På den baggrund lægger forvaltningen op til, at Social- og Sundhedsudvalget træffer beslutning om model for lægedækning fra 2016.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at lægedækningen af de subakutte pladser og det mobile akutteam fra 2016 organiseres og finansieres som angivet i model 1.

Sagsfremstilling

En stor del af den sygeplejefaglige indsats i de to tilbud skal udføres efter ordination af en læge i henhold til reglerne om delegation af sundhedsfaglig virksomhed. Det er derfor vigtigt for driften af begge tilbud, at der er et tæt samarbejde med en læge.

Den lægefaglige bistand i det mobile akutteam ydes af egen læge i dagtimerne (8-16), idet lægerne er forpligtet til at passe egne patienter i dette tidsrum. For at øge muligheden for kommunikation mellem den praktiserende læge og det mobile akutteam er der etableret og udvekslet akutnumre mellem parterne. Såfremt det mobile akutteam ikke kan få kontakt til egen læge i dagtimerne, kontaktes Epitalets læger. I tidsrummet 16-22 har kommunen budget til egen lægedækning af det mobile akutteam. Det er Epitalets læger, der løser opgaven, idet der har været ledig lægelig arbejdskraft i Epitalet. Epitalet har således ikke haft så mange tilmeldte borgere, som det var forventet i perioden.

Den kommunalt finansierede lægedækning har givet mulighed for at opnå et meget tæt samarbejde mellem det mobile akutteam og den lægefaglige bistand, og derved også mulighed for at opnå en bedre kvalitet i patientbehandlingen i tidsrummet 16-22. Efter kl. 16 er det normalt Regionen, der via vagtlægen i 1813, har forsyningsforpligtelsen for den akutte lægebetjening.

På de subakutte pladser varetages den lægefaglige bistand i hele tidsrummet fra 8-22 af Epitalets læger. Denne løsning har været etableret, da der har været den ovennævnte ledige lægelige arbejdskraft i Epitalet. Ligesom for det mobile akutteam har den kommunalt finansierede lægedækning givet mulighed for at

opnå en bedre kvalitet i patientbehandlingen fra 16-22, end lægevagten i 1813 kan tilbyde.

I forhold til den lægefaglige bistand i dagtiden, er de praktiserende læger også forpligtet til at passe egne patienter i tidsrummet 8-16 i de tilfælde, hvor patienten befinder sig på en midlertidig kommunal plads (under forudsætning af at denne plads ligger under 15 km fra lægens praksis). Det er imidlertid PLO's holdning, at patienter på akuttilbud er mere ressourcekrævende, da de har mere komplekse medicinske problemstillinger end den almindelige almenmedicinske patient, og derfor ønsker de en særlig honorering for at passe deres patienter på disse tilbud. Derfor er det ikke de praktiserende læger, der varetager den lægefaglige bistand i tidsrummet 8-16, som det er tilfældet i det mobile akutteam.

Det kommunale serviceniveau på de subakutte pladser er aftalt således, at Epitalets læge møder frem og tilser patienten indenfor 24 timer. Jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om kvalitet i kommunale akutfunktioner er det imidlertid ikke et krav for en subakut plads, at borgeren tilses fysisk af en læge, men blot at der er et samarbejde med en læge, som kan kontaktes og tage stilling til, hvilken behandling, der skal iværksættes.

En opgørelse over anvendelsen af lægefaglig bistand i perioden april 2014 - april 2015 (13 måneder) viser, at der samlet set har været ydet 243 timers lægefaglig bistand til de to tilbud. Det svarer til 19 timer pr. måned eller 37 minutter om dagen. Den lægefaglige bistand fordeler sig med ca. 50 % som fremmøde på de subakutte pladser og med ca. 50 % som telefonkonsultationer. 60 % af henvendelserne til det mobile akutteam sker i tidsrummet 8-16 og 40% i tidsrummet 16-22.

Forslag til fremtidig lægedækning

Det er besluttet, at den eksisterende model med fuld kommunalt finansieret lægedækning af de subakutte pladser og kommunalt finansieret lægedækning af det mobile akutteam i tidsrummet 16-22 fortsætter i hele 2015. Fra 2016 er finansieringen af lægedækningen af de to tilbud samt Epitalet reduceret, jf. Kommunalbestyrelsens beslutning i september 2014. Det betyder, at der som udgangspunkt vil være 0, 550 mio. kr. til lægedækning af de subakutte pladser og det mobile akutteam fra 2016 mod nuværende budget på 0,950 mio. kr. i 2015. Derfor vil der skulle findes en anden løsning end anvendelse af Epitalets læger.

Forvaltningen kan umiddelbart pege på to modeller:

Model 1:

Kommunen ansætter et antal praktiserende læger på en individuel kontrakt eller indgår aftale med et firma bestående af praktiserende læger om løsning af opgaven med lægefaglig bistand til de subakutte pladser i tidsrummet 8-22 og det

mobile akutteam i tidsrummet 16-22. Aftalen finansieres indenfor det tildelte budget.

Såfremt denne løsning vælges, vil de subakutte pladser og det mobile akutteam kunne køre videre som i dag. Det er en forudsætning, at der er akutnumre til alle praktiserende læger, som de kan kontaktes på i tidsrummet 8-16. I dag mangler der akutnumre til nogle få læger.

Normalt vil det være naturligt, om kommunen søger at indgå en lokalaftale med PLO om opgaven. På grund af de igangværende forhandlinger mellem Region Hovedstaden, KL og PLO om en ny praksisplan for alment praktiserende læger, vurderes det fra KL's side, at det vil være meget uhensigtsmæssigt og ikke understøttende for den igangværende forhandling, hvis Lyngby-Taarbæk Kommune forsøger at indgå en lokalaftale med PLO, idet der i forbindelse med den nye praksisplan lægges op til at indgå en aftale, som vil omhandle netop praktiserende lægers betjening af kommunale akutfunktioner.

Kommunen kan imidlertid godt indgå en individuel aftale med læger, men på grund af de opgaver som skal honoreres (lægedækning af kommunale akuttilbud), anbefaler KL, at kommunen er i tæt dialog med KL om den løsning, der udarbejdes, så der ikke dannes en uheldig præcedens i forhold til den igangværende forhandling.

Ved ansættelse af antal praktiserende læger på en individuel kontrakt eller indgåelse af aftale med et firma bestående af praktiserende læger, vil der skulle findes en honorering, som er rimelig for såvel kommunen som de ansatte læger. Der findes ikke en overenskomst med de praktiserende læger om udførelse af klinisk arbejde i kommuner, men kommunerne anbefales af bl.a. KL at tage udgangspunkt i overenskomsterne på det regionale område. Det forhold, at der kun er tale om 19 timers lægeligt arbejde pr. måned i de to tilbud, hvor lægen imidlertid skal stå til rådighed i hele åbningstiden, gør det vanskeligt at vurdere niveauet for en rimelig honorering eller forudsige lægernes interesse i at tage dette arbejde. Såfremt Epitalet fortsætter, vil det være oplagt at sammentænke lægedækningen af Epitalet, de subakutte pladser og det mobile akutteam.

Model 2:

Forvaltningen tilpasser den nuværende lægedækning således, at den kommunalt finansierede del af lægedækningen nedlægges fra 2016. Det betyder, at det vil være lægevagten i 1813, der yder lægefaglig bistand i det mobile akutteam i tidsrummet 16-22. På de subakutte pladser vil der som udgangspunkt ikke være lægedækning i dagtiden, mens det vil være lægevagten, som yder lægefaglig bistand i tidsrummet 16-22.

Såfremt denne løsning vælges, vil det mobile akutteam kunne køre videre, men ikke i den eksisterende form. Hvis sygeplejerskerne i det mobile akutteam ikke kan

komme i kontakt med egen læge eller 1813, vil man i visse situationer blive nødt til at indlægge borgeren. Kompetenceniveauet kan desuden ikke opretholdes, hvis der ikke er adgang til lægefaglig undervisning, vejledning og supervision, som i dag tilbydes af Epitalets læger. Endelig vil der ikke længere være adgang til akutmedicin, hvilket vil betyde, at visse borgere ikke kan håndteres i teamet. I forhold til de subakutte pladser, så vil det ikke være muligt at drive disse uden adgang til lægedækning indenfor 24 timer, hvilket betyder, at tilbuddet må lukkes i sin nuværende form.

Genetablering af kommunalt finansieret lægedækning afventer herefter resultatet af forhandlingerne af praksisplanen. Praksisplanen er i øjeblikket i høring, og det er planlagt, at den skal træde i kraft fra 2016. Imidlertid udestår der herefter forhandlinger omkring netop den del af praksisplanen, der omhandler lægedækning af kommunale akutfunktioner. På nuværende tidspunkt vides det ikke, hvornår disse forhandlinger påbegyndes.

For begge modeller er det et krav fra Sundhedsstyrelsen, at der er en kommunalt ansat læge, som udarbejder den generiske rammedelegation for de lægeforbeholdte opgaver, som sygeplejerskerne i det mobile akutteam og de subakutte pladser skal udføre. Det kan f.eks. være kommunens praksiskonsulent, der kan påtage sig denne opgave.

Lovgrundlag

Kommunen er ikke forpligtet til at have kommunalt finansieret lægedækning, idet lægedækning er en regional forpligtelse via almen praksis og 1813.

Økonomi

De økonomiske konsekvenser af de opstillede modeller er:

Model 1: En udgift svarende til det afsatte budget til lægedækning på 0,550 mio. kr. fra 2016.

Model 2: En mindreudgift i forhold til det tildelte budget, da den kommunalt finansierede lægedækning nedlægges. Der må dog påregnes en udgift til fortsat lægefaglig undervisning, vejledning og supervision af sygeplejerskerne i det mobile akutteam.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 23. september 2015
Godkendt.

13. Opfølgning på vurdering af aktivitetstilbud til blinde og svagtseende

Resume

Kommunalbestyrelsen oversendte på møde 3. september sag til Social- og Sundhedsudvalget om tilbud til svagtseende på Solgaven. Baggrunden var vurdering af Ankestyrelsens afgørelser om kommunen er til forpligtiget til at tilbyde et særligt målrettet tilbud til blinde og svagtseende.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at orienteringen tages til efterretning.

Sagsfremstilling

I august 2010 besluttede Social- og Sundhedsudvalget, at Lyngby-Taarbæk Kommune selv skulle oprette et aktivitetstilbud til ældre svagtseende borgere på plejecenter Baunehøj og samtidig ikke længere visitere ældre svagtseende og blinde borgere til dagcenteret på Solgaven i Farum.

Social- og Sundhedsudvalget anmodede på mødet den 10. juni 2015 forvaltningen om at undersøge, hvad udgifterne vil være ved at genindføre muligheden for at tilbyde et særligt aktivitetstilbud på Solgaven i Farum til ældre svagtseende og blinde borgere. Efterfølgende blev der på Kommunalbestyrelsens møde 3. september stillet spørgsmål om, hvorvidt kommunen er forpligtet til at tilbyde et særligt målrettet aktivitetstilbud til blinde og svagtseende, jævnfør Ankestyrelsens principafgørelser vedrørende aktivitetstilbud. Sagen blev derfor oversendt til Social- og Sundhedsudvalget.

Forvaltningen har ikke færdiggjort afklaringen med Ankestyrelsen. Nedenfor redegøres for forvaltningens foreløbige vurdering af tilbuddet til blinde og svagtseende. Når afklaringen med Ankestyrelse er tilendebragt, vil udvalget blive orienteret om den endelige afklaring.

Rammer for visitation til aktivitetstilbud

Ankestyrelsens principafgørelse nr. 89-14 om aktivitetstilbud handler om, at borgere, der ønsker og har behov for flere dages aktivitetstilbud om ugen, skal have mulighed herfor, når de opfylder kriterierne om betydeligt nedsat funktionsevne, jævnfør serviceloven § 104.

Blindhed eller stærkt nedsat synsevne er ikke i sig selv tilstrækkeligt grundlag for

en afgørelse og bevilling af et aktivitetstilbud. Vurderingen af det samlede funktionsniveau hviler på en voksendredningsmetode for de under 67 årige og en funktionsevnevurdering efter fælles sprog standard for de plus 67 årige. Forvaltningen har søgt faglig sparring ved Ankestyrelsens juridiske hotline, som har svaret, at det ikke ligger indenfor rammerne af juridisk hotline at vurdere kommunens aktivitetstilbud ift. kvalitet til forskellige målgrupper. Det understreges, at hver borger skal have en konkret og individuel vurdering af sine ønsker og behov.

Visitation og tilbud i Lyngby-Taarbæk Kommune

Borgere visiteres til aktivitetstilbud ud fra Lyngby-Taarbæk Kommunes kvalitetsstandarder og Servicelovens § 86 stk. 2 om hjælp til at vedligeholde fysiske, psykiske og sociale færdigheder til personer med nedsat funktionsevne. Ved borgers ønske om aktivitetstilbud sker der en konkret og individuel vurdering af borgers behov og mulighederne for, at disse kan imødekommes i kommunens generelle aktivitetstilbud. Mange borgere ønsker en ugentlig dag i aktivitetscentret, og dette er niveauet for hovedparten af borgerne. Aktuelt er det gældende for fem blinde eller svagtseende. Der foretages en konkret og individuel vurdering, og nogle borgere visiteres til to dage om ugen, aktuelt er det gældende for tre blinde eller svagtseende. Ingen blinde eller svagtseende har aktuelt ønsker flere dage om ugen. Der er ikke modtaget klager over det generelle aktivitetstilbud i den periode, hvor kommunen selv har løftet opgaven med aktivitetstilbud til blinde og svagtseende. Solgavens aktivitetstilbud er et beskyttet aktivitets- og samværstilbud efter Servicelovens § 104. Serviceloven § 104 om aktivitets- og samværstilbud til borgere med betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller af livsvilkårene finder normalt anvendelse til borgere under 65/67 år, som ikke længere skal have et tilbud om beskyttet beskæftigelse efter servicelovens § 103. Det skal bemærkes, at hverken tilbudene efter §85 eller 104 er omfattet af frit valg. Kommunen er således ikke forpligtiget til at bruge en konkret leverandør. Solgaven i Farum oplyser, at der kun optages borgere i dagcentret, som ønsker to eller flere dages aktiviteter om ugen. Borger skal være medlem af Dansk Blindesamfund, som har kriterier for hvilken synsrest et medlem må have i forhold til medlemsskab. Der er ikke givet afslag til blinde eller svagtseende, der måtte ønsker flere dages aktivitetstilbud om ugen, da der ikke er modtaget ønske om dette. Der er ikke eksempler på borgere som har fået tilbudt et § 104 aktivitetstilbud efter de er fyldt 67 år, uden at de inden da har haft et andet tilbud, typisk § 103, grundet betydelig nedsat funktionsevne.

Lovgrundlag

Serviceloven som beskrevet ovenfor.

Økonomi

Det vurderes, at der på nuværende tidspunkt ikke er grundlag for at antage, at der

bliver et finansieringsbehov. Skulle der på et senere tidspunkt opstå et finansieringsbehov, undersøger forvaltningen, hvorvidt en eventuel udgift kan afholdes indenfor aktivitetsområdet Sundhed og Omsorg, eller om der må udarbejdes en politisk indstilling om en merbevilling.

Beslutningskompetence
Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 23. september 2015
Taget til efterretning.

15. Høring af praksisplan for almen praksis 2015-2018 i Region Hovedstaden

Resume

Region Hovedstaden har sendt udkast til ny praksisplan for almen praksis i høring. Forvaltningen forelægger udkast til høringssvar med henblik på godkendelse.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at høringssvaret godkendes.

Sagsfremstilling

Region Hovedstaden har sendt udkast til ny praksisplan for almen praksis i høring (bilag). Der skal udarbejdes en praksisplan hvert fjerde år. Praksisplanen for almenpraksis udgør en del af regionens sundhedsaftale, og relevante opgaver fra sundhedsaftalen er beskrevet i praksisplanen med fokus på almen praksis' s rolle i opgaveløsningen. Praksisplanen er således et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommuner og praktiserende læger. Praksisplanen udarbejdes af Praksisplanudvalget, som består af kommunale og regionale medlemmer samt repræsentanter for de praktiserende læger.

Praksisplan for almen praksis 2015–2018 er sendt i høring i juni 2015. Kommunerne i planområde Midt har valgt at udarbejde et fælles høringssvar, som behandles politisk i alle kommunerne (bilag). Høringsfristen er 18. oktober 2015, hvorefter planudkastet tilrettes af Praksisplansudvalget på baggrund af de indkomne høringssvar. Praksisplanen forventes herefter godkendt således, at praksisplanen kan træde i kraft ved årsskiftet.

Praksisplanen for almen praksis 2015–2018 består af tre hovedafsnit: kapacitet og tilgængelighed, udvikling af et sammenhængende sundhedsvæsen og kvalitet.

Praksisplanen indeholder mange gode hensigtserklæringer, visioner og anbefalinger, og planen ser ud til at styrke de praktiserende lægers rolle som medansvarlig for borgernes sundhed og forebyggelse af sygdom. Alligevel er planen fra et kommunalt perspektiv ikke så konkret som ønsket, og den er heller ikke særlig forpligtende overfor parterne.

Kommuneklynge Midt påpeger i høringssvaret, at det er vigtigt, at der i regi af sundhedsaftalerne sker drøftelser om, hvad læge- og sundhedshuse skal indeholde, og at dette indhold defineres med inddragelse af repræsentanter fra

kommunerne. Kommuneklynge Midt mener, at et øget antal kompagniskabspraksis er en naturlig og hensigtsmæssig udvikling af det nære sundhedsvæsen. Det er desuden ønskværdigt, at kompagniskabspraksis placeres i kommunernes sundhedshuse, hvis der kan indgås gensidige forpligtigende aftaler med de praktiserende læger.

Kommuneklynge Midt peger desuden på, at der bør ske en større forpligtelse af parterne i form af en stillingtagen til ansvars- og opgavefordelingen i forhold til akutte pleje- og behandlingstilbud i kommunerne, hvilket der også lægges op til i Sundhedsaftalen. Organiseringen af den lægefaglige betjening af kommunale akuttilbud har stor betydning for kontinuitet og sammenhæng i forløb. Kommunerne bakker op om, at det er nødvendigt, at der indgås rammeaftaler om lægefaglig betjening af de forskellige typer af kommunale akutte pleje- og behandlingstilbud.

Kommuneklynge Midt opfordrer til, at der stilles krav om, at tilgængeligheden for bevægelseshæmmede i almen praksis forbedres. Kommunerne bifalder, at oplysningerne om handicapvenligheden i de enkelte praksis forbedres på www.sundhed.dk, så borgerne kan søge på læger ud fra kriterier om handicapvenlighed.

Kommuneklynge Midt påpeger i høringssvaret, at ansvaret for den borgerrettede forebyggelse er kommunens, og at et tæt samarbejde med almen praksis er afgørende for, hvor mange borgere kommunen kan nå med sine indsatser. Kommuneklynge Midt opfordrer til, at de praktiserende læger i endnu højere grad indgår i et systematisk samarbejde med kommunen om at opspore borgere og henvise dem til de kommunale sundhedstilbud.

Endelig gør kommuneklynge Midt opmærksom på, at det er vigtigt at kommunerne involveres i implementeringen af praksisplanen.

Lovgrundlag

I henhold til lov nr. 904 af 4. juli 2013 om ændring af Sundhedsloven og Lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet, skal der i hver valgperiode udarbejdes en praksisplan vedrørende almen praksis.

Kommunerne fik med lovændringen større indflydelse på planlægningen af almen praksis, idet praksisplanen udarbejdes af Praksisplanudvalget, som består af kommunale og regionale medlemmer, samt repræsentanter for de praktiserende læger.

Økonomi

Den seneste overenskomst med PLO betyder, at opgaver og økonomi vedrørende sygebesøg og samtaleterapi flyttes fra den centrale overenskomst ud til praksisplanudvalgene til lokal tilrettelæggelse og forhandling. På landsplan er det

210 mio. kr., der decentraliseres.

KL og Danske Regioner har aftalt, at de i overenskomstperioden vil bidrage yderligere med hver 100 mio. kr. årligt. Dette vil ske fra 2017 under forudsætning af, at der i praksisplanerne og de underliggende aftaler indgås aftale om decentralisering af sygebesøg og samtaleterapi.

KL anbefaler, at der i kommunernes budgetlægning afsættes midler svarende til forventningerne til omfanget af den øgede aktivitet i almen praksis. På nuværende tidspunkt er det meget vanskeligt at vurdere, hvorvidt der i 2016 reelt vil ske en øget aktivitet i almen praksis, samt hvor stor en øget aktivitet der kan forventes i 2017-19.

Beslutningskompetence
Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 23. september 2015
Godkendt, idet udvalget ønsker tilføjet, at udgifterne til praksisplanen holdes indenfor de vedtagne økonomiske rammer svarende til 200 mio. kr. Hvis øvrige kommuner ikke ønsker denne tilføjelse, fremsender kommunen eget høringssvar.

Anbefalet til Økonomiudvalget, at udvalget forudsætter, at Social- og Sundhedsudvalgets budgetramme forhøjes, hvis en ny praksisplan medfører kommunale merudgifter.

Bilagsfortegnelse

1. Høringsudkast praksisplan for almen praksis 2015-18, versiondato 26.06.15
2. Høringssvar vedr. praksisplan for almen praksis 2015-2018 fra Kommuneklynge Midt

16. Anmodning om optagelse af sag om klippekort til plejehjemsbeboere.

Sagsfremstilling

Dorthe la Cour (V) har i email modtaget d. 31. august 2015 anmodet om optagelse af følgende sag:

Dorthe la Cour (V) ønsker at udvalget diskuterer muligheden for at indføre en slags "klippekort" til kommunens plejehjemsbeboere – i lighed med ordningen på plejehjemmet Bomi-Parken på Amager.

Her har beboerne adgang til en halv times valgfri nærkontakt med personalet hver 14. dag. Hvert klip på kortet har en varighed af en halv time, og man kan vælge at bruge klippene samlet, så der også er mulighed for en ud-af-huset oplevelse.

Dorthe la Cour ønsker belyst muligheden for indførelse af en tilsvarende ordning i Lyngby-Taarbæk, evt. i form af en forsøgsordning på et plejecenter.

Social- og Sundhedsudvalget den 23. september 2015

Drøftet, idet forvaltningen anmodes om at vurdere de økonomiske konsekvenser ved indførelse af en "klippekortsordning" som beskrevet - herunder mulighed for omlægning af nuværende aktiviteter og/eller inddragelse af frivillige.

17. Anmodning om optagelse af sag på dagsordenen om kørsels- og ledsagerordninger.

Bodil Kornbek (A) har via henvendelse til forvaltningen d. 14. september 2015 anmodet om optagelse af følgende sag på dagsordenen:

" Kommunen har en række kørsels- og ledsagerordninger til forskellige målgrupper. Til et kommende møde ønskes forelagt oversigt over kommunens forskellige kørsels- og ledsagerordninger, som grundlag for drøftelse af ordningerne fremadrettet"

Social- og Sundhedsudvalget den 23. september 2015

Udvalget besluttede, at forvaltningen ultimo 2015 fremlægger oversigt over kommunens forskellige kørsels- og ledsagerordninger.

18. Meddelelser til udvalgets medlemmer - september 2015

Sagsfremstilling

1. Gensidig orientering om afholdte møder og arrangementer.

2. Ledelsesinformation om færdigbehandlede indlæggelsesdage på hospitalet

Udvalget modtager løbende opgørelse af antal færdigbehandlede indlæggelsesdage på hospitalet (bilag).

3. Ledelsesinformation om venteliste til plejeboliger

Udvalget orienteres løbende om antallet af borgere, der venter på permanent plejebolig, herunder status for overholdelse af plejeboliggarantien.

Det fremgår af bilagene, at antallet på venteliste til plejebolig pr. 1. september 2015 er 67, hvilket svarer til det niveau der har været siden april (jf. bilag).

15 borgere er omfattet af plejeboliggarantien, heraf er syv godkendt til demensbolig (heraf to til særligt gerontopsykiatrisk afsnit på Bredebo), seks til somatisk plejebolig og to til ægteparbolig.

Antallet af borgere, der venter på plejebolig, hvor plejeboliggarantien er overskredet er 5. garantidatoen og typen er pladser for disse fem borgere er:
en borger til 7.3.15 – til særligt gerontopsykiatrisk afsnit Bredebo (ingen ledige boliger siden åbningen i 2014)

en borger til 14.6.15 – til særligt gerontopsykiatrisk afsnit Bredebo

en borger til 20.6.15 – til ægteparbolig (ingen ledige ægteparboliger siden 6.4.2015)

en borger til 8.8.15 – til ægteparbolig

en borger til 24.8.15 – til demensplejebolig

De øvrige 10 borgere med plejeboliggaranti har garanti som flg.:

en borger til 6.9.2015 – til somatisk plejebolig

en borger til 8.9.2015 – til demensplejebolig

fire borgere til 22.9.2015 – to til somatisk plejebolig og to til demensplejebolig

fire borgere til 19.10.2015 – tre til somatisk plejebolig og en til demensplejebolig.

4. Den boligsociale medarbejder.

Den boligsociale medarbejder har opsat sin stilling med virkning fra 30.

september 2015. Forvaltningen vil senere fremlægge en sag om hvordan det bolig sociale område kan håndteres fremadrettet.

5. Horizon2020-projekt.

Center for Sundhed og Omsorg har i foråret 2015 sammen med bl.a. DTU, Københavns Universitet og Technische Universitaet Muenchen bidraget til udarbejdelse af en EU-ansøgning under Horizon2020-programmet om afprøvning af nye teknologier på bl.a. demensområdet. I august måned har EU imødekommet ansøgningen, som blev prioriteret som næstbedst ud af 167 ansøgere. Projektets samlede bevilling udgør ca. 6 mio. euro svarende til ca. 45 mio. kr. Lyngby-Taarbæk Kommunes andel er 69.375 euro svarende til ca. 0,5 mio. kr. Projektet løber over en 2-årig periode (2016-2017).

Projektets udgangspunkt er, at samfundet i dag kan overvåge borgerne på mange måder – det kan være via skærme og censorer, men også via overvågning af vitale sundhedsdata fra borgerne. Selv med analyse af genmateriale kan biologiske faresignaler identificeres og medicinsk overvågning igangsættes. Demente har i forskellig grad behov for overvågning og de etiske spørgsmål presser sig derfor på: hvordan kan borgere og pårørende inddrages og indgå i – for alle – meningsfulde og hensigtsmæssige frivillige "overvågninger" af demente og borgere med tegn på demens. Projektet retter sig mod at udvikle og afprøve nye teknologier, der, - på baggrund af den nyeste forskning omkring effekter af kognitiv stimulering fra bl.a. robotteknologi – forholder sig til de etiske aspekter omkring den overvågning, som teknologien giver mulighed for.

Afslutningsvis skal nævnes, at der tidligere har været taget skridt i retning af et forskningsplejehjem. Dette projekt endte med, at Plejecenter Bredebo blev udpeget til at indlede et samarbejde med DTU, som nu har stået på i godt 2 år. Samarbejdet handler om, at plejecentrene og på sigt også hjemmeplejen byder ind med forslag til cases, som DTU så udvælger, bearbejder og omsætter til eventuelle udviklingsprojekter.

Med det kommende projekt vil forskningen få en endnu mere direkte betydning på et af kommunens områdecentre.

Lyngby-Taarbæk pligter sig i projektet til at opstille og afprøve teknologien på et egnet områdecenter.

6. Administrativ ændring af driftsoverenskomst for RusteborgHuset

Den 24/4 2015 modtog forvaltningen en henvendelse fra RustenborgHuset i forhold til at foretage en administrativ ændring i driftsoverenskomsten mellem RustenborgHuset og Lyngby-Taarbæk Kommune. Henvendelsen drejede sig om at lempe på kravet om, at medlemmer registreres med navn, nummer og CPR-nummer (Punkt 8. "Status".) RustenborgHuset ønskede at tage kravet om CPR-

nummer ud af driftsoverenskomsten, idet RustenborgHuset skal implementere et nyt it-system i forbindelse med borgertilmelding. Forvaltningen har undersøgt, hvorvidt CPR-numrene bruges til andet end registrering af borgere. Forvaltningen er nået frem til at indføre et afsnit om persondata, der beskriver, at det i nogle tilfælde vil være nødvendigt at bede om borgeres CPR-numre. Dette er bl.a. i forhold til opkrævning af betaling for kørsel til og fra RustenborgHuset. Således er kravet om altid at registrere borgere med CPR-numre ændret og RustenborgHusets efterspørgsel er imødekommet i det omfang, det kunne lade sig gøre fra forvaltningens side.

Afsnittet er tilpasset i afsnit 9 i vedlagte driftsoverenskomst (bilag).

Desuden er der sket følgende ændringer:

- | I afsnit 11.1 *Driftstilskud* beskrevet, at der er et tilskud, som RustenborgHuset modtager betinget af en bestemt medarbejders ansættelse, og at RustenborgHuset er forpligtet til at informere om, hvis denne medarbejder stopper.
- | ændringer af navne, så "Lyngby Ældrecenter" ændres til "RustenborgHuset", ligesom "Ældrechefen" er ændret til "Centerchef for Center for Sundhed og Omsorg").

7. Teaterforestilling om demens 7. oktober.

Tommy Wedel, medlem af Seniorrådet, har af Kultur- og Fritidsudvalget og Social- og Sundhedsudvalget fået bevilliget en samlet støtte på 50.000 kr. til afholdelse af teaterforestillingen "Du Er Ikke Alene..." Forestillingen er gratis og foregår den 7. oktober kl. 18-21 i Lyngby Kulturhus.

Forestillingen handler om demens, herunder afledte dilemmaer og problemer for pårørende. Forestillingen opføres som forumteater, som er en interaktiv teaterform, hvor publikum inddrages via en facilitator i refleksioner omkring stykkets problematik og handling. Stykket har dermed det sigte at give tilskuerne både en teatermæssig oplevelse samt skabe kendskab til og dialog om sygdommen Alzheimers.

Forestillingen opføres for ca. 300 personer. Målgruppen er primært pårørende til demente, kommunens ansatte, der arbejder med demente og andre i berøring med problematikkerne omkring demens.

Teaterforestillingen bliver annonceret på kommunens intranet samt på kommunens hjemmeside. Endvidere annonceres der i DGO og der hænges plakater op på Lyngby Taarbæks kommunes trænings- og plejecentre.

8. Udvidet ledsagerordning

Som opfølgning på budgetaftalen for 2014-17 besluttede Social- og Sundhedsudvalget på udvalgets møde i februar 2014, at "Puljen til bedre

hjemmehjælp" blandt andet skulle udmøntes i et udvidet serviceniveau for ledsagelse. Formålet var at udvide målgruppen for ledsagerordningen til også at omfatte borgere over 67 år, der ansøger om ledsagelse for første gang. Der blev afsat 300.000 kr. til den udvidede ledsagerordning.

Forvaltningen har henvendt sig til Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, og fået oplyst, at den korrekte fremgangsmåde i forbindelse med etablering af udvidet serviceniveau for ledsagelse af borgere over 67 år vil være at indgive ansøgning om en forsøgsordning i medfør af Servicelovens § 184. Det skyldes, at aldersgrænsen i Servicelovens § 97 om ledsagerordning til borgere i aldersgruppen 18-67 år er absolut. Forholdet er altså udtømmende reguleret i lovgivningen, og derfor kan kommunen ikke med hjemmel i kommunalfuldmagten iværksætte tiltag på det pågældende område.

Afgrænsningen af målgruppen i Servicelovens § 97 er historisk betinget, idet særlige ydelser til handicappede borgere almindeligvis ikke har været målrettet mod ældregruppen. Det beror således på en politisk - og herunder økonomisk - prioritering, hvorvidt ældre borgere skal være omfattet af f.eks. ledsagerordningen.

Forvaltningen fremlagde i februar 2015 en politisk udvalgssag, hvor udmøntningen blev beskrevet. Forvaltningen sendte en ansøgning til Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold og modtog den 2. marts 2015 bekræftelse på, at ansøgningen var modtaget. På Social- og Sundhedsudvalgsmøde 10. juni 2015 besluttede udvalget, at ledsagerordningen ikke skulle realiseres i 2015, men at de afsatte midler indgik som et modgående forslag som følge af 1. anslået regnskab. Forvaltningen har derfor ikke rykket ministeriet for et svar inden sommerferien. Fredag den 11. september 2015, hvor Forvaltningen rykkede for svar, var ministeriet tilbagemelding, at kommunens ansøgning snarest bliver afklaret.

Odense Kommune tilbyder ledsagerordning. Det gør kommunen på trods af, at der ikke er lovhjemmel hertil. Odense Kommune erfarede i foråret, at ordningen blev efterspurgt i langt mindre grad end forventet.

9. Ny driftsoverenskomst med Nettet.

Nettet har besluttet at indgå ny driftsoverenskomst, når den gældende udløber pr. 31. Juli 2016. Forvaltningen fremlægger en sag, når der indgås ny driftsoverenskomst i foråret 2016.

Social- og Sundhedsudvalget den 23. september 2015
Taget til efterretning.

Udvalget besluttede, at forvaltningen udarbejder oplæg til serviceomlægninger og tilhørende finansiering indenfor udvalgets budgetramme med afsæt i udvalgets drøftelser af bortfald af Ældremilliard mm. Der afholdes et ekstraordinært møde i

udvalget primo oktober 2015 med henblik på behandling af forvaltningens oplæg.

Udvalget ønsker evaluering af den hidtige organisering af ordningen om boligsocial medarbejder.

Bilagsfortegnelse

1. Færdigbehandlede indlæggelsesdage
2. Tabel venteliste plejebolig 2010 - 2015
3. Driftsoverenskomst RustenborgHuset

Analysereport: Lyngby-Taarbæk Kommune

Task forcen på handicapområdet

02-07-2015

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	3
2	Resumé og anbefalinger	6
3	Afrapportering på de enkelte temaer	10
3.1	Politik og strategi	11
3.2	Faglig ledelse og sparring	15
3.3	Ledelsesinformation og styring	20
3.4	Sagsoplysning, sagsvurdering og afgørelser	24
3.5	Handleplan, bestilling og visitation	29
3.6	Opfølgning på indsatsen for konkrete borgere	32
3.7	Overgang fra barn til voksen	35
3.8	Organisering og tværgående samarbejde	40
4	Resultat af Ankestyrelsens sagsgennemgang af 25 sager	44
5	Socialfaglig gennemgang af 7 sager	66
6	Resumé af interview med fem borgere og én pårørende	69
	Bilag 1: Materialeliste	73
	Bilag 2: Om Task forcen på handicapområdet	79

1 Indledning

Regeringen lancerede i 2013 en tværministeriel handicappolitisk handlingsplan, hvori der indgik et initiativ om etablering af en Task force på handicapområdet. Task forcen indgik i aftalen om satspuljen for 2014 og er et samarbejde mellem Socialstyrelsen og Ankestyrelsen.

Formålet med Task forcen er via dialog og rådgivning at styrke kvaliteten af sagsbehandlingen for børn og unge med handicap eller voksne med handicap. Det sker ved dialog og rådgivning af kommunale ledere og sagsbehandlere på myndighedsområdet, som gives med udgangspunkt i en af følgende to former for forløb, som Task forcen foretager:

- Korte forløb, som kan bestå af enkeltstående oplæg, der skal give en kommune viden om og indsigt i et afgrænset tema.
- Længerevarende forløb, hvor Task forcen indledningsvist foretager et analysearbejde af sagsbehandlingen i en kommune, og efterfølgende kan rådgive og gå i dialog med ledelse og sagsbehandlere i kommunen med henblik på at understøtte en positiv udvikling af kvaliteten i kommunens sagsbehandling på handicapområdet, herunder styrke retssikkerheden hos borgere med handicap, samt styrke borgerinddragelsen i sagsbehandlingen.

Denne rapport er Task forcens samlede afrapportering på baggrund af den analyse der gennemføres i et længerevarende forløb, som er gennemført i Lyngby-Taarbæk Kommune. Analysen skal give et fyldestgørende billede af kommunens sagsbehandling og af, hvordan kommunen i praksis arbejder på myndighedsområdet. Analysen foretages på baggrund af juridisk og socialfaglig viden, samt aktuelt bedste viden om praksis på området.

Analysen er gennemført ud fra et fast koncept. Det skal sikre, at Task forcen analyserer relevante dele af kommunens praksis, og at der er en ensartethed i Task forcens analyse af forskellige kommuner. Hvis kommunen ønsker det, udarbejder kommunen på baggrund af rapporten og med sparring fra Task forcen en udviklingsplan, der er starten på et udviklingsforløb. Udviklingsforløbet gennemføres efterfølgende af kommunen i samarbejde med Task forcen.

Det er det første længerevarende forløb Task forcen gennemfører, og Lyngby-Taarbæk Kommune har derfor som særlig partnerskabskommune både under og efter gennemførelsen af analysen givet input til videreudvikling af det anvendte koncept. Lyngby-Taarbæk Kommune har i den periode, hvor analysen er gennemført, været repræsenteret i Task forcens styregruppe. Task forcen vil på baggrund af input fra partnerskabskommunen og egne erfaringer igennem forløbet foretage relevante justeringer til analysekonceptet inden Task forcen på handicapområdet iværksætter det næste lange forløb.

Analysen baseres på forskelligt datamateriale, som overordnet kan kategoriseres i:

- **En sags gennemgang** af 25 sager på voksenhandicapområdet fremsendt af Lyngby-Taarbæk Kommune på baggrund af kriterier angivet af Ankestyrelsen. Herudover har VISO i anonymiseret form foretaget en socialfaglig vurdering af de 7 af sagerne.
- **Skriftligt materiale** fremsendt af Lyngby-Taarbæk Kommune. Oversigt over det fremsendte materiale fremgår af vedlagte bilag 1.
- **En selvevaluering** udfyldt af Lyngby-Taarbæk Kommune. Selvevalueringen består af en række temaer, som Task forcen har vurderet kan have betydning for kommunens sagsbehandlingspraksis på voksenhandicapområdet. Selvevalueringen er udfyldt af en række nøglepersoner i kommunen, herunder eksempelvis sagsbehandlere, faglige og administrative ledere, faglige ressourcepersoner og den ansvarlige direktør for området.
- En række **semistrukturerede kvalitative gruppeinterviews** med forskellige antal medarbejdere i Lyngby-Taarbæk Kommune og det lokale Handicapråd:
 - Øverste administrative ledelse – en person
 - Afdelingsledere – to personer
 - Rådgivere på voksenhandicapområdet – fem personer
 - Stabsmedarbejdere – tre personer
 - Udførere – to personer
 - Repræsentanter fra andre forvaltninger – tre personer
 - Repræsentanter fra det lokale Handicapråd – to personer

Informanterne kan, uanset deres organisatoriske placering, selvsagt kun udtale sig om udfordringerne i sagsarbejdet set ud fra eget perspektiv. Det følger heraf, at de fremhævede problemstillinger ikke nødvendigvis fremstår lige tydeligt eller betydeligt i alle dele af organisationen, og brugen af disse er derfor alene Task forcens ansvar.

- Der er desuden gennemført enkelte **borger- og pårørendeinterviews** til belysning af borgeres og pårørendes oplevelse af bl.a. inddragelsen i sagsbehandlingen.

På baggrund af disse datakilder er der gennemført en analyse af følgende temaer:

- Tema 1: Politik og strategi
- Tema 2: Faglig ledelse og sparring
- Tema 3: Ledelsesinformation og styring

- Tema 4: Sagsoplysning, sagsvurdering og afgørelse
- Tema 5: Handleplan, bestilling og visitation
- Tema 6: Opfølgning på indsatsen for konkrete borgere
- Tema 7: Overgang fra barn til voksen
- Tema 8: Organisering og tværfagligt samarbejde

For hvert af de 8 temaer angives styrker, udfordringer samt fremadrettede anbefalinger til kommunen til styrkelse af kvaliteten af sagsbehandlingen.

Rapporten indledes med et kort resume af de 8 temaer samt de anbefalinger Task forcen vurderer, er de mest centrale for Lyngby-Taarbæk Kommune. I de efterfølgende kapitler gennemgås de 8 temaer uddybende, herunder findes en beskrivelse af styrker, udfordringer og anbefalinger, efterfulgt af resultaterne af Ankestyrelsens- og VISO's sagsgennemgang. Rapporten afsluttes med resume af borgerinterviews samt uddybende bilag.

2 Resumé og anbefalinger

I det følgende fremgår hovedpointerne fra analysen og de anbefalinger, som Task forcen vurderer er mest centrale for Lyngby-Taarbæk Kommune at handle på i forhold til en styrkelse af sagsbehandlingen på voksenhandicapområdet.

Tema 1: Politik og strategi

Lyngby-Taarbæk Kommune har udarbejdet en række politikker, styringsdokumenter og kvalitetsstandarder, som skal understøtte sagsbehandlingen og styringen af området for voksne med handicap. Lyngby-Taarbæk Kommune planlægger at revidere eller udarbejde nye versioner af en række af disse politikker, styringsdokumenter og kvalitetsstandarder. Task forcens analyse viser, at dokumenterne i varierende grad er kendt og anvendt i styringen og sagsbehandlingen på området. Analysen viser også, at Lyngby-Taarbæk Kommune med fordel kan involvere politikere, det lokale handicapråd og andre interessenter i udviklingen af en ny handicappolitik, og at kommunen i forbindelse med udarbejdelsen af en ny handicappolitik med fordel kan sikre, at der skabes sammenhæng mellem politikken og den konkrete sagsbehandling, og at der i forlængelse af handicappolitikken også udarbejdes en strategi til opfølgning og implementering af målsætningerne i politikken.

Task forcen anbefaler, at Lyngby-Taarbæk Kommune:

- Udarbejder en revideret handicappolitik under inddragelse af politikere og handicapråd, og med afsæt i intentionerne i FN's handicapkonventionens målsætninger, herunder målsætningen om at fremme, at mennesker med handicap kan deltage på lige fod med andre i samfundet. Det anbefales endvidere, at handicappolitikken indeholder konkrete målsætninger, som der kan følges op på og at den implementeres, så den er kendt og anvendt i organisationen.

Tema 2: Faglig ledelse og sparring

Lyngby-Taarbæk Kommunes voksenafdeling har ønsket at sikre et fælles afsæt i sagsbehandlingen. Det har betydet, at afdelingen har indført Voksenudredningsmetoden som sagsbehandlingsmetode og anvender Voksenudredningsmetodens kvalitetssikringsværktøj ved ledelsestilsyn i sagerne. Som understøttende IT-system anvender afdelingen InCorp. Task forcen vurderer, at indførelsen af Voksenudredningsmetoden med it-understøttelse er positiv i forhold til at sikre kvalitet og ensartethed i sagsbehandlingen.

Task forcens analyse viser, at der er gode muligheder for, at sagsbehandlerne kan få faglig sparring fra både afdelingsleder og juridisk konsulent samt supervision. Der er også udarbejdet en

kompetenceplan for rådgiverne i Voksenafdelingen samt visitationsprocedure for visitationsudvalget, som er kendt og anvendt af rådgiverne.

Task forcen anbefaler, at Lyngby-Taarbæk Kommune:

- Udarbejder procedure for rådgiverskifte, så det sikres, at der ikke opstår uklarhed om, hvem der har ansvar for sagen, og således at borger informeres ved rådgiverskifte.
- Systematiserer udvælgelsen af sager og gennemførelsen af ledelsestilsynet.

Tema 3: Ledelsesinformation og styring

Lyngby-Taarbæk har i 2013 udarbejdet en Strategi- og handleplan som grundlag for styringen af det specialiserede voksenområde. Målet har været at imødekemme budgetudfordringer og forvaltningen har løbende afrapporteret om fremdrift på udførelsen af planen til det politiske niveau. Task forcens analyse viser, at kommunen løbende har adgang til økonomiske nøgletal. Analysen viser samtidig, at kommunen ikke systematisk danner og afrapporterer faglig ledelsesinformation om eksempelvis status og udvikling i målgrupper og effekten af indsatsen. Det er Task forcens vurdering, at kommunen bør sikre løbende og systematisk dannelse og afrapportering af faglig ledelsesinformation, som kan kobles til økonomiske nøgletal. Det kan danne grundlag for et bedre indblik i effekten af indsatserne og fremadrettet prioritering af disse.

Task forcen anbefaler, at Lyngby-Taarbæk Kommune:

- Udarbejder og implementerer retningslinjer for systematisk og løbende dannelse og afrapportering af ledelsesinformation om eksempelvis status og udvikling i målgrupper, borgernes funktionsniveau og effekt af indsatsen, som skal målrettes relevante administrative og politiske niveauer, herunder økonomisk og faglig ledelsesinformation relevant for rådgiverne. Kommunen kan med fordel udnytte de muligheder Voksenudredningsmetoden giver i forhold til dannelse af ledelsesinformation.

Tema 4: Sagsoplysning, sagsvurdering og afgørelse

I forhold til sagsbehandlingen viser sagsgennemgangen, at 20 ud af 25 sager er i overensstemmelse med regler og praksis, og at hovedparten af de 25 sager er tilstrækkeligt oplyste. Sagsgennemgangen viser også, at der ikke er foretaget partshøring i størstedelen af de sager, hvor dette er relevant. Det er dog ikke i alle disse sager, at den manglende partshøring har haft væsentligt betydning for afgørelsens resultat. Det er Task forcens vurdering, at i de tilfælde, hvor borgeren ansøger om en bestemt ydelse, som ikke imødekommes, eksempelvis fordi det efter dialog med sagsbehandleren viser sig, at en anden ydelse er mere relevant for den pågældende borger, bør kommunen sikre, at

borgeren modtager et afslag på den af borgeren først ønskede ydelse, såfremt borgeren opretholder sin ansøgning.

Task forcen anbefaler, at Lyngby-Taarbæk Kommune:

- Er opmærksom på at retningslinjerne for partshøring imødekommes.
- Etablerer retningslinjer for afslag i forbindelse med ansøgninger i handicapteamet med henblik på, at der altid træffes en egentlig afgørelse, uanset om ansøgningen henholdsvis imødekommes eller ikke imødekommes, for at sikre gennemsigtighed i processen og sikre borgerens retssikkerhed.

Tema 5: Handleplan, bestilling og visitation

Der mangler handleplaner i en stor del af de gennemgåede sager, og det er uklart, hvorvidt kommunen har tilbudt borgeren udarbejdelse af en handleplan. Det generelle billede i sagsgennemgangen er, at borgere og pårørende i hovedparten af sagerne er inddraget i høj grad i sagsbehandlingen, ligesom der i hovedparten af borgersagerne er konstateret sammenhæng mellem de respektive ydelser. Kommunens sagsbehandlingsfrister er overholdt i under 1/5 af de sager, hvor det har været tydeligt, at der er tale om en ansøgningssituation.

Task forcen anbefaler, at Lyngby-Taarbæk Kommune:

- Tilbyder alle voksne borgere med handicap, for hvem det er relevant, at udarbejde én samlet handleplan og dokumentere dette i borgerens sag.
- Sikrer at der i handleplanen udarbejdes konkrete mål for indsatsen og for borgerens progression og/eller vedligeholdelse af funktionsevne.
- Etablerer intern procedure til sikring af overholdelse af sagsbehandlingsfrister samt orientering af borgere, hvis fristen ikke kan overholdes.

Tema 6: Opfølgning på indsatsen for konkrete borgere

Kommunen har udarbejdet en arbejdsgangsbeskrivelse vedrørende opfølgning i enkelte sager på voksenhandicapområdet. Af Ankestyrelsens sagsgennemgang fremgår, at der i 10 af de 25 sager er aftaler om opfølgning, mens det ikke er tilfældet i 12 ud af de 25 sager. Af interview med udførere fremgår det, at de vurderer, at der særligt ved sagsbehandlerskift og i forhold til borgere i eksisterende tilbud, kan være udfordringer med at sikre systematisk opfølgning.

Task forcen anbefaler, at Lyngby-Taarbæk Kommune:

- Sikrer systematisk opfølgning og dokumentation heraf i sagerne, med særlig opmærksomhed på sager hvor der sker rådgiverskifte og i sager med borgere i eksisterende tilbud.

Tema 7: Overgang fra barn til voksen

Lyngby-Taarbæk Kommune har udarbejdet et kommissorium for det koordinerende samarbejde imellem kommunens forskellige afdelinger for unge mellem 15 og 25 år. Af interview fremgår det, at Børne- og Ungeafdelingen og Voksenafdelingen har et godt samarbejde rådgiverne i mellem, når det er besluttet, at en sag skal overgå fra Børne- og Ungeafdelingen til Voksenafdelingen. Task forcen på handicapområdet vurderer dog, at der mangler beskrevne procedurer for overgangen fra barn til voksen specifikt målrettet unge med handicap, herunder en beskrivelse af ansvarsfordeling og arbejdsgange for overgangen, så overgange foregår systematisk, hensigtsmæssigt og igangsættes i tilstrækkeligt god tid.

Task forcen anbefaler, at Lyngby-Taarbæk Kommune:

- Udarbejder en arbejdsgangsbeskrivelse vedrørende overgang fra barn til voksen indeholdende procedurer, tidsrammer, ansvarsfordeling m.v. og sikre, at denne er kendt og implementeret blandt rådgiver og ledelse i Børne- & Ungeafdelingen og i Voksenafdelingens handicapteam.
- Sikrer en systematisk inddragelse af den unge handicappede og familien i udarbejdelse af en plan for overgang fra barn til voksen i tilstrækkelig god tid.

Tema 8: Organisering og tværfagligt samarbejde

Lyngby-Taarbæk Kommune har forskellige tværgående samarbejdsfora. Det drejer sig om Rehabiliteringsteamet og Hjerneskadesamrådet. Desuden afholdes månedsmøder mellem afdelingsleder for Voksenafdelingen og afdelingsleder for kontanthjælpsområdet, overgangsmøder ved overgang fra barn til voksen samt samarbejds møder med udførerne. Der er samtidig igangsat et samarbejde på tværs af fagcentre i forhold til samarbejde om standarder for tværfagligt samarbejde. Task forcen vurderer, at der overordnet er et velfungerende tværfagligt samarbejde i kommunen mellem de forskellige forvaltninger og områder, men at dette i høj grad beror på gode personlige relationer og den fysiske tætte placering mellem medarbejderne i de enkelte afdelinger frem for velbeskrevne og efterlevede retningslinjer og procedurer.

Task forcen anbefaler, at Lyngby-Taarbæk Kommune:

- Sikrer systematisk inddragelse af relevant viden om borger fra andre afdelinger som led i sagsoplysningen, når dette er relevant og såfremt, borger har givet samtykke hertil.
- Sikrer opdaterede og nedskrevne procedurer og arbejdsgange for samarbejdet på tværs af de øvrige afdelinger i Lyngby-Taarbæk Kommune, som Handicapteamet samarbejder med.

3 Afrapportering på de enkelte temaer

Dette kapitel indeholder analyser af hver af de otte temaer. Hver delanalyse indeholder indledningsvis en kort introduktion til det pågældende tema, en præsentation af kommunen i forhold til temaet samt styrker og udfordringer i forhold til kommunens praksis. Herefter følger Task forcens samlede analyse af temaet og anbefalinger til, hvordan kommunen kan styrke temaet gennem fokusområder og initiativer, der skal danne grundlag for kommunens udarbejdelse af en udviklingsplan for området. Temaerne i analysen er:

- Tema 1: Politik og strategi
- Tema 2: Faglig ledelse og sparring
- Tema 3: Ledelsesinformation og styring
- Tema 4: Sagsoplysning, sagsvurdering og afgørelse
- Tema 5: Handleplan, bestilling og visitation
- Tema 6: Opfølgning på indsatsen for konkrete borgere
- Tema 7: Overgang fra barn til voksen
- Tema 8: Organisering og tværfagligt samarbejde



3.1 Politik og strategi

Temaet Politik og strategi har fokus på politisk ejerskab og på, hvorvidt der i kommunen er formuleret en overordnet vision eller strategi, som styringen af området kan tage udgangspunkt i. Det afdækkes om handicapområdet er beskrevet i én eller flere relevante politikker, og om de siddende politikere har været involveret i udarbejdelsen af politikkerne, samt hvorvidt og i så fald hvilken udstrækning kommunens handicapråd inddrages i dette. Andre typer overordnede styringsdokumenter udarbejdet på forvaltningsniveau, så som strategier, handleplaner eller lignende, behandles også i dette tema.

Det afdækkes, om der i de overordnede styringsdokumenter skabes sammenhæng mellem børne- og voksenhandicapområdet samt i forhold til andre relaterede områder (eksempelvis beskæftigelses- og sundhedsområdet), og om de er opdateret i forhold til gældende lovgivning. Derudover vurderes, om dokumenterne er formidlet, kendte og anvendt af de relevante fagpersoner, samt om de er udmøntet i konkrete retningslinjer for sagsbehandlingen, herunder kvalitetsstandarder og serviceniveauer.

Afslutningsvis bygger vurderingen på, om der i dokumenterne er opsat mål for kommunens arbejde på området, og om der følges op på disse mål.

Præsentation af Lyngby-Taarbæk Kommunes politik og strategi

Lyngby-Taarbæk Kommunes kommunalbestyrelse vedtog i 2007 en handicappolitik, som er udarbejdet af forvaltningen. Politikken indeholder kommunens vision for handicappolitikken, holdninger og værdier i kommunens service over for borgere med et handicap, og en række overordnede målsætninger for arbejdet med borgere med et handicap i hele forvaltningsområdet.

Visionen for Handicappolitikken er, at borgere med handicap kan deltage i samfundslivet på lige fod med kommunens øvrige borgere, og at politikken skal bidrage til at sikre ligeværd og livskvalitet for borgere med et handicap. Det fremgår endvidere af handicappolitikken, at der skal udarbejdes handleplaner, der konkret udmønter handicappolitikkens målsætninger inden for de enkelte forvaltningsområder. Der foreligger ikke en sådan handleplan på voksenhandicapområdet.

Ifølge handicappolitikken gør en række værdier sig gældende i Lyngby-Taarbæk Kommunes service overfor borgere med handicap. Det drejer sig om respekt for den enkelte, lige muligheder, åbenhed og sociale netværk.

Handicappolitikken indeholder målsætninger om tilgængelighed, adgang til information og kommunikation, forebyggelse og sundhedsfremme, fritid, idræt og kultur, bolig, uddannelse og



læring, arbejdsliv og rådgivning og sociale tilbud.

Lyngby-Taarbæk har i foråret 2013 udarbejdet Strategi- og handleplan for det specialiserede socialområde – Voksenområdet. Det fremgår af Strategi- og handleplanen, at baggrunden for udarbejdelsen af denne er skærpede styringskrav til det specialiserede socialområde, både i forhold til borgerens retssikkerhed og økonomisk styring. Med henblik på at imødekomme denne udfordring har kommunens Center for Social Indsats (CSI) i samarbejde med kommunens Center for Økonomi og Personale (CØP) udarbejdet handleplanen. Det fremgår af Strategi- og handleplanen, at målet med denne er, at sikre budgetoverholdelse i 2013 og derefter gradvist nedbringe forbruget i 2014-16.

Handleplanen gælder for perioden 2013-14 og indeholder syv initiativer, herunder styrket sagsbehandling, styrket informationsflow, styrkelse af budgetgrundlaget på §85-støtteordningen, og initiativer til styring af leverandører og udførerøkonomi, samt effektivisering af udfører økonomien.

Lyngby-Taarbæk Kommune har udarbejdet kvalitetsstandarder for servicelovens §§ 84, 85, 95, 96, 97, 100, 102, 103, 104, 107, 108, 117 og for voksenspecialundervisning.

Task forcens analyse af politik og strategi

I selvevalueringen fremgår det, at repræsentanter fra Lyngby-Taarbæk Kommunes Center for Social Indsats vurderer, at der i mindre grad er et hensigtsmæssigt politisk styringsgrundlag på voksenhandicapområdet. Kommunen havde allerede inden Task forcens besøg planlagt udarbejdelse af en ny politik på området.

Strategi- og handleplanen blev ifølge oplysninger fra interview med den øverste administrative ledelse udviklet i 2013 som følge af udfordringer med at overholde budgettet, og er således at betragte som en administrativ plan, mens Handicappolitikken, som nævnt, er udarbejdet i 2007 som en vision for arbejdet med borgere med handicap i kommunen. Den administrative ledelse peger i interview på, at der ikke er nogen sammenhæng mellem kommunens handicappolitik og Strategi- og handleplanen.

Det er Task forcens vurdering, at de målsætninger, der er opstillet i kommunens Handicappolitik, har karakter af hensigtserklæringer, som det kan være vanskeligt at følge op på. Denne vurdering understøttes af interviews med bl.a repræsentanter for det lokale handicapråd og stabsmedarbejdere.

Af både selvevalueringen og interview med øverste administrative ledelse fremgår det, at kommunen har planer om at udarbejde en ny handicappolitik. Det oplyses i interviewet med den øverste administrative ledelse, at kommunen allerede har udarbejdet en procesplan, der beskriver, hvordan både politikere, det lokale handicapråd og andre interessenter skal involveres i udarbejdelsen af en ny handicappolitik. Af interviewet med det lokale handicapråd fremgår, at

handicaprådet ønsker at blive inddraget og bidrage fra starten af udviklingsprocessen.

Af interview med rådgivere og stabsmedarbejdere fremgår, at der kun er et meget overordnet kendskab til Handicappolitikken, og at der ikke er et indgående kendskab til de konkrete målsætninger og værdier i den eksisterende handicappolitik. På baggrund heraf, samt at Handicappolitikken ikke er udmøntet i en handleplan for det specialiserede socialområde, er det Task forcens vurdering, at der med fordel kan arbejdes på at skabe en bedre og mere tydelig sammenhæng mellem Lyngby-Taarbæk Kommunes målsætninger om eksempelvis rehabilitering, frivillighed, inddragelse af netværk, øget selvhjulpethed osv. beskrevet i handicappolitikken og sagsbehandlingen på området. Dette kan ske gennem én eller flere handleplaner med konkrete og målbare mål.

Task forcen er enige med Lyngby-Taarbæk Kommune i, at kommunen med fordel kan udarbejde en revideret handicappolitik, og at handicappolitikken bør tage afsæt i intentionerne i FN's handicapkonvention, og målsætningen om at fremme, at mennesker med handicap kan deltage på lige fod med andre i samfundet. Kommunen kan med fordel inddrage både politikere, det lokale handicapråd og andre interessenter i hele udviklingsprocessen. Det oplyses videre i selvevalueringen og interview med øverste administrative ledelse, at målene i den nuværende Strategi- og handleplan stort set er opfyldt. Der har været foretaget kvartalsvise afrapporteringer til det politiske niveau vedr. Strategi- og handleplanen. Øverste administrative ledelse fortæller i interview, at kommunen nu overvejer at udarbejde en ny strategi- og handleplan. Task forcen vurderer, at Lyngby-Taarbæk Kommune med fordel kan udarbejde en ny strategi- og handleplan, så der fortsat er en strategisk plan med konkrete målsætninger for den økonomiske og faglige styring af området.

Repræsentanter fra Lyngby-Taarbæk Kommunes Center for Social Indsats angiver i selvevalueringen, og det fremgår også af interviews med stabsmedarbejdere, at kvalitetsstandarderne skal revideres og politisk godkendes. Det fremgår af interviews med stabsmedarbejdere, at denne proces er igangsat, men at størstedelen af de eksisterende kvalitetsstandarder ikke er blevet opdateret de seneste par år. Task forcen anbefaler, at det af kvalitetsstandarderne fremgår, at anvendelsen heraf forudsætter, at der i alle sager også foretages en konkret og individuel vurdering.

Styrker

- Kommunen har en Strategi- og handleplan med mål for det specialiserede socialområde - voksenområdet, der løbende er blevet fulgt op på.
- Lyngby-Taarbæk Kommune har kvalitetsstandarder på alle relevante paragrafområder, som Voksenafdelingen foretager bevillinger indenfor.

Udfordringer



- Lyngby-Taarbæk Kommunes Handicappolitik er ikke opdateret siden 2007 og er ikke udfoldet i konkrete mål for voksenhandicapområdet, der kan følges op på.
- Task forcens analyse viser ingen klar sammenhæng mellem Lyngby-Taarbæk kommunes målsætninger beskrevet i Handicappolitikken og sagsbehandlingen på voksenhandicapområdet.
- Kvalitetsstandarderne er på en række ydelsesområder ikke opdateret, og det fremgår ikke klart af standarderne, at anvendelsen heraf forudsætter, at der i alle sager også foretages en konkret og individuel vurdering.

Task forcen anbefaler, at Lyngby-Taarbæk Kommune:

- Udarbejder en revideret handicappolitik under inddragelse af politikere og handicapråd og med afsæt i intentionerne i FN's handicapkonventionens målsætninger, herunder målsætningen om at fremme, at mennesker med handicap kan deltage på lige fod med andre i samfundet. Handicappolitikken bør implementeres, så den er kendt og anvendt i organisationen, ligesom det anbefales at der er en strategi til opfølgning og implementering af målsætningerne i politikken.
- Skaber en rød tråd fra de politiske mål i handicappolitikken til målene for området og den konkrete sagsbehandling, evt. gennem en ny strategi for voksenhandicapområdet med konkrete og målbare mål.
- Opdaterer kvalitetsstandarderne og får dem politisk godkendt.

3.2 Faglig ledelse og sparring

Fokus er i dette tema på, hvordan faglig ledelse og sparring til medarbejdere bidrager til at sikre en tilfredsstillende kvalitet i sagsbehandlingen. Det afdækkes, hvorvidt der er en ledelsesstruktur med en klar og gennemsigtig placering af opgaver og ansvar, og om medarbejderne løbende har adgang til faglig sparring og ny faglig viden. Derudover vurderes det om og i givet fald hvordan den faglige ledelse og sparring bidrager til at sikre ensartet sagsbehandling baseret på et fælles fagligt grundlag, hvordan ledelsen sikrer implementering af ny lovgivning, herunder i form af bekendtgørelser, vejledninger mv., og endeligt om og hvordan Ankestyrelsens principafgørelser formidles og anvendes. Afslutningsvis vurderer Task forcen, hvordan der følges op på kvaliteten i sagsbehandlingen.

Præsentation af Lyngby-Taarbæk Kommunes faglige ledelse og sparring

Center for Social Indsats i Lyngby-Taarbæk er delt i fire myndighedsafdelinger med hver sin afdelingsleder samt i alt 10 decentrale institutioner og en overordnet administrations- og udviklingsafdeling. De tre myndighedsafdelinger er Voksenafdelingen, som Handicapteamet og Psykiatriteamet hører under, Modtagelsen, en Børne- og Ungeafdeling samt en afdeling for Misbrug, Integration og Boligsocial Indsats.

Det fremgår af det tilsendte materiale, at Voksenafdelingen er opdelt i et handicapteam med fem rådgivere, et psykiatriteam med seks rådgivere samt en afdelingsleder. Medarbejderne i Handicapteamet og psykiatriteamet varetager alle dele af sagsprocessen fra udredning til afgørelse og opfølgning. Rådgiverfunktionen suppleres af følgende specialfunktioner i afdelingen:

- Et § 100 team bestående af to medarbejdere, der behandler alle § 100 ansøgninger og bevillinger.
- En visitationskonsulent, der er ansvarlig for STU, voksenspecialundervisning og visitation til egne tilbud.
- Et team der deltager i det rehabiliterende team på tværs.
- En udslningskoordinator der er ansvarlig for forløbet i forhold til psykiatri-indlæggelser.

I Voksenafdelingens såkaldte 'Modtagelse' deles vagten mellem en rådgiver fra Handicapteamet og tre rådgivere fra Psykiatriteamet. I Modtagelsen afklares, hvorvidt sagen skal sendes videre til Voksenafdelingen, eller om henvendelsen/ansøgningen kan afsluttes af Modtagelsen. Såfremt sagen skal videre til Voksenafdelingen fremgår det af selvevalueringen, at afdelingsleder herefter fordeler sagen ud fra borgerens problematik, rådgivernes særlige kompetencer og viden, internt aftalte sagstyperområder i gruppen samt efter en nogenlunde ligelig fordeling af sagstal.

Det fremgår af interview med afdelingsleder, at Voksenafdelingen for at sikre et fælles afsæt i sagsbehandlingen har implementeret Voksenudredningsmetoden til systematisk afdækning af



borgerens funktionsniveau. Voksenafdelingen anvender InCorp som it-understøttelse af metoden.

Voksenafdelingen har udarbejdet skriftlige retningslinjer i form af kompetenceplan samt udarbejdet arbejdsgangs- eller procedurebeskrivelser på følgende områder:

- Mødestruktur i Voksenafdelingen
- Arbejdsgang - § 85 i serviceloven
- Arbejdsgang - § 102 i serviceloven
- Arbejdsgang - § 103 i serviceloven
- Arbejdsgang – ansøgning om ekstra ressourcer
- Arbejdsgang – § 148 i serviceloven om opfølgning
- Arbejdsgang ved bevilling af personlig assistance (Center for Arbejdsmarked)
- Håndtering af Modtagelse i Voksenafdelingen

I Voksenafdelingen er der nedsat et visitationsudvalg, som - udover at visitere - skal sikre et ensartet serviceniveau, styrke fagligheden i afdelingen samt sikre opsamling af viden i forhold til behov for udvikling af tilbud og visitationsprocessen. På visitationsmøderne deltager afdelingschefen for voksenafdelingen som formand samt afdelingens visitationskonsulent og en rådgiver fra handicapteamet. Derudover kan der ad hoc indkaldes rådgivere, der har sager på møderne. Der er nedskrevet en visitationsprocedure for Visitationsudvalget og udarbejdet en kompetenceoversigt for voksenområdet.

Det fremgår af interview med afdelingsleder, at der er stor stabilitet i medarbejdergruppen, og nye medarbejdere får tilknyttet en fast "mentor" i form af én af de øvrige rådgivere i en periode. Der foreligger et introduktionsprogram, hvor den nye medarbejder præsenteres for eksempelvis kommunens afdelinger og tilbud.

Den daglige faglige ledelse og sparring i forhold til at sikre ensartet og god kvalitet i sagsbehandlingen varetages af afdelingsleder for Voksenafdelingen. Den faglige ledelse og sparring foregår desuden i de enkelte teams, via visitationsmøderne, ad hoc i konkrete sager og på de ugentlige målgruppemøder. Rådgiverne har desuden mulighed for juridisk sparring internt i Center for Social Indsats samt tværfaglig sparring i form af lægekonsulent, hjerneskadekoordinator og VISO i forbindelse med komplekse sager.

Der afholdes fast supervision i handicapteamet på voksenhandicapområdet, som foregår samlet ved en ekstern organisationserhvervspsykolog 8 gange årligt.

Task forcens analyse af faglig ledelse og sparring

Repræsentanter fra Lyngby-Taarbæk kommunes Center for Social Indsats vurderer i selvevalueringen, at der i høj grad er en hensigtsmæssig faglig ledelse og sparring på voksenhandicapområdet.



Det fremgår af interview med afdelingsleder, at den uskrevne procedure i forhold til juridisk sparring er, at rådgiver i første omgang prøver at løse den juridiske problemstilling selv, evt. i samarbejde med kollegaer og afdelingsleder for på den måde ikke at anvende juristen som en "sovepude". Interviewet med stabsmedarbejderne bekræfter, at det er meget forskelligt, hvilke rådgivere der anvender muligheden for juridisk sparring, og at nogle rådgivere sjældent anvender muligheden. Det er Task forcens vurdering, at der er god mulighed for faglig, juridisk og tværfaglig sparring for rådgiverne i Handicapteamet.

Det fremgår af interview med afdelingsleder, at der udtages et antal sager til ledelsestilsyn hvert år. Dog fremgår det af selvevalueringen, at der de senere år været stor forskel i antallet af sager, der er udtaget til ledelsestilsyn, samt hvilke ydelsesområder der er udtaget. Afdelingsleder oplyser, at alle § 85 sager blev gennemgået i 2013. Ledelsestilsynet gennemføres i henhold til Voksenudredningsmetodens kvalitetssikringsværktøj. Det er Task forcens vurdering at ledelsestilsynet foretages på et kvalificeret grundlag. Det er ligeledes Task forcens vurdering, at Lyngby-Taarbæk kommunes voksenafdeling har fokus på ledelsestilsyn. På baggrund af den store variation i udvælgelsen af antallet af sager og ydelsestype, er det Task forcens vurdering, at Lyngby-Taarbæk kommunes Voksenafdeling med fordel kan systematisere gennemførelsen af ledelsestilsynet.

Det fremgår af interview med afdelingsleder, at der ikke er udarbejdet arbejdsgangsbeskrivelser på samtlige området, men at der i Handicapteamet er fokus på ensartet praksis i sagsbehandlingen. Hvis der eksempelvis opstår tvivl om en praksis på målgruppemøder, vil afdelingslederen foranledige, at det kan tages op til fælles drøftelse og evt. gennemgås på visitationsmøderne. Task forcen vurderer, at det vil være hensigtsmæssigt at udarbejde arbejdsgangsbeskrivelser for at sikre en ensartet praksis og for den samlede styring af området.

Der er nedskrevet en visitationsprocedure for Visitationsudvalget og udarbejdet en kompetenceoversigt for voksenområdet, som ifølge interview med såvel rådgivere som afdelingsledere er kendt og anvendt af rådgiverne.

Voksenafdelingen anvender Voksenudredningsmetoden, men har endnu ikke taget muligheden for skalering af borgerens funktionsniveau i udredningen i brug. Af interview med afdelingsleder fremgår det, at det er en af de ting, de vil sætte i gang i den kommende tid. Voksenudredningsmetoden anvendes i alle typer af sager. I de eksisterende sager, hvor det endnu ikke er sket, er det målsætningen, at dette skal ske inden udgangen af 2015.

Det fremgår af interview med afdelingsleder, at der på sagsbehandlingskurser arbejdes med at få skabt en ensartet forståelse af temaer i Voksenudredningsmetoden. Det fremgår endvidere af interviewet, at der til stadighed er et behov for at følge op på det i forhold til ikke at overoplyse sagen. Af rådgiverinterviewet fremgår det, at Voksenudredningsmetodens metodehåndbog, som skal understøtte ensartet brug af Voksenudredningsmetoden, ikke længere anvendes, og at det ikke er noget, der pt. bruges så meget tid på. Task forcen vurderer, at der fortsat bør være fokus på



ensartet brug og forståelse af Voksenudredningsmetoden samt at implementere skaleringen i Voksenudredningsmetoden, da skaleringen vil kunne bidrage til et øget fokus på effekt af indsatsen. Ydermere vil anvendelse af skaleringen kunne fremme gennemsigtighed i forhold til, at væsentligt ens forhold behandles ens.

Det fremgår af interview med afdelingsleder, at der i handicapteamet sker en faglig drøftelse af borgerinddragelse bl.a. på målgruppemøder. Afdelingen har desuden haft fokus på, at kommunikationen går direkte til borger og ikke gennem udfører til borger.

Det fremgår af selvevalueringen og interview med afdelingsleder, at borgerne normalt får besked om rådgiverskifte. Af borgerinterviewene fremgår det dog, at der er forskellige opfattelser af, hvordan borgeren er blevet orienteret om skift af rådgiver. Således har to borgere ikke fået oplyst, når deres rådgiver er skiftet og har selv måtte henvende sig til kommunen for at få oplyst hvem, der er borgerens rådgiver. Rådgiverinterviewet bekræfter, at når en rådgiver i Handicapteamet stopper, uden umiddelbart at blive erstattet, kan der opstå perioder, hvor det er uklart, hvilken rådgiver, der har ansvar for sagen, og at borgeren ikke altid involveres tilstrækkeligt. Task forcen vurderer, at der bør udarbejdes og implementeres en procedure for rådgiverskifte i Voksenafdelingen.

I forhold til at sikre faglig vidensdeling om målgrupper og lignende fremgår det af interview med afdelingsleder, at der er fordelt kompetencer i rådgivergruppen i forhold til forskellige målgrupper. Eksempelvis sidder to rådgivere med BPA ordninger, nogle har taget efteruddannelse på hjerneskadeområdet, nogle følger med i udviklingen på autismeområdet og sidder med i tilhørende netværk og tilegner sig viden fra disse, som de deler med hinanden. Nye sager fordeles efter disse kompetencer men ikke rigtigt. Det forventes, at den enkelte rådgiver holder sig ajour med udviklingen på området, og hvis der er et eller andet, man er interesseret i, så søger man om at få lov til at deltage i det. Task forcen vurderer, at afdelingsledelsen med fordel kan understøtte, at ny viden på området bliver implementeret i Handicapteamet, så indhentning af ny viden sker i samarbejde mellem afdelingsledelse og medarbejdere.

Styrker

- Afdelingen anvender Voksenudredningsmetoden herunder kvalitetssikringsværktøjet til ledelsestilsyn.
- Der er udarbejdet kompetenceplan for rådgiverne i Voksenafdelingen samt visitationsprocedure for visitationsudvalget, som er kendt og anvendt af rådgiverne.
- Der er god mulighed for faglig sparring fra afdelingsleder og juridisk konsulent samt for supervision.
- Der foretages ledelsestilsyn og sagsgennemgang, bl.a. på samtlige § 85 sager i 2013.
- Der er udarbejdet proces- eller arbejdsgangsbeskrivelser på flere områder.
- Der er fokus på deling af viden mellem rådgiverne.



Udfordringer

- Anvender endnu ikke skaleringen i Voksenudredningsmetoden, som vil kunne bidrage til et øget fokus på effekt af indsatsen.
- Der er områder, hvor der ikke foreligger nedskrevne arbejdsgange, hvilket er sårbart i forhold til et eventuelt sagsbehandler- eller lederskifte og den ensartede praksis i sagsbehandlingen.
- Der er ingen ensartet praksis i forbindelse med rådgiverskifte.
- Der er fra år til år stor variation i antallet af sager og ydelsestyper der udtages til ledelsestilsyn.

Task forcen anbefaler, at Lyngby-Taarbæk Kommune:

- Implementerer skaleringen af borgers funktionsniveau i Voksenudredningsmetoden, som bl.a. kan medvirke til et øget fokus på effekt af indsatsen.
- Udarbejder flere arbejdsgangsbeskrivelser der er kendt og anvendt af rådgiverne til at sikre ensartet sagsbehandling.
- Udarbejder procedure for rådgiverskifte, så det sikres, at der ikke opstår uklarhed om hvem der har ansvar for sagen, og så borger informeres om rådgiverskiftet.
- Systematiserer udvælgelsen af sager og gennemførelsen af ledelsestilsynet.



3.3 Ledelsesinformation og styring

Under temaet ledelsesinformation og styring er der i analysen fokus på, om og hvordan der løbende afrapporteres på væsentlige faktorer på voksenhandicapområdet. Det afdækkes, om de relevante niveauer i kommunen har løbende og systematisk adgang til nøgletal om aktiviteter, budget, regnskab, målgrupper mv. Derudover vurderes det, om og hvordan nøgletal anvendes til løbende at sikre kvaliteten i sagsbehandlingen. Endelig vurderes det, om og hvordan kommunen benytter nøgletallene til at sikre økonomisk og faglig styring.

Præsentation af Lyngby-Taarbæk Kommunes arbejde med ledelsesinformation og styring

Center for Social Indsats har siden udarbejdelsen af strategi- og handleplanen i 2013 kun haft mindre overskridelser af budgettet på området. Kommunen har i 2013 revisiteret alle borgere på §85 og den faglige leder har i den forbindelse gennemført ledelsestilsyn på 122 §85-sager.

Center for Social Indsats strategi- og handleplan fra 2013 har til formål at sikre budgetoverholdelse i 2013 og derefter en gradvis nedbringelse af forbruget i 2014-16. Strategi- og handleplanen indeholder en række konkrete mål, og det fremgår af planen, at der løbende vil ske en administrativ opfølgning på processens fremdrift. Denne løbende afrapportering til det politiske niveau genfindes i referaterne fra det politiske udvalg.

Kommunen har indkøbt it-systemet Calibra der giver mulighed for at danne ledelsesinformation om budget og aktiviteter.

Der sker budgetopfølgning til det politiske niveau 4 gange årligt, og der foretages månedligt budgetopfølgning til det øverste administrative niveau, undtagen i januar.

Afdelingslederen for Voksenafdelingen trækker systematisk rådgivernes sagstal med henblik på en hensigtsmæssig fordeling af sager mellem rådgiverne på området.

Kommunen deltager i en sammenligning af kommunerne i Region Hovedstaden på området for voksne med særlige behov gennemført af Ballerup Kommune. Undersøgelsens målsætning er at fremstille en kommunesammenligning på antallet af ydelsesmodtagere og den gennemsnitlige udgift pr. ydelsesmodtager. Sammenligningen indeholder bl.a. en opgørelse af udgifter på ydelsestyper.

Task forcens analyse af ledelsesinformation og styring

I selvevalueringen fremgår det, at repræsentanter fra Lyngby-Taarbæk kommunes Center for Social Indsats i nogen grad oplever, at kommunen har det nødvendige ledelsesinformationssystem



til at sikre en løbende faglig og økonomisk udvikling på voksenhandicapområdet.

Center for Social Indsats har siden udarbejdelsen af Strategi- og handleplanen i 2013 arbejdet meget målrettet på budgetoverholdelse. Det fremgår af interviews med øverste administrative ledelse, afdelingsleder og stabsmedarbejdere, at der er og har været et stærkt fokus på økonomiske nøgletal og afrapporteringen af disse til alle relevante niveauer. Der gennemføres budgetopfølgning til det politiske niveau 4 gange årligt. På det administrative niveau er der månedlige budgetopfølgninger. Kommunen angiver i selvevalueringen, at budgetopfølgningen og afrapporteringen af økonomien i høj grad er hensigtsmæssig.

Det fremgår af såvel selvevaluering som interviews med øverste administrative ledelse, afdelingsleder og medarbejdere, at der er og har været et fokus på at sikre, at økonomiske overvejelser er en naturlig del af sagsbehandlingen. Rådgiverne har således i forhold til takstforhandlinger været på kursus i "Det gode købmandskab". Det fremgår af interview med stabsmedarbejdere, at der i Calibra er mulighed for, at rådgiverne kan få det samlede økonomiske overblik over deres enkelte sager. Dette anvender rådgiverne dog ikke, men giver udtryk for, at det er en viden, de gerne på sigt ville have. Task forcen vurderer, at der med fordel kunne iværksættes en proces, hvor rådgiverne i Handicapteamet får indsigt i de muligheder, der er for økonomisk overblik i Calibra.

Kommunen angiver i selvevalueringen, at der ad hoc indsamles data med henblik på faglig styring af voksenhandicapområdet, og at disse data valideres og afrapporteres til ledelse og politikere efter behov.

Kommunen angiver i selvevalueringen, at Voksenafdelingen systematisk trækker sagstal med henblik på ressourceallokering. Det fremgår desuden af selvevalueringen, at ansvaret for overholdelse af tidsfrister ligger hos rådgiverne, men at overholdelse af kommunens sagsbehandlingsfrister ikke registreres. Det fremgår videre af selvevalueringen, at afdelingen ikke oplever klager over manglende overholdelse af sagsbehandlingsfrister, og at disse derfor ikke løbende registreres.

Af sagsgennemgangen fremgår det dog, at kommunens sagsbehandlingsfrister er overskredet i 9 ud af de 11 sager, hvor dette har været relevant at vurdere. Det oplyses i interview med rådgiverne, at kommunens it-understøttelse af sagsbehandlingen har en funktion, der med farvekoder viser om fristerne i de enkelte sager overholdes. Denne funktion er på nuværende tidspunkt fravalgt, da den i implementeringsperioden, hvor mange sager blev lagt ind i systemet uden at der var gennemført en sagsbehandlingsproces, gav et misvisende billede af status for overholdelse af tidsfrister på en række sager.

På den baggrund er det Task forcens vurdering, at Lyngby-Taarbæk Kommune med fordel kan indføre systematisk registrering af overholdelse af tidsfrister i sagsbehandlingen og at disse data kan bidrage positivt til styringen af området, samt sikre borgernes retssikkerhed. Hvis



forvaltningen ikke overholder fristen i en sag, skal forvaltningen orientere borgeren om, hvornår borgeren kan forvente en afgørelse.

Det fremgår af interviews med øverste administrative ledelse og stabsmedarbejdere, at Lyngby-Taarbæk Kommune på nuværende tidspunkt ikke udnytter Voksenudredningsmetoden og it-understøttelsen heraf til at generere ledelsesinformation om eksempelvis målgrupper, borgers funktionsniveau og resultat af indsatsen, der ellers er potentiale for at danne. Det fremgår af interviewene, at dette skyldes, at det politiske niveau primært efterspørger ledelsesinformation om økonomi på voksenhandicapområdet, og at der ikke er tradition for ledelsesinformation om andet end den samlede økonomi på voksenhandicapområdet, og endvidere, at kommunen i implementeringen af Voksenudredningsmetoden og it-understøttelsen har prioriteret at fokusere på anvendelse af sagsbehandlingsmetoden og ikke på dannelse af ledelsesinformation.

I interviews med øverste administrative ledelse og stabsmedarbejdere fremgår det, at baggrunden for at igangsætte analyser af udviklingen i eksempelvis målgrupper, ofte sker på baggrund af fornemmelser for udviklingstendenser, og ikke på baggrund af systematisk og løbende afrapportering af nøgletal.

På den baggrund vurderer Task forcen, at Lyngby-Taarbæk Kommune med fordel kan udarbejde retningslinjer for systematisk dannelse og anvendelse af ledelsesinformation om eksempelvis status og udvikling i målgrupper, borgernes funktionsniveau, ydelser og effekt af indsatser, og implementere disse retningslinjer. Disse retningslinjer kan med fordel indeholde en beskrivelse af, hvordan ledelsesinformationen skal differentieres til forskellige niveauer i kommunen. Systematisk dannelse af ledelsesinformation om eksempelvis målgrupper og borgernes funktionsniveau, kan danne baggrund for strategiske analyser i forhold til den faglige og økonomiske udvikling af voksenhandicapområdet.

Styrker

- Lyngby-Taarbæk Kommune har en velfungerende praksis omkring dannelse og afrapportering af en række nøgletal om økonomi og aktiviteter til ledelse og politisk niveau.
- Voksenafdelingen trækker sagstal løbende og fordeler sager på baggrund af disse.
- Kommunen indgår i en sammenlignende analyse med en række kommuner i Region Hovedstaden, og har på den baggrund mulighed for at gennemføre benchmarking.

Udfordringer

- Lyngby-Taarbæk Kommune danner ikke løbende og systematisk faglig ledelsesinformation om eksempelvis status for og udvikling i målgrupper, borgernes funktionsniveau og effekt af indsatsen.



- Den manglende ledelsesinformation om eksempelvis status for og udvikling i målgrupper besværliggør muligheden for at lave strategiske analyser i forhold til den faglige udvikling af voksenhandicapområdet og af, om midlerne anvendes med bedst mulig effekt.
- Lyngby-Taarbæk Kommune har ikke udnyttet de potentialer, der ligger i at anvende Voksenudredningsmetoden i forhold til dannelse af ledelsesinformation.
- Kommunen har ikke på aggregeret niveau eller på rådgiverniveau overblik over overholdelse af sagsfrister i sagsbehandlingen og den samlede økonomi for hver borgersag.

Task forcen anbefaler, at Lyngby-Taarbæk Kommune:

- Udarbejder og implementerer retningslinjer for systematisk og løbende dannelse og afrapportering af ledelsesinformation om eksempelvis status og udvikling i målgrupper, borgernes funktionsniveau og effekt af indsatsen, som skal målrettes relevante administrative og politiske niveauer, herunder økonomisk og faglig ledelsesinformation relevant for rådgiverne.
- Udnytter de muligheder Voksenudredningsmetoden giver i forhold til dannelse af ledelsesinformation.
- At Voksenafdelingen fremadrettet systematisk registrerer overholdelse af sagsbehandlingsfrister, for på den baggrund af styrke muligheden for styring af sagsbehandlingen og borgers retssikkerhed, gennem orientering af borgeren i tilfælde af at tidsfristen ikke overholdes.
- At Voksenafdelingen iværksætter en procedure, som afdækker Calibra systemets muligheder for at generere et samlet økonomisk overblik på borgersagsniveau.

3.4 Sagsoplysning, sagsvurdering og afgørelser

Under dette tema er der fokus på, i hvilken grad sagerne er oplyst, dvs. udredningen af borgeren og i hvor høj grad borgeren inddrages i sagsbehandlingen. Desuden vurderes det, om kommunen benytter sig af alle relevante kilder til at belyse sagen og sikrer et tilstrækkeligt grundlag for en helhedsorienteret sagsbehandling. Det vurderes, i hvilken grad kommunens sagsvurdering og afgørelser lever op til de lovgivningsmæssige krav på området (formelle krav), og om kommunens praksis i sagsbehandlingen medfører, at kommunen træffer korrekte afgørelser (den materielle vurdering), herunder om kommunen anvender kvalitetsstandarder og serviceniveauer lovmedholdigt.

Det vurderes, om kommunen anlægger en helhedsorienteret vurdering af borgerens problemstillinger, og om inddragelsen af borgeren/borgerens ønsker og holdning i tilstrækkelig grad afspejles i sagsbehandlingen. Endelig vurderes det, om afgørelsen er klart formuleret og kommunikeret til borgeren.

Præsentation af Lyngby-Taarbæk Kommunes arbejde med sagsoplysning, sagsvurdering og afgørelser

Lyngby-Taarbæk Kommune var netværksskommune i forbindelse med, at Voksenudredningsmetoden blev rullet ud fra centralt hold af Socialstyrelsen, og kommunen har gjort brug af Voksenudredningsmetoden siden.

I Voksenafdelingen benyttes Voksenudredningsmetoden i forbindelse med både sagsoplysning og -vurdering. Endvidere anvender Voksenafdelingen inCorp i sin it-understøttelse af indsatsen.

Der eksisterer en række sager, der er oprettet, inden man begyndte at anvende inCorp, og i disse sager er Voksenudredningsmetoden ikke anvendt. Det er forvaltningens intention, at Voksenudredningsmetoden i løbet af 2015 bruges på alle eksisterende sager, og at sagsbehandlingen vedrørende § 100 i serviceloven om nødvendige merudgifter også gennemføres med Voksenudredningsmetoden.

Som en del af arbejdet med at styrke kvaliteten i sagsbehandlingen og i forbindelse med implementeringen af Voksenudredningsmetoden har både rådgivere i Voksenafdelingen og udførere været på et grundkursus i Voksenudredningsmetoden.

Der er for 1½ år siden ansat en jurist i Center for Social Indsats til at understøtte rådgivere og afdelingslederen i Voksenafdelingen.

Lyngby-Taarbæk Kommune har udarbejdet kvalitetsstandarder for hjælp efter servicelovens §§ 84, 85, 95, 96, 97, 100, 102, 103, 104, 107, 108, 117 og for voksenspecialundervisning jf.



beskrivelsen af tema 1 (afsnit 3.1).

Task forcens analyse af sagsoplysning, sagsvurdering og afgørelser

Ankestyrelsens sagsgennemgang viser, at 21 ud af 25 sager er oplyst i høj grad, mens 1 sag er oplyst i nogen grad. 3 sager er oplyst i ringe grad. I VISO's socialfaglige gennemgang understøttes det, at kommunen har et tilfredsstillende niveau for sagsoplysning, idet 6 ud af 7 sager er belyst gennem løbende journalføring.

Af interview med rådgiverne fremgår, at Voksenudredningsmetoden og de eksisterende kvalitetsstandarder for de relevante ydelser anvendes som ramme i forhold til at sikre en ensartet oplysning af sagerne, ligesom det også gælder for de ugentlige sagsmøder i handicapteamet.

Det oplyses i selvevalueringen, at handicapteamet mangler fælles grundlag for vurdering af relevansen af oplysninger. I rådgiverinterviewet gives i forlængelse heraf udtryk for, at der kan være usikkerhed omkring oplysningsniveauet i sagerne. Af interviewet med afdelingsleder fremgår, at rådgiverne fremadrettet vil skulle arbejde med niveauet for sagsoplysning.

Af både interview med den øverste administrative ledelse og afdelingsleder fremgår, at man i Voksenafdelingen har intentioner om at gå i gang med at anvende skaleringsmuligheden i Voksenudredningsmetoden.

Af interview med udførerne fremgår, at udførerne vurderer, at rådgiverne i Voksenafdelingens Handicapteam ikke altid inddrager udførernes viden om de konkrete borgere i eksisterende tilbud, når der skal udarbejdes en sagsproces ud fra Voksenudredningsmetoden i de eksisterende sager, hvorved udførernes viden ikke indgår i sagsoplysningen. I interviewet med rådgiverne fremgår det derimod, at de oplever, at udførernes viden såvidt muligt bliver inddraget af rådgiverne i de eksisterende sager, når borgeren tillader det.

Ankestyrelsens sagsgennemgang viser samlet set, at Lyngby-Taarbæk Kommunes afgørelser i 20 af de i alt 25 sager er i overensstemmelse med regler og praksis. I en sag vedrørende afslag på borgerens ansøgning om §85 finder VISO i forbindelse med den socialfaglige vurdering, at beslutningsgrundlaget er mangelfuldt, idet de anvendte oplysninger fra eksterne samarbejdspartnere er fra marts 2009, ligesom der ikke foreligger en egentlig status fra borgerens aktivitetstilbud, og de aktuelle oplysninger i sagen er sparsomme.

Af interview med afdelingsleder fremgår det, at der ikke eksisterer nogen fast procedure for afslag på bevillinger, men at dette i høj grad afhænger af den konkrete dialog mellem rådgiver og borger. Praksis er ifølge interview med afdelingsleder, at i dialogen mellem rådgiver og borger kan rådgiver og borger i samarbejde eventuelt finde ud af, om der er andre tilbud eller ydelser, der er mere relevante for den enkelte borger i den konkrete situation. På den måde kan man undgå, at give borgeren et afslag på den indledende ansøgning, idet borgeren i stedet får en anden ydelse eller tilbud. Interviewet med rådgiverne bekræfter, at denne praksis foregår, og at den er baseret på en

høj grad af dialog mellem rådgiver og den ansøgende borger.

Task forcen vurderer, at kommunen – i forhold til den oplyste praksis om at tilbyde borgeren et alternativt tilbud i den indledende fase – skal være særlig opmærksom på de tilfælde, hvor borgeren søger om en specifik ydelse efter serviceloven. Hvis borgeren søger om en helt bestemt ydelse, men kommunen i den efterfølgende dialog og udredning af sagen kommer frem til, at borgeren skal have en anden form for hjælp, skal kommunen meddele borgeren afslag på dennes oprindelige ansøgning. Kommunen skal i forhold til ydelser efter servicelovens kapitel 16 skriftligt meddele, hvilken form for ydelse, borgeren har fået bevilget, jf. servicelovens § 89.

Det er Task forcens anbefaling, at kommunen skriftligt meddeler borgeren, hvorfor borgeren ikke er berettiget til den oprindeligt søgte ydelse, og oplyser om borgerens mulighed for at klage.

Selvom der ikke er et forvaltningsretligt krav om en skriftlig begrundelse for afslag på en ansøgning om ydelse, medmindre borgeren anmoder herom, er det Task forcens vurdering, at en sådan sagsprocedure vil øge borgerens retssikkerhed samt skabe gennemsigtighed i kommunens behandling i forhold til de konkrete ansøgningsituationer.

Der er i Center for Social Indsats bl.a. udarbejdet en skabelon til rådgiverne til brug for udarbejdelse af alle typer af afgørelser. Skabelonen afspejler Ankestyrelsens anbefalinger til, hvordan en god afgørelse bør udarbejdes. Skabelonen var ikke taget i brug ved tidspunktet for interviewet.

Hvad angår helhedsvurdering viser sagsgennemgangen, at der i 4 ud af 5 borgersager, der hver består af 2 sager, er en høj grad af sammenhæng i indsatserne. I én af de 5 borgersager er der en ringe grad af sammenhæng i sagsbehandlingen imellem de respektive ydelser.

Ankestyrelsens sagsgennemgang viser for så vidt angår partshøring, at det ikke har været relevant i 17 sager at foretage partshøring, idet der er tale om bevillinger. I de resterende 8 sager er der i 2 af sagerne foretaget tilfredsstillende partshøring, i 6 sager er der slet ikke foretaget partshøring. Af rådgiverinterviewet fremgår det, at der med undtagelse af § 85 i serviceloven ikke eksisterer arbejdsgangsbeskrivelser for partshøring samt, at det er sjældent, at der bliver gennemført en partshøring.

Task forcen vurderer, at der bør være opmærksomhed på, at retningslinjer for partshøring imødekommes jf. forvaltningslovens § 19.

I forhold til inddragelse af borgeren i sagsbehandlingen viser Ankestyrelsens sagsgennemgang, at i 20 sager har borgere, pårørende eller andre nærtstående været inddraget i sagsbehandlingen, mens det i 2 sager er tilfældet i nogen grad, og i 3 sager er tilfældet i ringe grad. VISO's socialfaglige gennemgang viser, at borgerens netværk inddrages i de tilfælde, hvor det har været relevant. I en konkret sag følger rådgiveren borgerens ønske om niveauet for netværkets



inddragelse, selv om netværket i den pågældende sag, har et ønske om større inddragelse.

VISOs socialfaglige sagsgennemgang viser, at borgerne inddrages i 6 af de 7 sager, som er blevet vurderet af VISO. Også i de gennemførte borgerinterviews fremgår det, at hovedparten af de voksne borgere med handicap er blevet inddraget i forhold til bevilling af støtte.

Styrker

- Rådgiverne har adgang til juridisk sparring via en juridisk konsulent i Center for Social Indsats.
- Der er udarbejdet en skabelon for afgørelser, der afspejler Ankestyrelsens anbefalinger til, hvordan en god afgørelse bør udarbejdes.

Udfordringer

- 5 ud af 25 sager gennemgået af Ankestyrelsen er ikke i overensstemmelse med regler og praksis, fx manglende partshøring af nye oplysninger kan have betydning for afgørelsens rigtighed.
- 3 ud af 25 sager gennemgået af Ankestyrelsen er kun oplyst i ringe grad.
- I 3 ud af 25 sager gennemgået af Ankestyrelsen er borger, pårørende og andre nærtstående kun i ringe grad inddraget i sagsbehandlingen.
- I 1 ud af 5 borgersager gennemgået af Ankestyrelsen er der kun i ringe grad sammenhæng imellem de iværksatte indsatser.
- I de tilfælde hvor borgeren søger om en specifik ydelse, men hvor Voksenafdelingen i stedet tilbyder borgeren en anden form for hjælp, bør Voksenafdelingen være opmærksom på, at borgeren har krav på at få en afgørelse om afslag på den specifikt ansøgte ydelse, i tilfælde at at borgeren fastholder sin ansøgning.
- Der er ikke tilstrækkelig opmærksomhed omkring reglerne for partshøring.

Task forcen anbefaler, at Lyngby-Taarbæk Kommune:

- Skaber en klar og kendt procedure for inddragelse af udførernes viden om voksne borgere med handicap i eksisterende tilbud i forbindelse med, at der bliver gennemført en sagsproces ved brug af Voksenudredningsmetoden i eksisterende sager ved opfølgning på sagen.
- Etablerer retningslinjer for afslag i forbindelse med ansøgninger i handicapteamet med henblik på, at der altid træffes en egentlig afgørelse uanset om ansøgningen henholdsvis imødekommes eller ikke imødekommes for at sikre gennemsigtighed i processen og sikre borgerens retssikkerhed.
- Er opmærksom på at retningslinjerne for partshøring imødekommes.

- Anvender den fælles skabelon til brug for udarbejdelse af afgørelser på Voksenhandicapområdet.

3.5 Handleplan, bestilling og visitation

Fokus i dette tema er kommunens praksis vedrørende visitation, dvs. matchning af en konkret indsats med borgers ønsker og behov inden for den trufne afgørelse, samt fokus på myndighedens samarbejde med udførerniveauet, dvs. både kommunens egne tilbud, private leverandører, regionale tilbud og andre kommuners tilbud.

Det vurderes, om kommunens praksis medfører et hensigtsmæssigt socialfagligt match af tilbud i forhold til den konkrete borgers behov set i lyset af den trufne afgørelse. Herunder, om der inddrages relevant faglig ekspertise i processen, og om kommunens sagsbehandlingsfrister overholdes. Desuden vurderes det, om kommunen har udarbejdet en hensigtsmæssig handleplan for borgeren, og om borgeren har været inddraget i udarbejdelsen af handleplanen.

Præsentation af Lyngby-Taarbæk Kommunes arbejde med handleplan, bestilling og visitation

Kommunen har en kompetencebeskrivelse af hvilken det fremgår, hvad rådgiverne i handicapteamet har kompetence til at bevilge, og hvad der skal behandles af Voksenafdelingens visitationsudvalg.

På voksenhandicapområdet udarbejder rådgiverne efter fast praksis en handleplan pr foranstaltning pr voksne borger med handicap.

De officielle sagsbehandlingsfrister for voksenhandicapområdet er tilgængelige på kommunens hjemmeside.

Task forcens analyse af arbejde med handleplan, bestilling og visitation

På baggrund af de gennemførte interview med henholdsvis rådgivere og udførere er det Task forcens indtryk, at der overvejende eksisterer en god dialog mellem myndighed og det udførende niveau, skønt dialogen ifølge udsagn fra rådgiverinterviewet til dels er afhængig af de konkrete personer, der indgår i samarbejdet. Rådgiverne vurderer også, at der er tilfredsstillende samarbejde med Regionen om blandt andet botilbud.

Ifølge selvevalueringen udarbejdes der handleplaner på alle nye sager efter indførelse af InCorp.

Ankestyrelsens sagsgennemgang viser, at 11 af de 25 sager er omfattet af kravet om sagsbehandlingsfrist. Sagsbehandlingsfristerne er overholdt i 2 af de 11 sager. I de 9 resterende sager, er kommunens sagsbehandlingsfrister ikke overholdt. De konkrete overskridelser af sagsbehandlingsfristerne varierer i de 9 sager mellem 2 uger (§ 85 i serviceloven om socialpædagogisk støtte) og 28 uger (§ 107 i serviceloven om midlertidigt botilbud).



Task forcen bemærker, at retssikkerhedslovens krav om sagsbehandlingsfrister og kravet om at fristerne skal overholdes er en væsentlig retssikkerhedsgaranti for, at borgeren kan forvente at få en afklaring på sin ansøgning inden for den offentliggjorte frist.

Af Ankestyrelsens sagsgennemgang fremgår, at der er udarbejdet handleplaner i 9 ud af 25 sager. I de resterende 16 sager er der ikke udarbejdet en handleplan, og det fremgår ikke af sagsakterne, hvorvidt borgeren har fået tilbudt en handleplan og takket nej til denne, da dette ikke er dokumenteret i sagerne. 6 ud af de 9 handleplaner er udarbejdet ud fra borgerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med borgeren, mens det i nogen grad er tilfældet i 3 ud af de 9 sager.

Task forcen vurderer, at det er problematisk, at det i flere sager ikke ses, at borger er blevet tilbudt en handleplan. Kommunen skal tilbyde borgeren en handleplan. En handleplan er en garantiforskrift, hvis borgerne ønsker udarbejdelse af denne. Manglende overholdelse af en garantiforskrift kan føre til, at afgørelsen er ugyldig, medmindre det kan afkræftes, at afgørelsens resultat er påvirket heraf.

Af både interview med afdelingsleder og rådgivere fremgår, at handicapteamets praksis er at udarbejde én handleplan pr foranstaltning pr borger. Dermed har voksne borgere med handicap, der modtager flere ydelser, et tilsvarende antal handleplaner. I interviewet med rådgiverne fremgår, at rådgiverne vurderer, at de finder den eksisterende praksis med flere handleplaner pr voksne borger med handicap uhensigtsmæssig, og at det for den enkelte borger er forskelligt om og hvordan, de forskellige handleplaner bliver koblet sammen. Tidligere har man i kommunen haft en praksis med at udarbejde én samlet handleplan pr voksne borger med handicap, og det er rådgivernes vurdering, at dette var nemmere end den eksisterende praksis. Task forcen vurderer, at kommunen bør tilbyde alle personer med betydelig nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne, at få udarbejdet én samlet handleplan (§ 141 stk. 2 i serviceloven).

Task forcen vurderer, at støtte og indsatser på tværs af foranstaltninger bedst koordineres, såfremt der foreligger én samlet handleplan pr borger. For borgere, der modtager flere ydelser, kan en konsekvens af flere handleplaner endvidere være, at borgeren har svært ved at opnå overblik over sine samlede indsatser.

Af interviewet med rådgiverne fremgår, at de især finder det vanskeligt at sætte mål for indsatsen for de borgere, hvor der er tale om indsats, der primært har til formål at vedligeholde et funktionsniveau, og hvor borgeren har fået ydelsen i lang tid. Rådgiverne oplyser, at det er nemmere at sætte mål i forbindelse med nye sager, og hvor borgerens funktionsniveau kan forbedres. Rådgiverne vurderer desuden, at de især er udfordrede i forhold til at sætte tidsbestemte og konkrete mål for borgere med omfattende funktionsnedsættelser, og at de i disse situationer oplever, at de mål, de ender med at sætte, bliver forholdsvis overordnede. I alle 7 sager, som indgår i VISO's socialfaglige vurdering, er indsatsmålene karakteriseret ved at være ukonkrete. Task forcen vurderer, at ukonkrete mål er en hindring for opfølgningen på om



indsatsen har den ønskede effekt. Det er ifølge den socialfaglige vurdering heller ikke tydeligt, hvad varigheden af indsatsen forventes at være.

Ifølge interview med afdelingsleder er det i kommunen blevet besluttet, at der skal foreligge handleplaner i alle sager. Der udarbejdes herefter handleplaner i alle nye sager. I gamle sager udarbejdes handleplan i forbindelse med opfølgning på sagen. Af samme interview fremgår, at der fremadrettet skal være et større fokus på at borger tager et medansvar i forhold til handleplanen.

Styrker

- Kommunens sagsbehandlingsfrister på voksenhandicapområdet er offentliggjorte på hjemmesiden.
- I de sager, hvor Ankestyrelsens sagsgennemgang viser, at der er udarbejdet handleplaner, er niveauet for borgerinddragelse tilfredsstillende.

Udfordringer

- Der mangler handleplan i 16 ud af 25 sager, og det er i flere sager uklart, hvorvidt kommunen har tilbudt borgeren udarbejdelse af en handleplan.
- Der udarbejdes én handleplan pr foranstaltning pr voksne borger med handicap, hvilket kan medføre flere handleplaner for den enkelte borger.
- Indsatsmålene er ukonkrete i de syv sager, der er gennemgået af VISO.
- Sagsbehandlingsfristerne er overholdt i under 1/5 af de sager, hvor det har været relevant at vurdere sagsbehandlingsfristerne i sagsgennemgangen.

Task forcen anbefaler, at Lyngby-Taarbæk Kommune:

- Dokumenterer i sagen når borgeren er blevet tilbudt udarbejdelse af en handleplan.
- Tilbyder alle borgere med betydelig nedsat psykisk eller fysisk funktionsevne, at få udarbejdet én samlet handleplan (§ 141 stk. 2 i serviceloven).
- Sikrer at der i handleplanen udarbejdes konkrete mål for indsatsen og for borgerens progression og/eller vedligeholdelse af funktionsevne, herunder at rådgiverne klædes på til at formulere sådanne mål.
- Etablerer intern procedure til sikring af overholdelse af sagsbehandlingsfrister samt orientering af borgere, hvis fristen ikke kan overholdes.

3.6 Opfølgning på indsatsen for konkrete borgere

I temaet opfølgning på indsatsen for konkrete borgere afdækkes det, om kommunen har en fast praksis for opfølgning, herunder for det personrettede tilsyn på borgere, der har fået visiteret ydelser. Det afdækkes, om opfølgningen tager udgangspunkt i borgerens handleplan og de eventuelt opstillede målsætninger for borgeren, og hvorvidt borgerens behov har ændret sig siden seneste afgørelse og dermed, om indsatsen fortsat opfylder sit formål. Desuden afdækkes det, om kommunen systematisk vurderer kvaliteten af de leverede ydelser, og om kommunen har fokus på, om borgerne opnår de opstillede målsætninger i handleplanen. Endeligt afdækkes det, om borgeren inddrages i opfølgningen, ligesom det afdækkes, om der inddrages andre relevante kilder i opfølgningen.

Præsentation af Lyngby-Taarbæk Kommunes arbejde med opfølgning på indsatsen for konkrete borgere

Der eksisterer en arbejdsgangprocedure i Voksenafdelingen for opfølgning i sager for voksne borgere med handicap, der har fået visiteret ydelser jf. servicelovens § 148, stk. 2.

Af arbejdsgangproceduren fremgår, at der ved nye foranstaltninger, altid følges op inden for de første 3 måneder, samt at der ved igangværende foranstaltninger foretages systematisk opfølgning mindst 1 gang årligt, dog hyppigere hvis det konkret vurderes relevant.

Task forcens analyse af arbejde med opfølgning på indsatsen for konkrete borgere

I forbindelse med den samlede vurdering af, om kommunen arbejder tilstrækkeligt med opfølgning, har repræsentanter fra Lyngby-Taarbæk kommunes Center for Social Indsats i selvevalueringen vurderet, jf. nedenfor, at der kun i mindre grad arbejdes tilstrækkeligt med opfølgning. Af selvevalueringen fremgår ligeledes, at opfølgningen i praksis beror på en konkret vurdering.

Af Ankestyrelsens sagsgennemgang fremgår, at der i 10 af de 25 sager er aftaler om opfølgning, mens det ikke er tilfældet i 12 ud af de 25 sager. I de resterende 3 sager er der tale om tre meget konkrete situationer, hvor der i 2 af sagerne er tale om begrænsede foranstaltninger, hvor det ligger implicit, at der skal følges op. I den tredje sag er der sat tidspunkt for, hvornår delmål skal være opnået, hvorfor det må forventes, at der følges op.

VISO's socialfaglige vurdering viser, at det overordnede billede er, at kommunen kontinuerligt følger op i forhold til de fastsatte tidsrammer for opfølgning, når der sker ændringer i borgerens situation, eller når borgeren har et ønske til ændringer af indsatsen. Også af borgerinterviewene fremgår, at der årligt følges op på støtten, hvorefter borgerne har modtaget en ny bevilling.

Af interview med rådgiverne fremgår, at opfølgningen efter 3 måneder i nye sager, på baggrund af

en individuel vurdering kan blive foretaget senere, end det er foreskrevet i arbejdsgangsproceduren. Praksis for opfølgning foregår ifølge interview med rådgiverne meget individuelt. Det kan ifølge interview med afdelingslederen for Voksenafdelingen også aftales individuelt med borgeren eller dennes pårørende, at der ikke følges op i sagen hvert år i forbindelse med eksisterende tilbud. På trods af, at kommunen har en nedskreven arbejdsgangsp procedure for opfølgning i enkelte sager, kan der gå længere tid end det foreskrevne 1 år, før der følges op i forhold til borgere i eksisterende tilbud.

Konkret i forhold til borgerinddragelse i opfølgningen fremgår det af VISO's socialfaglige gennemgang, at rådgiverne er hurtige til at reagere på borgerens henvendelser, og at rådgiveren er god til at orientere borgeren om sagens udvikling.

Af interview med udførerne fremgår det, at en leder vurderer, at godt 1/3 af borgerne i et konkret tilbud ikke har haft opfølgning inden for de seneste 1-2 år. Ved sagsbehandlerskift og hvis borgerne har været i tilbuddet længe, kan der godt gå endnu længere tid mellem, at der bliver fulgt op. En anden leder oplever heller ikke, at der bliver fulgt systematisk op på § 85 tilbud vedrørende socialpædagogisk støtte. Samme leder nævner et eksempel på, at opfølgning kan være vanskeliggjort i de tilfælde, hvor opgaven ikke er tilstrækkeligt beskrevet af rådgiverne, men også at dette kan undgås, hvis der er en tættere kommunikation mellem rådgivere og udførere om visitationen.

Task forcen vurderer, at opfølgingspraksis i udbredt grad synes at bero på en individuel vurdering fra sag til sag. Der er derfor behov for, at kommunen fremadrettet har særligt fokus på at få skabt en systematik til at sikre den fornødne opfølgning i alle sager, herunder sager hvor der sker rådgiverskifte og i sager, hvor borgeren er i eksisterende tilbud. Løbende og systematisk opfølgning er en forudsætning for at myndigheden kan holde fokus på ønsket effekt af indsatsen.

Styrker

- Kommunen har udarbejdet arbejdsgangsbeskrivelse for opfølgningen i sager på voksenhandicapområdet.
- VISO's socialfaglige vurdering viser, at rådgiverne i handicapteamet generelt inddrager borgeren i forbindelse med opfølgning.
- Af interview med fem borgere og en pårørende fremgår, at der årligt afholdes statusmøder, hvor der følges op på hjælpen.

Udfordringer

- Ankestyrelsens sagsgennemgang viser, at der ikke er aftaler om opfølgning i 12 ud af de 25 sager.
- Kommunens praksis med opfølgning foregår ikke altid som foreskrevet i arbejdsgangsbeskrivelsen.



- Som følge af en praksis, der i høj grad sker på baggrund af en individuel vurdering, foregår opfølgningen ikke altid systematisk, hvilket konkret kan føre til, at der ikke bliver fulgt tilstrækkeligt op.

Task forcen anbefaler, at Lyngby-Taarbæk Kommune:

- Sikrer systematisk opfølgning og dokumentation heraf i sagerne, med særlig opmærksomhed på sager hvor der sker rådgiverskifte og i sager med borgere i eksisterende tilbud.
- Anvender et advis system i sagerne, som automatisk på baggrund af de fastsatte frister for opfølgning kan informere rådgiverne, når det er tid til at foretage opfølgning i en konkret sag.



3.7 Overgang fra barn til voksen

Under temaet overgang fra barn til voksen afdækkes kommunens praksis, når borgeren overgår fra børne- til voksenparagraffer. Det afdækkes, om der er udarbejdet vejledninger og procedurer for overgangen, og om disse kendes og følges af relevante parter. Der vurderes, om overdragelse af sager fra børnehandicapområdet til voksenhandicapområdet forløber uden informationstab, om der er klarhed om ansvarsfordeling mellem de to områder, og om den unge og forældre inddrages i tilstrækkelig grad i processen og i den plan, der lægges for overgangen. Endelig vurderes det, om processerne og rammerne for overgangen fra barn til voksen understøtter en helhedsorienteret sagsbehandling.

Præsentation af Lyngby-Taarbæk Kommunes arbejde med overgang fra barn til voksen

Lyngby-Taarbæk Kommunes retningslinjer for arbejdet med overgang fra barn til voksen er beskrevet i kommunens kommissorie: "Fra ung til voksen – Kommissorium for det koordinerende arbejde for unge 15 – 25 år". Heraf fremgår det, at målgruppen omhandler unge med særlige behov, som modtager støtte efter servicelovens bestemmelser. Af kommissoriet fremgår, at det overordnede formål er at sikre, at så mange unge som muligt med særlige behov gennemfører en uddannelse og kommer i ordinær beskæftigelse og derigennem opnår en selvstændig voksentilværelse. Det fremgår herudover, at formålet er, at de unge, der, inden de fylder 25 år, ikke har opnået kompetencegivende uddannelse eller er i beskæftigelse, opnår en så selvstændig voksentilværelse som muligt med et så højt funktionsniveau som muligt. I kommissoriet beskrives, at det er afgørende, at Lyngby-Taarbæk Kommune leverer en tidlig, sammenhængende og helhedsorienteret indsats omkring den unge. Det fremgår endvidere, at samarbejdspartnerne internt i Lyngby-Taarbæk Kommune er: Center for Social Indsats (CSI), Center for uddannelse og pædagogik (CUP) og Center for Arbejdsmarked (CAM).

Kommissoriet beskriver, at serviceloven peger på, at støtten skal forberede den unge på en selvstændig voksentilværelse, og at der fra det fyldte 16. år skal være en handleplan med konkrete mål for den unges overgang til voksenlivet, bl.a. i forhold til beskæftigelse og uddannelse. Sagsbehandler i Center for Social Indsats har ansvaret for udarbejdelse af handleplanen, som skal ske i samarbejde med den unge.

Det fremgår endvidere af kommissoriet, at der holdes møder hver 2. måned mellem leder af ungeafdelingen, repræsentant fra voksenafdelingen, repræsentant fra UU Nord, PPR, repræsentant fra Jobcenter og repræsentant fra ydelsesafdeling. Sagsbehandler fra Center for Social Indsats udarbejder indstilling med en beskrivelse af sagen. Den unges sag skal drøftes på mødet i god tid inden det 18. år – ideelt, når de er 16 år. Der udfærdiges referat af mødet, hvor handlinger ansvarliggøres i forhold til de enkelte parter.



Det fremgår af kommissoriet, at samarbejdet skulle have været evalueret inden udgangen af 2013.

Det fremgår af interviewene med afdelingslederne, at Lyngby-Taarbæk Kommune tidligere har haft etableret en selvstændig afdeling bestående af rådgivere fra Børne- & Ungeafdelingen og rådgivere fra Voksenafdelingens handicapteam med henblik på at opnå en bedre koordinering af og overgang til voksenområdet for unge med handicap. Afdelingen blev nedlagt i efteråret 2014, da det blandt andet viste sig for vanskeligt for gruppen at have overblik og være tilstrækkelig kompetente til at vurdere sager efter reglerne på både børne- og voksenområdet.

Task forcens analyse af overgang fra barn til voksen

I selvevalueringen vurderer repræsentanter fra Lyngby-Taarbæk kommunes Center for Social Indsats, at de kun i mindre grad oplever, at der arbejdes hensigtsmæssigt med overgang til voksenlivet for den unge med handicap i kommunen.

Det fremgår endvidere, at der er nye retningslinjer for overgangene fra barn til voksen under udarbejdelse. Kommunen tilføjer i selvevalueringen, at de ofte får lavet gode overgange, men at de mangler systematik, hvilket er et fortløbende udviklingsområde.

Det fremgår af interviewene med afdelingsleder og rådgivere, at der er to forskellige typer af møder i forbindelse med overgang fra barn til voksen. Afdelingslederne nævner, at der afholdes koordineringsmøder med Jobcentret, som beskrevet i "Kommissorium for Det koordinerende samarbejde for unge 15 – 25 år", og at det er Børne- & Ungeafdelingen, som er ansvarlig for at indkalde til møderne. De unge, som nærmer sig 18 år, drøftes på mødet i forhold til overgang til voksenlivet.

Der fremgår endvidere af interviewene med afdelingsleder og rådgivere, at der primo 2015 er igangsat en ny procedure vedrørende overgangen fra Børne- & Ungeafdelingen til Voksenafdelingen i forbindelse med overgangen fra barn til voksen, og at stabsmedarbejderne har været inddraget i udarbejdelsen af proceduren. I den nye procedure vedrørende overgang fra barn til voksen har afdelingslederen i Børne- & Ungeafdelingen ansvaret for at udarbejde en liste over børn med betydelig handicap, som snart fylder 18 år. Afdelingslederne i Børne- & Ungeafdelingen og Voksenafdelingen samt en rådgiver fra Børne- & Ungeafdelingens team vedrørende unge med svære handicap mødes en gang månedligt for at drøfte den udarbejdede liste. Med udgangspunkt i listen beslutter afdelingslederne på mødet, hvilke unge, der skal overgå til handicapydelse, når de fylder 18 år, og hvilke der skal overgå til efterværnsydelse og fortsat være tilknyttet Børne- & Unge afdelingen. Hvis en ung skal overgå til handicapydelse, tilknyttes en rådgiver fra Voksenafdelingens Handicapteam til sagen.

I forhold til den fremtidige procedure er målet, at sagerne tages op, når den unge er omkring 16 år og senest, når den unge er omkring 17 år, da der skal tages stilling til eventuelt efterværn, når den unge fylder 17½ år. Dette er dog endnu ikke implementeret, og det sker jævnligt, at sagerne først



bliver kendt i Voksenafdelingens Handicapteam umiddelbart før den unge fylder 18 år.

Såvel øverste administrative ledelse som stabsmedarbejderne nævner i interviewene, at man i Børne- & Ungeafdelingen for sent bliver opmærksom på unge, som skal overgå til Voksenafdelingens Handicapteam, hvilket af afdelingslederen blandt andet tilskrives skift i rådgivergruppen. Det nævnes af øverste administrative ledelse, at det i den forbindelse kan få økonomiske konsekvenser, at der ikke i Børne- & Ungeafdelingen er taget stilling til, om den unge skal overgå til en boform for voksne. Øverste administrative ledelse udtaler i interviewet, at dersom den unge bor i en boform, som udelukkende er godkendt til børn, skal den unge i god tid før det fyldte 18 år visiteres til en boform for voksne, hvis man skal være sikre på, at der er en plads ledig. Stabsmedarbejderne nævner, at der er beskrevet tidsfrister i de nye arbejdsgangsbeskrivelser vedrørende overgang fra barn til voksen.

Af interview med afdelingsleder for Børne- & Ungeafdelingen fremgår, at der ikke er faste procedurer for, hvornår den unge og forældrene indkaldes til møde vedrørende overgangen til Voksenafdelingens Handicapteam, og der udarbejdes ikke en handleplan i forbindelse med overgangen. Der foreligger ikke en beskrivelse af, hvilke emner den unge og forældrene skal orienteres om ved overgang fra barn til voksen. I følge afdelingslederen afhænger det af sagens karakter og den enkelte rådgiver. Ifølge afdelingsleder oversendes relevante sagsakter til Voksenafdelingens Handicapteam i forbindelse med overdragelse af sagen, og der foreligger som regel en funktionsevnevurdering, en målgruppevurdering og en aktuel status.

Voksenafdelingens Handicapteam er bekendt med, at der er igangsat en ny procedure, men interviewet med rådgiverne viser, at der er usikkerhed i gruppen omkring arbejdsgange, ansvarsfordeling og procedurer. Rådgiverne mener ikke, at der forefindes en skriftlig arbejdsgangsbeskrivelse for overgang mellem barn og voksen. Rådgivergruppen beskriver, at det kunne være ønskeligt at rådgiverne i Børne- & Ungeafdelingen orienterede forældrene og den unge omkring de kommende ændringer i forbindelse med overgangen fra barn til voksen, og at en sådan orientering ville medvirke til en bedre proces, idet forældrene og den unge fik afstemt forventningerne. De nævner områder som værgemål, økonomi og bolig m.fl. Det er rådgivernes erfaring, at det giver en bedre overgang, hvis Voksenafdelingens Handicapteam inddrages i sagen allerede, når den unge fylder 17 år. Voksenafdelingens Handicapteam nævner, at de på det seneste er blevet inddraget i enkelte sager, hvor den unge lige er fyldt 17 år.

Af interviews fremgår det, at både rådgiverne i Voksenafdelingens Handicapteam og rådgiverne i Børne- & Ungeafdelingen, med fordel kan tilegne sig mere viden om servicelovens bestemmelser, samt viden om områdets muligheder og begrænsninger, på det tilstødende område.

Den gennemgående opfattelse i interview med afdelingsleder og rådgivere er, at der er et konstruktivt samarbejde mellem rådgiverne i Børne- & Ungeafdelingen og rådgiverne i Voksenafdelingens Handicapteam, når først afdelingslederne har besluttet, at en sag skal overgå



fra Børne- & Unge afdelingen til Voksenafdelingens Handicapteam.

Det er Task forcens samlede vurdering, at den i interviewene beskrevne nye procedure for overgang fra barn til voksen skal foreligge som en arbejdsgangsbeskrivelse, der skal være kendt og implementeres hos såvel rådgiverne i Voksenafdelingen som rådgiverne i Børne- & Ungeafdelingen. Der skal være nedskrevne og klare regler og procedurer for, hvornår overgangen iværksættes, og hvem der har ansvaret for at igangsætte processen. Der bør være en ensartet praksis for inddragelse af den unge og familien i udarbejdelse af en plan for overgang fra barn til voksen, ligesom det skal sikres, at den unge og familien er bekendt med de ændringer, der sker i forhold til Servicelovens bestemmelser, når den unge fylder 18 år.

Styrker

- Der er udarbejdet et kommissorium for det koordinerende samarbejde i Lyngby-Taarbæk Kommune for unge mellem 15 og 25 år.
- Afdelingslederen i Børne- & Ungeafdelingen udarbejder løbende en liste over unge med betydelige handicap, som snart fylder 18 år.
- Der er et godt samarbejde mellem rådgiverne i Børne- & Ungeafdelingen og rådgiverne i Voksenafdelingens Handicapteam, når det først er besluttet, at en sag vedrørende en ung med handicap skal overgå fra Børne- & Ungeafdelingen til Voksenafdelingens Handicapteam.

Udfordringer

- Der mangler beskrevne procedurer for overgang fra barn til voksen.
- Der er ikke procedurer for, hvornår den unge og forældrene indkaldes til møde vedrørende overgangen til Voksenafdelingens Handicapteam, og der udarbejdes ikke en handleplan i forbindelse med overgangen.
- Der foreligger ikke en beskrivelse af, hvilke emner den unge og forældrene skal orienteres om ved overgang fra barn til voksen.
- Der er behov for en højere grad af viden om servicelovens voksenbestemmelser i rådgivergruppen i Børne- & Ungeafdelingen, og om servicelovens børnebestemmelser i Voksenafdelingens handicapteam.

Task forcen anbefaler, at Lyngby-Taarbæk Kommune:

- Udarbejder en arbejdsgangsbeskrivelse vedrørende overgang fra barn til voksen indeholdende procedurer, tidsrammer, ansvarsfordeling m.v. og sikrer, at denne er kendt og implementeret blandt rådgiver og ledelse i Børne- & Ungeafdelingen og i Voksenafdelingens handicapteam.
- Sikrer en systematisk inddragelse af den unge handicappede og familien i udarbejdelse af en plan for overgang fra barn til voksen i tilstrækkelig god tid.



- Sikrer, at den unge handicappede og forældrene så tidligt som muligt orienteres om de ændringer der sker i forhold til Servicelovens bestemmelser, når den unge fylder 18 år.
- Iværksætter tiltag der understøtter, at rådgiverne i Børne- & Ungeafdelingen får større kendskab til relevant lovgivning på voksenhandicapområdet, og at rådgiverne i Voksenafdelingens handicapteam får større kendskab til relevant lovgivning på området for børn med handicap.

3.8 Organisering og tværgående samarbejde

Under temaet organisation og tværgående samarbejde er der fokus på kommunens handicapafdelings organisatoriske placering og mulighed for at samarbejde med relevante parter herunder både samarbejdet internt i forvaltningen, mellem forvaltninger og mellem forvaltningen og eksterne aktører. Det afdækkes, om overdragelse af sager mellem relevante enheder i kommunen forløber uden informationstab, ekstra arbejdsgange samt unødigt forsinkelse af sagsbehandlingen for borgeren. Det afdækkes desuden, om der er klare arbejdsgange og ansvarsfordeling i forhold til sager, der har forskellige organisatoriske forankringer (f.eks. børnehandicapsager og børnesocialsager). Endelig vurderes det, om kommunens organisering og processer understøtter en helhedsorienteret sagsbehandling på tværs af enheder, forvaltninger og sektorer.

Præsentation af Lyngby-Taarbæk Kommunes organisering og tværgående samarbejde

Lyngby-Taarbæk Kommune består udover en direktion af tværgående centre, fagcentre og decentrale enheder. De tværgående centre er: "Kultur & Jura", "Politik & Strategi", "Økonomi & Personale", "Arealer & Ejendomme" samt "Borgerservice & Digitalisering". Fagcentrene er: "Uddannelse & Pædagogik", "Miljø & Plan", "Arbejdsmarked", "Social indsats" samt "Sundhed & Omsorg". De decentrale enheder består af skoler, daginstitutioner, socialpædagogiske institutioner, biblioteker, idrætsanlæg, kulturtilbud, plejecentre, botilbud og andre enheder.

Center for Social Indsats er delt i fire myndighedsafdelinger med hver sin afdelingsleder samt i alt 10 decentrale institutioner og en overordnet administrations- og udviklingsafdeling. De tre myndighedsafdelinger er Voksenafdelingen, hvor Psykiatri- og Handicapteamet, Modtagelsen, en Børne- og ungeafdeling samt en afdeling for Misbrug, Integration og boligsocial indsats.

Det oplyses i selvevalueringen og fremgår af de tilsendte materialer, at der er nedsat tværgående samarbejdsfora i form af et rehabiliterende team, Hjerneskadesamrådet samt månedsvise møder ml. afdelingsleder for voksenområdet og afdelingsleder for kontanthjælpsområdet vedr. komplicerede sager. Der afholdes desuden overgangsmøder ved overgangen fra Børn- og Ungeafdelingen til Voksenafdelingen samt samarbejds møder med udførerne. I forhold til Hjerneskadesamrådet beskrives dette som et overordnet kvalitetssikrende og udviklende fagligt forum, som skal understøtte samarbejdet på tværs af afdelinger og vidensdeling i kommunen. Der er desuden ansat en hjerneskadekoordinator permanent fra 2014.

I kommunens Strategi- og handleplan for det specialiserede voksenområde indgår et initiativ vedrørende udførerøkonomien med henblik på dels at sikre en sammenhæng mellem områdets myndigheds- og udførerøkonomi dels foretage en effektivisering heraf.

Der er vedtaget en beskæftigelsesplan 2015 for Lyngby-Taarbæk Kommune. Heri indgår bl.a. en



intention om at følge tæt op på borgere i ressourceforløb, samt at der er skal være et samarbejde på tværs i forhold til Rehabiliteringsteamet.

I 2011 er der udarbejdet et notat om ansvarsfordeling mellem handicapområdet og ældreområdet i forhold til en afklaring af, hvilken afdeling der henholdsvis har det faglige og det budgetmæssige hovedansvar for aktiviteterne/opgaverne.

Der er udarbejdet et kommissorium for det koordinerende samarbejde for unge 15-25 årige. Det beskriver, at der afholdes møder med konkrete sagsdrøftelser hver anden måned med repræsentanter fra Center for social indsats hhv. en fra voksenområdet og en fra børneområdet, repræsentanter fra UU og PPR samt repræsentanter fra Jobcenter og Ydelsesafdelingen. Formålet med disse møder er, at sikre, at så mange unge som muligt med særlige behov gennemfører en uddannelse og kommer i ordinær beskæftigelse og derigennem opnår en selvstændig voksentilværelse gennem en tidlig, sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

Task forcens analyse af Lyngby-Taarbæk Kommunes organisering og tværgående samarbejde

Af selvevalueringen fremgår det, at repræsentanter fra Lyngby-Taarbæk kommunes Center for Social Indsats i høj grad vurderer, at de arbejder hensigtsmæssigt på tværs af enheder indenfor forvaltningen, mellem forvaltninger og sektorer, samt også på chefniveau.

I selvevalueringen beskrives, at overdragelse af sager mellem de forskellige afdelinger i kommunen foregår elektronisk og ved møder, hvis der er behov for det. Dette bekræftes i interview med repræsentanter fra andre områder (herunder kommunens Hjerneskadekoordinator samt repræsentanter fra ældreområdet og Jobcentret).

Der fremgår af interviewene med repræsentanter fra andre områder og afdelingsleder, at der er store udfordringer i forhold til, at de forskellige afdelinger arbejder i forskellige IT-systemer, som ikke arbejder sammen, ligesom det ikke er muligt at se, hvorvidt en borger har en aktiv sag i andre afdelinger. Det fremgår af interview med repræsentanter fra andre områder, at det er meget individuelt hvorvidt, de enkelte medarbejdere i de forskellige afdelinger i deres afdækning af borgeren sikrer at spørge ind til, om borgeren har sager i andre afdelinger. Ligeledes kan de forskellige afdelinger ligge inde med oplysninger om borgeren, som kunne være relevante for at foretage en helhedsvurdering af borgeren, såfremt denne giver samtykke hertil. Det fremgår af borgerinterviewene, at det er svært at overskue hvem, man som borger skal henvende sig til hvornår, på tværs af områderne i kommunen. En borger udtaler eksempelvis, at det ville være godt hvis den viden, der er om borger i Socialafdelingen, efter forudgående aftale med borgeren, eksempelvis overførtes til Jobcenteret, så Jobcenteret på den måde kunne tage hensyn til borgerens behov og problemstillinger.

Task forcen vurderer i forhold til helhedsvurdering af borgerens sag, at der med fordel kan indføres en procedure på tværs af de øvrige afdelinger i Lyngby-Taarbæk Kommune, som Handicapteamet samarbejder med, hvor det sikres i de enkelte afdelingers afdækning af borgerens



forhold, at der spørges ind til, hvorvidt borgeren har aktive sager i andre afdelinger, og at relevant sagsagter herunder udredninger, handleplaner m.fl. indhentes, såfremt borgeren giver samtykke hertil. I forlængelse heraf kan pågældende afdeling indtænkes som samarbejdspartner i forhold til borgerens sag.

Det fremgår af interview med rådgivere, at der er eksempler på, at borgerne henvises fra andre afdelinger med en forventning om, at borgeren kan få en ydelse i Voksenafdelingen, som rådgiver i Voksenafdelingen ikke kan indfri. Af interview med repræsentanter fra andre områder fremgår det desuden, at det kan være uklart hvorvidt, der kan iværksættes § 85 støtte, inden borger er afklaret og stationær i sit funktionsniveau. Desuden fremgår det af interviewet, at der er en generel udfordring i, at der er silotænkning, hvor de forskellige fagcentres kvalitetsstandarder og budgetter spiller en afgørende rolle. Men det fremgår samtidig af interview med repræsentanter fra andre områder, at der er respekt for kollegaer i andre afdelingers arbejdsfelter og øget vidensdeling i samarbejdet på tværs. Task forcen vurderer, at der i det tværfaglige samarbejde i Lyngby-Taarbæk Kommune fortsat bør være fokus på at sikre en forventningsafstemning mellem de forskellige afdelinger i forhold til samarbejdet om borgeren.

Det oplyses i selvevalueringskemaet, at der for nogle samarbejdsfora er udarbejdet procedurebeskrivelser eller kommissorier, men at der ikke er en beskrivelse af arbejdsgange og ansvarsfordelinger i forhold til tværgående sager, hvor borgeren både har en sag i handicapteamet og i andre dele af forvaltningen. Det beskrives i interview med rådgiverne, at der både er et tæt og effektivt samarbejde, fordi man sidder fysisk i samme bygning og derfor har let adgang til kolleger i andre afdelinger og forvaltninger. Dette bekræftes både i interview med stabsmedarbejdere og repræsentanter fra andre områder, hvor det fremgår, at de gode relationer og fysisk nærhed bærer det gode samarbejde mere end velbeskrevne og efterlevne retningslinjer. Eksempelvis er der udarbejdet et notat vedrørende overdragelse af sager fra handicap til ældre. Det fremgår af interview med repræsentanter fra andre områder, at disse ikke nødvendigvis er kendt og anvendt af medarbejderne.

Af interviewet med repræsentanter fra andre områder fremgår det dog, at der eksisterer et samarbejde på tværs af fagcentrene i kommunen i forhold til samarbejde om standarder for tværfagligt samarbejde. Task forcen vurderer, at Lyngby-Taarbæk Kommune med fordel kan prioritere udarbejdelse af procedurer for samarbejdet på tværs af de øvrige afdelinger i Lyngby-Taarbæk Kommune, som Handicapteamet samarbejder med, og følge op på disse, således at de er kendt og anvendt af medarbejderne i dagligdagen. Dette for at sikre, at samarbejdet ikke kun bæres af de gode relationer og dermed er personafhængigt.

Styrker

- Lyngby-Taarbæk Kommune har nedsat tværgående samarbejdsfora i form af Rehabiliteringsteamet, Hjerneskedesamrådet, og afholder månedsmøder mellem afdelingsleder for voksenområdet og afdelingsleder for kontanthjælpsområdet,



overgangsmøder ved overgang fra barn til voksen samt samarbejds møder med udførerne.

- Repræsentanter fra andre afdelinger oplever gensidig respekt for de forskellige afdelingers og forvaltningers arbejdsfelter, og der sker vidensdeling på tværs.
- Der er igangsat et samarbejde på tværs af relevante afdelinger i forhold til samarbejde om standarder for tværfagligt samarbejde internt i kommunen.

Udfordringer

- I forhold til borgerens helhedsvurdering er det meget individuelt, om der spørges ind til, hvorvidt borgeren har aktive sager i andre afdelinger, og der indhentes derfor ikke altid relevante sagsakter og viden fra samarbejdspartnere om borgeren, når dette er relevant, og såfremt borger har givet samtykke hertil.
- Der er få nedskrevne procedurer for samarbejdet på tværs af afdelingerne i forhold til borgere, der har sager i flere afdelinger i kommunen samt et manglende kendskab og anvendelse af de procedurer, der er nedskrevne.

Task forcen anbefaler, at Lyngby-Taarbæk Kommune:

- Implementerer en procedure på tværs med de øvrige afdelinger i Lyngby-Taarbæk Kommune, som Handicapteamet samarbejder med, som sikrer systematisk inddragelse af relevante sagsakter og viden om borger fra andre afdelinger som led i sagsoplysningen, når dette er relevant og såfremt, borger har givet samtykke hertil.
- Sikrer opdaterede og nedskrevne procedurer og arbejdsgange for samarbejdet på tværs med de øvrige afdelinger i Lyngby-Taarbæk Kommune, som Handicapteamet samarbejder med, der er kendt og anvendt af medarbejderne eksempelvis i overgangen barn/voksen, handicap/ældre, og social mentor/hjemmevejleder.

4 Resultat af Ankestyrelsens sagsgennemgang af 25 sager

Resultater af Ankestyrelsens sagsgennemgang af 25 sager på voksenhandicapområdet fra Lyngby-Taarbæk Kommune i regi af Task forcen på handicapområdet

4.1 Baggrund

Som led i Task forcen på handicapområdets indledning af samarbejde med Lyngby-Taarbæk Kommune om et længerevarende forløb, har Ankestyrelsen gennemført en sagsgennemgang af det skriftlige materiale i 25 verserende handicapsager på voksenområdet. Målingen giver en pejling af den aktuelle sagsbehandlingskvalitet på udvalgte sagsområder og bidrager til at kvalificere Task forcens analyse og anbefalinger på området.

Den nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation (VISO), der er en del af Socialstyrelsen og indgår i Task forcen, har i en anonymiseret form gennemgået 7 af de 25 sager. VISO's gennemgang har bidraget med en socialfaglig vurdering af sagerne, og kan læses i kap. 6.

Det bemærkes, at Ankestyrelsen er en selvstændig myndighed i forhold til sagsgennemgangen, mens VISO's rolle er af mere rådgivende karakter i forhold til Task forcens samlede analyse.

4.2 Forbehold for resultaterne af Ankestyrelsens sagsgennemgang

Det bemærkes, at resultatet af Ankestyrelsens sagsgennemgang ikke nødvendigvis er udtryk for Lyngby-Taarbæk Kommunes praksis på hele det udvalgte sagsområde. Dels er der tale om forholdsvis begrænset antal sager (25), der gennemgås som led i sagsgennemgangen, dels karakteren af de problemstillinger, der rejses i sagerne sammenholdt med hele voksenhandicapområdets samlede kompleksitet.

I de sager, hvor borgeren har fået fuldt ud medhold, har Ankestyrelsen i sagsgennemgangen ikke foretaget en vurdering af, om begrundelsen for afgørelserne er mangelfulde. Det skyldes, at en eventuel tilstedeværelse af mangler ved kommunens afgørelse ikke ville kunne tillægges væsentligt betydning idet, at der ikke er krav om en skriftlig begrundelse i forbindelse med sager, hvor borgeren får fuldt ud medhold. Således har Ankestyrelsen ikke vurderet de retlige krav til begrundelsen, herunder om begrundelsen for afgørelsen er formel og materielretligt korrekt i det konkrete tilfælde.

4.3 Sagskarakteristik og centrale konklusioner

4.3.1 Karakteristik af sagerne i sagsgennemgangen

I Ankestyrelsens sagsgennemgang indgår i alt 25 sager på voksenhandicapområdet. Af tabel 1.1. fremgår hvordan de 25 sager fordeler sig på de udvalgte paragraffer i serviceloven jf. afsnit 2.2.

Tabel 1.1: Fordeling af sager på ydelsesområder

	Antal sager
SEL § 85 – socialpædagogisk støtte	14
SEL § 107 – botilbud	6
SEL § 96 – borgerstyret personlig assistance	3
SEL § 97 – ledsagelse	2
Antal sager i alt	25

De 25 sager fordeler sig mellem henholdsvis 14 sager, hvor der er truffet afgørelse om bevilling eller afslag efter servicelovens § 85 om socialpædagogisk støtte, 6 sager, hvor der er truffet afgørelse om bevilling eller afslag efter servicelovens § 107 om botilbud, 3 sager, hvor der er truffet afgørelse om bevilling eller afslag efter servicelovens § 96 om borgerstyret personlig assistance samt 2 sager, hvor der er truffet afgørelse om bevilling eller afslag efter servicelovens § 97 om ledsagelse.

Af tabel 1.2. fremgår afgørelsens resultat i de 25 sager. De 25 sager består af henholdsvis 17 bevillinger og 2 delvise bevillinger. Endelig indgår 6 afslag blandt de 25 sager.

Tabel 1.2: Hvad er afgørelsens resultat?

	Antal sager
Bevilling	17
Delvis bevilling	2
Afslag	6
Antal sager i alt	25

4.3.2 Sagstyper

De 25 sager i sagsgennemgangen fordeler sig på henholdsvis *borger-* og *enkeltsager*.

En borgersag er defineret som en sag, hvor borgeren modtager ydelser efter flere bestemmelser i serviceloven.. Servicelovens § 85 om socialpædagogisk støtte er valgt som *den styrende paragraf* i de borgersager, som Lyngby-Taarbæk Kommune er blevet bedt om at indsende. Det betyder, at borgeren i alle de modtagne borgersager har som fællesnævner, at de modtager hjælp efter servicelovens § 85. Endvidere indgår som en del af en borgersag enten bevilling eller afslag efter servicelovens § 97 om ledsagelse og/eller § 107 om midlertidigt botilbud. I borgersagerne fokuseres i sagsgennemgangen på sammenhæng mellem indsatserne for borgere, der både modtager socialpædagogisk støtte samt ledsagelse og/eller botilbud.

For udvælgelsen af sager til sagsgennemgangen gælder, at borgersager kan bestå af henholdsvis 2 ydelsestyper (§ 85 samt § 97 eller § 107) eller 3 ydelsestyper (§ 85 samt § 97 og § 107). Dette afhænger af de konkrete ydelser, den pågældende borger modtager. Sagsgennemgangen af borgersagerne vedrører kun de udvalgte sagsområder, og dermed *ikke* borgerens samlede sagskompleks. Eksempelvis kan borgeren modtage hjemmehjælp efter § 83 eller hjælpemidler efter § 112. Disse ydelsesområder er *ikke* en del af sagsgennemgangen. Resultatet af sagsgennemgangen af sammenhængen i de 5 borgersager behandles i afsnit 6.

En enkeltsag er en sag, hvor der er truffet afgørelse efter enten servicelovens § 85 om social pædagogisk støtte eller servicelovens § 96 om borgerstyret personlig assistance. I sagsgennemgangen af enkeltsager er vurderet på sagsbehandlingen inden for den enkelte bestemmelse.

Ankestyrelsen har indkaldt sager efter følgende kriterier:

- 5 nyeste borgersager
- 3 nyeste sager, hvor der er truffet afgørelse eller afslag om bevilling af borgerstyret personlig assistance efter servicelovens § 96
- Op til 10 enkeltsager, hvor der er truffet afgørelse om afslag eller bevilling om socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85
- Endvidere er kommunen blevet bedt om at indsende 5 afslagssager fordelt på ovennævnte paragraffer i serviceloven

Lyngby-Taarbæk Kommune er blevet bedt om at indsende kopi af samtlige sagsakter for kommunens seneste afgørelse i sagen. Der er blevet vurderet på sagsbehandlingen frem til 1. januar 2015 og to år tilbage i tiden. For sager, der indgår i sagsgennemgangen, gælder endvidere det kriterium, at de ikke tidligere må have været påklaget til Ankestyrelsen.

Hver af de 5 borgersager i sagsgennemgangen består af 2 sager (2 ydelser), hvilket medfører, at de 5 borgersager i realiteten består af i alt 10 sager. Herudover indgår 15 enkeltsager i sagsgennemgangen. For både borger- og enkeltsager gælder, at Ankestyrelsen ikke har målt på øvrige bestemmelser, borgeren eventuelt modtager ydelser efter.

4.3.3 Centrale konklusioner

Overordnet viser Ankestyrelsens sagsgennemgang, at Lyngby-Taarbæks afgørelser samlet set er i overensstemmelse med regler og praksis i 20 ud af 25 sager. Dermed er afgørelserne i 5 ud af de 25 sager samlet set ikke i overensstemmelse med regler og praksis. Dette drejer sig om 4 afgørelser vedrørende socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85 og 1 sag om midlertidigt botilbud vedrørende servicelovens § 107 (disse beskrives i afsnit 8).

I forhold til sagens oplysning viser sagsgennemgangen, at 21 sager er oplyst i høj grad, at 1 sag er oplyst i nogen grad, og at 3 sager er oplyst i ringe grad.

Hvad angår partshøring viser sagsgennemgangen, at der i 6 sager slet ikke er foretaget partshøring, og at der i 2 sager i høj grad er foretaget partshøring. I 17 sager har det ikke været relevant at foretage partshøring, idet borgeren har fået fuldt ud medhold.

For så vidt angår begrundelsen for afgørelsen viser sagsgennemgangen, at der i 8 sager er givet en begrundelse for kommunens afgørelse. I 7 ud af de 8 sager er begrundelsen fyldestgørende, mens begrundelsen i den sidste sag ikke er fyldestgørende. I 17 sager har det ikke været relevant at vurdere begrundelsen for afgørelsen, idet borger har fået fuldt ud medhold.

I forhold til overholdelsen af kommunens egne sagsbehandlingsfrister viser sagsgennemgangen, at der i 9 sager er uoverensstemmelse mellem kommunens egne offentliggjorte frister og den faktiske sagsbehandlingstid. I en sag har der været en fristoverskridelse på ca. 28 uger, mens fristoverskridelsen i de resterende 8 sager ligger mellem 2 og 12 uger. I 2 sager har kommunen overholdt egne frister for behandling af sager, mens det i 14 sager ikke har været relevant at vurdere, hvorvidt kommunens egne frister for behandling af sager har været overholdt.

I forhold til overholdelse af de materielle (indholdsmæssige) regler i serviceloven viser sagsgennemgangen, at 5 af de 8 sager, hvor der er blevet givet enten afslag eller delvis bevilling, er korrekte. I de resterende 3 sager kan det ikke udelukkes, at væsentlige sagsbehandlingsmangler har påvirket afgørelsens resultat. I 1 sag af de 3 sager, hvor der er givet fuldt ud medhold, vurderes sagen ej heller at være materielt korrekt.

Hvad angår borgerinddragelse viser sagsgennemgangen, at der i 20 sager er en høj grad af borgerinddragelse, at der i 2 sager i nogen grad er tale om borgerinddragelse, og at der i 3 sager er tale om ringe grad af borgerinddragelse.

I forhold til udarbejdelse af handleplaner viser sagsgennemgangen, at der i 10 ud af de 25 sager er udarbejdet en handleplan, mens der i 15 sager ikke er udarbejdet en handleplan. I de 9 sager, hvor der er udarbejdet en handleplan og denne er fremsendt, er den i 6 af sagerne i høj grad er udarbejdet ud fra borgers forudsætninger og i samarbejde med borgeren. I 3 sager er den i nogen grad udarbejdet ud fra borgers forudsætninger og i samarbejde med borgeren.



Hvad angår sammenhængen i indsatserne i de 5 borgersager, viser sagsgennemgangen, at der i 4 borgersager er en høj grad af sammenhæng i indsatserne, mens der i 1 borgersag er en ringe grad af sammenhæng i indsatserne.

Med hensyn til opfølgning viser sagsgennemgangen, at der i 10 af sagerne er indgået aftale om løbende opfølgning, at der i 12 sager ikke er indgået aftale om løbende opfølgning, og at der i 3 sager ikke er fastsat eksplicitte tidspunkter for opfølgning, men at der til trods indirekte følges op i sagerne.

4.3.4 Særligt om retlige mangler

I de sager, hvor borgeren har fået helt eller delvist afslag, er afgørelsens rigtighed vurderet i forhold til overholdelse af henholdsvis formelle og materielle regler, og i forhold til om afgørelsen ville blive stadfæstet, hvis den blev påklaget til Ankestyrelsen.

En afgørelse lider af en retlig mangel, hvis en eller flere af de formelle sagsbehandlingsregler (garantiforskrifter), der har til formål at sikre, at afgørelsen får et materielt korrekt indhold, ikke er overholdt (formalitetsmangel).

En afgørelse lider også af en retlig mangel, hvis en eller flere af de materielle regler ikke er overholdt (indholdsmangel). Det er således et krav, at afgørelsen skal være indholdsmæssig korrekt, der må i afgørelsen kun lægges vægt på hensyn, der er i overensstemmelse med loven.

Hvis en afgørelse lider af en retlig mangel, vil afgørelsen som udgangspunkt være ugyldig og ikke længere være gældende. Det gælder dog ikke, hvis manglen (fejlen) ikke har haft væsentlig betydning for sagens resultat. Eksempelvis kan det være en sag, hvor kommunen ikke har partshørt, men hvor det efterfølgende kan udelukkes, at den manglende partshøring har haft betydning.

4.4 Overensstemmelse med regler og praksis

Ankestyrelsens sagsgennemgang viser, hvilket fremgår af tabel 1.3, at Lyngby-Taarbæk Kommunes afgørelser ud fra en samlet vurdering er i overensstemmelse med regler og praksis i 20 ud af de 25 sager. Kommunens afgørelser i 5 sager er det derimod ikke. Der henvises til en beskrivelse af de 5 sager i afsnit 8.

Tabel 1.3: Overensstemmelse med regler og praksis

	Antal sager
Ja	20
Nej	5
Ikke relevant	0
Antal sager i alt	25

5.4.1. Overholdelse af de formelle regler

I Ankestyrelsens vurdering af, om de formelle regler er overholdt, er et særskilt fokus på henholdsvis sagens oplysning, partshøring og begrundelseskravet.

Det fremgår af sagsgennemgangen, at borgeren i 17 ud af 25 sager har fået fuldt ud medhold i sin ansøgning om en foranstaltning jf. tabel 1.2.

Det fremgår endvidere af sagsgennemgangen, at borgeren i de øvrige 8 sager har fået helt eller delvist afslag. I disse sager har Ankestyrelsen foretaget en vurdering af, hvorvidt de formelle regler er overholdt.

Sagens oplysning

I tabel 1.4 fremgår det samlede resultat af sagsgennemgangen vedrørende sagens oplysning.

Tabel 1.4: Er sagen tilstrækkeligt oplyst?

	Antal sager
I høj grad	21
I nogen grad	1
I ringe grad	3
Slet ikke	0
Antal sager i alt	25

21 af de målte sager er i sagsgennemgangen vurderet til at være oplyst i høj grad. Dette skal dog ses i sammenhæng med, at borgeren har fået fuldt ud medhold, hvorfor der ikke er krav om en skriftlig begrundelse.



En enkelt sag, er vurderet til at være oplyst i nogen grad, idet der i denne sag mangler et notat fra et møde. Der er i afgørelsen lagt vægt på de drøftelser, der var på mødet, men det er ud fra sagens oplysninger uklart, hvad der blev konkluderet på det pågældende møde.

Ankestyrelsen har vurderet, at 3 ud af de 25 sager er oplyst i ringe grad. I 2 af sagerne har Ankestyrelsen vurderet, at det ikke kan udelukkes, at en forudgående partshøring kunne have ført til, at der skulle indhentes yderligere oplysninger. I den tredje sag har kommunen lagt vægt på oplysninger af ældre dato. Kommunen burde have indhentet nye oplysninger, idet det fremgår af sagen, at borger fortsat er i kontakt med psykiatrien (Regionen), hvorfra det ville være relevant at indhente oplysninger. Hertil kommer, at de oplysninger, som kommunen har indhentet fra samværs- og aktivitetsstedet, er meget sparsomme. Det kan ikke udelukkes, at den ufuldstændige sagsoplysning har haft væsentlig betydning for afgørelsens resultat. Se afsnit 8.4 for yderligere beskrivelse af sag 18.

Om oplysning af sagen

Det er som udgangspunkt kommunens ansvar at sikre, at sagen er tilstrækkelig oplyst, førend der træffes afgørelse (jf. retssikkerhedslovens § 10). Det er det retsgrundlag, som afgørelsen søges truffet efter, der bestemmer hvilke typer af oplysninger, der skal lægges til grund for afgørelsen.

Er der spørgsmål i sagen, der forudsætter særligt fagkundskab, følger det af officialprincippet, at kommunen har ansvaret for, at den nødvendige sagkundskab inddrages i den konkrete sag. Herudover kan det være nødvendigt, at indhente oplysninger fra relevante fagpersoner med kendskab til borgerens nedsatte funktionsevne, der kan udtale sig om forhold, som er af betydning for vurderingen af, om borgeren henholdsvis opfylder eller ikke opfylder betingelserne i den pågældende bestemmelse.

Det beror på en konkret, individuel vurdering i hver enkelt sag, hvilke oplysninger, der er nødvendige for, at sagen er tilstrækkeligt oplyst.

5.4.2. Partshøring

Af tabel 1.5 fremgår, at der i høj grad er foretaget partshøring i 19 ud af de 25 sager, mens der i 6 sager slet ikke er foretaget partshøring.

Tabel 1.5: Er der foretaget partshøring?

	Antal sager
I høj grad	2
I nogen grad	0
I ringe grad	0
Slet ikke	6
Ikke relevant	17
Antal sager i alt	25

I de 17 sager, hvor partshøringen er vurderet til at være "ikke relevant" skyldes det, at borgeren har fået medhold, og at der derfor ikke har været krav om at foretage partshøring. I 1 af de 6 sager, hvor der ikke er foretaget partshøring, fremgår det af sagen, at kommunen har haft et samarbejds møde med udfører, og at udfører, har vurderet, at borgerens hjælp skulle nedsættes. Kommunen har notatpligt, og det fremgår ikke af journalen, hvorvidt borgeren deltog i det pågældende samarbejds møde. Ankestyrelsen har derfor lagt til grund, at borgeren ikke deltog i samarbejds mødet. Samme dag traf kommunen afgørelse om reduktion af den socialpædagogisk støtte. Det kan på den baggrund ikke udelukkes, at den manglede partshøring kan have påvirket afgørelsens resultat.

I 2 sager, hvor der ikke er partshørt, fremgår det, at kommunen ikke har foretaget partshøring i forhold til de oplysninger, der ligger til grund for afgørelsen om socialpædagogisk støtte. Heller ikke i disse 2 sager kan det udelukkes, at den manglede partshøring kan have påvirket afgørelsens resultat.

I de sidste 3 sager, hvor der ikke er partshørt, kan det umiddelbart udelukkes, at den manglende partshøring kan have påvirket afgørelsens resultat. I 1 sag er det ud fra de objektive oplysninger om borgerens funktionsniveau ret klart, at borger ikke synes omfattet af personkredsen i servicelovens § 107. I de øvrige 2 sager vurderes de faktiske oplysninger i sagerne omkring borgers funktionsnedsættelse og støttebehov ret klare. Det vurderes ikke, at den manglede partshøring har påvirket afgørelsens resultat i de respektive sager.

Om partshøring

Efter forvaltningslovens § 19 er der som hovedregel pligt til partshøring, hvis parten ikke kan antage, at myndigheden er i besiddelse af bestemte oplysninger, der vedrører sagens faktiske omstændigheder, som er til ugunst for parten og er af væsentlig betydning for sagens afgørelse.

Det er alene væsentlige oplysninger, der er til ugunst for borgeren, som er omfattet af partshøringspligten.

Der kan under sagen være tilvejebragt eller modtaget oplysninger, som borgeren ikke er bekendt med. I dette tilfælde er betingelsen om, "at parten ikke kan antages at vide, at oplysningerne indgår i sagen" opfyldt. Betingelsen om "at parten ikke kan antages at vide at oplysningerne indgår i sagen" er også opfyldt i de situationer, hvor parten kender oplysningerne, men ikke ved at de benyttes i den konkrete sammenhæng (forvaltningslovens § 19).

Kravet om partshøring omfatter kun oplysninger om sagens faktiske omstændigheder. Der skal ikke partshøres over selve lovgrundlaget.

5.4.3. Begrundelse

Resultatet af sagsgennemgangen i forhold til begrundelse for kommunens afgørelser fremgår af tabel 1.6.

Tabel 1.6: Har Lyngby-Taarbæk Kommune givet en begrundelse for afgørelsen?

	Antal sager
Ja	8
Nej	0
Ikke relevant	17
Antal sager i alt	25

For 8 sager i sagsgennemgangen gælder det, at kommune har givet en begrundelse for afgørelsen, mens det for de resterende sager vurderes ikke at være relevant.

I de resterende 17 sager, hvor det ikke har været relevant at give en skriftlig begrundelse, skyldes det, at borgeren har fået fuldt ud medhold, hvorfor der ikke er krav om en skriftlig begrundelse.

I 7 af de 8 sager, hvor der er krav om en begrundelse, har kommunen givet en fyldestgørende begrundelse. Som eksempler kan nævnes følgende sager: I 1 sag er der givet afslag på ansøgning om midlertidigt botilbud. Her fremgår det, at der lægges vægt på oplysninger om borgers positive udvikling fra fagpersoner med kendskab til borgers nedsatte funktionsevne. I en anden sag reduceres den oprindeligt bevilgede socialpædagogiske støtte eksempelvis fra 6 til 4 timer ugentligt i forbindelse med revurdering af støtten, og der lægges her vægt på oplysninger fra borger selv og udfører. I yderligere en sag reduceres den oprindeligt bevilligede socialpædagogiske støtte fra 9 til 6 timer ugentligt i forbindelse med en revurdering af støtte, og der bliver lagt vægt på, at borgeren siden sidst er flyttet hjemmefra, og at støttebehovet i egen bolig er blevet afklaret yderligere via hjemmevejledning.

I 1 af de 8 sager, hvor der er krav om begrundelse, har kommunen ikke givet en fyldestgørende begrundelse. Dette skyldes, at begrundelsen, ikke er subjektiv korrekt, idet de forhold, der er lagt vægt på, ikke umiddelbart synes i overensstemmelse med sagens oplysninger i øvrigt. Se afsnit 8.4 for yderligere beskrivelse af sag 18.

Om begrundelser for den trufne afgørelse

Begrundelsen for afgørelsen skal give en fyldestgørende forklaring på, hvorfor afgørelsen har fået det pågældende indhold, men begrundelsen skal ikke angive en udtømmende gengivelse af sagens grundlag og kommunens overvejelser. I forhold til sagens faktum er der tale om en "kort redegørelse". Endvidere skal begrundelsen om fornødent indeholde en kort redegørelse for de oplysninger vedrørende sagens faktiske omstændigheder, der er tillagt væsentligt betydning for afgørelsen (jf. forvaltningslovens § 24).

Når der er tale om skønsmæssige afgørelser forudsættes kun, at hovedhensyn er angivet, og at der henvises til relevante retsregler. Herudover skal kommunens begrundelse henvises til de retsregler i henhold til hvilke, afgørelsen er truffet. Henvisningen skal være klar og specifik.

5.4.4. Frist for sagens behandling

Lyngby-Taarbæk Kommune har fastsat frister for ansøgning af sager inden for de ydelsesområder, som sagsgennemgangen omfatter.

Tabel 1.7 viser resultatet af sagsgennemgangen i forhold til, hvorvidt de 25 sager er behandlet inden for den angivne frist.

Tabel 1.7: Er sagen behandlet inden for den angivne frist?

	Antal sager
Ja	2
Nej	9
Ikke relevant	14
Antal sager i alt	25

Sagsgennemgangen viser, at kommunen i 2 sager har overholdt sine egne frister for behandling af sager.

Ankestyrelsen har endvidere konstateret, at Lyngby-Taarbæk Kommune i 9 sager ikke har overholdt sine egne frister for behandling af de respektive sager.



I de resterende 14 sager har det ikke været relevant at vurdere, hvorvidt kommunens egne frister for behandling af sager har været overholdt. Dette skyldes, at der enten kan have været tale om en opfølgningssituation eller, at oplysningerne i sagerne er uklare i forhold til at fastslå, hvorvidt der har været tale om en ansøgningssituation.

I forhold til de 9 sager, hvoraf det af tabel 1.7 fremgår, at sagen ikke har været behandlet inden for den angivne frist, kan nævnes følgende eksempler på tidsfristoverskridelser:

Lyngby-Taarbæk Kommunes officielle sagsbehandlingstid i sager om socialpædagogisk støtte er 8 uger. Kommunen har i den konkrete sag været 3 måneder om at behandle sagen. Fristen er dermed overskredet med ca. 4 uger. I yderligere 2 sager om socialpædagogisk støtte, har kommunen været henholdsvis 2½ og 4 måneder om at behandle sagen. Kommunen har i den ene af de 2 sager overskredet fristen med 2 uger, mens fristen er overskredet med 8 uger i den anden sag. I endnu en sag om socialpædagogisk støtte er der en fristoverskridelse, som umiddelbart skyldes borgers forhold.

Lyngby-Taarbæk Kommunes officielle sagsbehandlingstid er 2 måneder i sager om midlertidigt botilbud. Kommunen har i 1 sag haft en sagsbehandlingstid på 7 måneder fra det tidspunkt, hvor borger gav udtryk for ønske om botilbud. Fristen er således overskredet med ca. 20 uger.

Lyngby-Taarbæk kommunes officielle sagsbehandlingstid er 8 uger måneder i sager om borgerstyret personlig assistance. Kommunen har i den pågældende sag haft en sagsbehandlingstid på 5 måneder, hvorfor fristen i sagen er overskredet med ca. 12 uger.

I 2 andre sager om midlertidigt botilbud har kommunen haft en sagsbehandlingstid på henholdsvis 4 og 7 måneder, hvorfor fristen er overskredet med henholdsvis 8 og 28 uger i de pågældende sager.

Lyngby-Taarbæk Kommunes officielle sagsbehandlingstider er på 4 uger i sager om ledsagelse. Kommunen har i en sag haft en sagsbehandlingstid på 2 måneder, hvorfor fristen er overskredet med 5 uger.

Om tidsfrister

Det fremgår af retssikkerhedslovens § 3, at kommunen skal behandle spørgsmål om hjælp så hurtigt som muligt med henblik på at afgøre, om der er ret til hjælp og i så fald hvilken.

Kommunen skal fastsætte frister på de enkelte sagsområder for, hvor lang tid der må gå fra modtagelsen af en ansøgning, til afgørelsen skal være truffet. Fristerne skal offentliggøres, og hvis fristen i en konkret sag ikke overholdes, skal ansøgeren have besked om, hvornår ansøgeren kan forvente en afgørelse.



5.5. Overholdelse af de materielle regler

I vurderingen af, om kommunens afgørelse overholder de materielle regler, har Ankestyrelsen i sin sagsgennemgang haft fokus på, om afgørelsens resultat er indholdsmæssigt korrekt i forhold til den bestemmelse, hvorefter der er truffet afgørelse.

I bedømmelsen heraf indgår formålet med serviceloven om, at hjælpen blandt andet skal tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkeltes behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte borger. Kommunen skal dels vurdere borgeres behov for hjælp og dels karakteren og omfanget af et eventuelt støttebehov. Afgørelsen træffes på baggrund af faglige og økonomiske hensyn (jf. servicelovens § 1.)

Sagsgennemgangen viser, at kommunen i de 8 sager, hvor der er givet helt eller delvist afslag, i høj grad lagt har vægt på kriterier, der angår borgerens støttebehov jf. tabel 1.2. Der er dermed ikke inddraget usaglige hensyn i disse 8 sager.

Det er dog uklart, om afgørelsen i 3 af de 8 sager er truffet i overensstemmelse med formålet med bestemmelsen om socialpædagogisk støtte, og om der er fortaget den fornødne konkrete og individuelle vurdering. Dette skyldes, at borgeren ikke er partshørt i forhold til væsentlige oplysninger, der er indgået i afgørelsesgrundlaget. Det kan ikke udelukkes, at den manglende partshøring har påvirket afgørelsens resultat og at der således er uopfyldte støttebehov, der kunne have været opfyldt med yderligere socialpædagogisk støtte. Se beskrivelsen af sag nr. 1 i afsnit 8.1 og sag 3 i afsnit 8.5.

Herudover er der i 1 sag ikke foretaget en fyldestgørende sagsoplysning, hvilket ikke kan udelukkes at have afgørelsens materielle indhold. Se beskrivelsen af sag nr. 18 i afsnit 8.4.

Ankestyrelsen har i 1 sag, hvor borger har fået fuldt ud medhold vurderet, at afgørelsens resultat ikke er materielt korrekt ud fra det foreliggende oplysningsgrundlag. Se beskrivelse af sag nr. 5 i afsnit 8.2. I de øvrige 19 sager, hvor borgeren har fået fuldt ud medhold, har Ankestyrelsen vurderet, at kommunens afgørelse er materielt korrekt.

5.6. Borgerinddragelse

I tabel 1.8 fremgår resultatet af, hvorvidt borgeren, pårørende og andre nærtstående har været inddraget i sagsbehandlingen i de 25 sager.

Tabel 1.8: I hvilken grad har borgeren, pårørende eller andre nærtstående været inddraget i sagsbehandlingen?

	Antal sager
I høj grad	20

I nogen grad	2
I ringe grad	3
Slet ikke	0
<hr/>	
Antal sager i alt	25

I 20 sager har borgeren, pårørende og andre nærtstående været inddraget i sagsbehandlingen i høj grad, og i 2 sager har borgeren, pårørende og andre nærtstående været inddraget i sagsbehandlingen i nogen grad. I 3 sager har borgeren, pårørende og andre nærtstående været inddraget i ringe grad.

I den ene af de sager, hvor borgeren har været inddraget i nogen grad, har borgerens far været involveret på nogle tidspunkter i sagsforløbet. I den anden sag har været afholdt et opfølgingsmøde, hvor borger, kommune og dennes kontaktperson deltog.

I 3 sager har borgeren, pårørende og andre nærtstående været inddraget i ringe grad. I 2 af sagerne er borgeren ikke blevet partshørt i nødvendigt omfang og har derfor ikke fået reel mulighed for medvirken ved behandling af sagen i tilstrækkeligt omfang. Det samme gør sig gældende i den 3. sag, hvor kommunen ikke har indhentet yderligere oplysninger som følge af borgers oplysninger i partshøringen, ligesom det ikke kan udelukkes, at det ville have været relevant at inddrage borgers udeboende søn i sagsbehandlingen. Se afsnit 8.4 for yderligere beskrivelse af sag 18.

En tidlig og helhedsorienteret hjælp

Det følger blandt andet af retssikkerhedsloven § 1, at formålet er at sikre borgeren rettigheder og indflydelse, når de sociale myndigheder behandler sager, samt at de sociale myndigheder har pligt til at tilrettelægge en tidlig og helhedsorienteret hjælp.

Borgeren skal have mulighed for at medvirke ved behandlingen af sin sag. Kommunen skal tilrettelægge sagen på en sådan måde, at borgeren kan udnytte denne mulighed. Dette følger af retssikkerhedslovens § 4.

Herudover skal hjælpen efter serviceloven tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel

vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger. Endvidere skal det foregå i samarbejde med den enkelte.

Kommunen skal efter servicelovens § 82, stk. 2, 1. punkt, påse om, der er pårørende eller andre, der kan inddrages i varetagelsen af interessen for en person med betydelig nedsat psykisk funktionsevne.

4.7 Handleplan

Ankestyrelsens sagsgennemgang viser, at der i 10 ud af de 25 sager er udarbejdet en handleplan. Der er dermed ikke udarbejdet handleplaner i 15 sager. Desuden fremgår der oplysninger i 5 af de 9 sager, at borgeren selv har ønsket, at der bliver udarbejdet en handleplan.

I tabel 1.9 fremgår oplysninger om i hvilken grad handleplanen er udarbejdet ud fra borgerens forudsætninger og i samarbejde med borgeren. I tabellen fremgår kun oplysninger vedrørende 9 af de 10 handleplaner, hvilket skyldes, at den ene handleplan ikke har været fremsendt til Ankestyrelsen.



Tabel 1.9: Er handleplanen udarbejdet ud fra borgerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med borgeren?

	Antal sager
I høj grad	6
I nogen grad	3
I ringe grad	0
Slet ikke	0
Antal sager i alt	9

I 6 sager er handleplanen i høj grad udarbejdet ud fra borgerens forudsætninger og i vidt muligt omfang med borgeren. I 3 sager er handleplanen i nogen grad udarbejdet ud fra borgerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med borgeren.

I 2 af de 3 sager, hvor handleplanen i nogen grad er udarbejdet ud fra borgerens forudsætninger, er besvarelsen begrundet med, at det ikke utvetydigt fremgår i hvilket omfang, handleplanen er udarbejdet i samarbejde med borgeren. I en af de to sager fremgår det heller ikke tydeligt, hvorvidt borgeren har givet et informeret samtykke til udarbejdelse af handleplanen.

Om handleplaner

Kommunen skal efter servicelovens § 141. stk. 2, tilbyde at udarbejde en handleplan, når hjælpen ydes til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller personer med alvorlige sociale problemer, der ikke eller kun med betydelig støtte kan opholde sig i egen bolig, eller som i øvrigt har behov for betydelig støtte for at forbedre de personlige udviklingsmuligheder.

4.8 Sammenhæng i indsatserne i de 5 borgersager

Formålet med Ankestyrelsens gennemgang af de 5 borgersager er at vurdere, om der er sammenhæng i de indsatser i henhold til de bestemmelser, hvorefter der er truffet afgørelse med udgangspunkt i borgerens behov for støtte. I borgersagerne fokuseres i sagsgennemgangen på sammenhæng *mellem* indsatserne for borgere, der både modtager socialpædagogisk støtte samt ledsagelse og/eller botilbud (jf. afsnit 2.2).

Af tabel 1.10 fremgår Ankestyrelsens vurdering af, hvorvidt der er sammenhæng i indsatserne i de 5 borgersager, der indgår i sagsgennemgangen. Da hver borgersag består af 2 sager som beskrevet i afsnit 2.2, indgår der 10 sager i alt i de 5 borgersager.

Tabel 1.10: I hvor høj grad er der sammenhæng i indsatserne i de 5 borgersager?

	Antal sager
I høj grad	8
I nogen grad	0
I ringe grad	2
Slet ikke	0
Ikke relevant	0
Antal sager i alt	10

I 8 sager, der udgør 4 af de i alt 5 borgersager i sagsgennemgangen, er der høj grad af sammenhæng i indsatserne med udgangspunkt i borgerens behov for støtte.

I 2 sager, der udgør 1 af de i alt 5 borgersager i sagsgennemgangen, er der i ringe grad sammenhæng i indsatserne. I den ene borgersag, hvor der er bevilliget både midlertidigt botilbud og socialpædagogisk støtte, finder kommunen først et egnet tilbud 5 måneder efter afgørelsen. Det er i denne periode uafklaret, hvorvidt borgeren får den rette støtte eller ej. Borgeren får her alene bevilliget socialpædagogisk støtte 8-10 timer ugentligt. Dette synes ikke umiddelbart at være tilstrækkeligt til at opfylde borgers behov for støtte i perioden indtil, der er fundet et egnet botilbud. Dette skal ses i lyset af borgers behov for støtte og formålet med servicelovens § 107 om midlertidigt botilbud. Se afsnit 8.2 for yderligere beskrivelse af sag 5.

Helhedsvurdering

Kommunen har efter retssikkerhedslovens § 5 pligt til at behandle ansøgninger og spørgsmål om hjælp i forhold til alle de muligheder, der findes for at give hjælp efter hele den sociale lovgivning. Kommunen skal være opmærksom på støtte efter andre bestemmelser, herunder bestemmelser, der ikke er omfattet af sagsgennemgangen.

Kommunen har efter servicelovens § 4 pligt til at sørge for de nødvendige tilbud efter loven (forsyningspligt).

4.9 Opfølgning

Af tabel 1.11 fremgår resultaterne af sagsgennemgangen af de 25 sager i forhold til, hvorvidt der i sagerne indgår oplysninger om aftaler om løbende opfølgning.

Tabel 1.11: Er der aftaler om løbende opfølgning?

	Antal sager
Ja	10
Nej	12
Andet	3
<hr/>	
Antal sager i alt	25

I 10 sager indgår oplysninger om løbende opfølgning, mens der i 12 sager ikke fremgår oplysninger om løbende opfølgning.

I 3 sager, der fremgår af svarkategorien 'Andet' i tabel 1.11, er der ikke fastsat eksplicit tidspunkt for opfølgning. I 1 af de 3 sager er der i stedet fastsat opfølgning på delmål, og i de 2 andre sager følger det af afgørelsens karakter, at der implicit følges op i sagen undervejs.

Om opfølgning

Det fremgår af servicelovens § 148, stk. 2, at kommunen løbende skal følge de enkelte sager for at sikre sig, at hjælpen fortsat opfylder sit formål. Kommunen skal samtidig være opmærksom på om, om er behov for at yde andre former for hjælp. Opfølgningen skal ske ud fra modtagerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med denne.

4.10 Beskrivelse af de 5 sager, hvor der ikke er overensstemmelse mellem regler og praksis

Afsnit 8.1-8.5 opsamler de væsentlige oplysninger i sagerne, der ligger til grund for Ankestyrelsens vurdering af, at 5 sager samlet set ikke vurderes i overensstemmelse med regler og praksis (jf. tabel 1.3).

4.10.1 Sag 1 – Afgørelse om socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85

Sagen omhandler en psykisk udviklingshæmmet borger, der har klaret sig i egen bolig med socialpædagogisk støtte i form af hjemmevejledning og beskyttet beskæftigelse. Borgeren har i 10 år modtaget periodisk socialpædagogisk støtte. Borgeren, der har to børn anbragt uden for hjemmet, har i mange år levet et ustabil liv med psykisk og fysisk vold. Borgeren har stort behov for omsorg og social kontakt samt personlig og praktisk støtte. Borgeren beskrives som havende et stort



støttebehov og har i sær behov for støtte til en række praktiske færdigheder, samt i forhold til økonomi, post og kontakt til offentlige myndigheder. Borgeren tilbydes undervejs et midlertidigt botilbud, men vælger at takke nej i forbindelse med flytningen.

Borgeren får bevilliget socialpædagogisk støtte 6 timer ugentligt, og i forbindelse med en revurdering af sagen nedsættes støtten til 4 timer. Kommunen vurderer, at støtten til økonomi ikke er relevant, da dette kræver 100 % fokus fra borgerens side, hvilket ikke skønnes realistisk på afgørelsestidspunktet. Kommunen lægger blandt andet vægt på oplysninger fra udføreren af den socialpædagogisk støtte om, at borgerens liv går meget op og ned. Udføreren af den socialpædagogiske støtte vurderer, at den socialpædagogiske bistand bør reduceres, da borger ikke er gearet til at arbejde på at stabilisere sin økonomi. Det anses for vanskeligt at støtte borgerens i forhold til økonomien.

Den samme dag træffer kommunen afgørelse om reduktion af den socialpædagogiske støtte.

Det ses ikke, at borgeren er blevet hørt i forhold til oplysninger fra udføreren af den socialpædagogiske støtte. Det kan ikke udelukkes, at den manglende partshøring har påvirket afgørelsens resultat, da der ikke kan ses bort fra, at borgeren kan have haft nogle væsentlige oplysninger, der kunne have ført til at støtten ikke skulle reduceres.

4.10.2 **Sag 5 – Afgørelse om socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85**

Sagen omhandler en borger, der er blevet godkendt til et midlertidigt botilbud efter servicelovens § 107. Imens botilbudsmulighederne undersøges, intensiverer kommunen bevilling af den socialpædagogisk støtte, så den fremover udgør 8-10 timer ugentligt. Det er uklart, hvor meget socialpædagogiske støtte borgeren forinden var bevilget. Borger får først plads i det midlertidige botilbud 5 måneder senere.

Det fremgår af sagen, at borgeren ikke har profiteret af de fastsatte mål for den bevilligede socialpædagogiske støtte, samt at borger ikke havde udviklet sig. Det beskrives, at borgeren har et omfattende støttebehov i dagligdagen, og borger vurderes ikke at kunne klare sig i egen lejlighed med støtte. Herudover fremgår det, at borgeren har fået det tiltagende dårligt efter, at han er flyttet i egen lejlighed. Borgeren isolerer sig og lider af angst og beskrives som bekymret og stresset.

Det forhold, at borgeren alene får bevilliget 8-10 timers socialpædagogisk støtte ugentligt synes ikke umiddelbart at være tilstrækkeligt til at opfylde borgerens behov for støtte i perioden indtil, der er fundet et botilbud, når der tages højde for beskrivelsen af borgerens behov for støtte og formålet med servicelovens § 107 om midlertidigt botilbud. Det lægges derfor til grund, at afgørelse om socialpædagogisk støtte i eget hjem ikke kan imødekomme borgerens behov for støtte.

4.10.3 **Sag 10 – Afgørelse om socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85**

Sagen omhandler en borger, der er diagnosticeret med Aspergers Syndrom, og har haft flere perioder med depression af moderat karakter. Borgeren har siden sin gymnasietid modtaget socialpædagogisk støtte - afbrudt af en periode - hvor borgeren, var på studieophold i udlandet. Borgeren afbryder

undervejs sin uddannelse og søger kontanthjælp. Borgeren har brug for støtte i form af motivation til deltagelse, ledsagelse til møder og drøftelse/forståelse gennem forløbet.

Borgeren har boet det meste af sit liv hos sin mor, og da borgeren flytter i egen lejlighed, får borgeren socialpædagogisk støtte til blandt andet praktiske opgaver og personlig hygiejne. Borgeren beskrives som generelt sårbar og trykssøgende med et stort behov for at drøfte mange forskellige ting med sine støttepersoner og virker på mange områder 10 år yngre end sin alder. Borgeren får i august 2013 bevilliget 9 timers socialpædagogisk støtte, som reduceres til 6 timer i maj 2014. Kommunen lægger vægt på, at flere mål er opfyldt, at borgerens støttebehov i egen bolig er blevet yderligere afklaret via seneste års hjemmevejledning. Kommunen lægger blandt andet vægt på seneste skriftlige status fra Fremtiden Nord Syd (FNOS).

Det ses ikke af sagens akter, at borgeren er blevet partshørt i forhold til oplysningerne fra FNOS. Det er heller ikke tydeligt, hvilke oplysninger i statusattesten fra FNOS, der er blevet lagt særligt vægt på, herunder om de er til ugunst for borgeren. Det kan derfor ikke udelukkes, at oplysningerne har været til ugunst for borgeren, samt at den manglende partshøring i den situation har påvirket afgørelsens resultat. Det skal ses i lyset af, at borgeren kunne have haft nogle væsentlige oplysninger.

Det kan ikke udelukkes, at eventuelle væsentlige oplysninger fra borgeren kunne have ført til, at oplysningerne fra statusattesten fra FNOS skulle tillægges en anden vægt eller at der skulle have været indhentet supplerende oplysninger.

4.10.4 **Sag 18 – Afgørelse om socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85**

Sagen omhandler en borger med et tidligere mangeårigt alkohol- og stofmisbrug med dertilhørende hukommelses- og koncentrationsbesvær. Borgeren er i dialysebehandling tre gange ugentligt.

Borgeren er bevilliget et aktivitets- og samværstilbud efter servicelovens § 104, som borgeren benytter til gåture, kaffe og snak.

Borgeren søger om socialpædagogisk støtte i form af en støttekontaktperson, da han har dårlige perioder og mangler nogle at henvende sig til i form af en primær kontaktperson. I disse perioder reagerer borgeren ved at blive i sin seng uden at spise eller drikke ordentligt. Borgeren benytter ikke aktivitets- og samværstilbuddet i disse perioder, ligesom han ikke fortæller personalet, når han har det dårligt. Borgeren ønsker at have mulighed for at kunne ringe til nogen, hvis han ”ryger ned i et hul”, og oplever ikke at han kan benytte aktivitets- og samværstilbuddet i den forbindelse.

Det fremgår af sagen, at borgeren tidligere har været indlagt på diverse psykiatriske afdelinger. Borgeren får besøg af distriktpsychiatrien en gang om måneden.

Kommunen giver afslag på socialpædagogisk støtte, idet borgeren ud fra oplysningerne om borgers sociale funktionsevne og personlige kundskaber formår at klare sig selv uden anden indsats end aktivitets- og samværstilbud.

Kommunen har inddraget oplysninger fra borgeren, aktivitets- og samværstilbuddet og oplysninger fra blandt andet Region Hovedstaden.

Herudover fremgår det af sagen, at borger oprindeligt fik bevilliget aktivitets- og samværstilbuddet for at opstarte nye venskaber.

Oplysningerne fra Region Hovedstaden er fra 2009 og beskriver borgers psykiske funktionsevne samt, at han har et lille netværk.

Ankestyrelsen vurderer, at kommunen burde, have indhentet nyere/supplerede oplysninger, der kunne have medvirket til yderligere at belyse borgerens støttebehov i forhold til, om borgeren opfylder betingelserne for socialpædagogisk støtte. Det skyldes, at oplysningerne fra psykiatrien er fra 2009, at borgeren er i kontakt med Distriktpsikiatrien og de sparsomme oplysninger fra aktivitets- og samværstilbuddet,

Supplerende/præciserende oplysninger fra aktivitets- og samværstilbuddet ville blandt andet kunne have belyst, hvad aktivitets- og samværstilbuddet kunne bidrage med i forhold til borgerens støttebehov.

På den baggrund kan det ikke udelukkes, at den utilstrækkelige sagsoplysning væsentligt har påvirket afgørelsens resultat.

4.10.5 **Sag 3 – Afgørelse om botilbud efter servicelovens § 107**

I sagen er der er givet afslag på midlertidigt botilbud. Ankestyrelsen vurderer, at det er uklart, hvorvidt afgørelsen er korrekt. Borgeren ses ikke umiddelbart at være blevet partshørt i forhold til de oplysninger (jf. det anførte i journalnotat af 4. marts 2014 drejer det sig om ”aktuel udredning”), der konkret ligger til grund for beslutningen om, at borgeren ikke kan få bevilliget et midlertidigt botilbud.

Borgeren har den 18. marts 2014 været til møde på kommunen, hvor formålet var at fortælle om visitationsudvalgets afgørelse. Kommunen har notatpligt og det kan derfor ikke uden videre lægges til grund, at borgeren er blevet forelagt alle de væsentlige oplysninger, der har været til ugunst for borgeren og af afgørende betydning for sagens afgørelse. Således som sagen foreligger oplyst, herunder sagsforløbet som beskrevet i journalen, må det lægges til grund, at borgeren ikke er blevet partshørt i forhold til grundlaget for visitationsudvalget afgørelse.

Det kan derfor ikke afvises, at borgeren ville have haft bemærkninger til grundlaget for afgørelsen, hvis der var blevet foretaget en korrekt partshøring. Disse eventuelle bemærkninger kunne have afstedkommet en anden vurdering fra udvalgets side og/eller givet anledning til yderligere oplysning af sagen. Det kan derfor ikke udelukkes, at den manglende partshøring kan have haft væsentlig betydning for sagens afgørelse.

Yderligere kan det heller ikke udelukkes, at der forligger et uopfyldt støttebehov, og at borgerens støttebehov ikke er fuldt ud opfyldt og derfor kan være i personkredsen for midlertidigt botilbud. Støtte for denne antagelse finder Ankestyrelsen i de følgende oplysninger fra den konkrete sag om borgeren:

Borgeren er diagnosticeret med Aspergers Syndrom og fik i maj 2013 bevilliget i alt 11 timers støtte, heraf 6 timer som socialpædagogisk støtte. Formålet var blandt andet at afklare, om borger kunne fungere i egen lejlighed med støtte eller om der var behov for midlertidigt botilbud. Borgeren ophørte tillige med sin uddannelse på DTU på grund af social mistrivsel.

I februar 2014 søgte borgeren om botilbud, da han ikke kunne fungere i egen lejlighed. Borgeren fik i april 2014 afslag på botilbud, som følge af oplysninger fra udføreren af socialpædagogisk støtte om, at borgeren har udviklet sig positivt. Samtidig fremgår også af journalen, at udføreren af socialpædagogisk støtte vurderer, at der er tale om en ung mand med behov for massiv støtte.

Et andet sted fremgår det, at borgeren har gjort små fremskridt i perioden, og at han trods den massive støtte stort set kun fungerer, når borgerens kontaktperson er omkring borgeren enten fysisk eller via sms/telefonisk kontakt. Det fremgår også af sagens faglige vurdering, at borgeren har brug for mere intensiv støtte og vil kunne profitere af at bo sammen med andre unge med en lignende problemstilling. Borgeren indstilles herefter til midlertidigt botilbud efter servicelovens § 107 men får afslag blandt som følge af oplysninger fra borgerens kontaktperson. Det fremgår ikke tydeligt at sagen om oplysningerne hidrører fra udføreren af socialpædagogisk støtte eller fra borgerens mentor, der er bevilliget efter anden lovgivning.

4.11 Metodiske bemærkninger

4.11.1 Den anvendte skala til vurdering af sagerne

I spørgeskemaet, der ligger til grund for sagsgennemgangen, er anvendt forskellige skalaer til besvarelse af de stillede spørgsmål til de af Lyngby-Taarbæk Kommune fremsendte sager:

- Skala 1 sonderer mellem kategorierne i "I høj grad" "I nogen grad", "I ringe grad" og "Slet ikke".
- Skala 2 sonderer mellem kategorierne "Ja" og "Nej" og "Ikke relevant".

Til begge skalaer knytter sig et bemærkningsfelt, der er anvendt til at notere yderligere væsentlige forhold for sagsgennemgangen med relation til det spørgsmål, som det konkrete bemærkningsfeltet vedrører.

Til brug for gennemførelse af sagsgennemgangen er i forhold til besvarelse af de enkelte spørgsmål udarbejdet en manual med henblik på at sikre ensartethed i besvarelserne i forbindelse med sagsgennemgangen. For de spørgsmål, hvor skala 1 gælder, specificerer manualen, hvad der ligger i den enkelte svarmulighed, der er tilpasset de konkrete spørgsmål i spørgeskemaet.

Her følger et eksempel fra manualen på, hvordan skala 1 er defineret i forhold til at bevare følgende spørgsmål fra spørgeskemaet:

"Er sagen tilstrækkeligt oplyst?"

- "I høj grad" dækker over de situationer, hvor sagen er tilstrækkeligt oplyst.
- "I nogen grad" dækker over de situationer, hvor sagen kunne have været bedre oplyst
- "I ringe grad" dækker over de situationer, at sagen ikke er tilstrækkeligt oplyst til, at der kan træffes afgørelse.
- "Slet ikke" dækker over de situationer, hvor sagen på ingen måde er tilstrækkeligt oplyst til, at der kan træffes afgørelse.

5 Socialfaglig gennemgang af 7 sager

Som led i Task forcens sagsgennemgang af 25 sager i Lyngby-Taarbæk Kommune, har VISO foretaget en socialfaglig gennemgang af seks af de indsendte sager indeholdende syv afgørelser.

De syv sager omhandler en borgersag (med to afgørelser) og fem enkeltsager og fordeler sig som følge:

- 1 borgersag med revurdering vedr. SEL § 85 og godkendelse vedr. SEL § 107
- 1 enkeltsag med revurdering vedr. SEL § 85
- 1 enkeltsag med revurdering vedr. SEL § 96
- 1 enkeltsag med bevilling vedr. SEL § 85
- 1 enkeltsag med afslag vedrørende SEL § 107 (der er tildelt § 83 og § 85 ydelse)
- 1 enkeltsag med afslag vedrørende SEL § 85 (der er tildelt § 104 ydelse)

Det overordnede billede viser, at kommunen kontinuerligt følger op på sagerne dels i forhold til kommunens fastsatte tidsramme for opfølgning dels, når der sker ændringer i borgerens situation eller, når borgeren ønsker ændringer af indsatsen. Der er løbende kontakt mellem borgeren og sagsbehandleren og mellem sagsbehandleren og borgerens støttepersoner. Der reageres hurtigt på borgerens henvendelser, og sagsbehandleren er god til løbende at orientere borgeren om, hvad der sker i sagen. Såvel i den løbende journalføring som i den skriftlige korrespondance med borgeren er sproget forståeligt og etisk korrekt. En sag skiller sig ud fra det overordnede billede, idet der ikke har været fulgt op på sagen fra november 2011 til marts 2013, ligesom der i samme periode ikke foreligger journalnotater. I en sag er vurderingsgrundlaget mangelfuldt og bygger på forældede og sparsomme oplysninger, og i to af de gennemgåede sager er borgeren ikke blevet partshørt i forbindelse med de indhentede oplysninger, som indgår i afgørelsesgrundlaget.

I to af de gennemgåede sager er der tale om revurdering af henholdsvis støtte i henhold til SL § 85, hvor støttetimerne reduceres, og revurdering i en sag i henhold til SL § 96, hvor støttetimerne øges. I en sag bevilges der § 85 støtte efter ansøgning fra borgeren, og i en sag træffer kommunen afgørelse vedrørende § 107 botilbud efter ansøgning fra borgeren. I denne sag fremgår det ikke af sagens akter, hvornår borgeren har ansøgt om bevilling af § 107 tilbud, hvorfor sagsbehandlingstiden fra ansøgning til afgørelse ikke kendes. Det samme er tilfældet i en sag, hvor der gives afslag på ansøgning om § 85 støtte. I en anden sag vedrørende ansøgning om bevilling af § 107 tilbud er sagsbehandlingstiden på omkring syv måneder. Det fremgår af Lyngby-Taarbæk Kommunes hjemmeside, at sagsbehandlingstiden forventes at være to måneder i sager i henhold til SEL § 107. Det fremgår ikke af sagsnotater, at borgeren er oplyst om begrundelse for den manglende overholdelse af sagsbehandlingstiden.

Seks af de syv sager er belyst gennem løbende journalføring, og det fremgår, at borgeren inddrages i sagsbehandlingen, ligesom borgeren ønsker fremgår af notaterne.



Der er løbende kontakt til samarbejdspartnere, og de fremkomne udtalelser inddrages relevant i sagsbehandlingen og i beslutningsgrundlaget. Hvor det giver mening, inddrages borgerens netværk efter samtykke fra borgeren. I en af sagerne er der taget stilling til, i hvilket omfang borgeren ønsker netværket inddraget uagtet, at netværket ønsker en højere grad af inddragelse. I samme forbindelse har sagsbehandleren gjort brug af faglig sparring fra sagsbehandler kollegaer. I en sag vedrørende afslag på borgerens ansøgning om § 85 støtte vurderes beslutningsgrundlaget som mangelfuldt. Borgeren har deltaget i et møde og her beskrevet udfordringer, ønsker og prioriteringer, men de anvendte oplysninger fra eksterne samarbejdsparter er fra marts 2009, ligesom der ikke foreligger en egentlig status fra borgerens aktivitetstilbud, og de afgivne aktuelle oplysninger er sparsomme. Vurderingen af borgerens reelle støttebehov bygger derfor på forældede og sparsomme oplysninger og giver dermed anledning til usikkerhed i forhold til, om de tilbudte muligheder for støtte kan kompensere for borgerens ønske om § 85 støtte.

I to af de gennemgåede sager er borgeren ikke blevet partshørt i forhold til sagsbehandlerens indhentede skriftlige status fra støttepersoner, selv om disse indgår i afgørelsesgrundlaget, og at afgørelsen kan være til ugunst for borgeren. Borgeren har ikke deltaget i opfølgingsmøde mellem sagsbehandler og kontaktperson, og borgerens egne udtalelser i forhold til nedsættelse af støtte timer er ikke noteret. Der er ved afgørelse om nedsættelse af støttetimer foretaget en individuel vurdering, afgørelsen er fyldestgørende forklaret og begrundet med afsæt i kommunens kvalitetsstandarder. I en af sagerne fremgår, at statusnotatet er gennemgået med borgeren forud for opfølgingsmødet.

I to af de gennemgåede sager foreligger der statusnotater, som inddrages i beslutningsgrundlaget, men som mangler dato for såvel udfærdigelse som borgerens underskrift. I en af sagerne er borgerens kommentarer ikke anført.

Gennem journalføringen fremgår det, at der i seks af de syv gennemgåede sager er løbende opfølgning, og i to af sagerne er der hyppig opfølgning dels mellem sagsbehandler og borger dels mellem sagsbehandler og støttepersoner. Der indhentes jævnligt statusudtalelser fra samarbejdsparter, og disse anvendelse relevant, ligesom sagsbehandleren reagerer og handler på bekymringskrivelser.

I en af sagerne oplyses det i afgørelsesbrevet til borgeren, at der sker opfølgning en gang årligt ved hjemmebesøg, ligesom det oplyses, at borgeren har mulighed for at kontakte forvaltningen, hvis der sker ændringer i perioden frem til næste opfølgning.

Ved ændringer i ydelser eller indsats følger sagsbehandler op enten telefonisk eller ved indkaldelse til samarbejds- og statusmøder dels i forhold til borgeren dels i forhold til kontaktpersoner. I en af de gennemgåede sager holdes der opfølgingsmøder hver tredje måned.

I to af de gennemgåede sager er der udarbejdet VUM. I begge udredninger er borgeren inddraget i udarbejdelsen, og borgerens oplysninger fremgår klart. Der er i udredningerne medtaget relevante udtalelser fra samarbejdsparter, støttepersoner og, hvor det er relevant, udtalelser fra

sundhedssystemet og andre af kommunens afdelinger. I begge sager ligger VUM til grund for de truffe afgørelser.

I én af sagerne foreligger der en handleplan. Det fremgår ikke af sagens akter/journalnotater, om borgeren har ønsket en handleplan. Det beskrives, hvordan borgeren forholder sig til målene, hvordan støttepersonerne vurderer effekten af de opstillede mål, hvordan sagsbehandleren vurderer indsatsen samt den fremadrettede indsats og målformulering. Af en anden sag fremgår det af journalføringen, at borgeren er tilbudt en handleplan, og at borgeren har ønsket en sådan. Det fremgår endvidere, at handleplanen er sendt til borgeren. Handleplanen er ikke medsendt til Ankestyrelsen, og kvaliteten af handleplanen kan derfor ikke vurderes.

Der er i alle sager beskrevet indsatsmål, som på forskellig vis fremgår af sagsakter og journalnotater. I én af sagerne beskrives indsatsmålene i et tillæg til afgørelsen, som er sendt til borgeren.

For alle sager gælder, at indsatsmålene er ukonkrete, og det kan dermed være vanskeligt at vurdere effekten af indsatsen i forhold til de opstillede mål. Det er kun i mindre grad angivet, hvordan der skal arbejdes med at nå de opstillede mål. I en af sagerne fremgår det klart, hvornår der skal evalueres på målene.

I to af de gennemgåede sager fremgår det af journalføringen, at borgeren gøres opmærksom på muligheden for supplerende støtte fra andre afdelinger i kommunen samt om regler, som kan have betydning for den tildelte ydelse. Endvidere gives der forslag til, hvor der kan indhentes supplerende oplysninger.

6 Resumé af interview med fem borgere og én pårørende

Som led i Task forcens dataindsamling i Lyngby-Taarbæk Kommune, er der foretaget interview med fem borgere og en pårørende om hvordan, de oplever sig inddraget i sagsbehandlingen.

De fem interviewede borgere er i aldersgruppen 25-57 år med forskellige handicaps. Én modtager støtte efter § 85, to modtager støtte efter § 96, én modtager støtte efter §§ 97 og 104, og én modtager støtte efter §§ 97, 103, 104 og 108. Alle har haft støttetilbuddene over længere tid. Pårørendeinterviewet var med en pårørende, der har et barn i et af Lyngby-Taarbæk Kommunes botilbud.

Interviewene har haft fokus på tre temaer omhandlende inddragelse af borgeren i sagsbehandlingen. De tre temaer er:

- A. Inddragelse frem til bevilling af støtte og inddragelse i øvrigt
- B. Kontakt til kommunen
- C. Forslag til forbedringer

Forudsætninger

Det skal understreges, at der *ikke* kan tegnes et generelt billede af Lyngby-Taarbæk Kommunes praksis for inddragelse af borgere og pårørende i sagsbehandlingen på baggrund af de seks interviews.

Interviewene angiver dog nogle opmærksomhedspunkter for hvor, Lyngby-Taarbæk Kommune med fordel kan sætte ind i forhold til inddragelse af borgerne og pårørende i sagsbehandlingen.

A. Inddragelse frem til bevilling af støtte og inddragelse i øvrigt

Næsten alle borgere beskriver, at de generelt er blevet inddraget og hørt i forhold til bevilling af støtten. Én borger oplyser dog i forhold til ansøgning af hjælpemidler, at vedkommende ikke oplevede sig hørt af pågældende rådgiver og oplevede at blive mødt med en bedrevidenhed. Én anden borger havde i forbindelse med problemer med støttetilbuddet oplevet, at vedkommende ikke blev hørt af rådgiveren og oplevede, at rådgiver lagde mere vægt på udsagnene fra en anden professionel, der var til stede.

Hos tre borgere, er der ikke foretaget en funktionsudredning af behov og problemstilling, men én af disse borgere udtaler, at der blev lavet en større gennemgang for to år siden, hvor borgerens behov blev kortlagt. Yderligere fik én borgers støttetilbud et skema tilsendt fra rådgiver til udfyldelse i forhold til at beskrive indholdet i borgerens støttetilbud, som de skulle sende retur til rådgiver, men de har dog ikke hørt mere til dette efterfølgende.

I forbindelse med bevilling af henholdsvis ledsagerordningen og BPA oplyser to borgere, at de blev godt orienteret om, og fik udleveret materiale om hvad, ordningen indebærer.

Tre borgere oplyser, at de i forbindelse med afgørelser og opfølgninger ikke er blevet tilbudt en handleplan indeholdende mål for hvad, der skal ske med støtten. Én borger oplyser at have fået en handleplan, hvor de opstillede mål dog i første omgang var for ambitiøse, hvorefter støttetilbuddet tog kontakt til rådgiver med henblik på at tilrette målene. Én borger har ikke fået sin handleplan før ¾ år efter iværksættelsen af sin støtte. Det er desuden ikke tydeligt for mindst én af borgerne hvornår, vedkommende har opnået de opstillede mål i handleplanen.

Alle borgere oplever nu, at der afholdes årlige statusmøder, hvor der følges op på støtten. Efterfølgende tilsendes en ny bevilling til borgerne.

Den pårørende beskriver en stor forskel i inddragelse ved to flytninger af deres barn på forskellige tidspunkter. Ved den tidligere flytning blev både de og barnet vist forskellige muligheder, de oplevede sig hørt og kom på besøg på forskellige tilbud og blev guidet i forhold til disse. Ved den seneste flytning var oplevelsen, at der ingen valgmuligheder var, og situationen bar meget præg af, at kommunen havde en ledig plads, som skulle fyldes op. Der blev desuden på dette tidspunkt ikke lyttet til bekymring om målgruppesammensætning og match med de øvrige borgere i det nye tilbud. Tilbuddet har dog vist sig som en god løsning for borgeren.

Pårørende ville desuden gerne, at der også blev sendt breve til dem samtidig med at der sendes til deres barn. Pårørende beskriver, at det efter overflytning til voksenafdelingen er blevet tydeligt hvem, man skal kontakte, da borgeren nu kun har én rådgiver for alle ydelser.

Én borger har sideløbende med sin støtte foreslået ansøgning om et yderligere støttetiltag. Her oplever borger, at rådgiver syntes, at forslaget er rigtig godt og giver udtryk herfor, men da forslaget skal besluttes "et lag længere oppe" bliver det et afslag, og der har muligvis således været en u hensigtsmæssig forventningsafstemning mellem borger og rådgiver.

B. Kontakt til kommunen

Tre borgere beskriver, at de frem til for 1-2 år siden kun har haft sporadisk eller ingen kontakt til deres rådgiver. Én borger fortæller, at vedkommende ikke har mødt sin rådgiver fra iværksættelsestidspunktet af støtten i 1989 og indtil for et år siden. Flere udtaler, at deres rådgiver er imødekommende og føler, at der bliver lyttet til det, borgerne kommer med.

Flere beskriver, at der er en god direkte kontakt via telefon/mail, og der er hurtig respons tilbage til borger, når de henvender sig. En enkelt borger udtaler, at der dog har været forskel på de forskellige rådgivere, som borgeren har haft, og at det er tydeligt at mærke, når der har været travlhed i afdelingen. I de perioder var der stort set ikke information og opfølgning, og der kunne gå lang tid inden, rådgiveren vendte tilbage på en henvendelse.

Der er blandt de interviewede forskellige opfattelser af, hvordan borgeren er blevet orienteret om skift af rådgiver. Således har to borgere ikke fået oplyst, når deres rådgiver er skiftet og har selv måtte henvende sig i forhold til at få oplyst hvem, der er borgerens rådgiver.

C. Forslag til forbedringer

Borgerne og pårørende havde forskellige forslag til forbedringer i forhold til inddragelse i sagsbehandlingen og sagsbehandling generelt.

To borgere og en pårørende efterspurgte i henhold til øget selvstændighed at breve mv. målrettes den enkeltes handicap, så de i mindre grad er afhængige af, at støttepersoner m.fl. skal læse deres post. Det kunne eksempelvis være ved større og fed skrift, større mellemrum, korte sætninger, flere billeder mv.

En borger forespurgte konkret om muligheden for et fysisk sted i kommunen, hvor man kunne få hjælp til NemID, Skat, Udbetaling Danmark mv.

Flere borgere udtrykker, at det er svært at overskue, hvem man skal henvende sig til hvornår på tværs af områderne i kommunen. En borger udtaler desuden, at det ville være godt hvis den viden der er om en borger i Socialafdelingen, efter forudgående aftale med borgeren, eksempelvis overføres til Jobcenteret, så Jobcenteret på den måde kan tage hensyn til borgerens behov og problemstillinger. En anden borger efterspørger at der fremsendes en oversigt over hvem, der er borgers rådgiver i minimum socialafdelingen men gerne på tværs, når der er flere rådgivere inde over.

En borger efterspørger, at det gøres tydeligt hvilke støtteforanstaltninger og tilskud mv. der vil være relevant og muligt for borgeren at søge.

Pårørende understreger vigtigheden af, at rådgiverne prioriterer at komme ud og fysisk møde borgeren i borgerens hjem, da det ellers hurtigt kan blive mere kunstigt såfremt møderne finder sted i kommunens lokaler.

Opsamling på borger og pårørende interview

Af borger og pårørende interviewene fremgår det at borgerne som udgangspunkt føler sig inddraget og hørt, og at det er nemt at komme i kontakt med deres rådgiver, samt at rådgiverne vender forholdsvis hurtigt tilbage på henvendelser.

Der er imidlertid følgende opmærksomhedspunkter ud fra de fem borgerinterviews og et pårørendeinterview:

- Ikke alle borgere kender målene for indsatsen i deres støttetilbud.

- Breve mv. målrettes ikke den enkeltes behov, hvilket for nogle borgere har den konsekvens, at de har svært ved selv at læse dem.
- Deling af informationer om borgerne mellem områder kan med fordel øges såfremt, borgeren ønsker dette.
- Opmærksomhed på orientering til borgerne ved skift af rådgiver mv.

Bilag 1: Materialeliste

Materialeliste: Lyngby- Taarbæk Kommune

Task forcen på handicapområdet



Tilgængeligt materiale (indsæt liste over titler og vedlæg materiale)	
<p>1. Organisationsdiagram</p> <p><i>Organisationsdiagram for voksenhandicapområdet samt evt. tværgående funktioner i kommunen, der understøtter arbejdet på voksenhandicapområdet (eks. økonomi- eller administrative funktioner).</i></p> <p><i>Sammensætning af personale på voksenhandicapområdet herunder antal ansatte (ledelse og medarbejdere), opdeling i evt. grupper/teams.</i></p>	<p>1.1. Organisationsdiagram 1.2. Voksenafdelingen - medarbejderoversigt</p>
<p>2. Politikker, strategier og overordnede styringsdokumenter</p> <p><i>Det drejer sig om politikker, strategier og overordnede styringsdokumenter der har relevans for voksenhandicapområdet (eksempelvis kommunens handicappolitik, beskæftigelsespolitik og/eller sundhedspolitik) Det kan også handle om overordnede masterplaner, virksomhedsplaner m.m., som sætter rammerne for kommunen, i det omfang det har betydning for arbejdet på voksenhandicapområdet.</i></p>	<p>2.1. Handicappolitik 2008 2.2. Strategi- og handleplan for det specialiserede voksenområde 2.3. Beskæftigelsesplan (Center for Arbejdsmarked)</p>



<p>3. Kvalitetsstandarder, serviceniveau, ydelseskatalog</p> <p><i>Herunder beskrivelser af jeres kvalitetsstandarder, serviceniveau, både politisk vedtagne og evt. viderebearbejdnings til administrativ brug. Det kan også være ydelseskataloger eller beskrivelser, der definerer jeres ydelser eller ydelsespakker.</i></p>	<p>3.1. Kvalitetsstandard for § 84 3.2. Kvalitetsstandard for § 85 3.3. Kvalitetsstandard for § 95 3.4. Kvalitetsstandard for § 96 3.5. Kvalitetsstandard for § 97 3.6. Kvalitetsstandard for § 100 3.7. Kvalitetsstandard for § 102 3.8. Kvalitetsstandard for § 103 3.9. Kvalitetsstandard for § 104 3.10. Kvalitetsstandard for § 107 3.11. Kvalitetsstandard for § 108 3.12. Kvalitetsstandard for § 117 3.13. Kvalitetsstandard for voksenspecialundervisning</p>
<p>4. Administrationsgrundlag</p> <p><i>Herunder kommunens samlede eller forvaltningens særskilte administrationsgrundlag. (Overordnede styringsredskaber, der sikrer ensartede retningslinjer og arbejdsgange).</i></p>	



<p>5. Arbejdsgangsbeskrivelser</p> <p><i>Vedrører beskrivelser af de arbejdsgange og retningslinjer det er besluttet at arbejde efter på voksenhandicapområdet.</i></p> <p><i>Det kan eksempelvis være:</i></p> <p><i>Beskrivelser af sagsflow (fra sagsåbning til afslutning af sag).</i></p> <p><i>Retningslinjer og manualer for sagsbehandling.</i></p> <p><i>Beskrivelser af borgernes indgang til kommunen.</i></p> <p><i>Beskrivelse af, hvordan og efter hvilke principper sager visiteres til den enkelte sagsbehandler mv.</i></p> <p><i>Visitation til grupper/teams der varetager særlige sagstyper</i></p> <p><i>Beskrivelse af procedurer for overgang fra barn til voksen.</i></p> <p><i>Beskrivelser af sagsgange for faglig ledelse eksempelvis ifht. beslutninger og sparring.</i></p>	<p>5.1. Mødestruktur i Voksenafdelingen</p> <p>5.2. Arbejdsgang - § 85</p> <p>5.3. Arbejdsgang - § 102</p> <p>5.4. Arbejdsgang - § 103</p> <p>5.5. Arbejdsgang – ansøgning om ekstra ressourcer</p> <p>5.6. Arbejdsgang – opfølgninger</p> <p>5.7. Arbejdsgang ved bevilling af personlig assistance (Center for Arbejdsmarked)</p> <p>5.8. Håndtering af Modtagelse - Voksen</p>
<p>6. Kompetenceplaner</p> <p><i>Kompetenceplaner (fx bevillingskompetencer), herunder funktionsbeskrivelser - fx beskrivelser af ansvar og opgaver på forskellige poster i organisationen. Både på ledelses- og medarbejderniveau.</i></p>	<p>6.1. Kompetenceplan for voksenområdet</p> <p>6.2. Beskrivelse af Visitationsudvalg</p>



<p>7. Personaleudvikling</p> <p><i>Nuværende uddannelsesniveau samt aktuelle planer for kompetenceudvikling i organisationen med relevans for voksenhandicapområdet.</i></p>	<p>Beskrevet i dokument 1.2 (oversigt over personale)</p>
<p>8. Snitfladebeskrivelser</p> <p><i>Beskrivelser af, hvordan snitflader op mod tilstødende områder håndteres konkret. Det kan eksempelvis være snitflader til børnehandicapområdet, udsatte voksne, sundhed og ældre samt jobcentret herunder, hvordan der sikres videndeling og sammenhæng i indsatsen på tværs af områderne.</i></p>	<p>8.1. Deling mellem handicap og ældre 8.2. Overgang fra ung til voksen 8.3. Hjerneskedekoordinator, funktionsbeskrivelse 8.4. Hjerneskedesamrådet - kommissorium</p>
<p>9. Ledelsesinformation – oversigter over ledelsesrapportering</p> <p><i>Vedrører nyeste eksempel på ledelsesrapporteringen. Fx nyeste budgetopfølgning og ledelsesinformation til politisk ledelse.</i></p> <p><i>Beskrivelser af hvordan ledelsesinformation på voksenhandicapområdet dannes, og hvordan ledelsesinformation tilgår medarbejderniveau.</i></p>	<p>9.1. Budgetopfølgning – koncernregnskab</p>
<p>10. Status- eller årsrapporter</p> <p><i>Herunder eventuelle løbende statusrapportering til politisk niveau eller årsrapporter til politisk niveau.</i></p>	

11. Andre materialer der ikke er nævnt i ovenstående

*Herunder Links til hjemmeside
Eventuelle procespapirer, vejledninger,
manualer og skabeloner af relevans
for voksenhandicapområdet.*



Bilag 2: Om Task forcen på handicapområdet

Præsentation af Task forcen

Det overordnede formål med Task forcen er at understøtte en positiv udvikling af kvaliteten i kommunernes sagsbehandling på handicapområdet bl.a. gennem rådgivning af og dialog med kommunale ledere og sagsbehandlere på handicapområdet. Task forcen kan hjælpe kommunerne med at sikre et helhedsorienteret perspektiv i deres arbejde og løfte kvaliteten på handicapområdet. Task forcen har således til formål at fremme læring og faglig udvikling i kommunerne. Task forcen kan støtte kommunerne i at styrke kvaliteten i deres sagsbehandling og dermed i højere grad opnå et forbedret grundlag til at træffe korrekte afgørelser med udgangspunkt i de behov borgere med handicap måtte have. Kommunen kan herved opnå størst mulig effekt af den sociale indsats for borgere med handicap.

Task forcens ydelser kan bestå af enkeltstående oplæg, der skal give viden om og indsigt i et afgrænset tema. De kan også bestå af et længerevarende forløb, hvor Task forcen på baggrund af et analysearbejde i en kommune kan rådgive og gå i dialog med ledelse og sagsbehandlere i kommunen med henblik på at understøtte en positiv udvikling af kvaliteten i kommunens sagsbehandling på handicapområdet.

Task forcen og dens ydelser er et tilbud, som alle kommuner kan benytte sig af. Længerevarende forløb tildeles kommuner på baggrund af ansøgningsrunder. Det er frivilligt om og i hvilket omfang, kommunerne vil benytte sig af Task forcen. Task forcen kan hjælpe kommunerne med at pege på udviklingsområder, men det er entydigt kommunernes ansvar at overholde lovgivningen på området. Det er også kommunernes ansvar at udarbejde og gennemføre en eventuel udviklingsplan på baggrund af Task forcens analyser og anbefalinger.

Task forcen består af et konsulenthold sammensat af medarbejdere fra Socialstyrelsen og Ankestyrelsen. De allerede eksisterende tilbud i Ankestyrelsen og Socialstyrelsen vil blive tænkt ind som delelementer i et samlet udviklingsforløb efter behov og relevans. Task forcen vil dog ikke blive involveret i rådgivning af borgere med handicap.

Analysens formål

Denne rapport er resultatet af Task forcens analyse af Lyngby-Taarbæk Kommunes arbejde og praksis med sagsbehandlingen på voksenhandicapområdet. Formålet med rapporten er at bidrage til læring og udvikling i Lyngby-Taarbæk Kommune ved at pege på forhold, der fremstår velfungerende og som vurderes at være en styrke ved kommunens indsats, samt hvilke forhold der er udfordrende for kommunen. Rapporten ser på mulighederne for udvikling eller forbedring af den daglige praksis i forhold til sagsbehandlingen eller de retningslinjer, der er lagt herfor. Der er taget udgangspunkt i aktuel viden om nærværende og tidligere praksis i Lyngby-Taarbæk Kommune set i et fremadrettet perspektiv. På baggrund af analysen og med udgangspunkt i de identificerede udfordringer giver Task

for en række anbefalinger, som Lyngby-Taarbæk Kommune efterfølgende kan adressere i den udviklingsplan, som kommunen kan udarbejde.

De analyser og vurderinger der er foretaget i analysen, koncentrerer sig om de otte centrale temaer, og foretages på baggrund af juridisk og socialfaglig viden, samt aktuelt bedste viden om praksis på området. Analysen kan fremhæve forhold, hvor der er fremkommet divergerende oplysninger i forbindelse med dataindsamlingen, eksempelvis divergenser imellem forskellige interviewdeltagere.

Det videre forløb på baggrund af Task forcens analyse

Med afsæt i Task forcens analyse og anbefalinger beslutter kommunen, i dette tilfælde Lyngby-Taarbæk Kommune, om de vil udarbejde en udviklingsplan, som skal sætte rammen for et udviklingsforløb i kommunen. Formålet med udviklingsplanen er at udvikle kommunens sagsbehandling på handicapområdet på baggrund af analysen, herunder at formulere en klar målsætning med klare succeskriterier for udviklingsforløbet. Det forudsætter, at der eksisterer en fælles forståelse af opgaven mellem Lyngby-Taarbæk Kommune og Task forcen, og de forpligtelser begge parter har i et udviklingsforløb.

Task forcens bidrag til konkrete aktiviteter vil blive leveret i dialog med Lyngby-Taarbæk Kommune.

Task forcen udarbejder på baggrund af udviklingsplanen en samarbejdsaftale mellem Task forcen og kommunen om det udviklingsforløb, der skal sikre gennemførelse af udviklingsplanen. Samarbejdsaftalen specificerer blandt andet, hvilke ressourcer kommunen skal afsætte for, at Task forcens ydelser kan leveres efter intentionerne samt eventuelle ydelser fra andre leverandører og aktører i udviklingsforløbet. I samarbejdsaftalen indgår desuden et antal milepæle, der skal give mulighed for at stoppe eller justere udviklingsforløbet, hvis det vurderes, at de forventede resultater ikke kan nås. Som en del af opfølgningen på udviklingsforløbet foretager Ankestyrelsen og VISO endvidere som en fast del af konceptet en statusmåling af et antal konkrete sager på voksenhandicapområdet med henblik på at vurdere udviklingen i kvaliteten af sagsbehandlingen.

N O T A T

om

en revideret handicappolitik og en handleplan for udviklingen af handicapområdet

Baggrund

Social- og Sundhedsudvalget har besluttet, at kommunens nuværende handicappolitik skal revideres, og at der skal udarbejdes en handleplan, der nytænker kommunens indsats ved bl.a. at inddrage FN's Handicapkonvention, forholdet til andre aktører (regionen, VISO, private foreninger, mv.), tilgangen til samarbejdet med pårørende, etc.

Forvaltningen fremlægger på den baggrund et udkast til en ajourført handicappolitik og en tids- og procesplan for udarbejdelse af handleplanen. Det er hensigten, at handleplanen udarbejdes i en proces, hvor der sker en dialog med borgere, samarbejdspartnere og medarbejdere fra samtlige forvaltningsområder i kommunen.

Formål med handleplanen

Kommunens handicappolitik indeholder de overordnede politiske visioner og målsætninger for kommunens virke på handicapområdet. Handleplanen skal i forlængelse heraf konkretisere disse visioner og målsætninger, således at der skabes en fælles retning for handicapområdet i hele kommunen. Handleplanen skal dække alle relevante forvaltningsområder og forhold vedrørende alle livets faser.

Handleplanen skal endvidere bidrage til at nytænke og fremtidssikre kommunens indsatser og tilbudsvifte ud fra de nye udviklingsmuligheder, der er i gang på handicapområdet, herunder fx teknologiske landvindinger, inklusionsperspektiver, nye tankestrømninger vedr. rehabilitering, mv. Handicapområdet står over for et paradigmeskifte, og handicappolitikken og handleplanen skal samlet bidrage til, at Lyngby-Taarbæk Kommune går aktivt ind i denne og kommer på forkant, herunder fx i form af afprøvning af nye metoder og udvikling af nye tilbud. Udgangspunktet for arbejdet er, at borgeren altid mødes med en medinddragende og ansvarliggørende tilgang, inden for de muligheder den enkelte har, og med den støtte som lovgivningen og kommunens serviceniveauer fastlægger.

Organisering

Center for Social Indsats er ansvarlig for processen og varetager opgaven med at udarbejde udkast til handicappolitik og handleplan med input fra de øvrige relevante forvaltningsområder.

Grundlag for processen

Følgende er lagt til grund for nedenstående tids- og procesplan:

- Processen skal sikre, at der kommer input fra en bred kreds af interessenter.
- Processen skal sikre, at alle relevante forvaltningsområder inddrages og forpligtes, jf. sektoransvarlighedsprincippet.

Punkt nr. 2 - Handicappolitik og proces for handleplan

Bilag 1 - Side 2 af 3

Processen skal sikre, at handicappolitikken omhandler overordnede visioner og at handleplanen omsætter disse i forhold til de konkrete indsatser og tematiserede problematikker, der forventes at være relevante for handicapområdet i den kommende år-række.

- Processen skal sikre, at Handicaprådet i sin rådgivende funktion inddrages tæt.
- Det er Kommunalbestyrelsen, der godkender Handicappolitikken og handleplanen.

Tids- og procesplan

Tidsplan	Handling	Bemærkninger
Sep. – Okt. 2015	Forvaltningen udarbejder et overbliknotat, der i relevant omfang anskueliggør de seneste års udvikling i målgrupper og ydelser samt skitserer forvaltningens bud på fremadrettede udviklingstendenser og udfordringer.	Notatet forventes forelagt udvalget til orientering i november 2015.
Sep. 2015 – Okt. 2015	Opstart på udviklingsforløb med Handicap Task Force.	Udviklingsforløbet forventes bl.a. at indeholde kompetenceudvikling af medarbejderne inden for udvalgte temaer, som analyseforløbet i 1. halvår af 2015 har peget på, herunder bl.a. arbejdet med målfastsættelse i handleplaner, styrket opfølgning, mv. Udviklingsforløbet forventes samlet set at være frem til marts 2017.
Sep. 2015 – Nov. 2015	Indsamling af input til handleplanen fra samtlige relevante forvaltningsområder i LTK	Formålet er at få afdækket konkrete indsatsområder og tematiserede problematikker, der kan være relevante for det videre arbejde med handleplanen.
Okt. 2015	Drøftelse med Handicaprådet.	Drøftelse af status, fremdrift og temaer for handleplanen.
Dec. 2015 – Jan. 2016	Inspirationsture for politikere i SSU.	Forvaltningen arrangerer inspirationsture til en anden dansk kommune og evt. en kommune i Sverige, der har særlig interesse for LTK.
Jan. 2016 – Feb. 2016	Afholdelse af dialogmøde(r)	Der afholdes et eller flere åbne dialogmøder for alle interessenter (brugere, pårørende, politikere, samarbejdspartner, interesseorganisationer, mv.)
Feb. 2016 – Mar. 2016	Formulering af udkast til hand-	Forvaltningen udarbejder et

	leplan.	udkast til handleplan.
Mar. 2016 - April 2016	Forelæggelse af udkast til politisk behandling inden høring.	Forelægges SSU og sendes til anbefaling i de øvrige relevante fagudvalg.
April 2016	Høring	Høring af Handicaprådet og annonceret offentlig høring.
Maj 2016	Handicappolitik med hørings-svar forelægges til politisk behandling.	Forelægges Kommunalbestyrelsen.
Juni 2016	Offentliggørelse af handicappolitikken.	Handicappolitikken offentliggøres på hjemmesiden og med pressemeddelelse.

Handicappolitik

Forord

Kommunalbestyrelsen har vedtaget en ajourført udgave af handicappolitikken for Lyngby-Taarbæk Kommune.

Handicappolitikken synliggør de aktuelle visioner, værdier og målsætninger for den indsats, som vi som kommune ønsker at tilbyde borgere med handicap.

Handicappolitikken afspejler også, at der er et paradigmeskifte i gang på handicapområdet. Omdrejningspunktet for den kommunale indsats skal være at fremme den enkelte borgers muligheder for at opnå et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt. Det sker i høj grad ved at inddrage borgeren og ved at vise forståelse for borgerens situation og personlige valg.

Kommunalbestyrelsen har ønsket at vedtage en handicappolitik, som skaber en fælles retning for handicapområdet i hele kommunen, og som er i tråd med hensigterne i FN's Handicapkonvention og med det nye paradigmeskifte. Handicappolitikken dækker alle relevante forvaltningsområder og forhold vedrørende alle livets faser.

Det har derudover været afgørende for kommunalbestyrelsen, at de handicappolitiske målsætninger, som er beskrevet i handicappolitikken, bliver konkretiseret i en handleplan.

Handleplanen er udarbejdet i tæt dialog med borgere, samarbejdspartnere og medarbejdere. Formålet er at sikre, at visionerne og værdierne i handicappolitikken bliver omsat og implementeret i praksis til gavn for Lyngby-Taarbæk Kommunes borgere.

På kommunalbestyrelsens vegne,

Sofia Osmani
Borgmester

Tidligere: Forord

Der er sket store ændringer på handicapområdet de seneste år med nye opgaver og nye ansvarsområder. Det er en spændende udfordring – som samtidig sætter en ny dagsorden for at skabe nogle gode rammer for handicappede borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune – både i forhold til kvaliteten i tilbuddene og serviceniveauet generelt.

Kommunalbestyrelsen har derfor revideret handicappolitikken. Den er nu i overensstemmelse med aktuelle værdier og holdninger til gode livsvilkår for borgere med handicap. Det er en politik, der indeholder visioner, værdier og målsætninger for den kommunale indsats og service på handicapområdet.

Kommunalbestyrelsen ønsker, at indsatsen for borgere med handicap er tværgående og helhedsorienteret og indtænkes generelt i kommunalpolitiske handlinger og beslutninger. Politikken dækker derfor alle fagområder i kommunen og vil blive konkretiseret i handleplaner i forhold til de handicappolitiske målsætninger inden for de enkelte kommunale fagområder.

Handicappolitikken baserer sig på tre centrale principper:

Kompensationsprincippet indebærer, at borgere med en funktionsnedsættelse skal tilbydes ydelser og hjælpeforanstaltninger – i respekt for mindsteindgrebsprincippet – med det formål at afhjælpe eller begrænse konsekvenserne af den nedsatte funktion mest muligt.

Mindsteindgrebsprincippet betyder, at indsatsen skal tilpasses i respekt for den enkelte borger med fokus på den enkeltes ressourcer frem for begrænsninger.

Sektoransvarlighedsprincippet indebærer, at
ansvaret for ligebehandling og ligestilling af
personer med handicap er placeret i den
forvaltning og afdeling, der i øvrigt har
ansvaret for pågældende område.

Kommunalbestyrelsen har i processen forud
for vedtagelsen af denne politik inddraget
Handicaprådet og øvrige interessenter for at
høre synspunkter og få idéer til indholdet i
politikken.

Jeg glæder mig til, at politikken bliver en del
af hverdagen i Lyngby-Taarbæk Kommune.

På Kommunalbestyrelsens vegne,

Rolf Aagaard-Svendsen
Borgmester

Vision for handicappolitikken

Det er Lyngby-Taarbæk Kommunes vision at sikre, at handicappede borgere kan deltage i samfundslivet på lige fod med kommunens øvrige borgere.

Lyngby-Taarbæk Kommunes handicappolitik skal bidrage til at sikre ligestilling og livskvalitet for borgere med et handicap.

Der skal udarbejdes en handleplan, der konkret udmønter handicappolitikens målsætninger inden for de enkelte forvaltningsområder.

Tidligere: Vision for handicappolitikken

Det er Lyngby-Taarbæk Kommunes vision at sikre, at handicappede borgere kan deltage i samfundslivet på lige fod med kommunens øvrige borgere.

Lyngby-Taarbæk Kommunes handicappolitik skal bidrage til at sikre ligestilling og livskvalitet for borgere med et handicap.

Der skal udarbejdes handleplaner, der konkret udmønter handicappolitikens målsætninger inden for de enkelte forvaltningsområder.

Holdninger og værdier

Handicappolitikens målgruppe

Handicappolitikken omfatter alle mennesker med handicap, både borgere med fysisk funktionsnedsættelse, borgere med udviklingshæmning, borgere med udviklingsforstyrrelser, borgere med sindslidelser og andre funktionsnedsættelser.

Der er tale om varige og væsentlige funktionsnedsættelser, der enten selvstændigt eller i samspil med andre barrierer kan forhindre, at borgeren kan deltage optimalt i samfundslivet. Funktionsnedsættelsen medfører derfor et behov for kompensation hos borgeren, for at vedkommende kan fungere på lige fod med øvrige borgere.

Holdninger og værdier

I Lyngby-Taarbæk Kommunes service over for borgere med et handicap gør en række holdninger og værdier sig gældende.

Respekt for den enkelte

Borgeren skal opleve:

- At blive mødt med respekt.
- At der tages hensyn til den enkeltes livssituation og personlige integritet.
- At der er fokus på at bidrage til at udvikle og bruge borgerens evner og ressourcer, uanset den enkeltes livssituation.

Al hjælp og service skal tage udgangspunkt i den enkeltes situation og behov. Borgere skal opleve, at faglighed og medinddragelse er en selvfølgelighed i samarbejdet med Lyngby-Taarbæk Kommune.

Tidligere: Holdninger og værdier

Handicappolitikens målgruppe

Handicappolitikken er målrettet borgere, der er bevægelses-, sanse-, psykisk eller intellektuelt handicappede.

Et handicap defineres som en varig væsentlig fysisk, psykisk eller intellektuel funktionsnedsættelse, der enten selvstændigt eller i samspil med andre barrierer kan forhindre optimal deltagelse i samfundslivet. Funktionsnedsættelsen medfører et behov for kompensation hos borgeren, hvis denne skal kunne fungere på lige fod med øvrige borgere.

Holdninger og værdier

I Lyngby-Taarbæk Kommunes service over for borgere med et handicap gør en række holdninger og værdier sig gældende.

Respekt for den enkelte

Borgeren skal opleve:

- At blive mødt med respekt.
- At der tages hensyn til den enkeltes livssituation og personlige integritet.
- At der er fokus på at bidrage til at udvikle og bruge borgerens evner og ressourcer, uanset den enkeltes livssituation.

Al hjælp og service skal tage udgangspunkt i den enkeltes situation og behov. Borgere skal opleve, at faglighed og medinddragelse er en selvfølgelighed i samarbejdet med Lyngby-Taarbæk Kommune.

Lige muligheder

Borgeren skal opleve:

- At barrierer bliver nedbrudt, så borgere med et handicap opnår samme muligheder som øvrige borgere.
- At have pligt til at tage ansvar for eget liv.

Lyngby-Taarbæk Kommune tilbyder ydelser og hjælpeforanstaltninger til borgere, som har en funktionsnedsættelse, for at afhjælpe eller begrænse konsekvenserne af den nedsatte funktion mest muligt og hermed sikre så lige muligheder for alle borgere som muligt. At alle borgere skal have lige muligheder indebærer en pligt for borgerne til selv, efter evne, at tage ansvar for eget liv.

Åbenhed

Borgeren skal opleve:

- At blive mødt med åbenhed.
- At rummelighed og forståelse for forskellighed er en selvfølge og gælder for alle kommunens borgere og medarbejdere.

Rummelighed og forståelse for forskelligheder i forhold til levevis, holdninger m.v. er en forudsætning for at kunne hjælpe borgerne. Åbenhed er at se muligheder i stedet for begrænsninger. Åbenhed handler desuden om at være åben for nye idéer og at tænke kreativt og konstruktivt.

Lige muligheder

Borgeren skal opleve:

- At barrierer bliver nedbrudt, så borgere med et handicap opnår samme muligheder som øvrige borgere.
- At have pligt til at tage ansvar for eget liv.

Lyngby-Taarbæk Kommune tilbyder ydelser og hjælpeforanstaltninger til borgere, som har en funktionsnedsættelse, for at afhjælpe eller begrænse konsekvenserne af den nedsatte funktion mest muligt og hermed sikre så lige muligheder for alle borgere som muligt. At alle borgere skal have lige muligheder indebærer en pligt for borgerne til selv, efter evne, at tage ansvar for eget liv.

Åbenhed

Borgeren skal opleve:

- At blive mødt med åbenhed.
- At rummelighed og forståelse for forskellighed er en selvfølge og gælder for alle kommunens borgere og medarbejdere.

Rummelighed og forståelse for forskelligheder i forhold til levevis, holdninger m.v. er en forudsætning for at kunne hjælpe borgerne. Åbenhed er at se muligheder i stedet for begrænsninger. Åbenhed handler desuden om at være åben for nye idéer og at tænke kreativt og konstruktivt.

Sociale netværk

Borgeren skal opleve:

- At der er fokus på at øge livskvaliteten for borgere med et handicap ved at understøtte sociale aktiviteter og relationer.
- At der er fokus på at bidrage til at etablere og understøtte sociale netværk med udgangspunkt i den enkeltes situation, ønsker og interesser.
- At de pårørendes viden, erfaringer og ressourcer inddrages i samarbejde med borgeren, hvor det er hensigtsmæssigt, og når borgeren ønsker det.
- At der er fokus på at skabe dialog med og åbenhed mod civilsamfundet, den frivillige sociale sektor og det almindelige foreningsliv.

Livskvalitet for borgerne handler blandt andet om at indgå i fællesskaber. I tilbud til borgerne lægger Lyngby-Taarbæk Kommune vægt på, at sociale netværk understøttes. Det drejer sig om at bevare eksisterende netværk, men også om at skabe nye kontakter.

Sociale netværk

Borgeren skal opleve:

- At der er fokus på at øge livskvaliteten for borgere med et handicap ved at understøtte sociale netværk og familiemæssige relationer.
- At der er fokus på at bidrage til at etablere og understøtte sociale netværk med udgangspunkt i den enkeltes situation.
- At der er fokus på, at dialog og samarbejde omkring frivilligt socialt arbejde medvirker til at etablere og fastholde sociale netværk.

Livskvalitet for borgerne handler blandt andet om at indgå i fællesskaber. I tilbud til borgere lægger Lyngby-Taarbæk Kommune vægt på, at sociale netværk understøttes. Det drejer sig om at bevare eksisterende netværk, men også om at skabe nye kontakter.

Frivilligt socialt arbejde kan være med til at skabe nye kontakter til glæde for alle parter. Derfor anses det frivillige sociale arbejde som et givende supplement til den kommunale indsats.

Målsætninger

Tilgængelighed

Lyngby-Taarbæk Kommune sikrer tilgængelighed på veje og stier, i parker og andre rekreative områder samt i både offentlige og private bygninger i kommunen. I alle lokalplaner er der fokus på, at byggeri og udearealer udformes under hensyntagen til handicappedes muligheder.

Offentlige transportmidler samt øvrige trafikale forhold i kommunen skal være handicapvenlige.

Den psykiske tilgængelighed sikres ved at have opmærksomhed på borgere med psykiske handicap, hvor tryghed og forudsigelighed er afgørende for tilgængeligheden.

Adgang til information og kommunikation

En lang række nye digitale og teknologiske løsninger vinder i disse år frem, herunder også løsninger der har særlig relevans for borgere med handicap. En del af disse løsninger kan fx bidrage til at lette borgerens adgang til viden og information, skabe grundlag for ny kommunikation mellem borgeren og kommunens medarbejdere, eller i det hele taget gøre borgeren bedre i stand til at tage vare på sin hverdag og mindre afhængig af hjælp. Lyngby-Taarbæk Kommune understøtter denne udvikling, hvor det er muligt og hensigtsmæssigt.

I Lyngby-Taarbæk Kommune er der fokus på, at information til og kommunikation med borgerne sker med hensyntagen til borgernes forudsætninger og forskellighed. Det er således et grundlæggende princip, at der skal være lige adgang til kommunale ydelser, informationer og kommunikation.

Tidligere: Målsætninger

Tilgængelighed

Alle borgere skal sikres fysisk og psykisk tilgængelighed.

Lyngby-Taarbæk Kommune sikrer tilgængelighed på veje og stier, i parker og andre rekreative områder samt i både offentlige og private bygninger i kommunen. I alle lokalplaner er der fokus på, at byggeri og udearealer udformes under hensyntagen til handicappedes muligheder.

Offentlige transportmidler samt øvrige trafikale forhold i kommunen skal være handicapvenlige.

Den psykiske tilgængelighed sikres ved at have opmærksomhed på borgere med psykiske handicap, hvor tryghed og forudsigelighed er afgørende for tilgængeligheden.

Adgang til information og kommunikation

Alle borgere skal sikres lige adgang til information og kommunikation.

Borgerinformation skal være i en form, der er tilgængelig for alle borgere, således at den enkelte har mulighed for, efter evne, at skaffe sig den viden og information, der sætter den enkelte i stand til at kunne tage vare på egen hverdag og være medborger i kommunen.

I udviklingen af digitale selvbetjenings-systemer skal der være fokus på tilgængelighed for alle borgere. Den digitale information udformes i overensstemmelse med statens standarder for tilgængelighed.

Forebyggelse og sundhedsfremme

Alle borgere skal have mulighed for at trives i deres hverdag og leve et sundt og aktivt liv.

Der er fokus på de handicappedes sundhed - fysisk, psykisk og mentalt - da det påvirker den enkeltes trivsel og hverdag. Der er fokus på en tidlig og forebyggende indsats.

Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats tager udgangspunkt i den enkelte handicappedes behov og ressourcer og sker i et samarbejde med den enkelte handicappede og dennes pårørende.

Fritid, idræt og kultur

Alle borgere skal sikres adgang til kommunale fritids-, idræts- og kulturtilbud.

Det tilstræbes at fremme handicappede borgeres mulighed for at dyrke og udvikle fritidsinteresser og sociale netværk, samt at støtte deres deltagelse i kommunens eksisterende fritids-, idræts- og kulturelle tilbud.

Forebyggelse og sundhedsfremme

Alle borgere skal have mulighed for at benytte sig af forebyggende og sundhedsfremmende tilbud.

I den forebyggende og sundhedsfremmende indsats skal der være tilbud, der tager hensyn til de specielle behov, som handicappede har. Der er fokus på en tidlig og opsøgende indsats.

Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats skal være målrettet de forskellige handicapgrupper og skal ske i samarbejde med de pårørende.

Fritid, idræt og kultur

Alle borgere skal sikres adgang til kommunale fritids-, idræts- og kulturtilbud.

For at understøtte et aktivt liv, er der fokus på handicappede borgeres mulighed for at dyrke og udvikle fritidsinteresser og sociale netværk.

Borgere med handicap skal støttes i deres deltagelse i kommunens eksisterende fritids-, idræts- og kulturelle tilbud. Lyngby-Taarbæk Kommune støtter op om særlige initiativer og arrangementer for målgrupper med handicap og bidrager til at finde egnede lokaliteter.

Der er fokus på transportmuligheder for forskellige handicapgrupper til de kommunale fritids-, idræts- og kulturtilbud.

Lokale handicapidrætsforeninger skal støttes, og andre foreninger skal motiveres til at integrere personer med et handicap. Der er fokus på at styrke kommunens samarbejde med frivillige sociale foreninger samt pårørende- og interesseforeninger.

Bolig

Handicappede borgeres særlige behov i forbindelse med valg af bolig skal tilgodeses.

Den handicappede borgers boligbehov skal ses i sammenhæng med den enkeltes familiesituation.

Målsætningen er at kunne tilbyde tidssvarende boliger og boliger, der er placeret i bymiljøer tæt på offentlig transport og indkøbsmuligheder.

Uddannelse og læring

Borgere med handicap skal integreres i eksisterende institutions- og uddannelses tilbud.

For at sikre handicappede borgeres tilknytning til samfundslivet på lige fod med øvrige borgere, er der fokus på handicappede borgeres muligheder for uddannelse og læring.

For at fremme lige muligheder for alle borgere, skal borgere med handicap tilbydes specialundervisning eller specialpædagogisk bistand, når det skønnes nødvendigt.

Unge, der ikke har mulighed for at gennemføre en ordinær ungdomsuddannelse, tilbydes en særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse.

Bolig

Handicappede borgeres særlige behov i forbindelse med valg af bolig skal tilgodeses.

Den handicappede borgers boligbehov skal ses i sammenhæng med den enkeltes familiesituation.

Målsætningen er at kunne tilbyde tidssvarende boliger og boliger, der er placeret i bymiljøer tæt på offentlig transport og indkøbsmuligheder.

Uddannelse og læring

Borgere med handicap skal integreres i eksisterende institutions- og uddannelses tilbud.

For at sikre handicappede borgeres tilknytning til samfundslivet på lige fod med øvrige borgere, er der fokus på handicappede borgeres muligheder for uddannelse og læring.

For at fremme lige muligheder for alle borgere, skal borgere med handicap tilbydes specialundervisning eller specialpædagogisk bistand, når det skønnes nødvendigt.

Unge, der ikke har mulighed for at gennemføre en ordinær ungdomsuddannelse, tilbydes en særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse.

Arbejdsliv

Integration og fastholdelse på arbejdsmarkedet skal primært ske på ordinære vilkår, eventuelt med kompensation i form af arbejdspladsindretning og personlig assistance. Når ansættelse på almindelige vilkår ikke kan lade sig gøre, skal ansættelse på særlige vilkår fremmes.

Lyngby-Taarbæk Kommune samarbejder med virksomhederne i forhold til at understøtte at borgere med handicap sikres mulighed for at deltage på arbejdsmarkedet.

Som arbejdsplads ønsker Lyngby-Taarbæk Kommune at fremme rummelighed og ligestilling. Ved ledige stillinger i kommunens opfordres alle kvalificerede ansøgere uanset handicap til at søge.

Rådgivning og sociale tilbud:

Den specialiserede rådgivning og information, som borgere og pårørende modtager, skal have fokus på muligheder for den enkelte. Borgeren skal inddrages som en aktiv, vidende samarbejdspartner, og rådgivningen skal ske i en åben dialog, der giver den enkelte de bedste muligheder for selv at tage beslutninger og ansvar.

De sociale tilbud skal tilgodese den enkeltes behov, og der skal tilbydes fleksible ydelser med fokus på sammenhæng og helhed i indsatsen. De sociale tilbud skal understøtte den enkeltes muligheder for at leve en selvstændig tilværelse som borger inkluderet i sociale og samfundsmæssige sammenhænge.

Arbejdsliv

Borgere med handicap skal sikres mulighed for deltagelse på arbejdsmarkedet.

Integration og fastholdelse på arbejdsmarkedet skal primært ske på ordinære vilkår, eventuelt med kompensation i form af arbejdspladsindretning og personlig assistance. Når ansættelse på almindelige vilkår ikke kan lade sig gøre, skal ansættelse på særlige vilkår fremmes.

Lyngby-Taarbæk Kommune samarbejder med kommunens handicaporganisationer og -institutioner i indsatsen for at sikre handicappede borgeres tilknytning til arbejdsmarkedet.

Lyngby-Taarbæk Kommune er en rummelig arbejdsplads. Det gælder til enhver tid, at jobbet ses i sammenhæng med ansøgers kvalifikationer og ressourcer.

Rådgivning og sociale tilbud:

Den kommunale rådgivning og de sociale tilbud skal være af højeste kvalitet og tilpasset den enkelte borgers behov.

Den specialiserede rådgivning og information skal have fokus på tilbud og muligheder for den enkelte. Rådgivningen skal ske i en åben dialog og sikre, at den enkelte har det bedst mulige udgangspunkt for selv at tage beslutninger og dermed tage ansvar for eget liv. De pårørende inddrages, hvis borgeren ikke selv er i stand til at deltage eller søge indflydelse.

De sociale tilbud skal tilgodese den enkeltes behov, og der skal ydes individuel og fleksibel hjælp til alle aldersgrupper. Rådgivningen og de sociale tilbud skal understøtte den enkeltes muligheder for at leve en selvstændig og udviklingsorienteret tilværelse. Samtidig skal borgeren opleve

rådgivning og tilbud som sammenhængende og helhedsorienteret.

Kommunikationen mellem borgeren og Lyngby-Taarbæk Kommune skal være let og tilgængelig. Det sker ved brug af vidensdatabaser og it-selvbetjeningsmuligheder.



2. ANSLÅET REGNSKAB 2015

pr. 30.06.2015

Halvårsregnskab 2015

20. august 2015

J.nr. 20150710013

INDHOLD

	side
Hovedoversigt	3
Bemærkninger til hovedoversigt	5
Konsekvenser for årene 2016-19	8
Driftsvirksomheden	9
Sammendrag af driftsvirksomhed	10
Bemærkninger til aktivitetsområderne (drift)	11
Tekniske omplaceringer mellem aktivitetsområder.....	39
Anlægsvirksomheden	41
Sammendrag af anlægsvirksomhed	42
Investeringsoversigt 2015 (specificeret anlægsforbrug).....	43
Bemærkninger til anlægsvirksomhed og ejendomssalg.....	49
Renter og finansiering	55
Balanceforskydninger	57
Likviditetsafrapportering	59
Regnskabsopgørelse	*
Regnskabsoversigt	*

* Under udarbejdelse

HOVEDOVERSIGT

Hovedoversigten giver et summarisk overblik.

Oversigten er opdelt i:

- A. Driftsvirksomhed
- B. Anlægsvirksomhed
- C. Ejendomssalg
- D. Renter
- E. Finansiering
- F. Finansforskydninger
- G. Afdrag på lån
- H. Optagelse af lån

Indtægter er markeret med minus (-) foran beløbet.

HOVEDOVERSIGT

1.000 kr. netto

	OPR. BUDGET 2015	Overf. 3.AR14	Overførsler 2014/15	Løn -0,6%	1. ans. regnsk.	KMB- beslutt.	Tekn. omplac.	Tillægs- bevilling 2015	KORR. BUDGET 2015	2. ans. regnskab 2015	AFVIG- ELSE Korr.bud.
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(5)	(6)	(7)=(2-6)	(8)=(1+7)	(9)	(10)=(9-8)
A. DRIFTSVIRKSOMHED	3.092.690	24.610	22.477	-9.497	-19.920	17.584	678	35.933	3.128.623	3.144.393	15.770
Børne- og Ungdomsudvalget	857.628	4.535	6.181	-4.441	5	-6.780	-249	-749	856.879	861.319	4.440
Kultur- og Fritidsudvalget	59.663		1.766	-226		67	-410	1.198	60.860	60.860	
Social- og Sundhedsudvalget	1.052.951	300	150	-2.933	8.694	1.489	-112	7.588	1.060.539	1.068.144	7.605
Teknik- og Miljøudvalget	108.722	7.200	432	-286	600		-2.390	5.555	114.277	117.202	2.925
Økonomiudvalget	554.859	12.575	13.801	-1.451	-24.395	23.971	6.540	31.040	585.899	587.261	1.362
Erhvervs- og Beskæftigelsesudvalget	458.867		147	-159	-4.824	-1.163	-2.700	-8.699	450.167	449.605	-562
Forventede overførsler 15/16									-40.000	-40.000	
B. ANLÆGSVIRKSOMHED	171.122	31.575	35.843		-40.674	88.925	-348	115.321	286.443	256.241	-30.202
Børn og Ungdom	21.189	9.291	-181		-17.285	10.062	-86	1.801	22.990	21.096	-1.894
Kultur og Fritid	25.422	17.571	-3.463		-14.492	24.171	-184	23.603	49.025	43.036	-5.989
Social og Sundhed	9.409	2.300	15.549		-8.884	48.200	-35	57.131	66.539	73.030	6.491
Teknik og Miljø	39.698	1.510	3.945		4.440	9.952	-19	19.828	59.526	51.624	-7.902
Økonomi	75.404	903	19.993		-4.453	-3.460	-24	12.958	88.362	67.454	-20.908
Forventede overførsler 15/16											
C. EJENDOMSSALG	-60.488	-34.110	211		4.019	-153.400	-0	-183.280	-243.767	-229.012	14.755
DRIFT OG ANLÆG I ALT	3.203.324	22.075	58.532	-9.497	-56.574	-46.891	330	-32.026	3.131.299	3.131.622	323
D. RENTER	-612		-0			-1.340	-400	-1.740	-2.352	873	3.225
E. FINANSIERING	-3.176.830			9.497			71	9.567	-3.167.263	-3.182.145	-14.882
Udligningsordninger	368.346			9.497			71	9.567	377.914	363.602	-14.312
Skatter	-3.545.177								-3.545.177	-3.545.747	-570
F. FINANSFORSKYDNINGER	19.112		86.611		74.139	-46.500		114.250	133.362	88.899	-44.463
G. AFDRAG PÅ LÅN	45.203	-3.200	3.200			93.943		93.943	139.146	139.146	
H. OPTAGELSE AF LÅN	-3.000		-84.155					-84.155	-87.155	-87.155	
BEVÆGELSE I LIKVIDER	87.197	18.875	64.188	-0	17.565	552	0	99.840	147.037	91.240	-55.797
Likvide midler primo	260.900							-	391.861	391.861	
Bevægelse i 2015	-87.197							-	-147.037	-91.240	55.797
Kursregulering											
LIKVIDE MIDLER ULTIMO	173.703							-	244.824	300.621	55.797

Bemærkninger til hovedoversigt

Generelt

Samlet er der tale om et 2. anslået regnskab 2015 der giver en samlet forværring på drift, anlæg og ejendomssalg på 0,3 mio. kr. Forværringen skal endvidere ses i lyset af, at der overføres anlægsprojekter/ejendomssalg på -15,4 mio. kr. til 2016. Korrigeres herfor er der tale om en forværring på 15,7 mio. kr.

Derudover er der tale om balanceforskydninger på ca. -45 mio. kr. som følge af ændret afregning af A-skat.

Det skal bemærkes, at 2. anslået regnskab 2015 er opgjort pr. 30.6.2015 og således er eksklusiv konsekvenserne af mødesager i august 2015.

I nedennævnte er der nærmere redegjort for afvigelserne inden for de enkelte hovedområder.

Driftsvirksomheden (A)

Totalt set forventes der merudgifter på 15,8 mio. kr.

Den største del af budgetafvigelsen vedrører Udsatte børn, Omsorg, Trafikanlæg, byggesagsgebyrer samt Integration. Omvendt er der en forbedring på dels skoleområdet (kommunale specialskoler), dels beskæftigelsesområdet. Beskæftigelsesudgifterne ligger dog uden for serviceudgifterne.

Inden for udsatte børn forventes merudgifter på 8,1 mio. kr.

Merforbruget ligger ud over den tillægsbevilling på 3,9 mio. kr., der blev lagt ind ved 1. anslået regnskab 2015, og skal ses i lyset af et markant stigende antal underretninger, og et afledt stigende sagsantal, idet flere børn og unge modtager foranstaltninger.

Indenfor omsorg skønnes et merforbrug i 2015 på 7,4 mio. kr.

Der er dels tale om et merforbrug på hjælpemidler på 3,0 mio. kr. samt en manglende teknisk regulering af budgettering i forbindelse med, at antallet af plejehjemsboliger på Bredebo rent faktisk er 100 og ikke de budgetterede 96, svarende til en merudgift i 2015 på 2,5 mio. kr. Herudover er der indlagt 0,8 mio. kr. til demografiregulering som følge af den nye befolkningsprognose. Endelig er der en merudgift på Fritvalgsområdet og på hjemmesygeplejen på 7,0 mio. kr. Modsat er der et mindreforbrug på -5,9 mio. kr. vedr. Køb og salg af plejehjemspladser.

På trafikanlæg bliver betalingerne til Movia 2,9 mio. kr. højere end budgetteret, dels som følge af merudgifter til den ordinære drift, dels udgifter til en voldgiftssag som DSB og Metroselskabet vandt over Movia.

På byggesagsbehandlingen blev der iværksat en ny gebyrstruktur fra 1. januar 2015. Det medførte en nedskrivning af budgettet med 2,3 mio. kr. Beregningsforudsætningen for de 2,3 mio. var imidlertid ikke korrekt, hvorfor der skal ske en yderligere nedsættelse på 2 mio. kr.

På integration forventes udgifter på ca. 5 mio. kr. til introduktionsprogram og introduktionsydelse i konsekvens af den øgede tilgang af flygtninge, jf. den aftalte kvote på 97 nye flygtninge i 2015. Omvendt er der under "Renter og finansiering" medtaget et ekstraordinært integrationstilskud til flygtninge samt tilskud til boliginvestering til flygtninge på samlet på 2,7 mio. kr.

Mindreudgifterne på skoleområdet på -3,0 mio. kr. skyldes færre udgifter på kommunale specialskoler som følge af inklusionsindsatsen i LTK's egne skoler og tilbud.

På beskæftigelsesområdet forventes mindreudgifter i 2015 på netto -5,5 mio. kr., primært som følge af mindreudgifter på førtidspension og revalideringsydelse.

F.s.v.a. afvigelser på de øvrige områder henvises til de specificerede bemærkningerne til disse.

Bemærkninger til hovedoversigt

Anlægsvirksomheden (B)

Den samlede anlægsportefølje for 2015 udgør 286,4 mio. kr. (inkl. ejendomskøb) efter at der er genbevilliget overførsler fra 2014 til 2015, indarbejdet konsekvenser af 1. anslået regnskab 2015 samt en række politiske mødesager.

En gennemgang af den nuværende anlægsportefølje viser, at der p.t. vil være et behov for anlægsforskydninger fra 2015 til 2016 på 30,2 mio. kr., heraf bl.a. Lindegårdsskolen, Byudvikling og "Liv i Lundtofte".

Ejendomssalg (C)

Budgettet for ejendomssalg er på 243,8 mio. kr. Der forventes p.t. indtægter på 229,0 mio. kr., idet to ejendomme først forventes solgt i 2016.

Renter og Finansiering (D+E)

Inden for renter og finansiering forventes samlet en forbedring på -11,6 mio. kr., fordelt med en forværring på renter på 3,2 mio. kr. som følge af primært kurstab i forbindelse med udtrukne obligationer, en forbedring på tilskud og udligning på -14,3 mio. kr. som henføres til at det i kommuneaftalen er aftalt, at der inden for tilskud/udligning ikke foretages midtvejsregulering samt en forbedring på skatter som følge af kompensation for tilbagebetaling af grundskyld i 2014.

Der foretages dog midtvejsregulering af henholdsvis Beskæftigelsestilskud (-5,4 mio. kr.) og Parkeeringsindtægter (2,5 mio. kr.).

Det skal dog bemærkes, at SKAT har foretaget nedsættelser af ejendomsvurderingerne af en lang række ejendomme. En række af disse er blevet behandlet i 2014, og konsekvenserne heraf er indregnet i regnskab 2014. Der resterer dog stadigvæk en stor del sager, og konsekvenserne heraf vil indgå i de anslåede regnskaber i takt med behandlingen af de enkelte sager.

Balanceforskydninger (F+G+H)

Inden for balanceforskydninger var der i 1. anslået regnskab 2015 forventet balanceforskydninger som følge af ændret afregning af A-skat. A-skatten blev i 1. halvår ikke længere afregnet den 1. i den kommende måned men i stedet for den sidste hverdag i måneden, hvilket betød 13 afregninger i 2015. SKAT har efterfølgende annulleret den ændrede afregning, hvorfor balanceforskydningen tilbageføres.

Konsekvenser for budgetårene 2016-19

Forvaltningen har inden for de enkelte hovedområder opgjort konsekvenserne af afvigelserne i budgetårene 2016-19. Resultaterne er vist på side 8.

Det skal bemærkes, at en del af forværringen på driftsvirksomheden rækker ind i overslagsårene.

Likviditetsudviklingen

I dette anslåede regnskab forventes en ultimobeholdning 2015 på 300,6 mio. kr. I forhold til det oprindelige budget 2015 (173,7 mio. kr.) er der tale om en forbedring på 126,9 mio. kr.

En mindre del af forbedringen i 2015 (15 mio. kr.) vil dog blive modsvaret af en forværring i 2016, idet hovedparten af forbedringen skyldes overførsel af anlægsmidler til 2016.

I særskilt afsnit i redegørelsen er vist kommunens likviditetsudvikling i 2015.

Bemærkninger til hovedoversigt

Servicerammen

Mio. kr.	
Serviceudgiftsramme 2015	2.442,6
Serviceudgifter budget 2014	2.406,5
Overførsler 2014-15, service	47,0
Forventet overførsel 2015-16 (skønnet)	-40,0
Sager, tekniske korrektioner m.m.	27,9
2. anslået regnskab 2015	20,7
Serviceudgifter i alt pr. 30.6.2015	2.462,1
Overholdelse af serviceramme	-19,5

KONSEKVENSER FOR ÅRENE 2016-19

1.000 kr. netto

	2016	2017	2018	2019
Driftsvirksomhed				
BØRNE- OG UNGDOMSUDVALGET.....				
Uddannelse og pædagogik.....				
- Klubber.....	-900	-900	-900	-900
Udsatte børn.....	8.140	8.140	8.140	8.140
SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGET.....				
Træning og omsorg.....	2.150	1.180	900	1.450
Handicappede og sociale indsatser.....				
Sundhed.....	-2.000	-2.000	-2.000	-2.000
TEKNIK- OG MILJØUDVALGET.....				
Grønne områder og kirkegårde samt trafik.....				
- Trafikanlæg mv.	5.173	1.438	1.438	1.438
ØKONOMIUDVALGET.....				
Administration.....	2.362	2.562	2.062	2.062
Kommunale ejendomme.....	900			
ERHVERVS- OG BESKÆFTIGELSESDV.....				
Beskæftigelse.....	-2.062	-2.062	-2.062	-2.062
Ydelser og overførsler.....	4.000	4.000	4.000	4.000
Nettodriftsområder i alt.....	17.763	12.358	11.578	12.128
Anlæg i alt.....	-9.863	-15.445	53.490	2.018
Ejendomssalg i alt.....	-15.005			
Balanceforskydninger.....		9.900	-9.900	
SAMLET KONSEKVENS.....	-7.105	6.813	55.168	14.146

DRIFTSVIRKSOMHED

BEMÆRKNINGER

SAMMENDRAG AF DRIFTSVIRKSOMHED

1.000 kr. netto

Driftsvirksomhed	OPR. BUDGET 2015	3.AR 2014	Over- førsler 2014/15	Løn -0,6%	1. ans. regnsk.	KMB- be- slutn.	Tekn. omplac.	Tillægs- bevilling 2015	Korr. budget 2015	Forbrug 30.6	Forbrug pct.	2. ans. regnskab 2015	Afvig- else korr.bud.
BØRNE- OG UNGDOMSUDV.....													
Uddannelse og pædagogik.....													
- Skoler.....	505.673	4.230	6.489	-2.583	-2.435	-4.139	-231	1.331	507.004	240.746	47,5%	504.004	-3.000
- Dagtilbud.....	252.315		-238	-1.541	-1.624	-2.414	105	-5.712	246.603	135.764	55,1%	246.603	
- Klubber.....	14.824	305	-69	-156		-227	676	529	15.353	8.870	57,8%	14.653	-700
Udsatte børn.....	84.816			-161	4.064		-800	3.103	87.919	48.119	54,7%	96.059	8.140
KULTUR- OG FRITIDSUDV.....													
Fritid og Kultur.....													
- Fritid.....	8.300		20	-78			138	81	8.380	5.098	60,8%	8.380	
- Idræt.....	1.962			-3			0	-3	1.958	862	44,0%	1.958	
- Folkeoplysning.....	14.075		724					724	14.799	10.263	69,3%	14.799	
- Bibliotek.....	31.115		282	-132		-100	-397	-347	30.768	14.967	48,6%	30.768	
- Kultur.....	4.211		741	-13		167	-151	744	4.955	1.746	35,2%	4.955	
SOCIAL- OG SUNDHEDSUDV.....													
Sundhed og Omsorg.....	791.867	300	1.594	-2.085	5.818	1.783	-58	7.351	799.218	388.007	48,5%	806.823	7.605
Handicappede og Soc. indsatser.....	261.084		-1.444	-848	2.876	-294	-54	237	261.321	133.620	51,1%	261.321	
TEKNIK- OG MILJØUDV.....													
Grønne områder og kirkegårde samt trafik.....													
- Grønne områder og kirkegårde.....	30.519		-1.320	-180			-2.390	-3.890	26.629	15.869	59,6%	26.629	
- Trafikanlæg mv.	73.388	7.200	-164	-94	600	200	86	7.828	81.216	41.989	51,7%	84.141	2.925
Miljø og natur.....	4.815		1.916	-13		-200	-86	1.617	6.432	2.177	33,8%	6.432	
ØKONOMIUDV.....													
Beredskab.....	14.544		561	-8	285		198	1.035	15.579	8.764	56,3%	15.579	
Administration.....	347.781		5.310	-1.134	-2.360	3.867	20.449	26.132	373.913	180.911	48,4%	376.175	2.262
Puljebeløb.....	32.604	1.400	2.407	-16	-26.615	12.825	-11.077	-21.075	11.529	411	3,6%	11.529	
Kommunale ejendomme.....	159.931	11.175	5.522	-293	4.295	7.279	-3.030	24.948	184.878	67.765	36,7%	183.978	-900
ERHVERV- OG BESKÆFTIG.UDV...													
Beskæftigelse.....	286.157			-159	1.176	-1.335	-2.700	-3.018	283.138	134.496	47,5%	283.076	-62
Ydelser og overførsler.....	170.327		40		-6.000	172	0	-5.788	164.539	78.945	48,0%	164.039	-500
Erhverv.....	2.383		107				0	107	2.490	1.889	75,9%	2.490	
Nettodriftsområder i alt.....	3.092.690	24.610	22.477	-9.497	-19.920	17.584	678	35.933	3.128.623	1.521.278	48,6%	3.144.393	15.770

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

BØRNE- OG UNGDOMSUDVALGET

DRIFTSVIRKSOMHED

Aktivitetsområde: **UDDANNELSE OG PÆDAGOGIK - SKOLER**

AFVIGELSER

1.000 kr. netto	Korr. Budget 2015	Afvigelse ift. korr. Budget 2015 og BF2016-19				
		2015	2016	2017	2018	2019
Folkeskoler	336.867					
Fællesudgifter for kommunens samlede skolevæsen	3.997					
Syge- og hjemmeundervisning	501					
Pædagogisk psykologisk rådgivning mv.	8.525					
Skolefritidsordninger	33.890					
Befordring af elever i grundskolen	336					
Specialundervisning i regionale tilbud	3.124					
Kommunale specialskoler	67.724	-3.000				
Bidrag til statslige og private skoler	30.315					
Efterskoler og ungdomskostskoler	5.415					
Ungdommens Uddannelsesvejledning	4.415					
Produktionsskoler	1.774					
Teatre	285					
Ungdomsskolevirksomhed	7.522					
Motorikhuset	2.490					
I alt	507.180	-3.000	0	0	0	0

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

Kommunale specialskoler

Der forventes samlet et mindreforbrug på kommunale specialskoler svarende til -3,5 mio. kr.

Heraf indarbejdes -3,0 mio. kr. i 2. AR, da det forudsættes, at ca. 0,5 mio. kr. skal bruges til finansiering af en femte modtageklasse på Lindegårdsskole i 2015 – jf. BUU udvalgssag august 2015.

Det samlede mindreforbrug dækker følgende afvigelser:

Kommunal Specialundervisning - Køb

Gennemsnitsomkostningen pr. tilbud til specialskole er ca. 0,36 mio. kr. Der er visiteret svarende til 28 helårspladser til tilbud i andre kommuner, hvilket giver en forventet udgift på ca. 10,0 mio. kr.

Gennemsnitsomkostningen pr. tilbud til specialtilbud vedr. fritidsdelen er ca. 0,21 mio. kr. Der er 7 helårselever visiteret til tilbud i andre kommuner, hvilket giver en forventet udgift på ca. 1,5 mio. kr.

Inklusive udgifter til kørsel på 1,8 mio. kr. er de samlede forventede udgifter til køb af kommunal specialundervisning derved (10 mio. kr. + 1,5 mio. kr. + 1,8 mio. kr.) = 13,3 mio. kr.

Det korrigerede budget til køb af pladser udgør ca. 18,7 mio. kr. - der forventes derfor et samlet mindreforbrug på køb af specialundervisning på ca. -5,4 mio. kr.

Kommunal Specialundervisning - Salg

Der forventes et fald i indtægterne vedrørende salg af kommunal specialundervisning på ca. 0,15 mio. kr. På området er der en indtægtsforventning på ca. 5,4 mio. kr. Gennemsnitsprisen pr. solgt plads (skole+fritid) er ca. 0,58 mio. kr. Der sælges 9 helårspladser, hvilket giver en forventet indtægt på ca. 5,25 mio. kr.

Dag og døgntilbud

På området for køb af døgn og dagtilbud er der en forventet merudgift på ca. 1,7 mio. kr. Budgettet udgør ca. 6,1 mio. kr. Gennemsnitsomkostningen pr. tilbud er ca. 0,24 mio. kr. Der er 32,5 helårselever visiteret til tilbud, hvilket giver en forventet udgift på ca. 7,8 mio. kr.

BØRNE- OG UNGDOMSUDVALGET

DRIFTSVIRKSOMHED

Aktivitetsområde: **UDDANNELSE OG PÆDAGOGIK - SKOLER**

ØVRIGE BEMÆRKNINGER

Nedbringelse af akkumuleret merforbrug på Trongårdsskolen

Der er indgået aftale med ledelsen på Trongårdsskolen om, at skolens akkumulerede merforbrug i 2011 skal afvikles endeligt i 2015, svarende til ca. 1,2 mio. kr. Skolen har udarbejdet en særlig handleplan for regnskab 2015 og vil på baggrund heraf nedbringe merforbruget i 2015 med 1. mio. kr. Ved 2. AR forventes Trongårdsskolens regnskab i 2015 at udvise et regnskab i balance, i overensstemmelse med handleplanen.

AFVIGELSER

1.000 kr. netto	Korr. Budget 2015	Afvigelse ift. korr. Budget 2015 og B2016-19				
		2015	2016	2017	2018	2019
Klubberne - fællesområdet	-8.209	-700	-900	-900	-900	-900
Klubberne, inkl. Club 10	22.405					
Taarbæk Fritidscenter	1.156					
I alt	15.353	-700	-900	-900	-900	-900

+ = Merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

Klubberne - fællesområdet

Mellemkommunale betalinger

Det samlede budget til mellemkommunale betalinger udgør netto -0,4 mio. kr. Samlet forventes en nettoindtægt på ca. -1,0 mio. kr. i 2015, svarende til et mindreforbrug på ca. -0,6 mio. kr. Mindreudgiften skal bl.a. ses i lyset af nye principper for den mellemkommunale afregning på klubområdet, idet klubberne nu drives efter folkeskoleloven. Der afregnes nu efter antallet af indmeldte pr. 5. september og ikke faktisk ind- og udmeldelsesdato – der er derfor også fortsat usikkerhed om afregning for skoleåret 2015/16. Det er imidlertid forventningen, at der også her vil være mindreforbrug, hvorfor rammen foreløbig reduceres med -0,4 mio. kr. årligt. I 2014 var der et mindreforbrug vedrørende mellemkommunale betalinger på -0,5 mio. kr.

Budgetoverskud vedrørende implementering af ny klubstruktur

På Økonomiudvalgets møder i maj og juni 2014 blev der afsat 1,4 mio. kr. i 2015 og frem til finansiering af den nye klubstruktur, herunder ny ledelsesstruktur og indførelsen af søskenderabatter. Heri indgik bl.a. budget til opretholdelse af en central medarbejder på klubområdet (områdelederen). På Børne- og Ungdomsudvalgets møde i juni 2014 blev det imidlertid besluttet, at en central medarbejder på ungeområdet – ungekoordinatoren – ikke skal finansieres via klubområdet. Midlerne hertil afsættes i stedet via inklusionspuljen, jf. Børne- og Ungdomsudvalget i august 2014. Den nye ledelsesstruktur på området er nu implementeret. Der forventes herefter et budgetoverskud på -0,5 mio. kr. årligt. – dog kun -0,3 mio. kr. i 2015 som følge af ekstraordinære udgifter i forbindelse med en klubleder har fratrukket sin stilling. Budgetrammen på klubområdet tilpasses i overensstemmelse hermed.

ØVRIGE BEMÆRKNINGER

Prognoserne for indskrivningen tyder på, at det også i 2015 vil blive en udfordring for klubberne, at tilpasse forbruget til aktiviteten – også selvom der er mindreforbrug på fællesområdet.

Der er to særlige udfordringer i forhold til det forventede regnskab for klubberne:

- *Prognose for indskrivningen.* Prognoser for indskrivningen viser, at der også i 2015 kan forventes en generel mindreindskrivning – men problemstillingen er væsentlig mindre end i 2014. I en prognose for udviklingen i indskrivning viser, at der vil blive en mindreindskrivning i fritidsklubber på 38 pladser, og merindskrivning i ungdomsklubber på 23 pladser. Klubbernes budgetter vil herefter skulle nedskrives med ca. 0,2 mio. kr. Efter indskrivningen af de nye børn i fritids- og ungdomsklub 1. maj er den generelle mindreindskrivning således mindre end forventet i starten af året.
- *Tilpasning af aktivitet til den lavere indskrivning.* Klubberne skal tilpasse aktiviteten til dels den lavere normering i 2015, dels eventuel mindreindskrivning i løbet af 2015, jf. ovenfor. Med en lineær fremskrivning af klubbernes forbrug i det første 7 måneder, vil klubberne (inkl. Taarbæk Fritidscenter), få et decentralt merforbrug på 1,9 mio. kr. før afregning af mindreindskrivning – og 2,1 mio. kr. efter afregning af mindreindskrivning. Det samlede merforbrug på området dækker over klubber med både mer- og mindreforbrug. I forhold til prognosen ved 1. anslået regnskab er der tale om en forbedring på 2,2-3,0 mio. kr. afhængig af de her fremlagte prognosemodeller. [Til Direktionen: Ud af den samlede forbed-

BØRNE- OG UNGDOMSUDVALGETS UDVALGET

DRIFTSVIRKSOMHED

Aktivitetsområde: **UDDANNELSE OG PÆDAGOGIK - KLUBBER**

ring vedrører 0,75 mio. kr. at to skoler har overført budget fra skole/SFO området til klubområdet. Omplaceringerne skal ses i lyset af, at skolelederne har fået det samlede ansvar for økonomien på skole, SFO og klub – herunder at personalet i videre omfang nu varetager opgaver på tværs mellem områderne. Der bør fremover fastsættes retningslinjer for skoleledernes adgang til at flytte budget mellem de tre områder.]

Klubberne blev en del af skolernes organisation 1. august 2014. 2014 blev anset som et overgangsår, hvor ansvaret for klubbernes økonomi var placeret på centralt niveau. Et merforbrug i klubberne på 3,2 mio. kr. blev derfor finansieret af mindreforbrug på fællesområderne på klubområdet og skoleområdet. Klub Lyngbys økonomi blev herefter afsluttet med udgangen af 2014 og ansvaret er pr. 1. januar 2015 overgået til de enkelte skoler. Uanset et eventuelt mindreforbrug på fællesområdet vil merforbrug på klubberne efter de almindelige styringsprincipper skulle finansieres inden for egne decentrale budgetrammer.

BØRNE- OG UNDGDOMSUDVALGET

DRIFTSVIRKSOMHED

Aktivitetssområde: **UDDANNELSE OG PÆDAGOGIK - DAGTILBUD**

AFVIGELSER

1.000 kr. netto	Korr. Budget 2015	Afvigelse ift. korr. Budget 2015 og BF2016-19				
		2015	2016	2017	2018	2019
Teatre	421					
Fælles formål	36.608	391				
Dagpleje	16.617	-1.711				
Daginstitutioner	175.469	2.520				
Særlige dagtilbud og særlige klubber	4.670	-1.200				
Tilskud til Puljeordninger og privatinstitutioner	12.817					
I alt	246.602	0	0	0	0	0

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

Fælles formål (0,4 mio. kr.)

- Kapacitetspuljeoverskuddet forventes at udgøre et mindreforbrug på -1,9 mio. kr.
- Foreløbig prognose for lønudgifter på fællesområdet 2015 viser et merforbrug på 0,4 mio. kr.
- På støttepædagogområdet er der et merforbrug på 4,1 mio. kr. Merforbruget skal ses i sammenhæng med mindreforbruget på -1,2 mio. kr. og -1,7 mio. kr. på hhv. særlige dagtilbud §32 og dagplejen. Mindreforbrug på særlige dagtilbud §32 og dagplejen relaterer sig til en gradvis opgaveflytning til støttepædagogområdet. Det samlede mindreforbrug på de to områder flyttes derfor til støttepædagogområdet, der efter tilpasningen kommer ud med et prognosticeret merforbrug på 1,2 mio. kr.
- Der forventes et merforbrug på 0,7 mio. kr. på en diverse pulje, der anvendes til betaling af decentrale netværksforbindelser, software licenser samt tolkeregninger.
- I forhold til Mellemkommunale betalinger forventes en netto merindskrivningsindtægt på -1,5 mio. kr. Da budgettet er på 1,7 mio. kr., forventes der samlet set et mindreforbrug på -3,2 mio. kr.
- Belægningsregnskabet forventes at komme ud med en merindskrivningsudgift på 0,3 mio. kr.

Dagpleje (-1,7 mio.kr.)

- Foreløbig prognose for 2015 viser et mindreforbrug på -1,7 mio. kr. Dagplejens budgetoverskud har været flerårigt, hvilket bl.a. betød at 2014 budgettet blev reduceret med 3,0 mio. kr. Det reducerede mindreforbrug i 2015, set ift. 2014, skal ses i sammenhæng med at dagplejens budget er blevet reduceret med 1,0 mio. kr. ifm. de godkendte effektiviseringsforslag for budget 2015 – 2018.

Daginstitutioner (2,5 mio. kr.)

- De enkelte institutioners mer- eller mindreforbrug i 2015 er beregnet ud fra en simpel lineær fremskrivning og ud fra denne fremskrivning kommer institutionerne ud med et merforbrug på 6,0 mio. kr. Det vurderes dog, at de fleste institutioner ved årets udgang vil holde sig inden for grænserne +/- 5%, og at institutionerne samlet set vil komme ud af 2015 med et forbrug der balancere med budgettet.
- Forældrebetaling, søskende tilskud og fripladstilskud: Foreløbig prognose viser et merforbrug på 2,5 mio. kr. Der var et merforbrug i 2014 på 1,4 mio. kr.

Særlige dagtilbud §32 (-1,2 mio. kr.)

- Foreløbig prognose viser et mindreforbrug på -1,2 mio. kr. Særlige dagtilbud har historisk set vist sig svært styrbart.

BØRNE- OG UNGDOMSUDVALGET

DRIFTSVIRKSOMHED

Aktivitetsområde: **UDDANNELSE OG PÆDAGOGIK - DAGTILBUD**

ØVRIGE BEMÆRKNINGER

Bruttobevilling ifm. pulje til mere pædagogisk personale i dagtilbud"

- Dagtilbudsområdet har modtaget 2,6 mio. kr. i fm. puljen til mere pædagogisk personale i dagtilbud bevilget af Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold. Bevillingsmæssigt er der tale om en 0-bevilling, idet der skal ansøges om en indtægtsbevilling og en udgiftsbevilling på 2,6 mio. kr. i 2015 og igen i 2016.

På Børne- og Ungdomsudvalgets møde 26. februar 2015 godkendte udvalget at de afsatte midler søges indenfor kategorien "bedre normering i ydertimerne". Udvalget godkendte endvidere, at forældrebetalingssandelen først justeres fra 2017, hvor puljen gives permanent til landets kommuner i fm. Lov og cirkulæreprogrammet.

BØRNE- OG UNGDOMSUDVALGET

DRIFTSVIRKSOMHED

Aktivitetssområde: **UDSATTE BØRN**

AFVIGELSER

1.000 kr. netto	Korr. Budget 2015	Afvigelse ift. korr. Budget 2015 og B2016-19				
		2015	2016	2017	2018	2019
Indtægter fra den centrale refusionsordning	-5.132	-476	-476	-476	-476	-476
Særlige klubtilbud	1.683	139	139	139	139	139
Plejefamilier og opholdssteder	27.651	1.951	1.951	1.951	1.951	1.951
Forebyggende foranstaltninger	20.038	1.546	1.546	1.546	1.546	1.546
Døgninstitutioner	19.737	4.333	4.333	4.333	4.333	4.333
Sikrede døgninstitutioner	1.687	507	507	507	507	507
Rådgivning og rådgivningsinstitutioner	130	-129	-129	-129	-129	-129
Ledsageordninger	1	13	13	13	13	13
Kontantydelse	9.158	255	255	255	255	255
Flygtninge	0	0	0	0	0	0
Udsatte børn - myndighed i alt	74.951	8.140	8.140	8.140	8.140	8.140
Gl. Vartov	2.186	0	0	0	0	0
Forebyggelsescentret	10.783	0	0	0	0	0
Udsatte børn - udfører i alt	12.968	0	0	0	0	0
Udsatte børn i alt	87.919	8.140	8.140	8.140	8.140	8.140

+ = merudgift/mindreindtægt
 - = mindreudgift/merindtægt

Ved udgangen af 2. kvartal 2015 forventes der et merforbrug på 8,1 mio. kr. på aktivitetssområdet Udsatte børn i forhold til det korrigerede budget, dvs. ud over de 3,9 mio. kr., der blev lagt ind ved 1. anslået regnskab 2015.

Årsagen til merforbruget er bl.a. stigende sagsantal, jf. ledelsesinformation, som i 2014 og 2015 viser, at der er et stigende antal underretninger siden "Overgrebspakkens" implementering i oktober 2013. Sagerne har både karakter af lettere rådgivnings- og vejledningsforløb samt behov for foranstaltninger af mere indgribende karakter, med deraf afledte udgifter. Herudover er nogle af de eksisterende sager blevet mere alvorlige og komplekse med et tilsvarende højere udgiftsniveau end tidligere estimeret.

Der har på området været en række større lovændringer herunder Barnets reform fra 2011 og Overgrebspakken fra 2013, der begge skærpede kravene til myndighedsarbejdet og et øget fokus på underretningspligten. Den skærpede underretningspligt har medført et stigende antal underretninger vedr. bekymringer for børn og unge, og flere børn modtager foranstaltninger.

Der har i 2015 været flere børn/unge end tidligere, hvor det har været nødvendigt med længerevarende individuelle projekthanbringelser, hvor indsatsen har været af mere intensiv karakter og længere varighed, da barnets/den unges problemstillinger ikke har kunnet håndteres på traditionelle pædagogiske opholdssteder. Dette forventes alene i 2015 at resultere i et samlet udgiftsniveau på kr. 7,9 mio. kr.

Ovenstående er børn/unge, der enten tidligere har været i mindre indgribende foranstaltninger, hvor foranstaltningen er brudt sammen eller børn/unge, som forvaltningen ikke har haft kendskab til. Dette var ikke muligt at estimere ved 1. anslået regnskab.

Herudover er der generelt flere komplicerede handicapsager, hvor barnet/den unges handicap er komplekst og med flere diagnoser.

Merforbruget ligger hovedsageligt på Plejefamilier og opholdssteder, Forebyggende foranstaltninger og Døgninstitutioner. Jf. tabel 1 er antallet af årsværk, på disse udgiftstunge foranstaltninger, steget fra 2013 til 2015 med 39 årsværk. I samme periode er udgifterne på de samme foranstaltninger steget med 15,9 mio. kr. og gennemsnitsprisen er steget med 16.000 kr. pr. årsværk.

BØRNE- OG UNGDOMSUDVALGET

Aktivitetsområde: **UDSATTE BØRN**

DRIFTSVIRKSOMHED

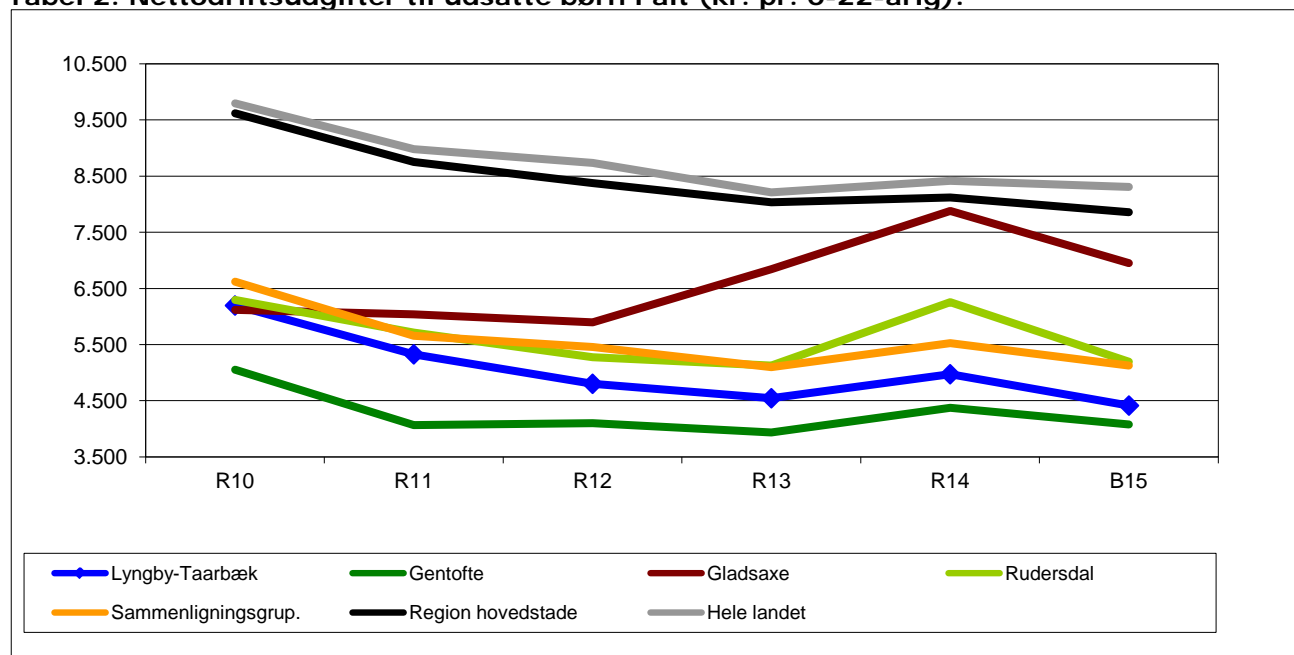
Tabel 1. Udsatte Børn – myndighed, økonomisk udvikling 2013-2015:

	Regnskab 2013			Regnskab 2014			Disponering 2015		
	Årsværk	Total	Enhedspris	Årsværk	Total	Enhedspris	Årsværk	Total	Enhedspris
Plejefamilier og opholdssteder	52	25.846	493	54	27.790	514	59	29.602	502
Forebyggende foranstaltninger	128	18.245	142	155	20.357	132	156	21.584	138
Døgninstitutioner	12	15.231	1.246	15	18.949	1.299	17	24.070	1.437
Total	193	59.322	308	223	67.096	301	232	75.256	324

Kilde: Regnskabstal LTK. 2015-priser.

Det stigende udgiftspres ses ligeledes ud fra ECO-nøgletal på landsbasis og i sammenligningskommuner fra regnskab 2013 til regnskab 2014, jf. tabel 2.

Tabel 2. Nettodriftsudgifter til udsatte børn i alt (kr. pr. 0-22-årig):



Kilde: ECO-nøgletal. ECO-nøgletallenes afgrænsning af udgifterne til udsatte børn er ikke fuldt identisk med aktivitetsområdet Udsatte børn.

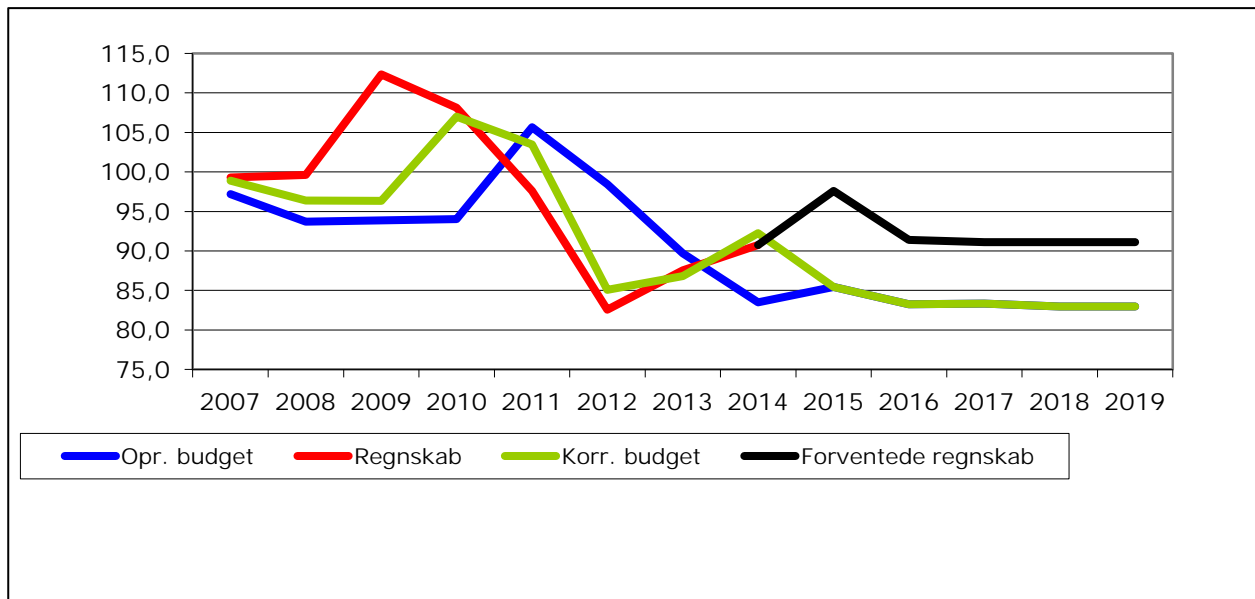
Jf. tabel 3 er der historisk set siden 2009 sket et fald i forbruget frem til 2012. Herefter er udgifterne steget frem til 2015. Samtidig er det oprindelige budget faldet fra 2011 til 2015 og forbliver på dette niveau i overslagsårene.

BØRNE- OG UNGDOMSUDVALGET

Aktivitetsområde: **UDSATTE BØRN**

DRIFTSVIRKSOMHED

Tabel 3. Udvikling i budget og regnskab for udsatte børn – 2016 priser:



Kilde: Budget- og regnskabstal LTK. 2015-priser.

På baggrund af den udgiftsudvikling som ses i Lyngby-Taarbæk Kommune og sammenligningskommunerne, og at det ikke forventes, at det nuværende pres på udgifterne ophører, selvom forvaltningen fremkommer med forslag til modgående foranstaltninger, vurderer forvaltningen, at budgetniveauet i overslagsårene ligger for lavt.

Forvaltningen foreslår at overslagsårene øges med samme beløb som det aktuelle merforbrug, således at der kommer balance mellem budgettet og de forventede udgifter. De facto vil det betyde et årligt budget som ligger ca. 4 mio. kr. under det regnskab, der nu forventes for 2015, og der skal derfor arbejdes med modgående forslag, der kan sikre budgetoverholdelsen.

Udsatte Børn Myndighed

Nedenfor uddybes regnskabet på de væsentligste myndighedsområder. Opgørelserne viser antal årsværk indenfor de forskellige foranstaltninger, sammenlignet med den gennemsnitlige pris.

Opgørelsen i årsværk er ikke det samme som antal personer og/eller antal sager, men en økonomisk opgørelse der beregner antal måneder for en given foranstaltning. 1 årsværk kan derfor indeholde mange personer med korte foranstaltninger. Fx hvis en person modtager en ydelse 1 måned tæller dette for 1/12 årsværk.

På Døgninstitutioner er der en nogenlunde sammenhæng mellem antal personer og årsværk. På de øvrige foranstaltninger er der ikke den samme tendens, da der er mange afgang og tilgang i løbet af en enkelt måned, varigheden af foranstaltningen varierer fra person til person og volumen er større.

Indtægter fra den centrale refusionsordning

Der skønnes merindtægter på -0,5 mio. kr. De øgede udgifter til særligt dyre enkeltsager resulterer i øget refusion.

BØRNE- OG UNGDOMSUDVALGET

DRIFTSVIRKSOMHED

Aktivitetsområde: **UDSATTE BØRN**

Plejefamilier og opholdssteder

I forhold til 1. anslået regnskab ventes antallet af helårspersoner at stige med 4,2 årsværk – fra 54,6 helårspersoner til nu 58,8 helårspersoner. Samtidig er gennemsnitsprisen faldet med -4.000 kr. fra 506.000 kr. pr. helårsperson til nu 502.000 kr. Alt i alt skønnes der merudgifter på 2,0 mio. kr. og et regnskab på 29,6 mio.kr. set i forhold til et budget på 27,7 mio.kr.

De forventede merudgifter på 2,0 mio. kr. skyldes hovedsageligt tilgang af nye sager på Opholdssteder (herunder kendte sager flyttet fra andre billigere foranstaltninger) og en teknisk flytning af en sag fra Fast Kontaktperson til Eget værelse samt en ny bevilling på eget værelse.

Forebyggende foranstaltninger

I forhold til 1. anslået regnskab ventes antallet af helårspersoner på de forebyggende foranstaltninger, hovedsageligt grundet en teknisk fejl, at falde med -13,2 årsværk – fra 169,2 helårspersoner til nu 156,0 helårspersoner. Som konsekvens heraf er gennemsnitsprisen steget med 20.000 kr. fra 118.000 kr. pr. helårsperson til nu 138.000 kr. Der har været en markant stigning i de forebyggende foranstaltninger siden 2013, hvor 128 helårspersoner indgik i ordningen.

Alt i alt forventes merudgifter på 1,5 mio. kr. i forhold til budgettet på 20 mio.kr. Væksten skyldes hovedsageligt tilgang af 2 nye sager på Økonomisk støtte til udgifter i forbindelse med foranstaltninger, tilgang af 2 nye sager på Rådgivning og afledte ydelser, samt udgifter som ved en teknisk fejl ikke tidligere har været registreret på Rådgivning og afledte ydelser.

Herudover skal merforbruget ses i sammenhæng med den generelle strategi på området om at forebygge.

Døgninstitutioner

I forhold til 1. anslået regnskab er antal helårspersoner steget med 2,4 årsværk fra 14,3 helårspersoner til nu 16,7 helårspersoner på ordningen. Gennemsnitsprisen er meget høj – 1,4 mio.kr. pr. helårsperson, og stigningen i årsværk gør at der nu forventes udgifter på 24,1 mio.kr. – 4,3 mio.kr. udover budgetrammen.

De forventede merudgifter på 4,3 mio. kr. skyldes hovedsageligt øgede udgifter på én sag samt tilgang af 2 nye sager (længerevarende projektanbringelses-ophold, jf. ovenfor).

KULTUR- OG FRITIDSUDVALGET

Aktivitetssområde: **FRITID OG KULTUR**

DRIFTSVIRKSOMHED

AFVIGELSER

1.000 kr. netto	Korr. Budget 2015	Afvigelse ift. korr. Budget 2015 og B2016-19				
		2015	2016	2017	2018	2019
kult.aktivitetspuljen	817					
Kultur øvrige	1.924					
Sophienholm	805					
Lyngby Stadsarkiv	1.409					
Kultur i alt	4.955	0	0	0	0	0
Idræt	1.958	0	0	0	0	0
Folkeoplysning	14.799	0	0	0	0	0
Øvrig fritid	489					
Templet	463					
Musikskolen	7.429					
Fritid i alt	8.380	0	0	0	0	0
Bibliotek	30.768	0	0	0	0	0
I alt	60.860	0	0	0	0	0

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

Ingen afvigelser.

ØVRIGE BEMÆRKNINGER

Musikskolens Center 2 på Hummeltofteskolen er blevet lukket medio maj, da det har vist sig, at de anvendte lokaler ikke opfylder kravene til sikkerhed, herunder flugtveje mm. Som en foreløbig løsning er undervisningen flyttet fra Hummeltofteskolen til Kulturhuset – og ultimo august videre til midlertidige lokaler på Gyrithe Lemchesvej (tidligere ungdomsskole). Dette indebærer, at en del af eleverne ikke har mulighed for at komme til undervisningen, hvilket i første omfang vil medføre tilbagebetaling af elevbetaling. Derudover har der været udgifter til flytningen af udstyr mm., ligesom musikskolen i lyset af lokalesituationen har været nødsaget til at færdiggøre lydisoleringen af et andet lokale på Musikskolen.

Der fremsættes forslag om etablering af en permanent løsning for placeringen af undervisningen vedrørende Center 2 i særskilt sag, som forelægges Økonomiudvalget i august 2015.

SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGET

DRIFTSVIRKSOMHED

Aktivitetssområde: **SUNDHED OG OMSORG - OMSORG**

AFVIGELSER

1.000 kr. netto	Korr. Budget 2015	Afvigelse ift. korr. Budget 2015 og BF2016-19				
		2015	2016	2017	2018	2019
Administration - personalekonti	13.792	-	-	-	-	-
Sekretariat	17.296	-	-	-	-	-
Visitation	140.567	-2.075	-100	-570	-850	-300
Frit valg-puljen	88.259	825	-100	-570	-850	-300
Hjælpebidler	20.282	3.000				
Køb og salg	26.935	-5.900				
Øvrigt	5.091					
Træning	58.714	7.000	500	-	-	-
Træning fælles	21.013		500			
Hjemmeplejen Virum/Sol/	10.864					
Hjemmeplejen Baune/Lundtofte	23.594					
Service-Team/Madservice	3.243					
Områdecetre	262.205	2.480	1.750	1.750	1.750	1.750
Områdecetre fælles	20.671					
Plejhjem Virum/Sol	96.213	1.650	1.170	1.170	1.170	1.170
Plejhjem Brede/Baune	99.111	830	580	580	580	580
Plejhjem Lystoftebakken	46.210				-	-
Ældre-puljen	4.075	-	-	-	-	-
I alt	496.649	7.405	2.150	1.180	900	1.450

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

Frit valg og Hjemmesygeplejen (Visitation og Træning)

Fritvalgspuljen kapacitetstilpasses årligt på baggrund af den ny befolkningsprognose. I 2015 er der flere ældre - primært ældre over 80 år - end prognosen fra 2014 estimerede. På baggrund heraf skal puljen derfor tilføres ca. 0,83 mio. kr. I overslagsårene er der lidt færre ældre end tidligere forudsat og puljen reduceres derfor med ca. -0,1 mio. kr. i 2016, ca. -0,57 mio. kr. i 2017, ca. -0,85 mio. kr. i 2018 og ca. -0,3 mio. kr. i 2019.

Desuden, anslås der et samlet merforbrug på områderne Frit valg og Hjemmesygeplejen på samlet ca. 7 - 8 mio. kr.

På begge områder skyldes det forventede merforbrug, at aktiviteten – ved gældende timepriser – har været højere end budgetlagt på de to centrale puljer: Fritvalgspuljen og Sygeplejepuljen. Der til kommer, at driftsomkostningerne på fritvalgsområdet også har været højere end den aktivitetsbaserede afregning. Driftsomkostningerne på hjemmesygeplejen har derimod været lavere end den aktivitetsbaserede afregning. Enhedernes driftsomkostninger set i forhold til den aktivitetsbaserede afregning er endnu ikke eksakt fordelt på henholdsvis fritvalgs- og hjemmesygeplejeområdet, idet der bl.a. er konstateret "gråzoner" i konteringen af sygeplejeydelser mellem de to områder.

Det vurderes, at det forventede merforbrug ikke vil kunne reduceres uden samtidigt at ændre i serviceniveauet for borgerne. Der indarbejdes derfor allerede nu 7 mio. kr. i 2. anslået regnskab, som vil blive kvalificeret yderligere frem mod 3. anslået regnskab.

Her vil der også ske en fornyet vurdering af størrelsen af fritvalgspulje og sygeplejepuljen for overslagsårene.

Herudover er der behov for en merbevilling på 0,5 mio. kr. i 2016 som følge af forsinkelse af udbud af hjemmehjælp. Det er forudsat, at gennemførelsen af udbud af hjemmehjælp vil medføre en økonomisk besparelse på 1 mio. kr. årligt. Det samlede udbud, herunder udarbejdelse af kravspecifikation mm., vil dog først være gennemført i 1. halvdel af 2016, hvorfor den forventede økono-

SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGET

Aktivitetssområde: **SUNDHED OG OMSORG - OMSORG**

DRIFTSVIRKSOMHED

miske besparelse kun vil have halv effekt i 2016. Udbudsprocessen er især forlænget som følge af, at der i sammenhæng med udbuddet arbejdes med et oplæg til en ny visitationsmodel baseret på besøgsblokke.

Visitation – Hjælpemidler

Regnskabsskønnet for 2015 er vurderet til 23,3 mio. kr., hvilket ligger 3,0 mio. kr. over det korrigerede budget for 2015. Hovedforklaringen på afvigelsen er, at der blev overført et merforbrug fra 2014 på 1,5 mio. kr., uden at det i 2015 er muligt at indfri overførslen på området, og at der vil blive afholdt ekstraordinært store boligombygningsudgifter på en enkeltsag på 1,6 mio. kr.

Forvaltningen har analyseret hjælpemiddelområdet med henblik på at vurdere om, der er tale om en permanent opdrift i udgifterne, med risiko for en underbudgettering i overslagsårene. Konklusionen er, at det synes ikke at være tilfældet, idet det er det overførte underskud fra 2014 samt den store enkeltsag, der har ført til afvigelsen. Dog vil budgetterne ikke kunne holde, hvis der igen kommer store boligombygningssager.

Analysen viser, at forbruget til hjælpemiddelområdet svinger fra år til år, f.eks. var forbruget i 2014 ekstra højt. Men der er ikke et entydigt billede af udviklingen inden for de 25 forskellige grupper af hjælpemidler, som kommunen opererer med. Nogle områder stiger, mens andre falder. Dog kan der konstateres en særlig stor stigning over de seneste 4 år i udgifterne til Kompressionsstrømper, Diabeteshjælpemidler og kategorien Andre hjælpemidler (dækker over en række mindre hjælpemidler, som falder uden for de øvrige kategorier). Til gengæld kan der konstateres fald i udgifterne til kategorierne Optiske synshjælpemidler, Ortopædiske hjælpemidler samt til inkontinens.

Det kan i den forbindelse nævnes, at der i perioden 2012-14 er indarbejdet effektiviseringsgevinster for 3,8 mio. kr. Det kan på det foreliggende grundlag ikke konkluderes, om det fuldt ud er lykkedes at hjemtage disse effektiviseringer. Det billede som umiddelbart tegnes er, at der – på flere af de områder hvor der er indarbejdet effektiviseringer – er væsentlige stigninger. Omvendt kan dette dække over en generel stigning i efterspørgslen, og at det er lykkedes at indkøbe hjælpemidlerne til en lavere pris end inden effektiviseringen. Med henblik på at styrke økonomistyringen vil der i forhold til budgetforudsætningerne for 2016 blive arbejdet med at opstille mere specifikke budgetforudsætninger for væsentlige kategorier på området.

Visitationen – Køb og salg

Foreløbig vurdering baseret på en fremskrivning på CPR-niveau af de eksisterende sager, lyder på en mindredgift i størrelsesordenen -5,9 mio. kr. Området er gennemgået, forbrug, prognoser, budget samt historik er sammenholdt. Budgettet for køb og salg af plejehjemspladser har tidligere kun været angivet som ét nettobudget. Fremadrettet opdeles budget og forbrug på de respektive områder. Dette vil styrke økonomistyringen af området.

Der er ikke indarbejdet konsekvenser for overslagsårene, idet forvaltningen har brug for at tilvejebringe et bedre grundlag for at vurdere de udfordringer og ændringer, der tegner sig i de kommende år, herunder nytilgang.

Forvaltningen vil derfor i efteråret lave en grundig analyse af hele området. En analyse hvor både fagligheden, opgaveglidningen fra det regionale til det kommunale niveau, den økonomiske vinkel og historikken kommer med.

Områdecetre – Plejehjem

Plejehjemsområdet, bestående af Virumgård og Solgården, overførte et merforbrug på 1,8 mio. kr. i fra 2014 til 2015. P.t. forventes et merforbrug på 1,3 mio. kr. i 2015, som primært er generet i første halvdel af året, hvortil kommer overførslen fra 2014 på 1,8 mio. kr. I alt et samlet merforbrug på 3,1 mio. kr. i 2015.

Heraf er 2,48 mio. kr. begrundet i, at det i forbindelse med åbningen af det nye Bredebo medio 2014 blev konstateret, at de planlagte 96 plejeboliger undervejs havde fået tilføjet 4 ægteparboli-

SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGET

DRIFTSVIRKSOMHED

Aktivitetsområde: **SUNDHED OG OMSORG - OMSORG**

ger, således at de 96 boliger bestod af 100 plejeboligpladser, uden at der var foretaget en tilsvarende opskrivning af budgettet. Resten er omfattet af overførselsreglerne.

Der bør derfor foretages en teknisk budgetkorrektur, hvor såvel 2015 som overslagsårene rettes op. Der er tale om et årligt beløb på 1,75 mio. kr., dog skal der i 2015 også rettes op for den manglende bevilling i 2014, i alt for 2015 er der tale om 2,48 mio. kr.

ØVRIGE BEMÆRKNINGER

Ældre-puljen

Kommunen er blevet tildelt 12,065 mio. kr. i 2015 fra regeringens "Ældremilliard", hvorfor der budgetteres med denne forventede indtægt på 12,065 mio. kr., såvel som med en forventet udgift på 12,065 mio. kr. Set under ét er der for kommunen tale om en økonomisk neutral foranstaltning.

Madservice

Implementeringen af det nye koncept "Mad lavet fra bunden" på de enkelte plejecentre har udfordret Madservice organisatorisk og økonomisk, idet man har måttet ændre den faglige profil for mange medarbejdere. Endvidere har man været udsat for et ekstraordinært højt sygefravær. Dette har betydet ekstraordinært store personaleomkostninger i det første halvår af 2015.

Samlet set medfører de skitserede udfordringer, at Madservice pt. vurderes at få et merforbrug på op til 0,5 mio. kr.

Det skal bemærkes, at Madservice overførte et merforbrug fra 2014 på 0,6 mio. kr., således at der er tale om en forbedring af årsresultatet i forhold til sidste år. Det vurderes, at man med fordel kan afvikle merforbruget over et par år, idet man således får mulighed for at konsolidere det nye koncept med mere langsigtede løsninger.

SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGET

Aktivitetsområde: **SUNDHED OG OMSORG - SUNDHED**

DRIFTSVIRKSOMHED

AFVIGELSER

1.000 kr. netto	Korr. Budget 2015	Afvigelse ift. korr. Budget 2015 og BF2016-19				
		2015	2016	2017	2018	2019
Aktivitetsbestemt medfinansiering	207.178	-3.400	-2.000	-2.000	-2.000	-2.000
Specialiseret genoptræning	1.816					
Genoptræning og vedligeholdelsestræning	74.985	3.000				
Vederlagsfri fysioterapi	9.354					
Sundhedsfremme og forebyggelse	3.737					
Færdigbehandlede patienter	2.993					
Hospice	1.158	600				
Frivillighed	1.347					
I alt	302.569	200	-2.000	-2.000	-2.000	-2.000

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

Aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsområdet

Forbruget på aktivitetsbestemt medfinansiering ved årets udgang skønnes via en prognose, som baserer sig på aktuelt forbrug og historiske tendenser. Prognosen indikerer p.t. et mindreforbrug i størrelsesordenen 4,6 mio. kr. ved årets udgang. I første halvår har skønnet dog svinget mellem et merforbrug på 2,5 mio. kr. og et mindreforbrug på 5,1 mio. kr. Der er derfor fortsat usikkerhed forbundet med skønnet.

På den baggrund indarbejder forvaltningen en mindreudgift på 3,4 mio. kr. i 2015 og 2,0 mio. kr. i overslagsårene 2016-19 ved 2. anslået regnskab.

Det forhøjede beløb i 2015 skyldes, at Region Hovedstaden i 2014 valgte at integrere vagtlægeordningen med regionens akuttelefon (1813). I den forbindelse blev der konstateret en utilsigtet stigning i kommunernes medfinansieringsudgifter. Som følge heraf, og på baggrund af meldinger fra regionen, har forvaltningen en begrundet forventning om, at Lyngby-Taarbæk Kommune får refunderet 1,4 mio. kr. i efteråret 2015.

I forlængelse af prognosens nuværende usikkerhed revurdere beløbets samlede størrelse ved 3. anslået regnskab.

Nedgangen skal, udover justeringen pga. "1813", bl.a. ses på baggrund af en nedjustering på 822 mio. kr., der er foretaget i bloktilskuddet vedr. medfinansieringen ved en midtvejsregulering i 2015. Nedjusteringen skyldes en fejlregning af sygehustaksterne, som udgør grundlaget for beregningen af den kommunale medfinansiering. I LTK svarer nedjusteringen til 7,7 mio. kr. Isoleret giver det dermed samlet set et tab for kommunen i 2015. Grunden til at udgifterne - trods lavere takster - ikke falder helt som ventet er, at regionen leverer en højere aktivitet end forudsat (altså flere og/eller dyrere ambulante besøg og indlæggelser).

Budgetmæssigt for 2015 rettes tabet dog op af en efterregulering vedr. 2014 på i alt 667 mio. kr. for kommunerne under ét. I LTK svarer det til en tilbageførsel på 6,2 mio. kr.

Tilbageførslen vedrører den del af sidste års forbrug, der lå over det niveau for medfinansiering, som Regeringen og KL havde aftalt.

Genoptræning og vedligeholdelsestræning

Kommunens træningsområde skønnes at få et merforbrug på 3,0 mio. kr. i 2015, som primært skyldes større krav til kommunens ambulante træningsindsats samt en hurtigere udskrivning fra hospitaler, som medfører mere plejkrævende borgere.

Konkret drejer det sig om:

- Stigende aktivitet vedr. den ambulante genoptræning samt træning før varig hjælp
- Stigende aktivitet vedr. døgn-genoptræning samt subakutte pladser og mobilt akutteam
- Stigende aktivitet og mere komplekse forløb på det neurologiske område
- Øget behov for tolkebistand

SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGET

DRIFTSVIRKSOMHED

Aktivitetssområde: **SUNDHED OG OMSORG - SUNDHED**

Der er på baggrund af udviklingen lavet et notat, som blev forelagt Social- og Sundhedsudvalget på deres møde den 10. juni. Økonomiudvalget godkendte efterfølgende den 19. juni, at de forventede merudgifter i 2015, samt en mulig finansiering, behandles ved 2. anslået regnskab. Derudover godkendte udvalget, at områdets forventede merudgifter fra 2016 og frem overgår til behandlingen af budget 2016-19.

Hospice

Første halvår viser et højt forbrug på hospice. Ca. 4/5 af budgettet er brugt, og med en fremskrivning, som tager højde for både aktuelt og historisk forbrug, skønnes et merforbrug på 0,7 mio. kr. Skønnet skal imidlertid nedsættes med 0,1 mio. kr., som LTK modtager i midtvejsregulering af bloktilskuddet. Reguleringen kompenserer for planlagt regional udvidelse af hospicepladser.

I alt 23 borgere har opholdt sig på hospice (jan-juni), og opholdene har varet mellem 1 og 79 dage. Det høje forbrug i 2015 skyldes tildels en stigning i antallet af borgere på hospice, men især at antallet, der har haft ophold længere end en måned, er seksdoblet, når man sammenligner første halvår 2015 med første halvår 2014.

Kommunens udgift til hospice er knap 2.000 kr. pr. borger pr. døgn, og kommunen hverken visiterer til ydelsen eller beslutter behandlingsniveauet. Derudover har staten i forbindelse med Kræftplan III besluttet at udvide antallet af hospicepladser. Region Hovedstaden udvider derfor i perioden fra 2013 til 2015 med 10 nye pladser.

SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGET

DRIFTSVIRKSOMHED

Aktivitetssområde: **HANDICAPPEDE OG SOCIAL INDSATSER**

AFVIGELSER

1.000 kr. netto	Korr. Budget 2015	Afvigelse ift. korr. Budget 2015 og BF2016-19				
		2015	2016	2017	2018	2019
Administration	354					
Den centrale refusionsordning	-10.146					
Voksenspecialundervisning	1.705					
Særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse	6.834					
Pleje og Omsorg	19.599					
Forebyggende Indsats	21.106					
Botilb. personer m. særlige sociale problemer	1.398					
Alkoholbehandling	2.771					
Stofmisbrugsbehandling	4.778					
Længerevarende botilbud	90.830					
Midlertidige botilbud	23.936					
Kontakt og Ledsagerpersonordningen	4.397					
Beskyttet beskæftigelse	9.506					
Aktivitets- og samværstilbud	21.051					
Særligt sociale formål	1.598					
Boliger til flygtninge	1.281					
Boligsocialt arbejde	845					
Udførerøkonomien	30.796					
Kommunal tandpleje	18.556					
Kommunal sundhedstjeneste	9.789					
I alt	260.987	0	0	0	0	0

+ = merudgift/mindreindtægt
 - = mindreudgift/merindtægt

Ingen afvigelser.

ØVRIGE BEMÆRKNINGER

Handicapområdet er udfordret af tilgang af unge og nye sager samtidig med, at nogle af de eksisterende sager er blevet mere komplekse og er tildelt ekstra ressourcer på grundlag af anbefaling fra VISO.

I forbindelse med 1. anslået regnskab var der afvigelser på 2,5 mio. kr. angående flygtningeboliger (1,3 mio. kr.), misbrug (1,1 mio. kr.), takster (0,6 mio. kr.) og refusioner (-0,5 mio. kr.). Afvigelsen vedr. flygtningeboliger blev givet som korrektion til budgettet, mens der arbejdes med modgående initiativer på -1,2 mio. kr. vedr. de øvrige afvigelser. De modgående initiativer angår KRAM i psykiatrien (-0,15 mio. kr.), gennemgang af dagtilbud og kørsel, herunder borgere med mere end et dagtilbud (-0,1 mio. kr.) samt reduceret skøn vedr. misbrugsområdet og til- og afgang (-0,95 mio. kr.).

Ved 2. anslået regnskab viser prognosen baseret på de aktuelle dispositioner *umiddelbart* et udgiftspres vedr. længerevarende og midlertidige botilbud på ca. 4,6 mio. kr. ud over områdets budgetramme, såfremt der ikke sker ændringer i 2. halvår. Til- og afgang i 2014 har balanceret, men i 2015 viser prognosen p.t. øget tilgang, lavere afgang og heraf et nettomerforbrug. Derudover er nogle af de eksisterende sager blevet mere komplekse.

I forhold til forudsætningerne for budget 2015 er nettotilgangen til længerevarende og midlertidige botilbud ved 2. anslået regnskab ca. 3 helårspersoner fra 135,5 til 138,4 og enhedsprisen er steget med 16.261 kr. fra 780.765 kr. til 797.026 kr.

Der er igangsat en aktiv og skærpet gennemgang og vurdering af sager i Center for Social Indsats blandt afdelingsledere og sagsbehandlere for at kunne reducere nuværende forventet forbrug, så budget og forbrug kan balancere ved årets udgang, men der kan blive behov for en merbevilling ved 3. anslået regnskab.

TEKNIK- OG MILJØUDVALGET

DRIFTSVIRKSOMHED

Aktivitetssområde: **GRØNNE OMRÅDER OG KIRKEGÅRDE SAMT TRAFIKANLÆG**

AFVIGELSER – Grønne områder og kirkegårde

1000 kr. netto	Korr. budget 2015	Afvigelse ift. korr. budget for 2015 og BF2016-2019				
		2015	2016	2017	2018	2019
Fælles formål	-					
Grønne områder og naturpladser	21.415					
Stadions og idrætsanlæg	-					
Andre fritidsfaciliteter	436					
Kirkegårde	3.836					
Lystbådehavne mv.	497					
Kystbeskyttelse	21					
Andre kulturelle opgaver	425					
I alt	26.629	0	0	0	0	0

+ = Merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

Øvrige bemærkninger:

Grønne områder og Kirkegårde

Vurderet ud fra det nuværende forbrug, skønnes det, at den samlede budgetramme kan overholdes i 2015. Der er iværksat en analyse af kirkegårdsområdet, for at sikre, at der er balance i forbrug og budget. Budgettet forventes overholdt indenfor aktivitetssområdets ramme.

I 2013 var der et merforbrug på hele aktivitetssområdet på 2,1 mio. kr. Baggrunden for merforbruget i 2013 var, at området har gennemgået en stor tilpasning som følge af de besparelseskrav, der er blevet stillet til området over de seneste år, dels i forbindelse med konkurrenceudsættelsen i 2012, dels effektiviseringskrav i forbindelse med sammenlægning af det grønne og det sorte område.

Der blev udarbejdet en handleplan godkendt af Teknik- og Miljøudvalget 11. juni 2014 – der skulle sikre en indhentning af merforbruget over en 3 årig periode. Handleplanen følges tæt, og i 2014 er merforbruget nedbragt med 0,8 mio. kr. og i 2015 forventes den også overholdt med 0,8 mio. kr. Der henstår således 0,3 mio. kr. som forventes opnået i 2016.

AFVIGELSER – Trafikanlæg

1000 kr. netto	Korr. budget 2015	Afvigelse ift. korr. budget for 2015 og BF2016-2019				
		2015	2016	2017	2018	2019
Fælles formål	885					
Parkering	549					
Vejvedligeholdelse mv.	571					
Busdrift	34.155	2.925	5.173	1.438	1.438	1.438
Delramme for Center for Miljø og Plan, i alt	36.159	2.925	5.173	1.438	1.438	1.438
Fælles formål	-3.756					
Arbejder for fremmed regning	-2.134					
Vejvedligeholdelse mv.	35.439					
Belægninger mv.	3.099					
Vintertjeneste	10.988					
Turisme	1.421					
Delramme for Center for Areal og Ejendomme, i alt	45.057	-	-	-	-	-
Trafikanlæg mv., alt	81.216	2.925	5.173	1.438	1.438	1.438

+ = Merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

TEKNIK- OG MILJØUDVALGET

DRIFTSVIRKSOMHED

Aktivitetssområde: **GRØNNE OMRÅDER OG KIRKEGÅRDE SAMT TRAFIKANLÆG**

Center for Miljø og Plan

Busdrift

Teknik- og Miljøudvalget og Kommunalbestyrelsen har på møder i april 2015 besluttet at genbestille den nuværende busdrift hos Movia i 2016. Det eksisterende busnet vil således være uændret i 2016.

Budgetgrundlaget for 2016 er blevet 1. behandlet i trafikselskabets bestyrelse den 25. juni 2015, ligesom der er opgjort et nyt estimat for regnskab 2015. Med udgangspunkt heri er der opgjort nedenstående afvigelse i forhold til det afsatte budget til Movia i Lyngby-Taarbæk Kommunes budget.

1.000 kr.	2015	2016	2017	2018
Regnskabskøn Movia	36.458	39.293	35.468	35.468
Budget LTK	33.533	34.120	34.030	34.030
Difference (manglende budget)	2.925	5.173	1.438	1.438
<u>Forklaringer</u>				
Ordinær drift	2.190	948	1.038	1.038
Voldgift - bagudrettet	3.215	0	0	0
Voldgift - fremadrettet	500	400	400	400
Efterregulering/ov.fr. vedr. 2014	-2.980	3.825	0	0

Udgifterne til Movia overstiger det afsatte budget i 2015 og frem. Samlet er der et budgetbehov på 2,9 mio. kr. i 2015 stigende til 5,2 mio. kr. i 2016. I 2017 og frem er budgetbehovet 1,4 mio. kr. Forklaringerne på det øgede budgetbehov er følgende:

Ad Ordinær drift

I forhold til det oprindeligt afsatte budget er der ifølge Movia's estimat en opdrift i udgifterne til det ordinære budget (mellem 1,0 og 2,2 mio. kr. årligt).

Det ordinære budget afhænger af udviklingen i en række faktorer (udnyttelse af vognplaner, antal passager, indtægt pr. passager, oliepriser, chaufførlønninger mm). Forvaltningen har ikke for nuværende kunnet få en fyldestgørende forklaring fra Movia på udgiftsudviklingen. Sagen vil blive taget op med Movia på et møde i september i Kommunegruppe København Nord (KKN), idet andre omkringliggende kommuner har oplevet lignende udgiftsstigninger.

Ad Voldgiftssag

DSB og Metroselskabet har anlagt voldgiftssag mod Movia med påstand om, at Movia uretmæssigt har ændret sit tællesystem for passagerer, jf. bl.a. meddelelsessag på Trafik- og Miljøudvalget den 24. februar 2015. Movia skulle herved have opnået en større andel af billetindtægterne i hovedstadsområdet i perioden 2008-13 og fremefter. Den 21. januar 2015 har DSB og Metroselskabet fået delvis medhold af voldgiftsretten. Som en konsekvens heraf skal Movia tilbagebetale 161,4 mio. kr. for årene 2008-14 ligesom indtægtsgrundlaget fremover reduceres med 24,8 mio. kr. årligt.

De økonomiske konsekvenser af kendelsen er blevet fordelt på kommuner og regioner i forhold til deres andel af billetindtægterne i busdrift. Det betyder, at Lyngby-Taarbæk Kommune for årene 2008-2015 skal betale 3,7 mio. kr. vedrørende voldgiftssagen. Fremadrettet ved uændret busdrift vil kommunens årlige udgifter til Movia endvidere stige med 0,4 mio. kr. fra 2016.

Ad Efterregulering/overført mindreforbrug fra 2014

Der var et mindreforbrug på busdrift i Lyngby-Taarbæk Kommunes regnskab 2014. Mindreforbruget skal dog ses i lyset af en forventet efterregulering i forbindelse med Movia's opgørelse af endeligt regnskab 2014. Der blev derfor overført 3,0 mio. kr. til 2015 med henblik på imødegåelse af efterreguleringen. Den opgjorte efterregulering viser sig at udgøre 3,8 mio. kr. Afregningen af efterreguleringen forfalder til afregning januar 2016.

Center for Areal og Ejendomme

Vurderet ud fra det nuværende forbrug, skønnes det, at den samlede budgetramme kan overholdes i 2015.

TEKNIK- OG MILJØUDVALGET
Aktivitetssområde: **MILJØ OG NATUR**

DRIFTSVIRKSOMHED

AFVIGELSER

1.000 kr. netto	Korr. Budget 2015	Afvigelse ift. korr. Budget 2014 og B2016-19				
		2015	2016	2017	2018	2019
Naturforvaltningsprojekter	113					
Natura 2000	667					
Fælles formål (vand)	10					
Jordforurening	399					
Bærbare batterier	105					
Miljøtilsyn (virksomheder)	486					
Øvrig planlægning, undersøgelser, tilsyn m.v	2.390					
Fælles formål (varme)	1.923					
Skadedyrsbekæmpelse	336					
Erhvervsaffald	3					
I alt	6.432	0	0	0	0	0

= Merudgift/mindreindtægt
- = mindreudgift/merindtægt

Ingen afvigelser.

ØVRIGE BEMÆRKNINGER

Med udgangen af juni er den samlede forbrugsprocent for aktivitetssområdet på 34 pct. Forbrugsprocenten skal ses i lyset af, at der i forhold til skadedyrsbekæmpelse er bogført store indtægter i april (2,7 mio. kr.), mens de hertil knyttede udgifter endnu ikke er afholdt. Derudover er der overført et mindreforbrug på driften fra 2014 på 1,9 mio. kr., hvoraf 1,3 mio. kr. knytter sig til indsatsplaner under Øvrig planlægning mm. Der har i de tidligere år været overført store mindreforbrug på aktivitetssområdet (2,8 mio. kr. fra 2013 til 2014), som ligeledes primært har vedrørt indsatsplanerne. Mindreforbruget de tidligere år har været forårsaget af forsinkelser fra statens side. Grundlaget for indsatsplanerne er nu på plads og mindreforbruget er disponeret, således at der i 2015 forventes balance i regnskabet.

AFVIGELSER

1.000 kr. netto	Korr. Budget 2015	Afvigelse ift. korr. Budget 2015 og BF2016-19				
		2015	2016	2017	2018	2019
Fælles formål	3.514					
Forebyggende	-494					
Afhjælpende indsats	12.560					
I alt	15.579	0	0	0	0	0

+ = Merudgift/mindreindtægt
- = mindreudgift/merindtægt

Ingen afvigelser.

ØKONOMIUDVALGET

Aktivitetssområde: **ADMINISTRATION**

DRIFTSVIRKSOMHED

AFVIGELSER

1.000 kr. netto	Korr. Budget 2015	Afvigelse ift. korr. Budget 2015 og BF2016-19				
		2015	2016	2017	2018	2019
Driftssikring af boligbyggeri	429					
Jernbanedrift	15					
Andre kulturelle opgaver	293					
Øvrige sociale formål	1.125					
Fælles formål	189					
Kommunalbestyrelsesmedlemmer	6.456					
Kommissioner, råd og nævn	727					
Valg m.v.	1.379					
Sekretariat og forvaltninger ("0"-løsning)	191.468	1.062	62	62	62	62
Fælles IT og telefoni	53.794					
Jobcentre	24.565	-800	300	500		
Naturbeskyttelse	2.101					
Miljøbeskyttelse	3.008					
Byggesagsbehandling	-1.411	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
Voksen-, ældre- og handicapområdet	-2.419					
Det specialiserede børneområde	3.850					
Administrationsbidrag til Udbetaling DK	7.907					
Tjenestemandspension	79.145					
I alt	372.618	2.262	2.362	2.562	2.062	2.062

+ = Merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

Sekretariat og forvaltninger

Der flyttes 0,062 mio. kr. fra aktivitetssområdet Beskæftigelse til brug for finansiering af et Effektvurderingsmodul til Opus-LIS ("0"-løsning).

Der overføres fra anlæg et mindreforbrug på 1 mio. kr. til yderligere projektomkostninger til salgsforberedelsen og udviklingen af Dyrehavegårds jorder. Merudgiften skyldes et større antal klagesager, yderligere trafikanalyse m.v. end forventet. Der er således tale om en "0"-løsning.

Jobcentre

Center for Arbejdsmarked (CAM) modtog i 2014 en midlertidig bevilling til én stilling i tre år. Stillingen nåede ikke at blive besat i 2014, og midlerne for 2014 blev derfor overført til 2015 ved regnskabsafslutningen. Finansiering til stillingen i 2016 og 2017 matcher som følge heraf ikke finansieringskravet for disse år, da midlerne ligger i 2015. CAM ønsker således at periodisere midlerne (0,8 mio. kr.) fra 2015 til 2016 og 2017.

Byggesagsgebyrer

Der er fra 1. januar 2015 iværksat en ny gebyrstruktur for byggesagsbehandling, hvor der afregnes gebyr efter en timepris, jf. Økonomiudvalget den 28. august 2014.

Som en konsekvens heraf blev området bevilget 2,0 mio. kr. Derudover blev der bevilget 0,3 mio. kr. som følge af, at der ikke opkræves gebyrer for den første forhåndsdialog.

Ved opgørelsen af økonomien for den nye gebyrstruktur blev det ved en fejl forudsat, at ca. 2/3 af den effektive sagsbehandlingstid vedrører byggeperioden. Den rigtige fordeling er 1/3.

Da de tidligere indtægter har været i størrelsesordenen 6 mio. kr. årligt blev indtægtsnedgangen derfor opgjort til 2 mio. kr. Der burde rettelig have været søgt bevilling til en indtægtsnedgang på 4 mio. kr. svarende til en yderligere mindreindtægt på 2 mio. kr. årligt.

ØKONOMIUDVALGET

Aktivitetsområde: **ADMINISTRATION**

DRIFTSVIRKSOMHED

ØVRIGE BEMÆRKNINGER

Arbejdsmarkedsprojekter (0-løsninger)

Lyngby-Taarbæk Kommune har i 2015 modtaget statstilskud til to arbejdsmarkedsprojekter som gennemføres af Center for Arbejdsmarked.

Der er alene tale om en bruttoficering af beløbene.

(1.000 kr)	
Fleksjobambassadører	628
Fleksjobambassadører - statstilskud	-628
Projekt Intensivt Samtaleforløb	1.100
Projekt Intensivt Samtaleforløb - statstilskud	-1.100

ØKONOMIUDVALGET

Aktivitetssområde: **PULJER**

DRIFTSVIRKSOMHED

AFVIGELSER

1.000 kr. netto	Korr. Budget 2015	Afvigelse ift. korr. Budget 2015 og BF2016-19				
		2015	2016	2017	2018	2019
Analysepulje	126					
Barselpulje	701					
Ekstra praktikpladser	1.333					
Jubilæumsgratiale	473					
Kapacitetstilpasning børn	135					
Konsulent afgift	-599					
Konsulentbistand	762					
Pulje priskorrektion	1.357					
Pulje til inv mhp effekt. hjemfaldsmidler	7.050					
Tilskud til særlige fleks job	191					
I alt	11.529	0	0	0	0	0

+ = Merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

Ingen afvigelser.

ØVRIGE BEMÆRKNINGER

Reduktion af konsulentbistand (status)

I budget 2013-16 er det besluttet, at udgifterne til ekstern konsulentbistand skal reduceres.

Der er således indarbejdet et sparekrav på i alt 1,6 mio. kr., som skal hentes ved en pålæggelse af en afgift ved anvendelse af eksterne konsulenter. Afgiften udmøntes som en budgetreduktion på de konti der har bogførte udgifter til eksterne konsulenter.

Følgende budgetreduktioner er udført efter 2. kvartal 2015.

1.000 kr.	Samlet sum forbrugt på ekstern konsulentbistand	Samlet budgetreduktion
1. kvartal - drift	1.819	- 364
1. kvartal - anlæg	1.077	- 108
2. kvartal - drift	1.270	- 254
2. kvartal - anlæg	2.397	- 240
I alt	6.563	-965

ØKONOMIUDVALGET

Aktivitetssområde: **KOMMUNALE EJENDOMME**

DRIFTSVIRKSOMHED

AFVIGELSER

1000 kr. netto	Korr. budget 2015	Afvigelse ift. korr. budget for 2015 og BF2016-2019				
		2015	2016	2017	2018	2019
Ubestemte formål	-44					
Fælles formål	60.213					
Beboelsesejendomme	-16.772					
Erhvervsjendomme	6.617					
Andre faste ejendomme	0					
Ejendomsdrift kommunale bygninger	110.800					
Adm.bygninger og Intern service	24.064	-900	900			
I alt	184.878	-900	900	0	0	0

+ = Merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

Kommunale ejendomme

Forvaltningen har i 2014 modtaget en bevilling på 2 mio. kr. til juridisk assistance i forbindelse med salg af en række af kommunens ejendomme. Disse midler blev ikke ved bevillingen periodiseret over årene 2014-16. Således blev der i forbindelse med regnskabsafslutningen 2014 overført 1,5 mio. kr. til 2015. Heraf ønskes 0,9 mio. kr. periodiseret til 2016.

Ejendomsdrift kommunale bygninger

Gyrithe Lemches Vej 20, Ungdomsskolen

Sagen vedr. genhusning af Lyngby-Taarbæk Ungdomsskole(LTU) som blev behandlet af ØK 11. december 2014, hvor det blev besluttet, at udgifterne til flytning af inventar bl.a. skal dækkes af bygningsdriftsbudget på 1,36 mio. kr.

Ejendommen Gyrithe Lemches Vej 20 er ikke overdraget til Maskinmesterskolen per 1. juni 2015 som forventet. Overdragelsen afventer en formel godkendelse af Folketingets Finansudvalg. Det er p.t. usikkert, hvornår en endelig godkendelse vil finde sted. Den manglende overdragelse betyder, at *Ejendomsdrift, Kommunale Ejendomme* fortsat vil afholde en række bygningsmæssige driftsudgifter uanset om ejendommen står tom. Såfremt en overdragelse af ejendommen trækker ud vil det forventede restdriftsbudget på Gyrithe Lemches Vej ikke kunne dække udgiften til flytning af inventar. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at opgøre et eventuelt forventet merforbrug, da merforbruget vil afhænge af den endelige dato for overtagelse af ejendommen og restbudgettets størrelse på bygningsdriften. I forbindelse med 3. anslået regnskab gives en ny status.

ERhvervs- OG BESKÆFTIGELSESUdVALGET

Aktivitetssområde: **ERhverv OG BESKÆFTIGELSE**

DRIFTSVIRKSOMHED

AFVIGELSER

1.000 kr. netto	Korr. Budget 2015	Afvigelse iff. korr. Budget 2015 og BF2016-19				
		2015	2016	2017	2018	2019
Tilbud til udlændinge - integration mv.:						
Introduktionsprogram og introduktionsforløb	3.340	1.700	1.700	1.700	1.700	1.700
Kontanthjælp til udlændinge omfattet af in	3.615	3.300	3.300	3.300	3.300	3.300
Førtidspensioner og personlige tillæg:						
Personlige tillæg til pensionister	4.947					
Førtidspensioner	113.387	-4.500				
Indkomsterstøttende - og andre kontantydelse:						
Sygedagpenge	42.862	3.200				
Kontanthjælp	66.308					
Dagpenge forsikrede ledige	71.704					
Boligyldelse	26.997					
Boligsikring	15.797					
Sociale formål	1.585					
Andre sundhedsudgifter	1.727					
Revalidering mv.:						
Revalideringsydelse	3.742	-1.000	-1.000	-1.000	-1.000	-1.000
Løntilskud og ledighedsydelse	31.719					
Ressource- og jobafklaringsforløb	17.504	-3.200				
Arbejdsmarkedsforanstaltninger:						
Erhvervsgrunduddannelsers skoleophold	1.561					
Driftsudgifter til aktivering	17.045	-62	-2.062	-2.062	-2.062	-2.062
Beskæftigelsesindsats forsikrede ledige	10.455					
Løn til forsikrede ledige ansat i	749					
Servicejob	-14					
Seniorjob	4.485					
Beskæftigelsesordninger	6.710					
Driftsudgifter myndighedsudøvelse	1.601					
Erhvervsservice mv.:						
Turisme	125					
Innovation og anvendelse af ny teknologi	862					
Erhvervsservice og iværksætter	1.503					
Aktivitetssområde Beskæftigelse i alt	450.314	-562	1.938	1.938	1.938	1.938

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

På baggrund af halvårsregnskabet for 2015 vurderes aktivitetssområdet at udvise et samlet mindreforbrug i 2015 på -0,5 mio. kr. Mindreforbruget er sammensat af et merforbrug på integrationsområdet på samlet 5,0 mio. kr., et mindreforbrug til førtidspension og revalideringsydelse på samlet -5,5 mio. kr. og et merforbrug på sygedagpenge på 3,2 mio. kr. som modsvares af et tilsvarende mindreforbrug på jobafklaringsforløb.

Introduktionsprogram og introduktionsforløb mv.

I henhold til de fastlagte kommunekvoter for 2015 skal Lyngby-Taarbæk modtage 97 nye flygtninge i perioden fra 2. kvartal 2015 til 1. kvartal 2016.

Forbruget på kontoen anslås til et merforbrug på 1,7 mio. kr. i 2015. Skønnet baserer sig på det estimerede antal grundtilskudsbeløb for den aktuelle bestand af flygtninge og familiesammenførte under introduktionsprogrammet samt en forudsætning om en nytilgang på 48 personer i 2. halvår svarende til samlet 196 helårspersoner (flygtninge og familiesammenførte). Aktivitetsniveauet forudsættes videreført i 2016 og frem, og rammen for BO-årene opskrives derfor tilsvarende.

Kontanthjælp til udlændinge omfattet af introduktionsprogrammet

Antallet af borgere med forsørgelsesbevillinger under introduktionsprogrammet udgjorde i 1. halvår i gennemsnit 106 svarende nogenlunde til det dobbelte af niveauet for samme periode året før.

Forbruget for 2015 anslås til et merforbrug på 3,3 mio. kr. Skønnet er opgjort på grundlag af en gennemsnitlig nettodriftsudgift pr. helårsperson på 114.000 kr. og et skøn på 122 helårspersoner, for året som helhed. Aktivitetsniveauet forudsættes videreført i 2016 og frem, og rammen for BO-årene opskrives derfor tilsvarende.

Førtidspension

I forlængelse af 1. anslået regnskab, hvor rammen til førtidspension efter de gamle ordninger blev nedjusteret med -5,0 mio. kr. skønnes der et yderligere mindreforbrug på kontoen på -4,5 mio. kr. fordelt med -1,1 mio. kr. på udgifterne til de gamle ordninger og -3,4 mio. kr. på udgifterne til den nye ordning. Sammenholdt med oprindeligt budget dækker mindreforbruget på den ny ordning over et fald i aktiviteten på 28 helårspersoner.

Skønnet for 2015 baserer sig på en lineær fremskrivning af forbruget år-til-dato herunder af de aktuelle regnskabstal for de mellemkommunale betalinger. I prognosen er indregnet et bloktilbælg på 0,5 mio. kr. til at imødegå eventuel nytilgang og ændringer i de mellemkommunale afregninger mv. i løbet af 2. halvår.

Grundet den markante nedjustering af rammen i løbet af året er der indarbejdet et fald i rammen på budgetforslaget for 2016.

Sygedagpenge og jobafklaringsforløb

Aktiviteten år-til-dato ligger i forhold til sygedagpenge 22 helårspersoner over korrigeret budget. Den øgede aktivitet svarer med en budgetteret gennemsnitspris på 143.600 kr. til et forventet merforbrug på 3,2 mio. kr.

I forhold til jobafklaringsforløb ligger aktiviteten år-til-dato på 41 helårspersoner svarende til 37 helårspersoner færre end budgetteret. Under forudsætning af et aktivitetsniveau for året som helhed svarende til aktivitetsniveauet ved halvårsrapporteringen på 51 helårspersoner vil kontoen kunne nedjusteres med 27 helårspersoner svarende til et forventet mindreforbrug på -3,2 mio. kr.

Revalideringsydelse

Aktiviteten for revalideringsydelse har igennem 1. halvår udvist et fald svarende til en aktivitet, som ligger 27 pct. lavere end samme periode året før. Aktiviteten på området har igennem de senere år ligget nogenlunde stabilt på ca. 35 helårspersoner, og det skønnes på den baggrund, at aktiviteten for året som helhed ikke vil overstige 30 helårspersoner. På baggrund af de gennemsnitlige driftsudgifter på kontoen i 1. halvår vurderes det, at rammen for indeværende år vil kunne nedjusteres med -1,0 mio. kr.

Kontoen blev i forbindelse med 1. anslået regnskab nedjusteret med -1,0 mio. kr. i forventning om et forsat stabilt udgiftsniveau svarende til 35 helårspersoner. På baggrund af halvårsregnskab foreslås niveauet videreført i BO-årene svarende til en nedjustering af rammen med -1,0 mio. kr. årligt.

Driftsudgifter til aktivering

I forbindelse med 1. anslået regnskab blev rammen nedjusteret med -2,8 mio. kr. svarende til resultatet af genberegningen af den forventede refusionsindtægt. Med afsæt i regnskabsresultatet for 1. halvår vurderes det, at der fremadrettet ligeledes vil kunne reduceres i råderummet for den ramme, som anvendes til driftsudgifter til aktiviteter for modtagere af hhv. a-dagpenge, kontant- og uddannelseshjælp, revalideringsydelse og sygedagpenge. Rammen for 2016 og frem blev i forbindelse med effektiviseringsforslagene for 2016 nedjusteret med -0,5 mio. kr., og på den baggrund foreslås rammen fremadrettet nedjusteret med yderligere -2,0 mio. kr.

Til brug for effekt- og resultatmålingen på området foreslår forvaltningen, at kommunens nuværende løsning til ledelsesinformationssystemet Opus-LIS udbygges med et Effektvurderingsmodul, som i forlængelse af refusionsreformen vil kunne understøtte det øgede behov for effektmåling. Udbygningen koster 62.000 kr., som skal tilføres Center for Borgerservice og Digitalisering, der har økonomisk ansvar for kontrakterne med KMD. Udgiften finansieres af Center for Arbejdsmarkeds aktivitetsramme, hvorfor rammen nedskrives tilsvarende.

ALLE UDVALG

Aktivitetssområde: **ALLE**

TEKNISK OMPLACERING MELLEM AKTIVITETSOMRÅDER

1.000 kr. netto	Aktivitetssområde	2015	2016	2017	2018	2019
Omplacering mellem aktivitetssområder:						
Tilbagebetaling efter Momsudligningsordningen (Johannes Fog Fonden)	Sundhed og Omsorg	-4				
do.	Finansiering	4				
Tilbagebetaling efter Momsudligningsordningen (Asta Petersens Mindefond)	Sundhed og Omsorg	-65				
do.	Finansiering	65				
Tilbagebetaling efter Momsudligningsordningen (Asta Petersens Mindefond)	Handicap og Soc. indsatser	-2				
do.	Finansiering	2				
Ejendomsdriftsudgifter til ny idrætsinstitution på Lyngby Stadion	Dagtilbud	-1.035	-1.035	-1.035	-1.035	-1.035
Ejendomsdriftsudgifter til ny idrætsinstitution på Lyngby Stadion	Kommunale ejendomme	1.035	1.035	1.035	1.035	1.035
Netto		0	0	0	0	0

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

Tilbagebetaling efter Momsudligningsordningen

Som følge af Den Kommunale Momsudligningsordning skal kommunen tilbagebetale 17,5 pct. af tilskuddet fra Johannes Fog Fonden til Bredebo/Borrebakken. Beløbet er på 4.000 kr.

Tilbagebetaling efter Momsudligningsordningen

Som følge af Den Kommunale Momsudligningsordning skal kommunen tilbagebetale 17,5 pct. af tilskuddet fra Asta Petersens Mindefond til Områdecenter Baunehøj. Beløbet er på 65.000 kr.

Tilbagebetaling efter Momsudligningsordningen

Som følge af Den Kommunale Momsudligningsordning skal kommunen tilbagebetale 17,5 pct. af tilskuddet fra Johannes Fog Fonden til Støttecenter Magneten. Beløbet er på 1.750 kr.

Ejendomsdriftsudgifter til ny idrætsinstitution

Puljen Ejendomsdriftsudgifter til nyt dagtilbud er reserveret til den nye idrætsinstitution på Lyngby Stadion, og da CAE varetager og afholder udgifterne til el, varme og indvendig vedligeholdelse, er der overført budget fra CUP til CAE.

ANLÆGSVIRKSOMHED

INVESTERINGSOVERSIGT MED BEMÆRKNINGER

Investeringsoversigten viser rådighedsbeløbene i 2012 i udvalgs- og aktivitetsområdeorden

SAMMENDRAG AF ANLÆGSVIRKSOMHED

1.000 kr. netto

Anlæg	Opr. budget 2015	3.AR 2014	Overførsler 2014/15	Løn -0,6%	1.ans. regnsk.	KMB-be-slutn.	Tekn. omplac.	Tillægs-bevilling 2015	Korr. budget 2015	Forbrug 30.6	Forbrug pct.	2. ans. regnskab 2015	Afvigelse korr.bud.
BØRN OG UNGDOM.....													
Skoler.....	21.189	9.000	-59		-13.285	5.662	-86	1.232	22.421	1.990	8,9%	16.827	-5.594
Dagtilbud.....		291	-122		-4.000	4.400	0	569	569	614	108,0%	4.269	3.700
KULTUR OG FRITID.....													
Idræt.....	25.422	16.768	-4.957		-14.492	24.171	-181	21.308	46.730	10.072	21,6%	40.741	-5.989
Kultur.....		803	1.495				-3	2.295	2.295	25	1,1%	2.295	
SOCIAL OG SUNDHED.....													
Træning og omsorg.....	-4.411	2.300	10.341		-2.500	46.500	-24	56.617	52.206	17.749	34,0%	56.617	4.411
Handicappede.....	2.920		5.208			1.700	-10	6.898	9.818	820	8,4%	11.898	2.080
Sundhed.....	10.900				-6.384		0	-6.384	4.516			4.516	
TEKNIK- OG MILJØ.....													
Grønne områder og kirkegårde.....	103	65	496		4.541	1.600	0	6.701	6.804	100	1,5%	2.763	-4.041
Trafikanlæg mv.	39.596	1.445	3.449		-101	8.352	-19	13.127	52.722	3.304	6,3%	48.861	-3.861
Miljø og natur.....										200	-		
ØKONOMI.....													
Administration.....	7.950	939	953				-24	1.869	9.818	2.512	25,6%	8.841	-977
Puljebeløb.....	38.455	-300			-4.541	-6.465	0	-11.306	27.149			18.568	-8.581
Kommunale ejendomme.....	29.000	264	19.039		87	3.005	0	22.396	51.396	9.080	17,7%	40.046	-11.350
Nettoanlægsområder i alt.....	171.122	31.575	35.843		-40.674	88.925	-348	115.321	286.443	46.467	16,2%	256.241	-30.202
Ejendomssalg.....	-60.488	-34.110	211		4.019	-153.400	0	-183.280	-243.767	-180.329	74,0%	-229.012	14.755

Beløb i 1.000 kr.

= "Borgernære serviceområder" i h.t. afgrænsningen fra Kvalitetsfonden							
Konto	Tekst		Opr. budget 2015	Korr. budget pr. 30.06.15 (rådighedsbeløb)	Nye tidsforskydninger til 2016 m.m.	Øvrige ændringer i denne budgetopfølgning	Forventes afholdt i 2015
ANLÆGSUDGIFTER							
SKOLER							
03 22	FOLKESKOLEN M.M.						
01	Folkeskoler						
	IT folkesk. Forsøg digitale læringsmidl.	U	0	93	0	0	93
	Lindegårdsskolen. Udbygning/indskoling	U	13.117	8.594	-5.594	0	3.000
	Folkesk.reform-Renov.modern.faglok.	U	8.072	8.072	0	0	8.072
03 38	FOLKEOPLYSN., FRITIDSAKTIVITET. M.V.						
76	Ungdomsskolevirksomhed						
	Ombygning.Trongårdsskole genhusn.LTU	U	0	962	0	0	962
	Arealoptimering Trongårdsskolen - (4 spor) 10.kl. permanent placering	U	0	4.000	0	0	4.000
	Midl. ungdomssko. akt.15-16, Fuglsang-gårdsskolen (fitness, værested m.m.)	U	0	700	0	0	700
	SKOLER I ALT	N	21.189	22.421	-5.594	0	16.827
BØRN							
05 25	DAGTILBUD TIL BØRN OG UNGE						
14	Daginstitutioner (indtil skolestart)						
	Taarbæk Børnehus. Samling på Taarbæk Strandvej 84	U	0	291	0	0	291
	Trinbrættet - 20 ekstra børnehavepl.	U	0	278	0	0	278
	Etabl. idrætsdaginst. (2 x 100 børn) - Lyngby Idrætsby	U	0	0	3.700	0	3.700
	BØRN I ALT	N	0	569	3.700	0	4.269
IDRÆT							
00 32	FRITIDSFACILITETER						
31	Stadion og idrætsanlæg						
	Lyngby Idrætsby - Perman.lysløsning	U	0	8.596	0	0	8.596
	Bagsværd Rostadion-Opgra.træn.fac.	U	0	2.600	0	0	2.600
	Lyngby Idrætsby - Sydtribune	U	0	7.964	0	0	7.964
	Lyngby Idrætsby - Varmtvandsbassin (Svømmehal 2)	U	0	12.000	0	0	12.000
	Lyngby Idrætsby - Færdiggørelse af stadion (sammenbind. elementer)	U	0	587	0	0	587
03 22	FOLKESKOLEN M.M.						
18	Idrætsfaciliteter for børn og unge						
	- Lyngby Idrætsby. Breddeidrætsfaciliteter	U	7.224	9.732	0	0	9.732
	- Lyngby Idrætsby. Svømmehal	U	2.018	17	0	0	17
	- Lyngby Idrætsby. Nedrivning og leje af pavilloner	U	271	110	0	0	110
	- Lyngby Idrætsby. Opvisnings-/superligastadion	U	0	135	0	0	135
	- Lyngby Idrætsby - Institutioner (rest vedr.perm.løsn.LTU og både evt. midl. og gen.løsn.vedr.modtag.kl.)	I	0	-900	0	0	-900
	- Lyngby Idrætsby. Retablering af atletikfaciliteter	U	15.000	5.989	-5.989	0	0

Note: Mellemtotaler kan afvige grundet afrundingsdifferencer.

Beløb i 1.000 kr.

= "Borgernære serviceområder" i h.t. afgrænsningen fra Kvalitetsfonden							
Konto	Tekst		Opr. budget 2015	Korr. budget pr. 30.06.15 (rådighedsbeløb)	Nye tidsforskydninger til 2016 m.m.	Øvrige ændringer i denne budgetopfølgning	Forventes afholdt i 2015
	- Lyngby Stadion. Renov. forhus m.v.	U	908	0	0	0	0
	- Lyngbyhallen	U	0	85	0	0	85
	- Styrkelse af breddeidræt. Kunstgræsbaner	U	0	-184	0	0	-184
	IDRÆT I ALT	N	25.422	46.730	-5.989	0	40.741
	KULTUR						
	03 32 FOLKEBIBLIOTEKER						
	50 Folkebiblioteker						
	Mikrobiblioteker	U	0	800	0	0	800
	03 35 KULTUREL VIRKSOMHED						
	64 Andre kulturelle opgaver						0
	Udvikl. kulturelle faciliteter (kulturhus)	U	0	1.495	0	0	1.495
	KULTUR I ALT	N	0	2.295	0	0	2.295
	TRÆNING OG OMSORG						
	00 25 FASTE EJENDOMME						
	18 Driftssikring af boligbyggeri						
	Baunehøj. 118 boliger. Serviceareal.	U	0	-601	0	0	-601
	Bredebo. Kommunal andel af serviceareal ifm. etabl. af 96 nye boliger.	U	0	8.600	0	0	8.600
	Bredebo. Statstilskud til serviceareal ifm. etabl. af 96 boliger	I	-3.837	-3.837	3.837	0	0
	Solgården III. Nyt aktivitetscenter	U	0	238	0	0	238
	Solgården III. Øvr. adm. arealer	U	0	909	0	0	909
	Solgården III. Komm. andel af serviceareal ifm. etabl. af 30 nye boliger.	U	0	454	0	0	454
	Solgården III. Statstilskud til serviceareal ifm. etabl. af 30 nye boliger.	I	-1.103	-1.103	1.103	0	0
	Omsorgsboliger. Helhedsplan	U	0	377	0	0	377
	05 32 TILBUD ÆLDRE OG HANDICAPPEDE						
	30 Ældreboliger						
Lån	Etablering 40 omsorgsboliger (uden momsafløftning)	U	0	44.000	0	0	44.000
	Omsorgsbol. Budd.vej 50 - Montering	U	529	529	-529	0	0
	34 Plejehjem og beskyttede boliger						
	Bredebo. Montering.	U	0	2.402	0	0	2.402
	Solgården. Montering.	U	0	237	0	0	237
	TRÆNING OM OMSORG I ALT	N	-4.411	52.206	4.411	0	56.617
	HANDICAPPEDE						
	00 25 FASTE EJENDOMME						
	11 Beboelse						
Lån	Etablering af midl. flygtningeboliger	U	0	1.700	0	0	1.700
	05 38 TILBUD TIL VOKSNE MED SÆRLIGE BEHOV						
	42 Botilbud for personer med særlige sociale problemer (§§109-110)						
	Kvindekrisecenter - Flytning til Borrebakken	U	5.000	4.990	0	0	4.990

Note: Mellemtotaler kan afvige grundet afrundingsdifferencer.

Beløb i 1.000 kr.

= "Borgernære serviceområder" i h.t. afgrænsningen fra Kvalitetsfonden							
Konto	Tekst		Opr. budget 2015	Korr. budget pr. 30.06.15 (rådighedsbeløb)	Nye tidsforskydninger til 2016 m.m.	Øvrige ændringer i denne budgetopfølgning	Forventes afholdt i 2015
50	Botilbud til længerevarende ophold						
Lån	Slotsvænget. Etablering af 32 boliger (uden momsafløftning)	U	0	1.732	0	0	1.732
	Slotsvænget. Montering	U	0	1.262	0	0	1.262
	Slotsvænget. Øvrige administrationsarealer	U	0	1.848	0	0	1.848
	Slotsvænget. Servicearealer	U	0	492	0	0	492
	Slotsvænget. Statstilskud	I	-1.280	-1.280	1.280	0	0
Lån	Strandberg. Boliger (uden momsafløftning)	U	0	-1.160	0	0	-1.160
	Strandberg. Monteringsudgifter	U	0	-344	0	0	-344
	Strandberg. Serviceareal	U	0	307	0	0	307
	Strandberg. Statstilskud	I	-800	-800	800	0	0
52	Botilbud til midlertidigt ophold (§ 107)						
Lån	Caroline Amalievej 118-124. Ombygning til almene boliger (uden momsafløftning)	U	0	1.072	0	0	1.072
	HANDICAPPEDE I ALT	N	2.920	9.818	2.080	0	11.898
	SUNDHED						
04 62	SUNDHEDSUDGIFTER M.V.						
85	Kommunal tandpleje						
	Samling tandplejen - Stor klinikenhed	U	7.568	0	0	0	0
	Samling tandplejen - Lille klinikenhed	U	3.333	0	0	0	0
	Etabl. én tandplejeklinik - Lindegårdsskolen	U	0	4.516	0	0	4.516
	SUNDHED I ALT	N	10.900	4.516	0	0	4.516
	GRØNNE OMRÅDER OG KIRKEGÅRDE						
00 28	FRITIDSOMRÅDER						
20	Grønne områder og naturpladser						
	Etablering af sundhedsstier og -pladser	U	0	134	0	0	134
	Sti ved Garderhøj Fort	U	0	248	0	0	248
		I	0	-435	0	0	-435
	Kanalvejsgrunden - Byrumsforskn.	U	0	5.041	-4.041	0	1.000
	Bellevue Strandpark - Helhedsplan, fase 2	U	0	592	0	0	592
	Grøn plejeplan, udbedr. af efterslæb og udskiftning af træer	U	0	1.000	0	0	1.000
00 35	KIRKEGÅRDE						
40	Kirkegårde						
	Renovering af kirkegårde 2010-15	U	0	122	0	0	122
02 35	HAVNE						
41	Lystbådehavne mv.						
	Taarbæk Havn - Istandsættelse 2015 og frem	U	103	103	0	0	103
	GRØNNE OMRÅDER OG KIRKEGÅRDE I ALT	N	103	6.804	-4.041	0	2.763

Note: Mellemtotaler kan afvige grundet afrundingsdifferencer.

= "Borgernære serviceområder" i h.t. afgrænsningen fra Kvalitetsfonden						
Konto	Tekst	Opr. budget 2015	Korr. budget pr. 30.06.15 (rådighedsbeløb)	Nye tidsforskydninger til 2016 m.m.	Øvrige ændringer i denne budgetopfølgning	Forventes afholdt i 2015
TRAFIKANLÆG						
02 28	KOMMUNALE VEJE					
22	Vejanlæg					
	Trafik og infrastruktur i bymidten. P-henvisning. Rest rådighedsbel. '10	U 0	385	0	0	385
	Dialogprojekt - byvision langs Ring 3. LTKs andel af projektleder (Ringby-letbane-samarbejdet)	U 144	149	0	0	149
	Renovering af broer 2014-2016	U 12.368	11.777	0	0	11.777
	Slidlag. Retablering af veje 2015 og frem. Rådighedsbeløb	U 12.271	13.314	0	0	13.314
	Støj:					
	- Støjhandlingsplan - facadeisolering	U 0	758	0	0	758
	- Støjhandlingsplan - støjskærme/støjvolde	U 5.910	6.855	0	0	6.855
	Cykelstier:					
	- Etablering af cykelstier Hovedgaden syd ml. Jernbaneplassen/Jægersborgvej	U 0	44	0	0	44
	- Supercykelstier - Allerødruen	U 4.155	4.618	0	0	4.618
		I -250	-250	250	0	0
	- Supercykelstier - Ring 4-ruten	U 312	409	0	0	409
		I -50	-50	50	0	0
	- Kommunal andel - Supercykelstisekretariatet	U 213	274	0	0	274
	Cykelkælder ved Lyngby Station	U 6.579	7.187	-6.470	0	717
		I -2.310	-2.310	2.310	0	0
	Skoleveje:					
	- Sikring af skoleveje. (Rådighedsbeløb rest tidl. år)	U 0	21	0	0	21
	- Skoleveje. Skiltning mv. ved inst.	U 254	541	0	0	541
23	Standardforbedr. af færdselsarealer					
	Udskiftning til LED - Trafiksignaler	U 0	9.000	0	0	9.000
	TRAFIKANLÆG MV. I ALT	N 39.596	52.722	-3.861	0	48.862
MILJØ OG NATUR						
01 22	FORSYNINGSVIRKSOMHEDER					
04	Vandforsyning					
Lån	LAR-projekt, Sorgenfrigård Nord	U 7.641	8.001	0	0	8.001
		U -7.641	-8.001	0	0	-8.001
Lån	LAR-projekt, Bondebyen	U 2.050	2.227	0	0	2.227
		U -2.050	-2.227	0	0	-2.227
	MILJØ OG NATUR I ALT	N 0	0	0	0	0
ADMINISTRATION						
06 45	ADMINISTRATIV ORGANISATION					
50	Administrationsbygninger					
	Rådhuset. Borgerservicefaciliteter	U 977	977	-977	0	0
	Nyt rådhus (saml.,ren.,opsig.lejemål T12)	U 0	936	0	0	936
51	Sekretariat og forvaltninger					
	Etablering af fibernet (WAN)	U 4.187	5.120	0	0	5.120
	Implementering af printstrategi	U 2.786	2.786	0	0	2.786
	ADMINISTRATION I ALT	N 7.950	9.818	-977	0	8.842

Note: Mellemtotaler kan afvige grundet afrundingsdifferencer.

INVESTERINGSOVERSIGT 2015

Beløb i 1.000 kr.

= "Borgernære serviceområder" i h.t. afgrænsningen fra Kvalitetsfonden			Opr. budget 2015	Korr. budget pr. 30.06.15 (rådighedsbeløb)	Nye tidsforskydninger til 2016 m.m.	Øvrige ændringer i denne budgetopfølgning	Forventes afholdt i 2015
Konto	Tekst						
PULJEBELØB							
00 25 FASTE EJENDOMME							
10 Fælles formål							
Lån	Grøn klimainvesteringspulje	U	3.122	3.122	0	0	3.122
	Anlægspulje (fremtidige anlægsproj.)	U	0	0	0	0	0
	Byudvikling Virum, Sorgenfri, Lyngby	U	0	9.081	-8.581	0	500
	Pulje Byudvikling-lysmaster-rostadien	U	25.333	138	0	0	138
	13 Andre faste ejendomme						
	Pulje Genopretning-modernisering bygningsmasse	U	10.000	8.441	0	0	8.441
	PULJEBELØB I ALT	N	38.455	20.781	-8.581	0	12.200
I alt anlægsudgifter (netto)/Ordn.anl.ram.							
		N	142.122	228.680	-18.851	0	209.829

Note: Mellemtotaler kan afvige grundet afrundingsdifferencer.

Beløb i 1.000 kr.

= "Borgernære serviceområder" i h.t. afgrænsningen fra Kvalitetsfonden							
Konto	Tekst		Opr. budget 2015	Korr. budget pr. 30.06.15 (rådighedsbeløb)	Nye tidsforskydninger til 2016 m.m.	Øvrige ændringer i denne budgetopfølgning	Forventes afholdt i 2015
KØB M.M. OG SALG AF EJENDOMME							
KOMM. EJENDOMME/KØB M.M.							
00 25 FASTE EJENDOMME							
10 Fælles formål							
	Køb af ejd. - Budgetaftale 2015-18	U	10.000	9.655	0	0	9.655
11 Beboelse							
	Gl. Vartov - Ungdomsboliger	U	0	8.000	0	0	8.000
13 Andre faste ejendomme							
	Køb ejd. - pakket sum, Budg.aft.15-18	U	19.000	19.122	0	0	19.122
	Trøngårdsvej 18	U	0	5	0	0	5
	Kongevejen 83-85 - Etablering fælles driftsplads	U	0	1.000	0	0	1.000
	Liv i Lundtofte - Arealoptimeringsprojekt	U	0	13.350	-11.350	0	2.000
15 Byfornyelse							
	Byfornyelse Plovvej og Bauneporten	U	0	388	0	0	388
		I	0	-125	0	0	-125
	KOMMUNALE EJENDOMME I ALT	N	29.000	51.396	-11.350	0	40.046
EJENDOMME - EJENDOMSSALG							
00 22 JORDFORSYNING							
03 Erhvervsformål							
	Kanalvej - KMB 19.12.2013	U	9.598	14.728	0	-1.000	13.728
05 Ubestemte formål							
	Frikøb af tilbagekøbsdeklarationer '15	N	0	0	0	0	0
	Aflys.tilbagekøbsret.bo.org.ram.aftKK (KMB 22.01.15)	U	0	1.500	0	0	1.500
		I	0	-154.900	0	0	-154.900
00 25 FASTE EJENDOMME							
11 Beboelse							
	Lundtoftegårdsvej 127 (Østergaard)	I	0	0	0	26	26
	Salg af ejendom - Salgspakke 2	U	0	0	0	0	0
		I	0	-1.250	1.250	0	0
13 Andre faste ejendomme							
	Salg af diverse ejendomme	U	0	913	0	-42	871
		I	-35.650	-29.650	0	3.650	-26.000
	Salg af grunde, hvor Strandberg ligger nu	U	0	409	0	0	409
		I	-13.000	-13.000	0	0	-13.000
	Salg Nordstrandsv. 101, Nykøbing Sj.	U	0	47	0	0	47
	Salg Nordstrandsv. 101, Nykøbing Sj.	I	0	-1.129	0	0	-1.129
	Salg af Gyrithe Lemches Vej 20	I	0	-38.500	0	0	-38.500
	Salg af grund, omsorgsboliger	I	-7.680	-7.680	0	0	-7.680
	Salg af ejendom	I	0	-1.500	0	1	-1.499
	Salg af ejendom	I	-13.755	-13.755	13.755	0	0
	Ny Ulsevej 17, Haslev (lejrskole)	U	0	0	0	15	15
		I	0	0	0	-2.900	-2.900
	EJENDOMSSALG I ALT	N	-60.488	-243.767	15.005	-250	-229.012
Køb m.m. og salg af ejendomme i alt		N	-31.488	-192.371	3.655	-250	-188.966
Nettoanlægsportefølje total		N	110.634	36.308	-15.196	-250	20.863

Note: Mellemtotaler kan afvige grundet afrundingsdifferencer.

ANLÆGSVIRKSOMHEDEN

INVESTERINGSOVERSIGT 2015 MED BEMÆRKNINGER

På baggrund af anlægsopfølgningen pr. 30.6.15 er der redegjort for forventet anlægsforbrug i 2015 og overslagsårene. Ændringerne består næsten udelukkende af forskydninger mellem årene.

Der er et samlet justeringsbehov (den totale anlægsramme) på -15,446 mio. kr. i budgetåret 2015.

Samtidig har det effekter i overslagsårene således, at -24,868 mio. kr. reguleres i 2016, -15,445 mio. kr. reguleres i 2017, 53,490 mio. kr. reguleres i 2018 og 2,018 mio. kr. reguleres i 2019.

Samlet påvirker det alene totalrammen med -0,250 mio. kr. over hele perioden med specifik effekt i 2015. Summen udtrykker dels 1,0 mio. kr., som overgår til drift samt et tilbageført salgskrav (ejendomssalg) på 0,750 mio. kr.

Der indgår udgiftsmæssige tidsforskydninger vedr. Lindegårdsskolen, idrætsdaginstitutioner, Omsorgsboliger – montering, Byrumsforskønnelse – Kanalvejsgrunden, rådhusprojekt m.m., byudvikling Virum, Sorgenfri og Lyngby samt Liv i Lundtofte. På indtægtssiden tidsforskydes vedr. Solgården III, Bredebo, Strandberg, Slotsvænget, cykelkælder Lyngby Station, Supercykelstier – hhv. Allerødtruten og Ring 4-ruten samt 2 x ejendomssalg. Effekten er over hele perioden 2015-19 budgetneutral.

Som det fremgår af investeringsoversigten, forventes under den *ordinære anlægsportefølje* et samlet nettoanlægsforbrug på 209,829 mio. kr. Dette anlægsforbrug fremkommer således:

Oprindeligt nettoanlægsbudget 2015 excl. køb m.m. og salg af ejd..... 142,122 mio. kr.

Forskydninger til 2015 i 3. anslået regnskab 2014, der ikke er indarbejdet i Budget 2015-18..... 31,311 mio. kr.

Ordinære nettoanlægsoverførsler fra Regnskab 2014 til Budget 2015 excl. køb m.m. af ejendomme samt ejendomssalg) 17,513 mio. kr.

Overført fra anlæg til drift ang. Regnskab 2014 -0,057 mio. kr.

Overført fra drift til anlæg ang. Regnskab 2014 -0,653 mio. kr.

Etablering af 40 omsorgsboliger – Buddingevej 50, byggesagens bruttoficering, KMB 20.11.14 46,500 mio. kr.

Ekstra pavillon vedr. Trinbrættet – 20 børnehavesteder, KMB 18.12.14 0,400 mio. kr.

Færdiggørelse af breddeidræt, Lyngby Idrætsby (hjemfaldsprovener), KMB 21.5.15 21,000 mio. kr.

Udskiftning til LED – Trafiksignaler (hjemfaldsprovener), KMB 21.5.15 9,000 mio. kr.

Grøn plejeplan, udbedring af efterslæb og udskiftning af træer, (hjemfaldsprovener), KMB 21.5.15 1,000 mio. kr.

Etablering af midlertidige flygtningeboliger, KMB 21.5.15 1,700 mio. kr.

Konsulentbødeafregninger (status pr. 31.3.15) -0,108 mio. kr.

Konsulentbødeafregninger (status pr. 30.6.15) -0,240 mio. kr.

Forskydninger fra 2015 til senere år (2016-2018) pr. 31.03.15 -40,661 mio. kr.

Øvrige ændringer i budgetopfølgning pr. 31.3.15 -0,101 mio. kr.

Modgående foranstaltning med konvertering til drift pr. 31.3.15, KMB 25.6.15 -0,048 mio. kr.

Forskydninger fra 2015 til senere år (2016-2019) i denne opfølgning..... -18,851 mio. kr.

Øvrige ændringer i budgetopfølgning pr. 30.6.15 0,000 mio. kr.

Korr. investeringsoversigt excl. Køb m.m. og salg af ejendomme..... 209,829 mio. kr. *)

*) Der kan forekomme afvigelser grundet afrundinger.

ANLÆGSVIRKSOMHEDEN

Forskydninger fra 2015-2019 – Ordinær anlægsportefølje

Der er følgende korrektioner:

Aktivitetsområde (mio. kr., 3 dec.)	Justering 2015	2016	2017	2018	2019	Hele perioden
Skoler/U	-5,594	5,594				-
Børn/U	3,700	-5,000	1,300			-
Idræt/U	-5,989	-4,492	10,481			-
Træning og omsorg/N	4,411	-4,411				-
Handicappede/I	2,080	-2,080				-
Grønne områder og kirkegårde/U	-4,041			2,023	2,018	-
Trafikanlæg/N	-3,861	5,733	-1,813	-0,060		-
Administration/U	-0,977	-10,557	-39,994	51,528		-
Puljebeløb/U	-8,581	4,500	4,081			-
I alt/N	-18,851	-10,713	-25,945	53,490	2,018	0
<i>Heraf tidsforskydninger</i>	<i>-18,851</i>	<i>-10,713</i>	<i>-25,945</i>	<i>53,490</i>	<i>2,018</i>	<i>0</i>
<i>Heraf øvrige justeringer</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>0</i>

(+: Udgifter, -: Indtægter), Der kan forekomme afvigelser grundet afrundinger.

Forskydninger fra 2015-2019 – Køb m.m. og salg af ejendomme

Aktivitetsområde (mio. kr. – 3 dec.)	Justering 2015	2016	2017	2018	2019	Hele perioden
Liv i Lundtofte – Areal- optim.proj./U	-11,350	0,850	10,500			0
Salg af div.ejd./U = Pulje ext. salgsfr. omk./	-0,042					-0,042
Salg af div. ejd./I	3,650					3,650
Salg af Ny Ulsevej 17 – Ulse lejrskole/U	0,015					0,015
Salg af Ny Ulsevej 17 – Ulse lejrskole/I	-2,900					-2,900
Salg af Lundtoftegårds- vej 127 – Øster- gaard"/U	0,026					0,026
Salg af ejendom/I	13,755	-13,755				
Salg af ejendom/I	1,250	-1,250				
Salg af ejendom/U	0,001					0,001
Pakket sum KMB 18.12.2013/U	-1,000					-1,000
I alt/N	3,405	-14,155	10,500	0,000	0,000	-0,250
<i>Heraf tidsforskydninger</i>	<i>3,655</i>	<i>-14,155</i>	<i>10,500</i>			<i>-</i>
<i>Heraf øvrige justeringer</i>	<i>-0,250</i>					<i>-0,250</i>

(+: Udgifter, -: Indtægter), Der kan forekomme afvigelser grundet afrundinger.

Forskydninger fra 2015-2019 – Total anlægsramme

Aktivitetsområde (mio. kr. – 3 dec.)	Justering 2015	2016	2017	2018	2019	Hele perioden
Total/N	-15,446	-24,868	-15,445	53,490	2,018	-0,250
<i>Heraf tidsforskydninger</i>	<i>-15,196</i>	<i>-24,868</i>	<i>-15,445</i>	<i>53,490</i>	<i>2,018</i>	<i>0</i>
<i>Heraf øvrige justeringer</i>	<i>-0,250</i>					<i>-0,250</i>

(+: Udgifter, -: Indtægter), Der kan forekomme afvigelser grundet afrundinger.

ANLÆGSVIRKSOMHEDEN

Bemærkninger vedr. tidsforskydninger – Ordinær anlægsportefølje:

SKOLER

Lindegårdsskolen – Udbygning/indskoling

Der forskydes 5,594 mio. kr. fra Budget 2015 til 2016. Således vil der tilbagestå 3,0 mio. kr. i 2015. Årsagen skyldes forsinkelser i tidsplanen. Det derefter korrigerede budget på 26,358 mio. kr. i 2016 forventes anvendt fuldt ud, idet byggeriet skal være gennemført samme år.

BØRN

Etablering af idrætsdaginstitutioner (2 x 100 børn) – Lyngby Idrætsby

I sammenhæng med bemærkninger til tekniske bevillingsjusteringer (sidste afsnit) fremrykkes 3,7 mio. kr. fra Budget 2016 til 2015. I forlængelse af aktuel tidsplan periodiseres derudover 1,30 mio. kr. fra 2016 til 2017.

IDRÆT

Lyngby Idrætsby – Institutioner (rest vedr. permanent løsning LTU og både evt. midl. og generel løsning vedr. modtagerklasser)

I sammenhæng til aktuel forventning til anlægfaserne forskydes indeværende års budget på 5,989 mio. kr. til 2017. Ligeledes nedjusteres budgettet for 2016, således at et beløb på ca. 4,492 mio. kr. også skubbes til 2017. Herefter vil det korrigerede budgetgrundlag udgøre 0 kr. i 2015, 10,0 mio. kr. i 2016 og 10,481 mio. kr. i 2017.

TRÆNING OG OMSORG

Solgården III – Statstilskud til serviceareal ifm. etablering af 30 nye boliger

Som følge af forsinkelser med regnskabets afslutning (forventes klart i løbet af 2. halvår 2015), vil hjemtagelsen af statstilskud tidligst kunne ske i løbet af 2. kv. 2016. Derfor periodiseres -1,103 mio. kr. fra 2015 til 2016.

Bredebo – Statstilskud til serviceareal ifm. etablering af 96 nye boliger

Som følge af forsinkelser grundet voldgiftssag, vil hjemtagelsen af statstilskud tidligst kunne ske i løbet af 4. kv. 2016. Derfor periodiseres -3,837 mio. kr. fra 2015 til 2016.

Omsorgsboliger, Buddingevej 50 - Montering

Tidsforskydninger medfører, at monteringsprocessen først er relevant i 2016. Af samme årsag flyttes udgiftsbudgettet på 0,529 mio. kr. fra 2015 til 2016. Det korrigerede budget for 2016 vil herefter udgøre 1,538 mio. kr. Indflytning er planlagt at ske pr. 1.8.16.

HANDICAPPEDE

Strandberg - Statstilskud

Som følge af forsinkelser med regnskabets afslutning (forventes klart i løbet af 2. halvår 2015), vil hjemtagelsen af statstilskud tidligst kunne ske i løbet af 2. kv. 2016. Derfor periodiseres -0,800 mio. kr. fra 2015 til 2016.

Slotsvænget - Statstilskud

Som følge af forsinkelser grundet bl.a. voldgiftssag, vil hjemtagelsen af statstilskud tidligst kunne ske i løbet af 2016. Derfor periodiseres -1,280 mio. kr. fra 2015 til 2016.

ANLÆGSVIRKSOMHEDEN

GRØNNE OMRÅDER OG KIRKEGÅRDE

Byrumsforskønnelse – Kanalvejsgrunden

Kanalvejsparken er en del af de byrumsforskønnende aktiviteter og har sammenhæng til løsning for fæstningskanalen. Sidstnævnte er stadig i en indledende plan- og projekteringsmæssig fase og der vil derfor skulle ske en tilpasning. Størsteparten af budgettet for 2015 skubbes derfor ud i årene 2018 og 2019. Anlægssummen udgør fortsat 16,140 mio. kr. Efter periodisering vil rådighedsbeløbene fordele sig med 1,0 mio. kr. i 2015, 4,541 mio. kr. i 2016, 4,541 mio. kr. i 2017, 4,041 mio. kr. i 2018 og 2,018 mio. kr. i 2019.

TRAFIKANLÆG

Cykelkælder ved Lyngby Station

Projektet er forsinket. Der er p.t. en række fordyrelser i projektet. Besparelsesmuligheder er under afdækning. Forsinkelsen betyder, at man på udgiftsbudgettet periodiserer 6,470 mio. kr. til placering i 2016. Tilsvarende føres den nuværende budgetsum på 0,150 mio. kr. fra 2016 til 2017 (nyt slutår). Tilbage bliver 0,30 mio. kr. i 2015 til dækning af evt. omprojektering.

I sammenhæng med udgiftsbudgetteringen sker en tilpasning af indtægtsbudgetteringen (statstilskud på 40%), idet -2,310 mio. kr. i 2015 således føres over i 2016 med -0,287 mio. kr., -1,963 mio. kr. i 2017 og -60.000 kr. i 2017.

Supercykelstier - Allerødruten

I konsekvens af Regnskab 2014 (mindreforbrug på udgiftssiden) tilpasses indtægtsbudgetteringen, idet statsrefusioner hjemtages 1 år forskudt af realiseret forbrug. Således flyttes -0,250 mio. kr. fra 2015 til 2016. Afstemning af overslagsårene afventer budgetopfølgning pr. 30.9.15, hvor der påregnes en ny tidsforskydning af udgiftssiden – 1. etape forventes afsluttet i efteråret 2015, men 2. etape forsinkes givet vis med konsekvenser ud i 2019.

Supercykelstier – Ring 4-ruten

I konsekvens af Regnskab 2014 (mindreforbrug på udgiftssiden) tilpasses indtægtsbudgetteringen, idet statsrefusioner hjemtages 1 år forskudt af realiseret forbrug. Således flyttes -50.000 kr. fra 2015 til 2016. Afstemning af overslagsårene afventer budgetopfølgning pr. 30.9.15, hvor der påregnes en ny tidsforskydning af udgiftssiden givet vis med konsekvenser ud i 2016 (nyt slutår).

ADMINISTRATION

Rådhuset - Borgerservicefaciliteter

I sammenhæng med rådhusprojektets forsinkelse rykkes budget på 0,977 mio. kr. fra 2015 til 2018.

Nyt rådhus – pakket sum (Samling af funktioner, Renovering af eksisterende rådhus, Afståelse af lejemål T12)

KMB har pr. 21.5.15 (sag nr. 2) drøftet beregninger over mulige løsningsmodeller, som alle tager højde for fredningen af rådhuset. Konklusionen blev, at der skulle foretages yderligere beregninger på, hvorvidt anslåede udgifter kunne holdes nede trods fredning af rådhuset. Derudover er der anmodet om revurdering af arealbehovet på T12, såfremt man flytter personale til rådhuset uden stor renovering. Endelig skal der ske en afklaring af, hvordan klimarenovering kan gennemføres uden genhusning af personale. I lyset af aktuel status forskydes budgettet 1 år længere ud, end der med nuværende budgetlægning er lagt op til. Således flyttes 10,557 mio. kr. væk fra 2016, 39,994 mio. kr. flyttes væk fra 2017 samt 50,551 mio. kr. tilføres 2018. Budgettet på 0,936 mio. kr. i 2015 ændres ikke.

ANLÆGSVIRKSOMHEDEN

PULJEBELØB

Byudvikling Virum, Sorgenfri og Lyngby

Lokalplanlægningen har taget tid grundet involvering af flere ejer samt stor borgerinteresse. Konsekvensen af de tidsplanmæssige forsinkelser betyder, at man alene skal have afsat 0,50 mio. kr. i 2015. Restbeløb placeres med hhv. 4,50 mio. kr. i 2016 og 4,081 mio. kr. i 2017.

Anlægssummen udgør 9,081 mio. kr. og man forventer at fremlægge sag i løbet af 2. halvår 2015, der skal sikre de fornødne frigelser til disponeringspåbegyndelser.

(KØB M.M.) KOMMUNALE EJENDOMME OG SALG AF EJENDOMME

I det oprindelige budget til ejendomssalg var budgetlagt en nettoindtægt -60,488 mio. kr. Dertil skal lægges området for køb m.m. af ejendomme, som udgør 29,0 mio. kr. Samlet delramme for "Køb m.m. og salg af ejendomme" udgjorde derfor ved årets start 31,488 mio. kr.

Som led i 3. anslået regnskab 2014 blev der under ejendomssalg overført -34,110 mio. kr. til 2015. Samtidig periodiserede man 0,264 mio. kr. til indarbejdelse i 2015 under køb m.m. af ejendomme.

I regnskab 2014 blev der overført netto 19,039 mio. kr. vedr. køb m.m. af ejendomme og 0,211 mio. kr. under ejendomssalg – altså samlet 19,251 mio. kr. under "Køb m.m. og salg af ejendomme".

Derudover er der på baggrund af udvalgssager foretaget forskydninger under Køb af ejendomme m.m. med fremrykning af beløb fra 2015 til 2014.

I 1. anslået regnskab 2015 blev der forskudt et salgskrav på -6,0 mio. kr. fra 2015 til 2016. Samtidig er det endnu ikke udmøntede salgspulje for 2016 nedskrevet med 1,082 mio. kr. Endelig blev 0,811 mio.kr. af puljen til eksterne salgsfremmende omkostninger periodiseret fra 2015 til 2017.

Med beslutningen om hjemfaldsagen er der indlagt en korrigeret indtægt på -154,9 mio. kr.

Af hjemfaldsmidlerne er der etableret et nyt anlægsprojekt på 8,0 mio. kr. i 2015 vedr. ejendommen Gl. Vartov. Der er samtidig afsat 13,350 mio. kr. i 2015 vedr. "Liv i Lundtofte" og 1,0 mio. kr. i 2015 vedr. etablering af driftsplads. De to sidstnævnte anlægsprojekter strækker sig ind i kommende budgetår.

Disse faktorer er årsagen til, at man pr. 30.6.15 opererer med et korrigeret nettobudgetgrundlag på -192,371 mio. kr. for delramme Køb m.m. og salg af ejendomme.

Bemærkninger vedr. tidsforskydninger - Køb m.m. og salg af ejendomme:

Der tidsforskydes nu et salgskrav på -15,005 mio. kr. (2 ejendomme) fra Budget 2015 til 2016.

Ydermere periodiseres under Kommunale ejendomme (køb af ejendomme m.m.) 11,350 mio. kr. fra Budget 2015 til fordeling i 2016 og 2017 med hhv. 0,850 mio. kr. og 10,50 mio. kr. Justeringen omhandler den udgiftsmæssige side af arealoptimeringsprojektet "Liv i Lundtofte" – Som blev budgetlagt på baggrund af udvalgsbehandling i kommunalbestyrelsen i maj 2015.

ANLÆGSVIRKSOMHEDEN

Bemærkninger vedr. øvrige ændringer – Køb m.m. og salg af ejendomme:

Salg af diverse ejendomme

Der tilbageføres salgskrav på -0,750 mio. kr. i 2015, som jf. udvalgssag i kommunalbestyrelsen 25.6.15 (sag nr. 16) nu inddrages i arealoptimeringsprojektet for "Liv i Lundtofte". Beløbet dækkes nu ind via kassen, men i budgetopfølgningen pr. 30.9.15, vil endelig finansiering blive afklaret. Størsteparten af beløbet påtænkes dækket via den sidste provenudel fra salg af Nordstrandsvej 101 – Nykøbing Sjælland. Det vil blive præciseret nærmere i 3. anslået regnskab.

Af mere teknisk karakter føres salgskravet for Ulse Lejrskole (-2,90 mio. kr. i 2015) ud på eget bevillingsprogram sammen med påbegyndte udgifter til eksterne salgsfremmende omkostninger. Ejendommen forventes fortsat solgt i indeværende år.

Projektet for salg af diverse ejendomme påvirkes ikke af de 2 ændringer.

Fra puljen for eksterne salgsfremmende omkostninger tilgår i alt 41.760 kr. i 2015 til dækning af realiseret forbrug på 15.000 kr. forbundet med salg af lejrskole, 25.500 kr. forbundet med salg af Lundtoftegårdsvej 127 ("Østergaard") og 1.260 kr. forbundet med salg af anden ejendom. Bevillingssiden afstemmes tilsvarende

Kanalvej – KMB 19.12.2013

I forbindelse med Kanalvejsprojektet forventes et større mindreforbrug. Der vil senere blive forelagt en sag om anvendelse af disse midler, idet der dog allerede nu er behov for at overføre en mio. kr. yderligere i projektomkostninger til salgsforberedelsen og udviklingen af Dyrehavegårds jorder. Merudgiften skyldes et større antal klagesager, yderligere trafikanalyse m.v. end forventet og omkostningerne i år skønnes således at blive 1 mio.kr. udover de allerede afsatte midler hertil. Der overføres i overensstemmelse hermed 1 mio. kr. til driften. Anlægsbevillingen justeres i overensstemmelse hermed.

Supplerende informationer – Ejendomssalg:

Frikøb af tilbagekøbsdeklarationer 2015

Grundet store årlige udsving er det ikke hensigtsmæssigt forudgående at budgetlægge posten for frikøb af tilbagekøbsdeklarationer. Grundejere kan med kort varsel benytte sig af frikøbsret, hvorfor man ikke på forhånd har solide parametre, at danne et budget ud fra. Derfor foretages justeringen bagudrettet. Normalt reguleres området i form af nettobevillinger, hvor indtægter overstiger udgifterne. Pr. 30.6.15 er der imidlertid realiseret en *merudgift*, grundet det faktum, at indtægterne (finansieringsgrundlaget) er ført på forudgående regnskabsår. Området følges løbende – og senest via 3. anslået regnskab 2015 - vil budget og bevilling skulle justeres endeligt. Det er formodningen, at der løber flere indtægter på over 2. halvår, som givet kan dække merforbruget ind isoleret set for dette regnskabsår. Sker dette ikke kan der blive behov for en nettoudgiftsbevilling.

Tekniske anlægsbevillingsjusteringer – Den samlede anlægsramme:

Som følge af anlægssummernes p-/I-justeringer i Budgetaftalen 2015-18 foretages følgende tekniske anlægsbevillingsjusteringer:

- Projekt "Renovering af broer 2014-16": -264.838 kr. (tilbageførsel fra 1AR15)/udgiftsbevilling,
- Projekt "Renovering af broer 2014-16": +201.000 kr. (korrigeret beløb)/udgiftsbevilling.

Derudover justeres anlægsbevillinger i forbindelse med sag om Idrætsbyen (KMB 21.5.15, sag 21), idet flytninger mellem de enkelte projektkonomier betyder, at der skal gives anlægsbevilling på yderligere 1,5 mio. kr.

I september 2014 blev givet anlægsbevilling på 2,5 mio. kr. under institutionsbudgettet til dækning af projektering og udbud vedr. både idrætsdagsinstitution (100 børn, men med option for 200 i alt) samt ny ungdomsskole. Efter udskillelse af idrætsdagsinstitutionsdelen (KMB 16.4.15, sag nr. 15) fra institutionsbudgettet flyttes andelen på 2,2 mio. kr. over på idrætsdagsinstitutionsdelen.

De bevillingsmæssige konsekvenser af ovenstående fremgår af bilag for anlægsbevillingsjusteringer til 2. anslået regnskab 2015.

RENTER OG FINANSIERING

BEMÆRKNINGER

ØKONOMIUDVALGET

Aktivitetssområde: **RENTER OG FINANSIERING**

RENTER OG FINANSIERING

AFVIGELSER

1.000 kr. netto	2015	2016	2017	2018	2019
Renter af likvide aktiver	1.900				
Renter af kortfristede tilgodehavender	345				
Renter af langfristet gæld	-2.020				
Kurstab-/gevinster	3.000				
Renter i alt	3.225	0	0	0	0
Tilskud og udligning	-14.312				
Skatter	-570				
Finansiering i alt	-14.882	0	0	0	0
Renter og finansiering i alt	-11.657	0	0	0	0

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

RENTER

Renter af likvide aktiver

Der forventes en mindreindtægt på renter af likvide aktiver grundet det lave renteniveau (2,0 mio. kr.) samt mindreudgifter til gebyrer (-0,1 mio. kr.).

Renter af kortfristede tilgodehavender

Merudgiften skyldes dels renter i forbindelse med tilbagebetalinger af ejendomsskatter i forbindelse med nedsættelse af vurderinger (0,1 mio. kr.) samt renter af forsinket betaling af feriepenge (0,245 mio. kr.).

Renter af langfristet gæld

Der forventes en mindreudgift på kommunens variabelt forrentede lån grundet det fortsat lave renteniveau.

Kurstab-/gevinster

I forbindelse med anbringelsen af kommunens likvide aktiver er der p.t. realiseret kurstab for ca. 3,0 mio. kr. Kurstabet realiseres dels ved udtrukne obligationer, dels ved køb/salg af obligationer.

FINANSIERING

Tilskud/udligning

Inden for tilskud og udligninger er der tale om følgende ændringer:

- Tilskud til boliginvestering flygtninge (-0,972 mio. kr.)
- Ekstraordinært integrationstilskud flygtning (-1,740 mio. kr.)
- Tilskud til skattenedsættelse (-0,155 mio. kr.)
- Tidligere forventede midtvejsregulering udgår (-8,497 mio. kr.)
- Kompensation skoler – lønkonsekvens af OK15 (0,775 mio. kr.) (overføres til området)
- Efterregulering af tilskud/udligning tidligere år (-0,892 mio. kr.)
- Midtvejsregulering parkeringsindtægter (2,544 mio. kr.)
- Midtvejsregulering Beskæftigelsestilskud (-5,376 mio. kr.)

Skatter

Kommunen har modtaget et tilskud i forbindelse med tilbagebetaling af grundskyld for 2014 på -0,570 mio. kr.

For hele landet har der været en pulje på ca. 150 mio. kr. Af puljen har kommunen tidligere modtaget et foreløbigt tilskud på 112.027 kr. Den endelige fordeling af tilskuddet – opgjort ud fra kommunernes bogførte udgifter til grundskyld inkl. Renter – betyder et samlet tilskud til kommunen på 682.321 kr. svarende til en merindtægt på 570.294 kr.

BALANCEFORSKYDNINGER

BEMÆRKNINGER

ØKONOMIUDVALGET

DRIFTSVIRKSOMHED

Aktivitetssområde: **BALANCEFORSKYDNINGER**

AFVIGELSER

1.000 kr. netto	2015	2016	2017	2018	2019
Forskydninger i aktiver	536				
Låneoptagelse			9.900	-9.900	
Balanceforskydninger	-45.000				
Balanceforskydninger i alt	-44.464	0	9.900	-9.900	0

+ = merudgift/mindreindtægt

Forskydninger i aktiver vedrørende beløb til opkrævning eller udbetaling for andre

Beløbet vedrører en regulering af mellemværende med forsyningen i forbindelse med LAR-projekter. Som følge af ministeriets ændringer af kontoplanen på området er beløbet ikke overført i forbindelse med regnskab 2014. F.s.v.a. LAR-projekterne er der tale om en "0"-løsning, idet disse i første omgang finansieres ved låneoptagelse

Låneoptagelse

Som en konsekvens af forskydningen af anlægsprojektet "Nyt rådhus" sker der tillige en forskydning af låneoptagelsen til energirenovering til projektet.

Balanceforskydninger

Inden for balanceforskydninger var der i 1. anslået regnskab 2015 forventet balanceforskydninger som følge af ændret afregning af A-skat. A-skatten blev i 1. halvår ikke længere afregnet den 1. i den kommende måned men i stedet for den sidste hverdag i måneden, hvilket betød 13 afregninger i 2015. SKAT har efterfølgende annulleret den ændrede afregning, hvorfor balanceforskydningen tilbageføres dog med en skønsmæssigt lidt mindre effekt.

Dette skønnes balanceforskydningsmæssigt at forøge den likvide beholdning ultimo 2015.

LIKVIDITETSAFRAPPORTERING

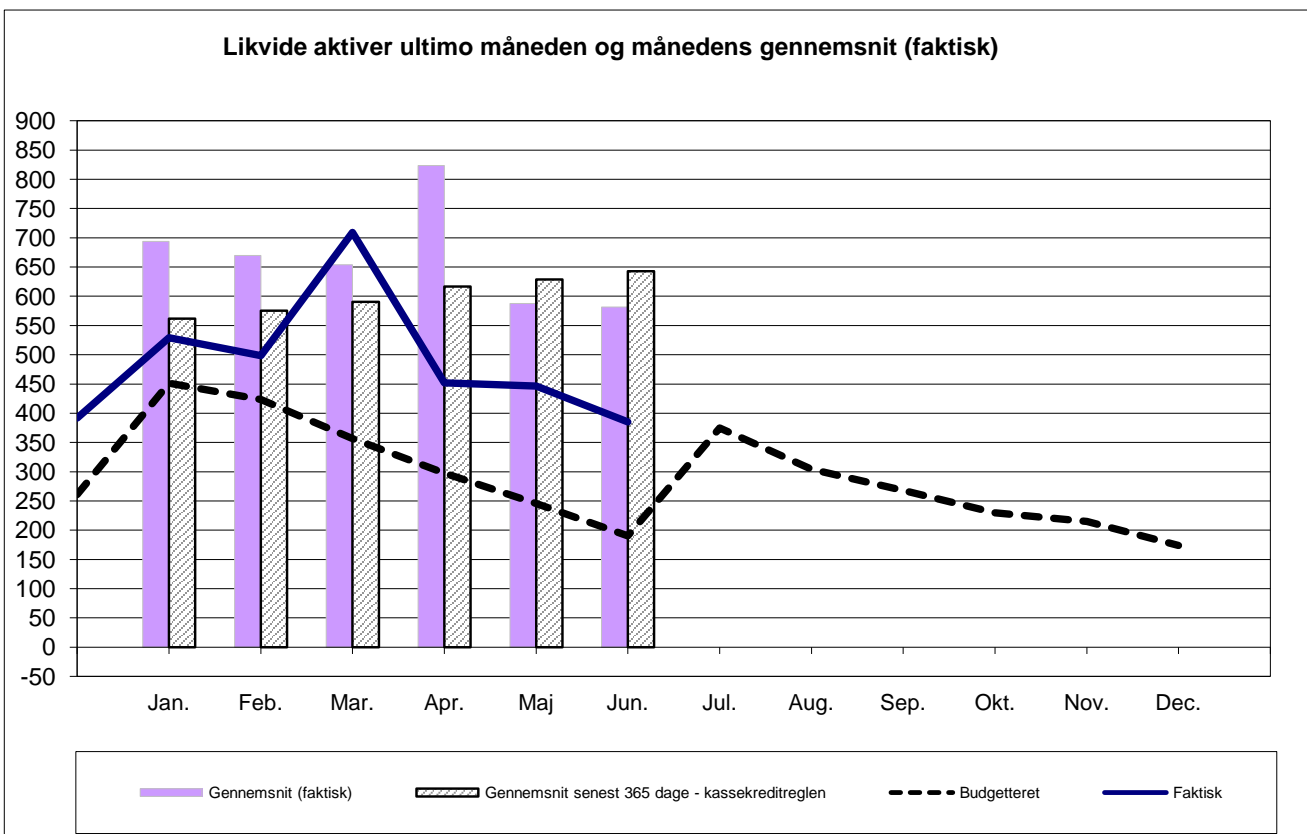
Likviditetsbudget 2015

I Oprindeligt budget 2015

Beløb i mio.kr.		Jan.	Feb.	Mar.	Apr.	Maj	Jun.	Jul.	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dec.	I alt
Budgetteret	(primo 260,9)	451,4	423,7	356,6	297,4	245,8	190,1	374,7	304,3	268,0	230,0	214,9	173,7	

II Faktisk

Beløb i mio.kr.		Jan.	Feb.	Mar.	Apr.	Maj	Jun.	Jul.	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dec.	I alt
Faktisk	(primo 391,9)	529,3	498,2	709,2	451,9	446,2	385,3							
Gennemsnit i måneden	(faktisk)	693,6	669,6	654,0	823,5	587,8	581,4							
Gennemsnit senest 12 mdr.		561,9	575,5	590,4	616,5	628,5	642,6							



Kassebeholdningen ligger ultimo juni væsentligt over det budgetterede niveau. Dette skal dels ses i lyset af en større primobeholdning 2015 på 131 mio. kr., og dels en konsekvens af bevægelser i 2015 på ca. 64 mio. kr.

Forskellen mellem den budgetterede og faktiske beholdning var i juni 2015 på 195 mio. kr. Den større primobeholdning på 131 mio. kr. forklarer størstedelen af den samlede positive difference i likvidbeholdningen. Resten af forskellen forklares ved forhold, som er indtruffet i løbet af året 2015. I juni udgjorde denne 64 mio. kr. De væsentligste årsager hertil var frikøb af hjemfaldspligtsklausulerne med tilhørende afregning til Københavns Kommune på hhv. 221 og 66 mio. kr. Desuden medførte det ekstraordinære afdrag på lån en ikke-budgetlagt udgift på 100 mio. kr. Derudover er endvidere indgået en indtægt for salg af Gyrithe Lemchesvej.

REGNSKABSOPGØRELSE PR. 30.06.2015

REGNSKABSOVERSIGT PR. 30.06.2015

LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE
Center for Politik og Strategi

Journalnr. :
Dato: 21.09.2015
Skrevet af : asm

N O T A T
Om

Indstilling til sociale frivillighedspris 2015

Forvaltningen har modtaget i alt 6 indstillinger til den sociale frivillighedspris fordelt på 5 kandidater. På baggrund heraf er der udarbejdet en prioriteret kandidatliste med de indkomne indstillinger. Frivilligcentret er i den forbindelse inddraget.

I udvælgelsen bliver der lagt vægt på, at kandidaten er en lokal ildsjæl, som har ydet en social indsats til gavn for borgere i kommunen, og som har været med til at opbygge sociale netværk og søge nye veje for løsning af sociale udfordringer.

Forvaltningen indstiller ægteparret Lone Rasmussen og Per Pisk til sammen at modtage Frivilligprisen 2015. Lone Rasmussen udmærker sig specielt ved at finde nye veje med Vågetjenesten. Her har hun siden efteråret 2013 formået at etablere og udvikle en forening i tæt samarbejde med Frivilligcentret og Lyngby-Taarbæk Kommune. Samarbejdet med Lyngby-Taarbæk Kommune er udmøntet i en samarbejdsaftale på plejecentrene og fra september 2015 udvidet til også at omfatte hjemmeplejen (se bilag). Lone Rasmussen markerer sig ved både at være hårdtarbejdende, en god forhandler og udvise evnen til at samarbejde med alle relevante parter omkring hendes indsatser.

Per Pisk udmærker sig ved sit arbejde i Demenscafeen, som har kørt siden foråret 2012. Ideen blev oprindeligt præsenteret for kommunen og siden har demenscafeens frivillige samarbejdet med bl.a. kommunens demenskoordinator. Fra 2013 har de frivillige i demenscafeen indgået samarbejde med Frivilligcenter Lyngby-Taarbæk, som påtager sig forskellige opgaver bl.a. i forbindelse med administrationen af en eventuel bevilling (bogføring, regnskab m.m.). Per Pisk evner at samle folk, skabe en god stemning, og er i det hele taget at være en yderst venlig person.

Sammen er de stærke og har med deres omsorgsfulde og energiske personligheder opbygget solide netværk og ydet betydningsfulde sociale indsatser for et stort antal udsatte ældre medborgere i kommunen.

**Lone Rasmussen og
Per Pisk**

Leder af Vågetjenesten
samt aktiv omkring hø-
reomsorg og Demensca-
feen

Lis Lykke: "Ingen tvivl om at det skal være de to fantastiske mennesker, Lone og Per, der bl.a har fået gang i Vågetjenesten samt ALT det andet frivillige arbejde de er involveret i. De er ikke unge mennesker mere, men med deres energi skulle man tro at de var 25. Jeg ønsker det bedste for disse to dejlige hjælpsomme mennesker."

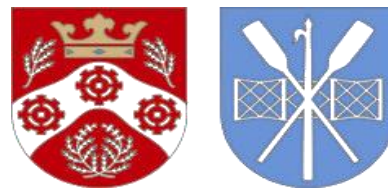
<p>Monica Munch</p> <p>Aktiv i Seniorklubben mv.</p>	<p>Seniorgruppen og ledende Lyngbyguder v/ Susanne Andreasen: "Jeg ønsker at indstille min Frivillig-kollega, Monica Munch, til Lyngby-Taarbæk Kommunes Frivillighedspris 2015</p> <p>Fordi Monica er en fantastisk spændende dame og en ægte lokal ildsjæl!</p> <ul style="list-style-type: none">- Monica altid er klar til at leve i nuet og være 100 % til stede for andre.- Monica har et rart og smittende væsen med en god portion humor.- Monica er vidende, interesseret og engageret i livet og verden omkring os.- Monica er en gave i det frivillige arbejde. <p>Således møder Monica, hver onsdag eftermiddag, op i Seniorklubben og gør en værdifuld, social indsats for nogle af Kommunens ældre flygtninge/indvandrere i Frivilligcentret på Rustenborgvej.</p> <p>Der er altid en behagelig atmosfære og en god portion humor på møderne.</p> <p>Monica er initiativrig og finder gerne nye aktiviteter og kulturelle tiltag, som hun tager op på en sådan måde at de kulturelle forskelligheder, ikke anes så forskelligt endda.</p> <p>Der tales om nyheder, som vendes og drejes og gøres forståeligt for alle. Ved den måned lige udflugt køres til seværdigheder fra vores Kulturarv som fx Henry Heerup Museet, besøg på et aktivitetscenter i Dragør eller på Integrationsmuseet i Farum, Havnerundfart i København, Stadsbiblioteket i Lyngby, Bådfarten, vores Rådhus, Indvandrer kvindeklub i Gentofte o.m.m.</p> <p>Onsdagen før holder Monica en optakt til turen med forhistorie og billeder, ligesom der onsdagen efter vises fotos og snakkes om turen, så vidt muligt på dansk.</p> <p>De fælles oplevelser betyder meget for samhørigheden i gruppen, særligt da kun få taler noget dansk og næsten alles modersmål er forskellige, kan de knibe med at tale rigtigt sammen. Alle får indblik i noget nyt og kan ikke undgå at blive grebet af Monica's begejstring, som er rar at bære med sig videre.</p> <p>Og sådan har Monica i de seneste 6 år formået at holde gejsten oppe i klubben og været med til at opbygge sociale netværk til stor glæde for deltagerne og til megen gavn for at bryde den sociale isolation.</p> <p>Seniorklubben er langt fra det eneste, som Monica bidrager til. Følgende vidner om at Monica er et åbent, bredt favnende og</p>
---	---

	<p>alsidigt menneske. Hun er aktiv frivillig i "Lydpotterne", der læser nyheder op fra Det Grønne Område til Kommunens Lydavis. Hun er også frivillig kustode i Lyngby Kunstforening, hvor hun også er medlem af bestyrelsen. Lejlighedsvis byder Monica gerne ind ved rundvisning på udstillinger. At Monica har været den ene part af et højskoleægtepar fra Norge, kommer nu os alle tilgode. For Monica er det en livsstil og glæde at engagere sig og tage medansvar og gøre en forskel for andre i det frivillige arbejde. Hun er et beskedent menneske, der respekterer integritet. Energien henter hun måske på sine rejser og hjemme hos familien og vennerne. Det vil derfor glæde mig meget om I vælger at anerkende og opmuntre, Monica Munch, med årets Frivillighedspris 2015."</p>
<p>Svend Christensen Formand for Diabetesforeningen i Lyngby-Taarbæk fra 1995 til 2011. I dag menigt medlem af foreningen.</p>	<p>Diabetesforeningen i Lyngby-Taarbæk v/ formand Dorete Dandanel: " Svend Christensen har lang karriere bag sig som aktiv i Diabetesforeningen, hvor han siden 1982 har arbejdet for at skabe bedre muligheder for de frivillige i foreningen, både centralt og lokalt.</p> <p>Som formand for Diabetesforeningen i Lyngby-Taarbæk fra 1995 til 2011 har Svend stået i spidsen for, at foreningens frivillige har meningsfulde opgaver og han været med til at iværksætte masser af foredrag, udflugter, indsamlinger og andre arrangementer til glæde lokalforeningens medlemmer.</p> <p>Denne viden og erfaring kommer heldigvis den nuværende bestyrelse til gode, idet Svend som menigt medlem fortsætter med at komme med gode ideer til aktiviteter for medlemmerne.</p> <p>Med henblik på at forbedre livsvilkårene for diabetikere og andet borgere med en kronisk sygdom, har Svend deltaget i en række råd og nævn. Heraf kan nævnes, at Svend sad i Frivilligrådet fra 1999- 2000, hvor rådet blev nedlagt og at han har siddet i Handicaprådet i mange år, ligesom han har været medlem af Det Lokale Beskæftigelsesråd som Dansk Handicapforbunds repræsentant for Diabetesforeningen.</p> <p>For at skabe bedre rammer for det frivillige lokale arbejde var Svend i 2001 med til at stifte Frivilligcentret, der først lå på Lundtoftevej 212, herefter Toftebæksvej og nu på Rustenborgvej.</p> <p>Svend gør som person og med sin arbejdsindsat en imponerende</p>

	<p>og vedholdende indsats for at synliggøre og styrke det frivillige arbejde, både i forhold til Diabetesforeningen og i forhold til det øvrige frivillige foreningsliv i Lyngby-Taarbæk og derfor fortjener han Frivillighedsprisen 2015.</p>
<p>Kasper Haagensen Bestyrelsesformand i Frivilligcentret mv.</p>	<p>Foreningen Pensionister i skolen v/ bestyrelsen: "Vi har et rigtig godt samarbejde med personen, som er helt usædvanligt engageret i det frivillige arbejde i vores kommune og personen er til stor hjælp og inspiration for os andre aktører på frivilligområdet. Vi hører tit om ham i det "offentlige rum" - det er ikke fordi han søger offentligheden, men det er pga. de mange gøremål og interessegrupper, han har involveret sig i. Og det er ikke småting:</p> <p>1) Han er aktiv i bestyrelsesarbejde i mange forskellige hjørner af lokalsamfundet:</p> <ul style="list-style-type: none">• Senest er han blevet formand for Frivilligcenter i Lyngby-Taarbæk, og med den status, som frivilligarbejdet har nu og i fremtiden, er der helt sikkert masser af opgaver at tage fat på• Formand for rytmeforeningen i "Templet". Der er rig mulighed for at få en musikoplevelse i "Templet" takket være en aktiv formand, som har sans for at hente navne til musikoplevelser• Bestyrelsesmedlem i LTU – Lyngby-Taarbæk Ungdomsskole og 10. klassecenter• Bestyrelsesmedlem i sin Beboerforening <p>2) Han har oprettet projekt for "de stille piger" på LTU og har hjulpet en sclerose-ramt pige fra Lyngby Roklub, således at hun kunne få et realistisk løb i sin båd til en Regatta på Bagsværd sø.</p> <p>3) På denne måde kommer vi ind på hans engagement i sportsverdenen, som han har været en del af siden sine teenage-år, hvor han selv trak i årene i en robåd:</p> <ul style="list-style-type: none">• Han er sportschef i Danske studenters Roklub• Han er instruktør i Dansk Forening for Rosport• Han er medlem af uddannelsesudvalget i samme organisation og tidligere formand for dette• Og så stiller han gerne op som kok til et socialt arrangement i Lyngby Dameroklub <p>4) Dertil kommer, at han har flere tillidsposter i samfundet:</p> <ul style="list-style-type: none">• Formand for "Lyngby Live"• Repræsentant for sygeforsikringen "Danmark"• Domsmand / lægdommer i Lyngby Ret <p>Han er ikke kun en deltager i alle disse foreninger og organisationer – og dermed et meget engageret menneske – men han gør det på en dejlig uhøjtidelig og venlig måde, således at de mennesker, han samarbejder med, finder samarbejdet udbytterigt.</p> <p>Det er på tide at afsløre navnet: Kasper Haagensen"</p>

	<p>Mil (Mentorforeningen i Lyngby)v/ bestyrelsen: ”I Mentorforeningen er bestyrelsen blevet enige om, at indstille Kasper Haagensen til den årlige frivilligpris.</p> <p>I bestyrelsen mener vi, at den værdige kandidat til den prestigefyldte pris, er en som yder frivillig arbejde med passion og lidenskab. Derfor har vi valgt at indstille Kasper Haagensen til den årlige pris.</p> <p>Kasper er til dagligt en travl herrer med mange bolde i luften, alligevel har han valgt at være formand for Frivilligcentret i kommunen.</p> <p>I mange år har Kasper ydet en kæmpe prisværdig indsats for Lyngby Taarbæk Kommune, hvilket også har resulteret i, at det hårde arbejde bærer frugt.</p> <p>Det er en ære at kunne få lov til at samarbejde med Kasper, da han altid er så præcis og professionel.</p> <p>Lige så vel er Kasper altid smilende og glad, han er i hvert fald ikke bleg for at smitte andre med et godt grin.</p> <p>Med alle de værdier og kompetencer som Kasper besidder kan man ikke være andet end stolt over, at kunne få lov til at samarbejde med ham.</p> <p>Derfor mener vi, at Kasper er den helt rigtige kandidat til årets frivilligpris. ”</p>
<p>Nina Harboe og Vibeke Møller</p> <p>Initiativtagere til ”Pusterummet” – tilbud til pårørende til demente på Bredebo plejecenter. Opstart maj 2015.</p>	<p>Dorthe la Cour: ”Jeg indstiller, at to lokale ildsjæle Nina Harboe og Vibeke Møller skal have Frivillighedsprisen 2015.</p> <p>Nina og Vibeke har med udgangspunkt i egne erfaringer med demensramte ægtefæller haft overskud og ressourcer til at starte et tilbud - Pusterummet - til pårørende til demente på Bredebo plejecenter.</p> <p>Pusterummet giver plads til at dele bekymringer og spørgsmål med andre i samme situation. Det sociale netværk giver pårørende et forum, hvor tanker, ideer og erfaringer kan deles, og hvor man kan få medmenneskelig hjælp til den sociale udfordring, som det er at være pårørende til en dement. Som dementpårørende kan følelsen af afmagt og ensomhed være meget stor. Derfor er dette initiativ en slags "iltmaske" til mennesker i en livskrise. Det er bemærkelsesværdigt, at Nina og Vibeke, som begge har demens tæt inde på livet, har fundet energien og ressourcerne til at være noget for andre og bidrage positivt til løsning af en samfundsmæssig udfordring.</p> <p>Samtidig har de bidraget til kommunens handleplan for demens ved at give møde for socialudvalget, og her fortælle om deres erfaringer.</p> <p>Jeg synes, Nina og Vibeke fortjener et skulderklap, og hvis de får Frivillighedsprisen 2015, viser vi både dem og andre borgere, at også de nære ting, som gør en stor forskel i andres liv, kan udløse</p>

	denne udmærkelse.”
--	--------------------



Lyngby Taarbæk Kommune

Partnerskabsaftale mellem foreningen Vågetjenesten i Lyngby-Taarbæk kommune og Hjemmeplejen i Lyngby-Taarbæk kommune

Partnerskabets ramme:

Med denne aftale indgår foreningen Vågetjenesten i Lyngby-Taarbæk og Hjemmeplejen i Lyngby-Taarbæk et partnerskab. Partnerne forpligter sig hermed til dialog og fællesskab i et samarbejde som har til formål at arbejde for at ingen borgere i LTK som ikke ønsker det, skal dø alene.

Aftalen kan evalueres løbende, senest efter et halvt år efter underskrivelsen og skal senest efter 1 år (etablerings år 2015) gennemgås af Vågetjenesten og Hjemmeplejen i fællesskab.

Hvilken opgave skal partnerskabet løse?

Partnerskabets opgave er at arbejde for at der i kommunen etableres et samarbejde omkring den frivillige Vågekonetjeneste i hjemmeplejen i Lyngby-Taarbæk kommune. Vågetjenestens opgave er at våge ved døende således at ingen mod deres vilje skal dø alene. Partnerskabet forpligter sig til i fællesskab og med hver sine kompetencer at sikre at vågetjenesten bliver en succes for borgere, pårørende, plejepersonalet og de frivillige vågekoner/mænd, således at ingen er i tvivl om opgavens omfang og begrænsning, samt metode.

Partnerskabets styrke er at kunne udvikle nye metoder og samarbejdsformer og skabe større helhed og kvalitet ift. den terminale indsats for medborgere i eget hjem i Lyngby-Taarbæk.

Målgruppe:

Målgruppen for Vågetjenesten er alle borgere som ikke ønsker at dø alene. Vågetjenesten forbeholder sig dog ret til, at vurdere hver enkelt henvendelse.

Fordeling af roller og opgaver i samarbejdet

Foreningen Vågetjenesten i Lyngby-Taarbæk er en frivillig social organisation, uafhængig af bundne myndighedsopgaver, vagtplaner, normering mv. og kan derfor møde det enkelte menneske på et ligeværdigt niveau og med 100 % fokus på at våge og være til stede hos den døende.

Vågetjenesten kan og skal ikke indgå i den professionelle plejeopgave, men er alene en aflastning og et supplement til de pårørendes og plejepersonalets tilstedeværelse.

- Vågetjenesten er ansvarlig for rekruttering af frivillige.
- Vågetjenesten tilbyder de frivillige kurser, sparring og rådgivning gennem foreningens fællesskab og sikre at alle frivillige vågekoner/mænd er klædt godt på til vågeopgaven.
- Vågetjenestens koordinator/formand etablerer og igangsætter forløbet i samarbejde med hjemmesygeplejersken i det pågældende hjem.
- Område lederne sikre at hjemmesygeplejersken som er tilknyttet hjemmene kender til muligheden og formidler dette til familierne.
- Hjemmesygeplejersken i det pågældende hjem skaber kontakt mellem vågetjenesten og familien ved første besøg.
- Plejepersonalet i hjemmet sikre efter aftale med døende eller pårørende at Vågetjenesten får adgang til hjemmet ved det første besøg.
- Ved henvendelse fra hjemmeplejen eller pårørende tilrettelægger og koordinerer Vågetjenestens koordinator det enkelte forløb og sikre at vågerne er bekendt med relevant information om det enkelte forløb.
- Vågetjenestens koordinator/formand og afdelingsleder for hjemmeplejen/træningsenheden bidrager til at sikre et konstruktivt og udviklende samarbejde, hvor uklarheder eller behov for ændringer i indsatsen drøftes. Første gang efter 6. måneder.
- Efter endt vågeforløb udfylder hjemmeplejen et evalueringsskema som Vågetjenesten har lagt i hjemmet. Dette returneres til Vågetjenesten.
- Såfremt at borgeren som i sidste tid har haft besøg af vågetjenesten, afgår ved døden i en periode hvor vågetjenesten ikke er tilstede giver hjemmeplejen vågetjenesten besked på: mail@vaagetjenestenltk.dk

Tavshedspligt:

Vågetjenesten er underlagt en moralsk og etisk tavshedspligt. Det betyder, at de oplysninger der kommer frem i tillid og fortrolighed i samspillet ikke må fortælles videre, med mindre det er med beboerens samtykke. Tavshedspligten fortsætter uændret selvom man stopper som frivillig i vågetjenesten. Vågetjenesten sikre at alle frivillige er bekendt med tavshedspligten.

Straffeattest

Vågetjenesten er ansvarlig for indhentelse af straffeattester på alle frivillige.

Forsikring:

Som frivillig i vågetjenesten i hjemmeplejen er man ikke dækket af en kommunal Lyngby Taarbæk forsikring. Vågetjenestens frivillige er bekendt med dette og er dækket af egne private forsikringer.

Ikrafttræden, ophør og ændringer

Nærværende aftale træder i kraft den 1.10.2015

Aftalen kan af hver af parterne kan opsiges i god dialog med rimelig varsel.

Aftalen kan når som helst ændres ved enighed mellem parterne.

Godkendt d. Lyngby-Taarbæk Kommune
Afdelingsleder, hjemmeplejen LTK
Susanne Hansen

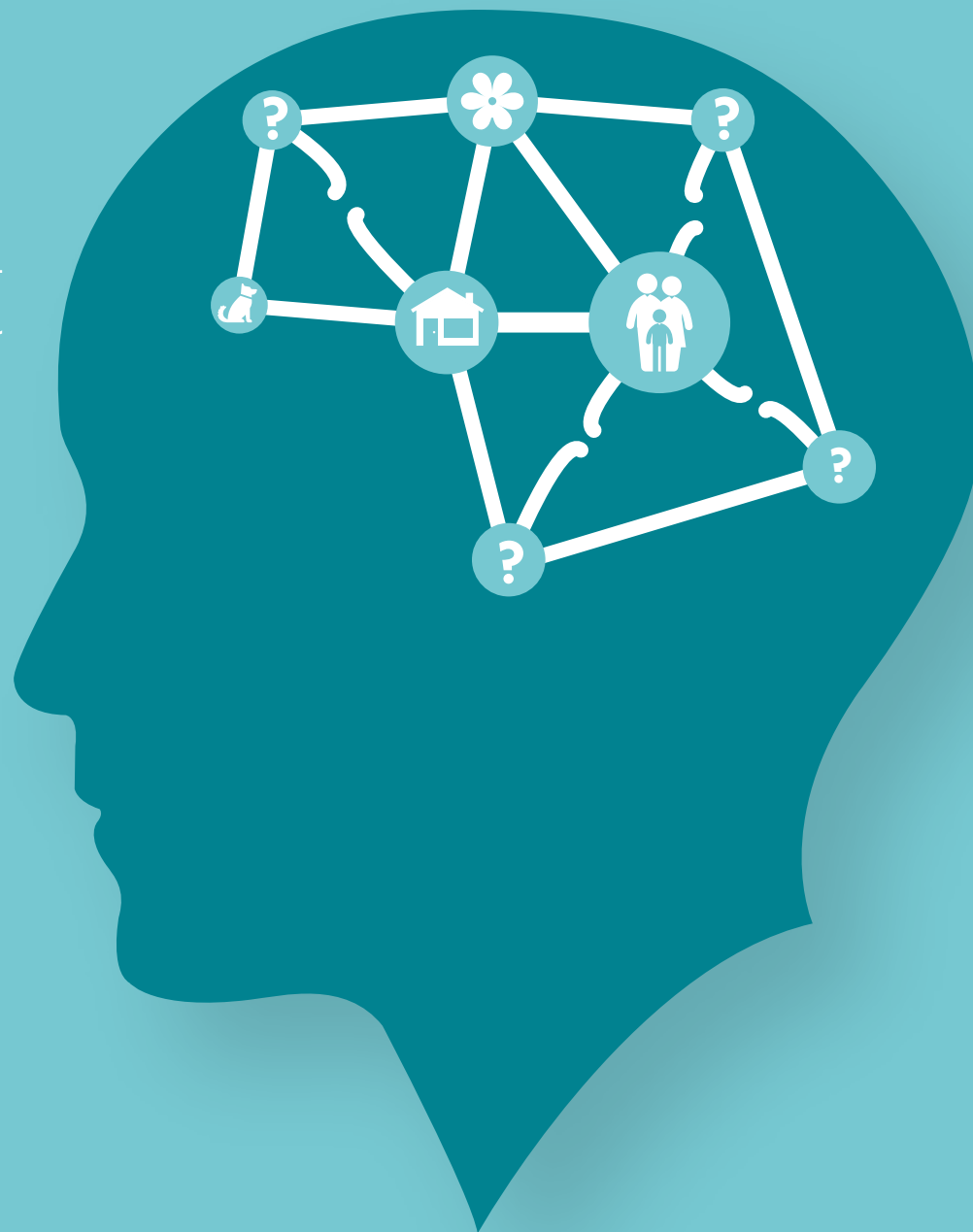
Godkendt d. Vågetjenesten Lyngby-Taarbæk,
Formand for Vågetjenesten Lyngby-Taarbæk
Lone Rasmussen

Januar		Februar		Marts		April		Maj		Juni			
Fr 1	Nytårsdag	Ma 1	Formøde	5	Ti 1	Evt. ekstraordinært ØK KL Beskæftigelsestræf 2016	Fr 1	Sø 1	On 1	BY / SSU / KFU			
Lø 2		Ti 2			On 2		Lø 2	Ma 2	18	To 2	BUU		
Sø 3		On 3			To 3	KMB	Sø 3	Ti 3	Evt. ekstraordinært ØK	Fr 3			
Ma 4	1	To 4			Fr 4	Formøde	Ma 4	14	On 4	Lø 4			
Ti 5	EBU / TMU	Fr 5			Lø 5		Ti 5	Evt. ekstraordinært ØK	To 5	Kristi Himmelfart	Sø 5	Grundlovsdag	
On 6	BY / SSU / KFU	Lø 6			Sø 6		On 6		Fr 6	Virksomhedslukket	Ma 6	23	
To 7	BUU	Sø 7	Fastelavn		Ma 7	Formøde	10	To 7	KMB	Lø 7		Ti 7	
Fr 8		Ma 8		6	Ti 8		Fr 8	Formøde	Sø 8		On 8		
Lø 9		Ti 9	EBU / TMU		On 9		Lø 9		Ma 9	19	To 9	ØK	
Sø 10		On 10	BY / SSU / KFU		To 10	KL Kommunalpolitisk Topmøde	Sø 10		Ti 10		Fr 10		
Ma 11	2	To 11	BUU		Fr 11	KL Kommunalpolitisk Topmøde	Ma 11	Formøde	15	On 11	Lø 11		
Ti 12		Fr 12			Lø 12		Ti 12		To 12	KMB / KL Social- og Sund-	Sø 12		
On 13	ØK	Lø 13			Sø 13		On 13		Fr 13	hedspolitiske Forum (2 dage)	Ma 13	24	
To 14	KL Kommunaløkonomisk	Sø 14	Valentinsdag		Ma 14		To 14		Lø 14		Ti 14	Evt. ekstraordinært ØK	
Fr 15	Forum (2 dage)	Ma 15		7	Ti 15	EBU / TMU	Fr 15		Sø 15	Pinsedag	On 15		
Lø 16		Ti 16			On 16	BY / SSU / KFU	Lø 16		Ma 16	2. pinsedag	20	To 16	Folkemødet Bornholm
Sø 17		On 17			To 17	BUU	Sø 17		Ti 17		Fr 17	Folkemødet Bornholm	
Ma 18	3	To 18			Fr 18		Ma 18	16	On 18		Lø 18	Folkemødet Bornholm	
Ti 19	Evt. ekstraordinært ØK KL Skolerigsdag	Fr 19			Lø 19	Påskeferie	Ti 19	EBU / TMU	To 19		Sø 19	Folkemødet Bornholm	
On 20	KL Skolerigsdag	Lø 20			Sø 20	Palme søndag	On 20	BY / SSU / KFU	Fr 20	Formøde	Ma 20	KMB	25
To 21	KMB	Sø 21			Ma 21		12	To 21	BUU	Lø 21		Ti 21	
Fr 22		Ma 22		8	Ti 22		Fr 22	Store Bededag	Sø 22		On 22		
Lø 23		Ti 23			On 23		Lø 23		Ma 23	Formøde	21	To 23	
Sø 24		On 24			To 24	Skærtorsdag	Sø 24		Ti 24		Fr 24	Sankt Hans	
Ma 25	4	To 25	ØK		Fr 25	Langfredag	Ma 25	17	On 25		Lø 25		
Ti 26	KL Sundhedskonference	Fr 26	Strategiseminar		Lø 26		Ti 26		To 26		Sø 26		
On 27		Lø 27	Strategiseminar		Sø 27	Påskedag / Sommertid	On 27		Fr 27		Ma 27	26	
To 28		Sø 28			Ma 28	2. påskedag	13	To 28	ØK	Lø 28		Ti 28	
Fr 29	Formøde	Ma 29		9	Ti 29		Fr 29		Sø 29		On 29		
Lø 30					On 30		Lø 30		Ma 30	22	To 30		
Sø 31					To 31	ØK			Ti 31	EBU / TMU			

Juli		August		September		Oktober		November		December	
Fr 1	Ma 1	31	To 1	BUU	Lø 1	Ti 1	To 1				
Lø 2	Ti 2		Fr 2		Sø 2	On 2	Fr 2				
Sø 3	On 3		Lø 3		Ma 3	ØK 2. beh. budget 40	To 3	KMB	Lø 3		
Ma 4	Sommerferie 27	To 4	Sø 4		Ti 4	EBU / TMU	Fr 4		Sø 4		
Ti 5	Fr 5		Ma 5	36	On 5	BY / SSU / KFU	Lø 5		Ma 5		49
On 6	Lø 6		Ti 6		To 6	BUU	Sø 6		Ti 6	EBU / TMU	
To 7	Sø 7		On 7		Fr 7		Ma 7		On 7	BY / SSU / KFU	45
Fr 8	Ma 8	32	To 8	ØK	Lø 8		Ti 8	EBU / TMU	To 8	BUU	
Lø 9	Ti 9		Fr 9		Sø 9		On 9	BY / SSU / KFU	Fr 9		
Sø 10	On 10		Lø 10		Ma 10	KL Misbrugskonference 41	To 10	ØK / KL jobCAMP	Lø 10		
Ma 11	28	To 11	Sø 11		Ti 11		Fr 11	KL jobCAMP / Mortensdag	Sø 11		
Ti 12	Fr 12		Ma 12	ØK 1. beh. budget 37	On 12		Lø 12		Ma 12		50
On 13	Lø 13		Ti 13	Evt. ekstraordinært ØK	To 13	ØK + KMB 2. beh. Af budget	Sø 13		Ti 13		
To 14	Sø 14		On 14		Fr 14		Ma 14		On 14		46
Fr 15	Ma 15	33	To 15	KMB	Lø 15		Ti 15		To 15	ØK	
Lø 16	Ti 16		Fr 16		Sø 16		On 16		Fr 16		
Sø 17	On 17		Lø 17		Ma 17	Efterårsferie 42	To 17	ØK	Lø 17		
Ma 18	29	To 18	Sø 18		Ti 18		Fr 18		Sø 18		
Ti 19	Fr 19	Formøde	Ma 19	KMB 1. beh. budget 38	On 19		Lø 19		Ma 19		51
On 20	Lø 20		Ti 20		To 20		Sø 20		Ti 20	Evt. ekstraordinært ØK	
To 21	Sø 21		On 21		Fr 21		Ma 21		On 21		47
Fr 22	Ma 22	Formøde 34	To 22		Lø 22		Ti 22	Evt. ekstraordinært ØK	To 22	KMB	
Lø 23	Ti 23		Fr 23	Formøde	Sø 23		On 23		Fr 23		
Sø 24	On 24		Lø 24		Ma 24		To 24	KMB 43	Lø 24	Juleaften	
Ma 25	30	To 25	Sø 25	ØK	Ti 25	Evt. ekstraordinært ØK	Fr 25	Formøde	Sø 25	Juledag	
Ti 26	Fr 26		Ma 26	Formøde KL Ældrekonference 39	On 26		Lø 26		Ma 26	2. juledag	52
On 27	Lø 27		Ti 27		To 27		Sø 27		Ti 27	Virksomhedslukket	
To 28	Sø 28		On 28		Fr 28	Formøde	Ma 28	Formøde 48	On 28	Virksomhedslukket	
Fr 29	Ma 29	35	To 29		Lø 29		Ti 29	KL Handicap & Psykiatrikonf.	To 29	Virksomhedslukket	
Lø 30	Ti 30	EBU / TMU	Fr 30		Sø 30	Vintertid	On 30		Fr 30	Virksomhedslukket	
Sø 31	On 31	BY / SSU / KFU			Ma 31	Formøde 44			Lø 31	Nytårsaften	

Handleplan for demensområdet

2015-2018



Lyngby-Taarbæk Kommune
Center for Sundhed og Omsorg



LYNGBY-TAARBÆK
KOMMUNE

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker med afsæt i et stærkt borgerperspektiv at være på forkant med de bedst mulige løsninger inden for demensområdet. På den baggrund igangsatte Social- og Sundhedsudvalget i september 2014 en bredere drøftelse af demensområdet med henblik på at beslutte konkrete indsatser målrettet borgere med demens og deres pårørende i en handleplan til kommunens ældrestrategi.

Handleplanen er resultatet af en længere proces, hvor politikere, medarbejdere, borgere med demens og deres pårørende har drøftet erfaringer og ønsker. Der er også indhentet viden og erfaringer fra andre kommuner og relevante organisationer. Alle har bidraget til at formulere behov indenfor demensområdet.

Handleplanen er et tillæg til Lyngby-Taarbæk Kommunes ældrestrategi. Ældrestrategien omfatter forskellige indsatser på ældreområdet, der understøtter et godt og aktivt liv. Hvad der er et godt liv for den enkelte, vil være meget forskelligt. Det gælder også for mennesker med en demenssygdom. Typen af demens, og hvordan den kommer til udtryk, medvirker også til denne

forskel. Indsatserne i handleplanen skal bidrage til at skabe et sammenhængende forløb fra den første tid i hjemmet til den sidste tid på plejecenteret. Hvilket skal bidrage til tryghed for borgere med demens og deres pårørende i alle faser af sygdommen.

Handleplanens målgruppe er borgere med en demenssygdom og deres pårørende samt ledere og medarbejdere på ældreområdet.

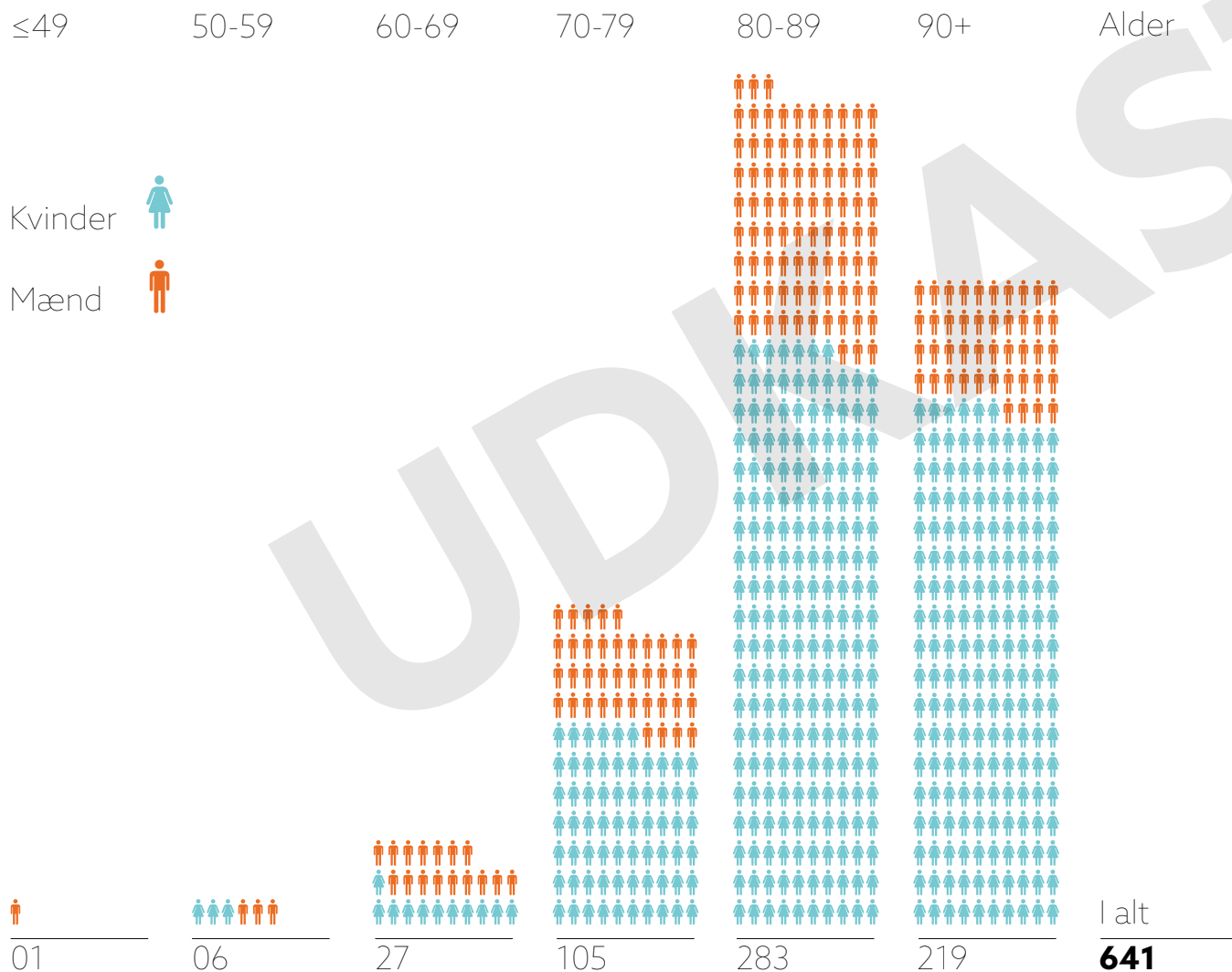
Indsatser

Indsatserne begynder fra den tidlige fase af sygdommens opståen til den sidste tid af borgerens liv. Indsatserne er inddelt i tværgående indsatser og fem fortløbende faser.



Mere end 100 forskellige sygdomme kan føre til demens, som er en tilstand, hvor de mentale færdigheder er svækket af sygdom. Demens rammer primært ældre, men også yngre mennesker kan blive ramt. Tabet af mentale færdigheder påvirker livssituationen for såvel personen med demens som for de pårørende, ligesom omsorg og pleje af mennesker med demens kræver særlige kompetencer hos plejepersonalet.

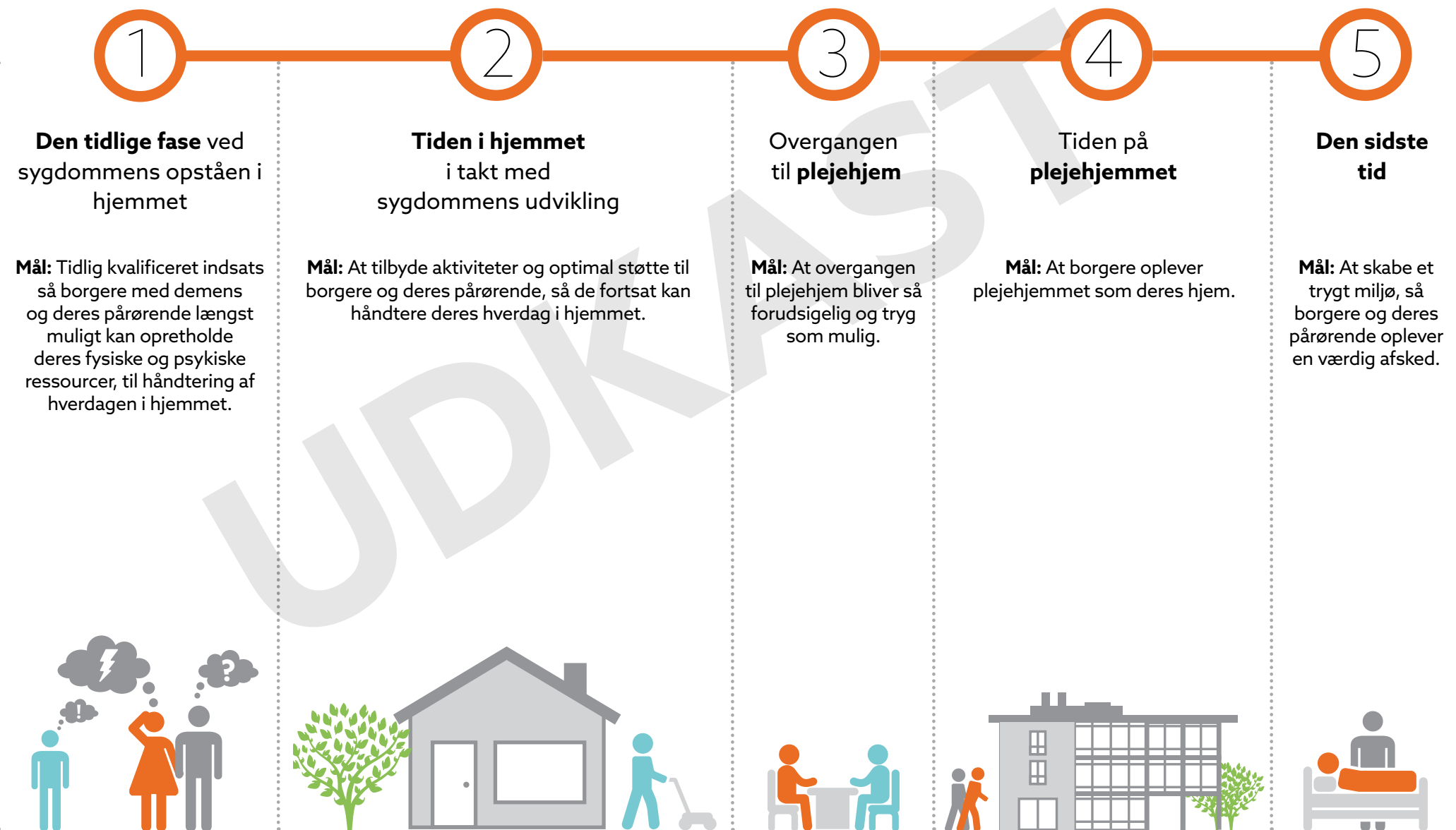
Borgere med demens eller demenslign. symptomer, Lyngby-Taarbæk Kommune



Lige nu lever cirka 90.000 danskere med en demenssygdom. På grund af den højere levealder er antallet af demente stigende i Danmark. I Lyngby-Taarbæk Kommune ligger andelen af borgere over 65 år over landsgennemsnittet. Kommunen forventes derfor ikke at opleve en lige så markant stigning i gruppen af ældre borgere og dermed heller ikke så høj en stigning i antallet af borgere med demens som i resten af landet. Et estimat fra Nationalt Videnscenter for Demens viser, at der i 2015 er 1.171 borgere med demens i Lyngby-Taarbæk Kommune. Kommunens demenssteam har pr. 1. maj 2015 kontakt med ca. 640 borgere med demens eller demenslignende symptomer, hvoraf ca. 70 % er udredt for en demenssygdom.

Formålet med handleplanen er at bidrage til størst mulig livskvalitet for borgere med demens og deres pårørende i Lyngby-Taarbæk Kommune. Tilbud og pleje til borgere med demens skal samtidig tilrettelægges på en sådan måde, at den enkelte borgers ressourcer, behov og ønsker tilgodeses.

Indsatser i de fem faser



Den personcentrede omsorgsmodel

Personcentreret pleje og omsorg styrkes og videreudvikles i den fremtidige demensindsats.

Personcentreret pleje og omsorg indebærer, at det er mennesket med demens, snarere end demenssygdommen, der sættes i centrum, og at plejen tager udgangspunkt i personens egen oplevelse af virkeligheden. Ideerne bag personcentreret pleje og omsorg er udviklet af den engelske psykologiprofessor Tom Kitwood.

Personcentreret pleje sigter mod at gøre pleje og plejemiljø personligt og individuelt, samt at forstå adfærd og eventuelle symptomer ud fra personens perspektiv.

Plejen og omsorgen er baseret på oplysninger om personens livshistorie, vaner, værdier, behov, ønsker og præferencer.





Den tidlige fase ved sygdommens opståen i hjemmet

Nuværende tilbud

Demensteamet støtter og rådgiver borgere med demens og deres pårørende/netværk.

Rådgivningen tager afsæt i den enkeltes værdinormer, livshistorie og aktuelle situation. Samtaler afholdes kontinuerligt gennem hele sygdomsforløbet.

Samværsgrupper på Demenscenter "Borrebakken".

Dagtilbuddet Hovedsagen til yngre borgere (30-67 år), der lever med en demenssygdom eller er senhjerneskadet.

Mulighed for op til seks timers aflastning i hjemmet pr. måned for samboende pårørende.

Mulighed for aflastningsplads til borgere med demens en uge hver fjerde uge.

Kurset: "Hverdagen med demens", for mennesker, der lever med en demenssygdom og deres pårørende.

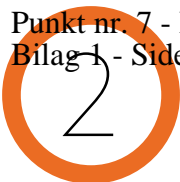
Tilbud om lån af gps.

Fremadrettede indsatser

Inden udgangen af 2016 er det muligt for borgere med demens, at deltage i styrketræning og mindst et holdtilbud, eksempelvis løb, cykling eller svømning i foreningsregi.

Mål: Tidlig kvalificeret indsats så borgere med demens og deres pårørende længst muligt kan opretholde deres fysiske og psykiske ressourcer, til håndtering af hverdagen i hjemmet.





Tiden i hjemmet i takt med sygdommens udvikling

Nuværende tilbud

Demensteamet støtter borger og pårørende i at udarbejde livshistorie og udfylde værdiskema.

Modtager hjemmepleje efter gældende visitationsregler.

Kommunens aflastningstilbud evalueres inden udgangen af 4. kvartal 2015 med henblik på eventuelle justeringer.

Nye, relevante velfærds-teknologiske hjælpemidler inddrages i hverdagen. Oplæg inden udgangen af 2. kvartal 2017.

Mål: At tilbyde aktiviteter og optimal støtte til borgere og deres pårørende, så de fortsat kan håndtere deres hverdag i hjemmet.

Fremadrettede indsatser

Der etableres to motionshold, eksempelvis gå/vandrings-grupper, der fungerer ved, at gruppen "samler" hinanden op i hjemmene og "sætter" hinanden af igen. De to motionshold er etableret inden udgangen af 1. kvartal 2016.

Der tilbydes udflugter for hjemmeboende borgere med demens og pårørende to gange årligt, første gang i 2. kvartal 2016.



3 Overgangen til plejehjem

Nuværende tilbud

Demensteamet rådgiver og støtter borgere med demens og pårørende i at træffe beslutningen om det rette tidspunkt at flytte på plejehjem.

Kommunens boligrådgivere vejleder om praktiske forhold vedrørende en kommende plejehjemsbolig.

Tilbud om besøg i hjemmet af en medarbejder fra plejehjem før indflytning, så medarbejderen får et kendskab til borgerens liv, livshistorie og de fysiske rammer for borgerens liv.

Fremadrettede indsatser

Borgere med demens og deres pårørende tilbydes at besøge plejehjemmene sammen med en demenskoordinator fra 1. januar 2016.

Boligrådgivernes kendskab til de enkelte plejehjem, og hvad de kan tilbyde borgere med en demenssygdom, øges i første halvår af 2016.

Mål: At overgangen til plejehjem bliver så forudsigelig og tryk som mulig.





Tiden på plejehjemmet

Nuværende tilbud

Indflytningssamtale med fokus på en gensidig forventningsafstemning mellem plejehjem og borgere samt deres pårørende.

Opfølgende samtale ca. 4 uger efter indflytningen.

Plejehjemmene arbejder med hjemlighed i fællesarealerne via aktiv borgerinddragelse.

2016 en ekstra bred seng for at imødekomme et eventuelt ønske om fysisk nærvær.

Besøgshunde eller andre relevante dyr indføres på alle plejehjem inden udgangen af 2016.

Mål: At borgere oplever plejehjemmet som deres hjem.

Fremadrettede indsatser

Den enkelte beboer tilbydes flere forskellige meningskabende aktiviteter tilpasset borgere med demens fra 1. januar 2016.

Der anlægges udemiljøer tilpasset borgere med demens på alle plejehjem inden udgangen af 2017.

Borgere med demens og deres pårørende tilbydes fra 1. januar





Den sidste tid

Nuværende tilbud

Palliativ pleje, så borgeren kan forblive på plejehjemmet i den sidste tid.

Fremadrettede indsatser

Der udarbejdes inden udgangen af 2015 en vejledning til, hvordan medarbejderne skal håndtere den svære samtale om døden.

Plejehjemmets personale tilbyder fra 1. januar 2016 en udflytningssamtale til pårørende ca. en måned efter dødsfald.

Mål: At skabe et trygt miljø, så borgere og deres pårørende oplever en værdig afsked.



Mål: At øge borgere med demens livskvalitet ved at organisere ressourcerne på demensområdet med afsæt i "den personcentrerede omsorgsmodel".

Nuværende tilbud

Demensindsatsen er i dag bl.a. organiseret om et demensteam bestående af fire demenskoordinatorer. Demensteamet følger den enkelte borger og dennes netværk fra første kontakt og til borgeren dør.

Der er på kommunens plejecentre 160 boliger til borgere med demens og yderligere 12 boliger til borgere med demens, der har særlige behov. Der er særlige kvalitetsstandarder målrettet boliger til borgere med demens

Fremadrettede indsatser

Et fælles demensgrundlag med afsæt i "Den personcentrerede omsorgsmodel" besluttes

politisk inden udgangen af 1. kvartal af 2016

Der ansættes yderligere én demenskoordinator fra 1. januar 2016.

Der indføres fra 2. halvår 2016 en ændret visitation til demensboliger med et større fokus på, hvor den enkelte borger med demens vil føle sig mest hjemme og tryk. Borgernes adfærd og livshistorie vægtes højt i visitationen.

Demensteamet organiseres som en "task force" gruppe. Task forcen er et støttekorps, som i perioder kan vejlede, rådgive og støtte medarbejderne i forhold til svære adfærdsforstyrrelser hos borgere med demens.

Der uddannes et demensressourceteam bestående af medarbejdere i hjemmeplejen

med særlige kompetencer inden for demens inden udgangen af 2016. Demensressourceteamet skal fortrinsvis varetage omsorgsarbejdet i hjem, hvor borgerne har en demenssygdom.

Der uddannes særlige ressourcepersoner af medarbejdere på alle plejehjemsafdelinger for borgere med demens inden udgangen af 2016. Ressourcepersonerne får kompetencer til at hjælpe deres kolleger i dagligdagens udfordringer i demensarbejdet og i udarbejdelse af pædagogiske handleplaner.

Den nuværende organisering af plejeboliger, herunder antallet af boliger i somatiske afdelinger og afdelinger for borgere med demens, evalueres i 1. halvår 2016.

Arbejdsstruktur, arbejdstidstilrettelæggelse og opgaver på plejehjemmene evalueres i første halvår af 2016, herunder mulighederne for mere gennemgående personale og en fleksibel vagtplan, der i endnu højere grad er tilpasset borgernes døgnrytme og behov.

Fremtidig organisering

Ledere og sygeplejersker skal understøtte demensindsatsen og den nye organisering.

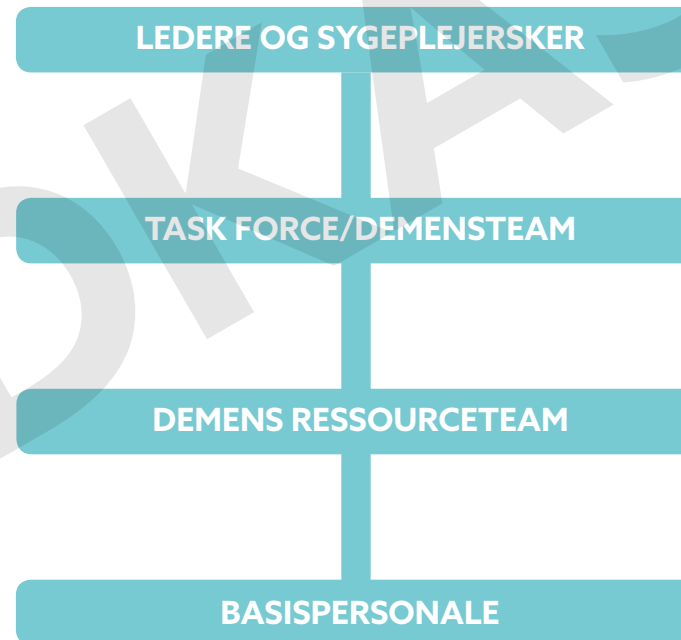
Task Forcen/Demensteamet er et støttekorps, som vejleder i forhold til svære adfærdsforstyrrelser hos borgere med demens.

Ressourcepersoner skal hjælpe deres kolleger i dagligdagens udfordringer i demensarbejdet.

Demensressourceteamet skal varetage omsorgsarbejdet i hjem, hvor borgeren har en demenssygdom.

Basispersonale skal varetager pleje og omsorg med udgangspunkt i den personcentrede omsorgsmodel.

Fremtidig organisering – hjemmepleje



Fremtidig organisering – plejehjem



Samarbejdet med og informationer til borgere og pårørende

Mål:

- **At borgere med demens og deres pårørende oplever nem adgang til relevante informationer om demens**
- **At modvirke psykisk udbændthed, isolation og ensomhed blandt de pårørende til demente.**
- **At de pårørende anerkendes som en vigtig ressource og oplever at blive understøttet i rollen som pårørende**

Nuværende tilbud

"Pusterummet"; et netværk for pårørende til borgere med demens drevet af frivillige.

Onsdagscafé for borgere med demens og deres pårørende, drevet af frivillige.

Oplysningspjece om demens på kommunens hjemmeside.

Oplysningsmøde om demens på Stadsbiblioteket hvert andet år.

Vejledning/rådgivning i hjemmet af demensteamet efter behov.

Pårørendegruppe for ægtefæller til hjemmeboende borgere med demens ledet af demensteamet.

Fremadrettede indsatser

Hjemmeside og pjece opdateres med relevant information til borgere med demens og deres pårørende i 1. kvartal 2016.

Der afholdes en årlig demensdag for borgere og deres pårørende med det formål at dele erfaringer og viden og for at nedbryde tabuer om sygdommen, første gang i 2. kvartal 2016.

Der afholdes et årligt oplysningsmøde om demens på Stadsbiblioteket fra 2016.

Der afholdes temamøder for pårørende på plejehjemmene med fagligt indhold 2 gange årligt, første gang 2. kvartal 2015. Temadagene

tilrettelægges ud fra pårørendes ønsker og i overensstemmelse med værdigrundlaget fra "den personcentrerede omsorgsmodel".

De allerede eksisterende netværkscaféer for pårørende markedsføres yderligere inden udgangen af 2015 i samarbejde med frivillige pårørende for at skabe netværkscaféer i flere områder i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Der tages i dialog med repræsentanter for pårørende initiativ til yderligere indsatser, der understøtter de pårørendes ressourcer

Kompetenceudvikling af ledere og medarbejdere

Mål: At ledere og medarbejdere har relevante kompetencer, så de mestrer de forskellige demensfaglige problemstillinger og leverer omsorg og pleje, der lever op til det politisk besluttede.

Nuværende tilbud

Alle nye medarbejdere i hjemmeplejen og på plejehjem får AMU kurset på 5 dage "Omsorg for personer med demens" specielt tilrettelagt efter Lyngby-Taarbæk Kommunes behov.

Fremadrettede indsatser

Det nuværende basiskursus for nye medarbejdere (AMU) tilpasses det politisk besluttede demensgrundlag og overbygningen vedrørende den personcentrede omsorgsmodel.

En gruppe af medarbejdere i hjemmeplejen skal inden udgangen af 2016 kompetenceudvikles inden for: Regler for magtanvendelse, neuropsykologi, personcentret omsorgsforståelse og pædagogiske handleplaner, demenspædagogik og borgerens livshistorie.

Samtlige medarbejdere på plejehjemmenes afdelinger for borgere med demens skal fra 2015-2017 kompetenceudvikles inden for:

Regler for magtanvendelse, neuropsykologi, personcentret omsorgsforståelse og pædagogiske handleplaner, demenspædagogik og borgerens livshistorie.

Medarbejderne i Visitationen skal kompetenceudvikles, så de inden udgangen af 2016 har den nødvendige demensfaglige viden til at visitere kvalificeret på baggrund af borgernes funktion og adfærd.

Ledere, demensteam og sygeplejersker, der har ansvar for borgere med demens, skal inden udgangen af 2017 efteruddannes på diplomniveau i tre moduler om demens med formål af understøtte den nye organisering.

Der udarbejdes introduktionsprogrammer for alle nye medarbejdere inden udgangen af 2015, som afspejler det fælles demensgrundlag.

Konceptet for medarbejderudviklingssamtaler udvikles med fokus på demensomsorg og de personcentrede omsorgsprincipper i 1. halvår 2016.

NOTAT
om
Høringssvar

Pårørende til borgere med demens v/ Lillian Albeck og Nina Harboe, har følgende bemærkninger til
”Handleplan for demensområdet 2015-2018”

- For os som pårørende, havde det været optimalt, hvis vi havde haft en aftale, hvortil vi kunne have kikket på materialet og så haft nogle afsluttende bemærkninger der. Nu tror jeg desværre, at vi i vores situation ikke har haft overskud til at kikke på det, og i hvert fald ikke har mødtes og kommet med en fælles udmelding som høringssvar.
- Og det kunne meget vel være en positiv udmelding, men den er jo lige så vigtig som noget andet.
- Da jeg, som nævnt, først har kikket lidt på det i dag, altså skimmet det, så kan jeg ikke komme med dybdegående kommentarer
- Overordnet ser det godt ud, men måske lidt vel overfladisk på nogle punkter, og alligevel meget konkret på andre.
- Det ses, at det er blevet til på baggrund af grundigt forarbejde. Og de fremtidige initiativer er helt sikkert et løft. Dejligt at se, div. også frivillige foranstaltninger nævnt. Spændende at have været med til, fuld af håb om virkeliggørelsen af handleplaner (og gerne før de nævnte tidsestimater). Det er også godt, der er sat tidspunkter og -intervaller på. Er glad for, at visitationsområdet løftes.

Mangler at der står noget om kontakt til:

1. Bl.a. Alzheimerforeningen, Foreningen af Pårørende i Danmark og ÆldreSagen
2. En person i kommunen, som ville kunne rådgive ift. skat, udbetaling Danmark og boligforeninger m.v.

Tidsperspektiv:

- Hvordan sikrer I jer, at tiltagene rent faktisk kommer igang, kvaliteten af det og eventuelle forandringer/forbedringer?

Involverings af pårørende:

- Der mangler noget om involvering af pårørende. Der tilbydes kurser og foredrag om demens i forløbet. Der tilbydes pårørende gruppe for ægtefæller

- Hvis det som nu kun er otte gange, hvad kan man så tænke sig at tilbyde ægtefællerne derefter?

Samarbejde med pårørende:

1. At der i den tidlige fase (s.6) f.eks. peges på, at der er pårørende, der stadig er på arbejdsmarkedet. Hvordan hjælper man til, at de kan bevare tilknytningen?

2. Tiden på plejehjem (s.9). Ud fra mine erfaringer fra tre plejehjem mener jeg, det er nødvendigt, at det præciseres, at pårørende opfattes som en ressource og at inddragelse og samarbejde med pårørende er en vigtig og nødvendig del.

- Det betyder meget, at det præciseres, både for ledelse og personale, men også for pårørende, at de ser sig om ressource. Pårørendesamarbejde er en disciplin i sig selv og ikke så selvfølgelig, som man skulle tro. Det tager tid at samarbejde med pårørende (men det indhentes ved bedre indsats over for den demente, da det er den pårørende, der bedst kender den demente. Og det giver mere trykke og tilfredse pårørende. Og vil jeg mene også mere tilfreds personale).
- Opgraderingen af personalet i form af undervisning (hvilket er super godt) mangler noget om, hvordan man samarbejder med pårørende, hvordan man rummer og forholder sig til pårørende i krise, og til "vanskelige" pårørende.
- Hvordan støtter man de pårørende. Det virker som om, det er personalet alene, der skal tage sig af den dementes liv på plejehjemmene.

Beboer- pårørende råd

- Jeg har tidligere efterspurgt de tidligere beboer/pårørende-råd med deltagelse af personale, pårørende og beboere, hvor man mødes og taler om aktuelle emner og behov på det enkelte plejehjem. De er blevet nedlagt for flere år siden, og der eksisterer nu kun de meget store 1/2 årlige møder, hvor man kan tage spørgsmål op, det er for mangelfuldt og for stort et forum efter min mening.

Andagtsmiddage

- Med hensyn til tilbud til pårørende (s.13) mangler der "Andagtsmiddage for demente især 50-70 år og pårørende. Arrangeret af menighedsplejen Lundtofte Kirke.

Netværks caféer

- Det ser ud til, at man vil støtte yderligere netværkscaféer. Der er behov for støtte til nuværende "pusterummet". Der skal f.eks. annonceres i avisen, hvis man skal have fat i (nye) borgere. Der har været fint besøgt hver måned (ml. 5 -11 deltagere), men det kommer ikke af sig selv. Der er behov for dette tilbud. Yderligere netværkscaféer lyder jo fint, men hvem skal tage initiativ til dem, og skal de oprettes og køres af frivillige, eller er det tænkt som tiltag fra f.eks. demenskonsulenterne?

Demenskonsulent

- I øvrigt fint med opnormering af demenskonsulenterne. Jeg kan dog ikke se, at man har planer om, at de skal ud og sidde på plejehjemmene, hvad vi er flere pårørende, der helst så, da vi også har brug for deres hjælp og støtte der.

Folder

- Jeg håber, at dette udkast med faserne også munder ud i en folder til demente og pårørende, da der mangler en folder om hjælpemuligheder og støtte i kommunen.

SENIORRÅDET
I
LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE

HØRINGSSVAR

11.09.2015

Kommunen har bedt Seniorrådet om et høringssvar **vedrørende handleplan for demensområdet.**

Seniorrådet har med interesse læst handleplanen for demensområdet og håber ikke, at de penge, der er sat af til området, bliver sparet væk.

Seniorrådet finder det vigtigt, at personalet bliver opgraderet til gavn for de borgere, der er ramt af demens. Det er ligeledes vigtigt, at det fremsatte forslag til nye tiltag i omgang med borger med demens bliver afprøvet.

På Seniorrådets vegne

Lone Schou-Hansen

NOTAT
om
Høringssvar fra Handicaprådet

Handicaprådet kvitterer for det flotte arbejde, men gør opmærksom på, at borgere med handicap også udvikler demens og kan have særlige behov, der skal kunne håndteres, både hos de hjemmeboende og hos de borgere, der bor i botilbud.

Bilag 3: Estimeret udgifter til indsatserne i handleplan for demens

1. Udgifter i 2015

Udgifterne til implementering af handleplanen for demensområdet er i 2015 estimeret til at udgøre **652.875 kr.** (oprindeligt: 828.675 kr.) i éngangsmidler.

1.1. Éngangsmidler

Indsats	Estimeret udgifter /budget	Bemærkninger
Tværgående indsats: Kompetenceudvikling af ledere og medarbejdere	828.675 kr.	<u>Bredebo og Baunehøj plejecenter:</u> <ul style="list-style-type: none">- 2 DCM målinger: 54.000 kr.- Kickoff dag: 21.000 kr.- Temadage: 204.000 kr. (oprindeligt 272.000 kr.)- Supervision ledere og sygepl.: 13.325 kr.- Supervision medarbejdere: 34.000 kr.- Pårørendemøde: 3.150 kr.- Frikøb af medarbejdere (77 medarbejdere á 3 dage á 1.400 kr.): 323.400 kr. <p>Total: 652.875 kr. ("Den store": 828.675 kr.)</p> <p>Ændringer <i>De 4 temadage er nedjusteret til 3 temadage. Den 4 temadag, som netop handler om regler for magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten, bortfalder, hvilket betyder, at den konkrete gennemgang af lovmæssigheder og lovmæssige anbefalinger og krav i forbindelse med magtanvendelse (eller nær-magtanvendelse), ikke gennemgås. Linda Heinrichsons vurdering er, at denne temadag altid skaber et perspektiv på dagligdagens arbejde og bevidstgøre valg af</i></p>

		<p><i>tilgange i konkrete plejesituationer. Og der sker en klargøring af, at disse valg ikke må eller skal være styret af private holdninger, men altid skal forstås ind i en større lovmæssig sammenhæng og i overensstemmelse med overordnede hensigtserklæringer og målsætninger. For at sikre, at alle ansatte på plejehjemmene i LTK alligevel bliver præsenteret for reglerne for magtanvendelse, kunne tema og indhold herom ligge i en af de 5 introduktionsdage, som alle nyansatte gennemgår.</i></p>
--	--	---

1.2. Driftsmidler

Handleplanen indeholder ikke indsatser, der kræver driftsmidler afsat fra 2015.

1.3. Finansieringsforslag

Hvis mindreforbruget fra ældreområdet til Kørsel til visiterede aktivitetstilbud og Øget fokus på kvalitet og effekt overføres til demensområdet, vil budgettet for øget fokus på demens i 2015 blive på i alt 1.039.747 kr. Det betyder, at udgifterne i forbindelse med implementering af handleplanen i 2015 kan afholdes inden for rammen, såfremt en revideret ansøgning vedr. brug af ældreområdet godkendes. Forslag til revideret ansøgning forelægges udvalget ved mødet den 23. september.

2. Udgifter i 2016 og frem

Udgifterne til implementering af handleplanen for demensområdet er i 2016 estimeret til at udgøre **981.575 kr.** (oprindeligt: 1.707.375 kr.) i éngangsmidler og 735.000 kr. i varige driftsmidler.

2.1. Éngangsmidler

Indsats	Estimeret udgifter/budget	Bemærkninger
Fase 4: Tiden på plejehjemmet: - Anlæggelse af udemiljø Virumgård	120.000 kr.	Primært hegn og afskærmning.
Fase 4: Tiden på plejehjemmet:	60.000 kr.	Primært hegn og afskærmning.

Punkt nr. 7 - Handleplan for demensområdet - efter høring
 Bilag 5 - ~~Bilag 3 af 8~~ Estimeret udgifter til indsatserne i handleplan for demens

- Anlæggelse af udemiljø Solgården		
Fase 4: Tiden på plejehjemmet: - Indkøb af 4 brede senge	66.000 kr.	Der blev indhentet to tilbud hos Cobi rehab og KR senge. Sidstnævnte var billigst, og det er dem, der er taget udgangspunkt i.
Tværgående indsats: Samarbejdet med og informationer til borgere og pårørende - Markedsføring og etablering af netværk for pårørende	15.000 kr.	Annoncering og tryk.
Tværgående indsats: Kompetenceudvikling af ledere og medarbejdere	720.575 kr. (oprindeligt: 1.446.375 kr.)	<p><u>Bredebo og Baunehøj plejecentre (jan.-juni):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Supervision ledere og sygepl.: 13.325 kr. - Supervision medarbejdere: 34.000 kr. - Pårørendemøder: 3.150 kr. - Introduktionskurser for nyt plejepersonale og andet personale: 51.000 kr. - Opfølgings- og forankringsdage: 68.000 kr. (bortfalder) = 0 kr. - Temadage Ressourcepersoner: 34.000 kr. - 3 modulfag i Social Diplom uddannelse vedr. demens (4 assisterende områdeledere og 8 sygeplejersker): 300.000 kr. (bortfalder) = 0 kr. - Frikøb af medarbejdere: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Introduktionskurser (30 medarbejdere á 1 dag á 1.400 kr.): 42.000 kr. ➤ Opfølgingsdag basismedarbejdere (77 medarbejdere á 1 dag á 1.400 kr.): 107.800 kr. (bortfalder) = 0 kr. ➤ Ressourcepersoner (12 medarbejder á 2 dage á 1.400 kr.): 33.600 kr. <p>I alt: 211.075 kr. (oprindeligt: 686.875 kr.)</p> <p><u>Taskforce</u></p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Temadage Taskforce: 51.000 kr. - 3 modulfag i Social Diplom uddannelse med vedr. demens (2 demenskoordinatorer): 50.000 kr. (bortfalder) = 0 kr. <p>I alt: 51.000 kr. (oprindeligt: 101.000 kr.)</p> <p><u>Hjemmeplejen</u> (sommer-efterår):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temadage 136.000 kr. - Supervision ledere/sygepl.: 8.500 kr. - Supervision medarbejdere: 17.000 kr. - 3 modulfag i Social Diplom uddannelse med vedr. demens (4 assisterende områdeledere og 4 sygeplejersker): 200.000 kr. (bortfalder) = 0 kr. - Frikøb af medarbejdere (30 medarbejdere á 4 dage á 1.400 kr.: 168.000 kr.) <p>I alt: 329.500 kr. (oprindeligt) 529.500 kr.</p> <p><u>Virumgård/Solgården plejecenter</u> (4. kvartal)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 DCM målinger: 108.000 kr. - Kickoff dag: 21.000 kr. <p>I alt: 129.000 kr.</p> <p>Total: 720.575 kr. (oprindeligt: 1.446.375 kr.)</p> <p>Ændringer <i>Diplomfag for ledere, sygeplejersker og demenskoordinatorer bortfalder. Ledere og sygeplejersker følger i stedet de tre moduldage sammen med deres personale. Supervision til ledelsen som i den oprindelige plan.</i></p> <p><i>Opfølgingsdagen bortfalder.</i></p>
I alt	981.575 kr. (oprindelig: 1.707.375 kr.)	

2.2. Varige driftsmidler

Indsats	Estimeret udgifter/budget	Bemærkninger
Fase 2: Tiden i hjemmet - To motionshold/gå-grupper	200.000 kr.	Det estimerede beløb svarer til en 20 timers stilling for en basis/aktivitetsmedarbejder.
Fase 2: Tiden i hjemmet - To årlige udflugter	50.000 kr.	Estimeret ud fra tidligere afholdte busture.
Netværk for pårørende	5.000 kr.	Forplejning og materiale.
Tværgående indsats: Samarbejdet med og informationer til borgere og pårørende - Årlig demensdag for borgere	25.000 kr.	Lokale, forplejning og oplægsholder.
Tværgående indsats: Organisering - Ansættelse af yderligere en demenskoordinator	450.000 kr.	Udgiften svarer til nuværende demenskoordinatorers lønsum.
Tværgående indsats: Samarbejdet med og informationer til borgere og pårørende - Oplysningsmøde biblioteket	5.000 kr.	Udgiften svarer til den nuværende udgift for at afholde arrangementet på biblioteket.
I alt	735.000	

2.3. Finansieringsforslag

Finansiering af indsatserne for 2016-2017 overgår til budgetforhandlingerne, hvor der foreslås finansiering ved ikke disponerede midler fra ældremilliarden.

3. Udgifter i 2017 og frem

Udgifterne til implementering af handleplanen for demensområdet er i 2017 estimeret til at udgøre **947.950 kr.** (oprindeligt: 1.649.550 kr.) i éngangsmidler og 75.200 kr. i varige driftsmidler.

3.1. Éngangsmidler

Indsats	Estimeret udgift/budget	Bemærkninger
Fase 4: Tiden på plejehjemmet - Anlæggelse af udemiljø Baunehøj	150.000 kr.	Stisystem, levende hegn, belysning.
Tværgående indsats: Kompetenceudvikling af ledere og medarbejdere	797.950 kr. (oprindeligt: 1.499.550 kr.)	<u>Virumgård/Solgården plejecenter (jan.-juni):</u> - Temadage: 204.000 kr. (oprindeligt: 272.000 kr.) - Supervision ledere og sygepl.: 26.650 kr. - Supervision medarbejdere: 68.000 kr. - Pårørendemøde: 6.300 kr. - Introduktionskurser for nyt plejepersonale og andetpersonale: 51.000 kr. - Opfølgings- og forankringsdage: 68.000 kr. (bortfalder) = 0 kr. - Temadage Ressourcepersoner: 34.000 kr. - 3 modulfag i Social Diplom uddannelse med vedr. demens (4 assisterende områdeledere og 8 sygepl.): 300.000 kr. (bortfalder) = 0 kr. - Frikøb af medarbejdere: ➤ Basismedarbejdere: 77 medarbejdere á 5 dage á 1.400 kr.): 539.000. Ændres til 3 dage = 323.400 kr. ➤ Ressourcepersoner: 12 medarbejder x 2 dage x 1.400 kr.): 33.600 kr. I alt: 746.950 kr. (oprindeligt: 1.398.550 kr.)

		<p><u>Taskforce</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Temadage Taskforce: 51.000 kr. - 3 modulfag i Social Diplom uddannelse med vedr. demens (2 demenskoordinatorer): 50.000 kr. (bortfalder) = 0 kr. <p>I alt: 51.000 kr. (oprindeligt: 101.000 kr.)</p> <p>Total: 797.950 kr. (oprindeligt: 1.499.550 kr.)</p> <p>Ændringer</p> <p><i>De 4 temadage er nedjusteret til 3 temadage. Se bemærkninger under 2015.</i></p> <p><i>Opfølgingsdagen bortfalder.</i></p> <p><i>Diplomfag for ledere sygeplejersker og demenskoordinatorer bortfalder. Ledere og sygeplejersker følger i stedet de tre modul dage sammen med deres personale. Supervision til ledelsen som i den oprindelige plan.</i></p>
I alt	947.950 kr. (oprindeligt: 1.649.550 kr.)	

3.2. Varige driftsmidler

Indsats	Estimeret udgift/budget	Bemærkninger
Tværgående indsats: Kompetenceudvikling af ledere og medarbejdere Funktionstillæg til sygeplejersker i hjemmeplejen med ansvar for	75.200 kr.	Tillæg til 8 sygeplejersker á 8100 kr. i 2006 niveau, svarende til 9.400 kr. årligt (samme niveau som sygeplejerskerne på plejecentrene får i dag i afdelinger med borgere med demens)

ressourcepersonerne i hjemmeplejegrupperne		
I alt	75.200 kr.	

4. Finansieringsforslag

Finansiering af indsatserne for 2016-2017 overgår til budgetforhandlingerne, hvor der foreslås finansiering ved ikke disponerede midler fra ældremilliarden.

5. Opsummering på udgifter til implementering af handleplan

	2015	2016	2017 og frem	2018 og frem
Engangsmidler	652.875 kr.	981.575 kr.	947.950 kr.	
Varige driftsmidler	0 kr.	735.000 kr. kr.	810.200 kr.	810.200 kr.
I alt	652.875 kr. (opr.: 828.675 kr.)	1.716.575 (opr.: 2.424.375 kr.)	1758.150 kr. (opr. 2.459.750 kr.)	810.200 kr.



Center-MED, CSO Referat af yderligere bemærkninger til handleplan for demensområdet	
Data om mødet Dato: 17.09.15 Tid: 12.30-14.30 Sted: Møllebo	Mødedeltagere: Edda Heinskou Susanne Hansen Helen Kjærulff Lone Saxbjørn Britta Markussen Jannie Hagbo Rikke Wellendorph Jacobsen Line Bruun- Jensen Jette Juul Sørensen Marianne Pedersen Lone Saxbjørn Grete Jepsen Referent: Camilla Nakel Burrild Ordstyrer: Jette Juul Sørensen Afbud fra: Tina Bardrum, Marianne Thomasen, Karen Falkenberg, Charlotte Vogter

Den 13. august behandlede Center-MED i CSO forslag til handleplan på demensområdet. Bemærkningerne blev sendt til Social- og Sundhedsudvalget forud for udvalgmødet den 19. august.

På et møde i Center-MED den 17. september havde medarbejdersiden yderligere følgende bemærkninger:

- 1) I forhold til bemærkningerne vedr. kompetenceudvikling præciseres det, at bemærkningen om generel opkvalificering af medarbejdere vedrører medarbejdere med en SOSU-uddannelse af ældre dato, herunder både hjælpere og assistenter.
- 2) At terapeuterne på træningsområdet også skal indtænkes i indsatserne i handleplanen, når det endelige forslag forelægges.
- 3) At der er en undring over, at lederne skal have så meget uddannelse inden for demensområdet set i forhold til kompetenceudviklingen af medarbejderne

Ældremilliarden – overblik over udgifter til indsatser



Indsatser	2015* Godkendt af KMB	2016 Godkendt af KMB	2017 -	Bemærkninger
Kørsel til visiterede aktivitetstilbud	398.080 kr. <i>(der forventes et mindre-forbrug på 197.617 kr.)</i>	398.143 kr. <i>(der forventes et mindre-forbrug på 197.617 kr.)</i>	200.463 kr.	Varigt Nedjusteret pga. færre borgere. Dette gælder også for 2015-16.
Genindførsel af uvisiterede aktivitetstilbud	719.526 kr.	719.514 kr.	719.526 kr.	Varigt
Tilbud om årlig hovedrengøring	2.502.519 kr.	2.475.283 kr.	2.502.519 kr.	Varigt
Kompetenceudvikling af sygeplejersker	989.980 kr.			Ikke varigt
Bedre overgange mellem kommunale indsatser	969.924 kr.	969.903 kr.	969.924 kr.	Varigt
Udvidelse af Epital- projektet	2.175.838 kr.	2.175.839 kr.	2.175.838 kr.	Varigt
Ombygning af plejehjemskøkkener så der kan laves mad fra bunden	1.720.620 kr. <i>(der forventes et merforbrug på ca. 140.000 kr.)</i>	1.300.000 kr. <i>(der forventes et merforbrug på 652.000 kr.)</i>		Ikke varigt En opdateret vurdering for 2016 er, at der vil være en udgift på 1.952.000 kr. ved ombygning af de sidste to køkkener
Styrkelse af høj faglighed og fortsat udvikling af indsatsen på plejehjemmene	592.023 kr.	592.023 kr.	592.023 kr.	Varigt
Øget fokus på kvalitet og effekt af kommunens indsatser i ældreplejen	641.018 kr.	640.000 kr.	615.561 kr.	Varigt Der vil i 2015 være et mindreforbrug pga. senere opstart
Etablering af aktivitetstilbud på Møllebo mhp. at styrke indsatsen for de borgere, der venter på en permanent plejebolig	490.000 kr. <i>(der forventes et mindre-forbrug på 307.318 kr.)</i>	490.000 kr.	490.000 kr.	Varigt

Ældremilliarden – overblik over udgifter til indsatser



Bekæmpelse af ensomhed	941.912 kr.	468.800 kr. <i>(der forventes et mindreforbrug på 268.800 kr.)</i>	15.000 kr.	Der forventes et mindreforbrug i 2016, da udgiften er lavere end forventet. Driftudgifter på 15.000 årligt fra 2017
Øget mulighed for flere selvtrænere på Virumgård	740.135 kr.	100.000 kr.	100.000 kr.	Der er fra 2016 estimeret med varige udgifter til øget rengøringsbehov m.v.
Lægedækning	2.489.261 kr.	1.000.000 kr.	1.000.000 kr.	Varigt
Øget fokus på demens	646.221 kr. <i>(Såfremt handleplan for demensområdet godkendes, vil der være en estimeret merudgift på ca. 350.000 kr.)</i>	650.000 kr.	650.000 kr.	Der er endnu ikke igangsat varige indsatser, heller ikke for 2016. Denne skal dog ses i sammenhæng med udkast til handleplan for demens, der forelægges SSU den 19. august
Revisionsudgifter	140.000 kr.	0 kr.	0 kr.	Der er ikke længere behov for revision
I alt	16.157.057 kr.	11.979.505 kr. <i>(disponeret beløb i 2016 ekskl. ikke-varige udgifter - dvs. ekskl. ombygning af de sidste to køkkener - beløber sig til 10.679.550 kr.)</i>	10.030.794 kr.	
Afsatte midler fra ministeriet/overført	16.107.928 kr.**	9.700.000 kr.***	9.700.000 kr.	
Total	-49.129 kr.	-2.279.505 kr.	-330.854 kr.	

* Oplysningerne stammer fra SSU sag den 25.9.2014

** Der er bevilget 12,065 mio. kr. fra ministeriet og overført 4.042.928 kr. fra 2014. Der er 16.107.928 kr. i alt til 2015.

*** Ca. 9.7 mio. overføres via bloktilskud

Status for de 4 subakutte pladser (SAP) på Træningscenter Møllebo pr. juli 2015

Formål med tilbuddet

At forebygge indlæggelser og genindlæggelser af borgere med forebyggelige diagnoser.

Målgruppe

Primært ældre, syge og handicappede borgere, som har en akut forværring af almentilstanden, som kræver mere behandling, observation, pleje og omsorg end der kan tilbydes i hjemmet, og som ikke kræver hospitalsindlæggelse.

Tilbuddet var planlagt med:

- 4 subakutte pladser, hvoraf 1 plads skulle være ledig, så en borgers akut opståede behov altid kunne imødekommes indenfor 1 døgn
- At indlæggelse/udskrivelse altid sker i samarbejde med en læge
- At borgeren tilses af Epitalets læger indenfor de første 24 timer med henblik på plan for indsats under opholdet, der som udgangspunkt kan vare 3 – 5 dage
- At borgergruppen hovedsagelig er ældre medicinske borgere med f.eks. fald i hjemmet – hvis fraktur skal denne være stabiliseret, urinvejsinfektioner, fejlernæring, svimmelhed, lungebetændelse, KOL, væskemangel, mave/tarmproblemer, forværring af kendt kronisk sygdom og generelt faldende funktionsniveau
- At borgeren selv er ansvarlig for transport til og fra den subakutte plads
- At egenbetalingen for opholdet følger reglerne for ophold i en midlertidig kommunal plejebolig

Succeskriterium

80 % af borgerne på de subakutte pladser undgår en hospitalsindlæggelse

Indikatorer:

Hvad udskrives borgeren til

Indlæggelsesårsager

Antal indlæggelsesdage

Hvilke indsatser er effektueret

Antal indlagte borgere pr. måned

Antal kontakter til læge

Tidsforbrug til lægefaglig bistand

Status på kapaciteten

Den gennemsnitlige belægningsprocent på de 4 subakutte pladser ligger på ca. 50 %.

Behovet for ophold på en subakut plads har siden starten været noget svingende. 2 af de 4 pladser anvendes fast som subakutte pladser, og periodevis anvendes den 3. ligeledes som en subakut plads. Den 4. plads er planlagt som en tomgangsplads for at sikre, at der altid kan modtages en ny borger med behov for et ophold på en subakut plads.

De er ikke tale om at uudnyttede subakutte pladser står ledige. I perioder, hvor en subakut plads ikke kan udnyttes, anvendes denne altid som en almindelig midlertidig plads og tilbydes som udgangspunkt til en færdigbehandlet sygehusindlagt borger.

Idet det nære sundhedsvæsen fortsat er i udvikling og der ikke er et økonomisk potentiale forbundet med en nedjustering af antallet af subakutte pladser, skønnes det, at det nuværende antal subakutte pladser bør fastholdes.

Det foreslås, at endelig stillingtagen til det fremtidige antal subakutte pladser afventer dels mere erfaring med drift af disse nye kommunale pladser og ligeledes det nære sundhedsvæsens udvikling de næste par år.

Transport til og fra den subakutte plads

Oprindeligt var det planlagt, at borgeren selv skulle transportere sig til og fra den subakutte plads. Som led i en yderligere understøttelse af anvendelsen af tilbuddet, blev det i marts 2014 besluttet, at borgerne får dækket udgifterne til kørsel til/fra en subakut plads såfremt de ikke selv kan transportere sig. Af puljen til løft af kørselsordningerne på ældre- og handicapområdet – i budgetaftalen for 2014-17 - blev der bevilget 170.000 kr. årligt til formålet. Efter 1. års drift er vurderingen, at beløbet dækker det aktuelle behov for kørsel.

Betaling for ophold

Borgeren har fra starten skulle betale for ophold på en subakut plads svarende til de gældende regler for ophold i en midlertidig bolig (aktuelt 156 kr/døgn). I foråret 2014 modtog forvaltningen flere klager over egenbetalingen på de subakutte pladser ud fra argumentet om, at det burde være gratis at opholde sig på en subakut plads, når det er et alternativ til en hospitalsindlæggelse, som er gratis for borgeren.

Der blev foretaget en juridisk vurdering af problematikken og på Social- og Sundhedsudvalgets møde den 7. maj 2014, blev det besluttet at fastholde egenbetalingen, idet det ikke var lovligt at gøre opholdet gratis for borgeren. Det blev samtidig besluttet, at forvaltningen skulle undersøge muligheden for at anvende udfordringsretten.

Forvaltningen har ikke siden modtaget yderligere henvendelser fra borgere om utilfredshed med opholdsbetalingen, og det vurderes derfor, at der ikke længere er belæg for at ændre på, at benyttelse af tilbuddet medfører egenbetaling for forplejning mv.

Status på indsatsen

Opgørelser foretaget i perioden 1.1.2014 – 30.6.2015 (18 mdr.) viser, at

- 149 borgere har været indlagt på en subakut plads
- De indlagte borgere er udskrevet til:
 - 51 % til hjemmet
 - 24 % til en midlertidig plejebolig
 - 21 % til sygehuset
 - 5 % er døde
- 79 % af de indlagte borgere har undgået en hospitalsindlæggelse
- Samtlige 149 borgere er indenfor 24 timer tilset af Epitalets læge, ligesom indlæggelsen/udskrivelsen har været effektueret i samarbejde med en læge.

- Borgerne har været ældre, medicinske patienter, hvor indlæggelsesårsagerne har været:
 - Væskemangel
 - Lungebetændelse
 - KOL
 - Urinvejsinfektion
 - Svækket almen tilstand – faldende funktionsniveau
 - Mave/tarm problemer (opkastning, diarre og forstoppelse)
 - Begyndende tegn på infektioner
- Indsatserne under indlæggelsen har været:
 - Alle borgere har fået foretaget en sygeplejefaglig vurdering og har fået målt basale værdier (blodtryk, puls, temperatur og iltmætning)
 - Efter lægeordination tages diverse blodprøver
 - I særlige situationer og efter aftale med læge er der taget EKG og lungefunktionstest
 - Efter behov har der været iværksat diverse lægefaglige behandlinger som væsketerapi og medicinske behandlinger, samt intensiv sygeplejefaglig overvågning og intensiv pleje og omsorg
- Den gennemsnitlige indlæggelsestid har i perioden været 5 – 6 dage med en variation på 1 – 14 dage.

Afsluttende bemærkninger

Samlet set kan det konstateres, at indsatsen på de 4 subakutte pladser er i fuld overensstemmelse med de planer der oprindeligt blev lagt for tilbuddet og succeskriteriet om, at 80 % af de indlagte borgere skulle undgå en hospitalsindlæggelse, er næsten opnået.

Indsatsen i forhold til en indlagt borger sker i et tæt tværfagligt samarbejde mellem plejepersonalet, sygeplejerskerne og læge (egen læge, Epitalets læger og 1813). Samarbejdet er en forudsætning for at kunne iværksætte hurtig og korrekt lægefaglig og sygeplejefaglig indsats til borgeren, der sikrer, at borgere med forebyggelige diagnoser hurtigt modtager behandling og dermed undgår en hospitalsindlæggelse.

De resultater, der indtil videre er opnået i tilbuddet, hvor 79 % af borgerne har undgået en hospitalsindlæggelse, vil ikke i samme grad kunne sikres, såfremt de ikke er en hurtig lægefaglig bistand til rådighed.

Susanne Hansen

Status for det udgående mobile akutteam (MAT) på Træningscenter Møllebo pr. juli 2015

Formål med tilbuddet

At forebygge indlæggelser og genindlæggelser af borgere med forebyggelige diagnoser.

Målgruppe

Borgere i eget hjem og i plejebolig med akut forværring af helbredstilstand eller funktionsniveau og som har komplekse sygeplejefaglige pleje- og behandlingsbehov samt behov for observation, der fagligt rækker udover niveauet i den almindelige hjemmesygepleje, og som ikke kræver indlæggelse på en subakut plads på Møllebo.

Tilbuddet var planlagt med:

- Etablering i 3 faser
 - Fase I: den sygeplejefaglige dimension etableres i dag- og aften timerne. I natterne varetages funktionen af sygeplejerskerne på Vagtcentralen
 - Fase II: når der var gjort erfaringer med fase I, skulle der tages stilling til en videre udbygning af teamet til en selvstændig specialenhed med egen plejefaglig dimension (sosu-assistenten og sosu-hjælperen)
 - Fase III: den lægefaglig bistand forankres

Succeskriterium

80 % af de borgere, som det mobile akutteam er i kontakt med, håndteres i eget hjem.

Indikatorer:

Antal borgere med kontakt til det mobile akutteam

Antal borgere der indlægges via det mobile akutteam

Hvilke symptomer har borgere når der tages kontakt til det mobile akutteam

Antal telefoniske kontakter til læge

Tidsforbrug til lægefaglig bistand

Status på kapaciteten

Fase I er på nuværende tidspunkt fuldt implementeret. MAT-teamet består af i alt 5 sygeplejersker med særlige kompetencer indenfor den akutte sygepleje. De 5 sygeplejersker indgår i en vagtturnus med skiftende dag- og aften vagter – hvilket sikrer tilstedeværelse af mindst 1 specialsygeplejerske alle dage og aftener hele året.

For at sikre teamet den fornødne faglighed, blev en sygeplejestilling omkonverteret fra Møllebo til MAT-teamet i forbindelse med etableringen tilbage i 2014.

Efter planen skulle MAT i natterne fungere via sygeplejerskerne på Vagtcentralen. Meget tidligt efter opstarten viste det sig, at der ingen efterspørgsel var i natterne, og det har derfor været vanskeligt at fastholde de særlige sygeplejefaglige kompetencer om natten. Det blev derfor hurtigt besluttet, at MAT-teamet kun skulle fungere i tidsrummet 08 – 22 alle dage.

MAT- teamets nuværende kapacitet vurderes at dække behovet for akut sygepleje til borgere i eget hjem og i plejebolig på nuværende tidspunkt.

Status på den sygeplejefaglige indsats

Opgørelser er foretaget for perioden 1.6.2014 – 30.6.2015 (13 mdr.) viser, at

- der i alt har været 1286 forløb hvor MAT teamet har ydet akut sygepleje til borgere i eget hjem.
- 105 forløb er endt med at borgeren er blevet indlagt på sygehuset ~ 8,2 %
- Der har været 774 forløb i dagtimerne (60 %), 512 forløb i aftentimerne (40 %) og ingen forløb i nattimerne. Typisk er der ca. 3 borgerkontakter pr. vagt.
- Kontakterne til MAT fordeler sig med 55 % fra hjemmeplejen, 20 % fra områdecentrene og med 25 % fra de midlertidige plejeboliger på hhv. Møllebo og Fortunen
- Det mobile akutteam har hovedsageligt ydet akut sygepleje til borgere med:
 - Væskemangel
 - Anlæggelse af urin-katheter hos mænd
 - Urinvejsinfektion
 - KOL
 - Lungebetændelse
 - Andre infektioner (mave- tarminfektioner, influenza o.lign)

Samlet vurdering

Succeskriteriet for MAT funktionen er nået og indlæggelsesfrekvensen er lidt lavere end oprindelig forventet.

MAT får stor ros og anerkendelse fra de praktiserende læger, som efterhånden ivrigt benytter tilbuddet.

Akutteamets indsats sker i et tæt tværfagligt samarbejde mellem plejepersonalet og sygeplejerskerne i hjemmeplejen og lægen (egen læge, Epitalets læger). Dette samarbejde er vigtigt for at kunne iværksætte hurtig og korrekt lægefaglig og plejefaglig bistand til borgeren, der sikrer, at borgere med forebyggelige diagnoser hurtigt modtager behandling, og dermed undgår en indlæggelse på en subakut plads eller en hospitalsindlæggelse.

Udgifterne til driften af Det Mobile Akutteam i fase I er dyrere end svarende til den afsatte økonomiske ramme.

Oprindelig blev det skønnet, at udgifterne til fase I ville andrage 2,2 mio.kr. årligt. I forbindelse med budgetvedtagelsen for 2014 blev der afsat 1,5 mio.kr årligt til etablering og drift af det udgående akut-team. Da det afsatte beløb ikke kunne dække omkostningerne, var det nødvendigt at tænke både Sygeplejeklinikken, Vagtcentralen og indsatsen på de 4 subakutte pladser ind som ressourcer i det udgående team.

Erfaringerne efter 1. års drift viser, at dette ikke har været muligt og en opgørelse af de faktiske udgifter til MAT viser, at driften af MAT årligt andrager 2,1 mio.kr. sv.t. 0,6 mio.kr. mere end oprindeligt bevilget.

Den økonomiske udfordring i MAT er omtalt i sagen om stigende pres på træningsenheden på SSU's møde den 10.6.2015. Her blev det besluttet, at medtage behovet for merbevilling i 2015 ved 2. anslået regnskab 2015 og oversende merbevillingen for 2016 og frem til budgetforhandlingerne for 2016.

Erfaringerne fra fase I viser, at det tilbud der i dag er bygget op i fase I, hvor MAT-teamet samarbejder med sygeplejerskerne i hjemmeplejen, kan dække borgernes behov for akut sygepleje med henblik på at undgå en unødigt hospitalsindlæggelse. Erfaringerne viser tillige, at det vil være uhensigtsmæssigt at svage borgere med behov for akut sygepleje og omsorg skifter team og overgår til pleje fra et nyt selvstændigt akutteam, som det oprindeligt var planlagt i fase II. Det første års drift viser samtidig, at når hjemmesygeplejen og MAT i fællesskab ikke længere kan håndtere sygeplejen i borgerens hjem, flyttes borgeren ind på en subakut plads i de situationer, hvor det ikke kræver en hospitalsindlæggelse.

Vurderingen er derfor, at fase II ikke bør værksættes på nuværende tidspunkt. I stedet bør det nuværende samarbejde mellem MAT og SAP og mellem MAT og Hjemmesygeplejen udbygges yderligere. Det vil kunne nedbringe den sårbarhed der i dag er i MAT (grundet størrelsen) og samtidig give mulighed for kompetenceudvikling af hjemmesygeplejen og give mulighed for faglig støtte til de komplekse borgerforløb der er på Møllebo, hvor der fortsat er behov for at øge kompetencerne.

Susanne Hansen

Region Hovedstaden
Center for Sundhed

Praksisplan for almen praksis 2015-2018

REGION

HØRINGSUDKAST, 22. JUNI 2015

RESUME	4
DEL 1	5
1. INDLEDNING	5
1.1 Rammer for praksisplanen	6
1.2 Sammenhæng mellem praksisplanen og sundhedsaftalen	6
1.3 Nationale visioner for almen praksis	7
1.4 Mål i praksisplanen	8
1.4.1 Overordnede målsætninger for praksisplanen	9
1.5 Læsevejledning	10
DEL 2	11
2. PATIENTEN SOM AKTIV SAMARBEJDSPART	11
2.1 Aktivt samarbejde med patienten om eget behandlingsforløb	11
2.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet	12
2.2.1 Patientevalueringer som patientinddragelse	13
2.2.2 Patienter og pårørende rapporterer utilsigtede hændelser	13
2.2.3 Patientinddragelsesudvalget	14
3. NYE SAMARBEJDSFORMER	15
3.1 Tværsektoriel ledelse	16
4. LIGHED I SUNDHED	17
4.1 Tidlig opsporing og differentiering af indsatser	17
4.1.1 Tidlig opsporing af sårbare og udsatte borgere	18
4.1.2 Differentierede indsatser ud fra patienternes behov	19
DEL 3	20
5. KAPACITET OG TILGÆNGELIGHED	20
5.1 Lægedækning og praksisstruktur	20
5.1.1 Nye muligheder i Sundhedsloven	20
5.1.2 Overenskomstens bestemmelser om lægedækning	21
5.1.3 Planområder	22
5.1.4 Praksisstruktur og nye samarbejdsformer	23
5.2 Rekruttering og fastholdelse	25
5.2.1 Rekruttering af praktiserende læger til ubesatte kapaciteter	26
5.2.2 Rekruttering og fastholdelse i sårbare områder	26
5.3 Betjening af akuttilbud og sygebesøg	27
5.3.1 Nye kommunale tilbud og kompetencer	28
5.3.2 Behov for lægefaglighed i de nye kommunale tilbud og plejecentre/botilbud	30
5.3.3 Modeller for lægefaglig betjening	31
5.3.4 Opsøgende og opfølgende hjemmebesøg	32
5.4 Tilgængelighed	33
5.4.1 Definition på tilgængelighed	34
5.4.2 Fysisk tilgængelighed	34
5.4.3 Ny tilgængelighedsmærkning	34
5.4.4 Telefonisk tilgængelighed	36
5.4.5 Elektronisk tilgængelighed	37

6. UDVIKLING AF DET SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN _____ **39**

6.1 Samarbejde om bestemte målgrupper	39
6.1.1 Samarbejde om patienter med kronisk sygdom og den ældre medicinske patient	39
6.1.2 Styrket satsning på lungeområdet	42
6.1.3 Samarbejde på kræftområdet	45
6.1.4 Samarbejde om gravide, nyfødte og børn	46
6.1.5 Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistroivsel	50
6.1.6 Samtaleterapi	54
6.1.7 Samarbejde på misbrugsområdet	55
6.2 Samarbejde om medicin	57
6.2.1 Tværsektorielt samarbejde om medicin håndtering	57
6.2.2 Det Fælles Medicin Kort (FMK)	58
6.2.3 Medicingennemgang	59
6.2.4 Dosisdispensering	60
6.2.5 Polyfarmaci	60
6.3 Digital kommunikation	62
6.3.1 Styrkelse af digitale arbejdsgange	62
6.3.2 Udvikling af den digitale kommunikation om bestemte målgrupper	67
6.4 Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen	69
6.4.1 Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne	69
6.4.2 Samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne	71
6.4.3 Samarbejde mellem almen praksis og de øvrige behandlere i praksissektoren	75

DEL 5 _____ **78**

7. KVALITET _____ **78**

7.1 Rammer for kvalitetsudvikling og faglig udvikling i almen praksis	78
7.1.1 KAP-H - Regional kvalitetsorganisation	79
7.2 Implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis	79
7.2.1 Akkrediteringsprocessen	80
7.3 Den organisatoriske kvalitet	81
7.3.1 Ledelse og praksisudvikling	82
7.4 Den sundhedsfaglige kvalitet	82
7.4.1 Patientsikkerhed	82
7.4.2 Efteruddannelse	84
7.5 Den patientoplevede kvalitet	85
7.5.1 Læring ved patienttilfredshedsundersøgelser og patientevalueringer	85
7.6 Datadrevet kvalitetsudvikling	86

BILAG _____ **87**

GRUNDBESKRIVELSE FOR ALMEN PRAKSIS _____ **87**

Resume

Under udarbejdelse

Høringsudkast

DEL 1

1. Indledning

Parterne bag praksisplanen er enige om, at den praktiserende læges nøglefunktion er at være patientens første, frie og uvisiterede adgang til sundhedsvæsenet og varetage rollen som generalist, gatekeeper og tovholder.

Langt de fleste problemstillinger håndteres i almen praksis, uden at det øvrige sundhedsvæsen involveres. Men når problemstillinger involverer andre end almen praksis, skal samarbejdet med hospitaler, kommuner og øvrige praksissektorer være velfungerende.

Almen praksis er til stede i patienternes nærmiljø med et attraktivt og differentieret sundhedstilbud.

Almen praksis' kerneopgave rummer både sygdomsspecifikke og ikke-sygdomsspecifikke elementer. Det ikke-sygdomsspecifikke er en væsentlig del af tilbuddet i almen praksis, eksempelvis håndtering af patienternes bekymringer samt styrkelse af patienternes mestringsevne og tiltro til egen formåen. Konsultationer sker i langt de fleste tilfælde efter patienternes anmodning. Patienterne henvender sig, når de har et sundhedsrelateret problem, de ønsker almen praksis hjælper med. Dette giver en unik mulighed for at finde løsninger, som patienterne føler sig medinddraget i.

Med den kontinuerlige og brede kontakt opbygges kendskab til patientens livserfaringer, familierelationer og ressourcer. Den personlige relation mellem lægepraksis og patient gør det muligt at skabe den tillid og åbenhed, der er forudsætningen for at patienterne henvender sig, når der kan være tegn på alvorlig sygdom, og gør lægen i stand til at opdage faresignaler som ikke nødvendigvis beskrives i kliniske retningslinjer. Dette er forudsætningen for opsporing, udredning og behandling af det sygdomsspecifikke, samt varetagelse af rollen som gatekeeper og tovholder.

Sundhedsvæsenet er i konstant udvikling med generelt større krav om effektiviseringer og kvalitetsudvikling. Praksisplanen skal være med til at sikre en bedre udnyttelse af ressourcerne og større fleksibilitet i opgavevaretagelsen på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis.

Det er et fælles ansvar at sikre, at almen praksis fortsat kan varetage sine kerneopgaver og samtidig følge med udviklingen som en velfungerende og integreret del af det sammenhængende sundhedsvæsen, hvor patienten oplever høj kvalitet og trykthed i forløbet. Praksisplanen forpligter parterne på den fælles ambition om at forny og udvikle almen praksis i takt med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen.

Parterne ønsker dels at styrke kvaliteten, kapaciteten og rammerne om almen praksis. Dels at værne om almen praksis som en attraktiv arbejdsplads - og ikke mindst styrke tilliden mellem samarbejdspartnerne på tværs af faggrupper

og sektorer. Endelig handler det om at flytte fokus fra samarbejdsaftaler hen mod nye organisatoriske samarbejdsformer, der passer til de opgaver, der skal løses og med mennesket i centrum for løsningen.

1.1 Rammer for praksisplanen

Folketinget vedtog d. 27. juni 2013 ændringer til Sundhedsloven, som justerer planlægningsbestemmelserne for almen praksis. Ændringerne betyder bl.a., at der er nedsat et Praksisplanudvalg mellem region, kommuner og almen praksis med ansvar for i samarbejde at udarbejde en plan for almen praksis' opgavevaretagelse i regionen.

Hvor det før var overenskomsten, der satte rammerne for praksisplanen for almen praksis, er det nu sundhedsloven og den tilhørende vejledning¹, der skitserer principperne for udarbejdelsen og indholdet i praksisplanen.

I henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplan for almen praksis, skal praksisplanen beskrive *"... de betingelser, der skal være opfyldt for, at almen praksis bidrager til den optimale behandling og sammenhæng for borgerne, herunder at almen praksis er organiseret, dimensioneret og kvalificeret til at indgå i et samarbejde med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet"*. I vejledningen fremgår det endvidere, at praksisplanen skal medvirke til at:

"styrke almen praksis' samarbejde med kommunen og andre aktører omkring patientforløb, herunder sikring af sundhedsaftalens gennemførelse

styrke almen praksis' rolle i det regionale sundhedsvæsen, herunder sammenhæng til øvrige planer på sundhedsområdet

sikre den nødvendige lægekapacitet i alle regionens områder, således at alle borgere kan få et almenmedicinsk tilbud."

Kommunerne får med lovændringen større indflydelse på planlægningen af almen praksis, herunder også decentrale aftaler om udmøntning af såvel sundhedsaftaler som praksisplan.

1.2 Sammenhæng mellem praksisplanen og sundhedsaftalen

Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen har udarbejdet en sundhedsaftale for 2015-2018. PLO-Hovedstaden har deltaget i og bidraget til udarbejdelsen af aftalen.

Almen praksis er i henhold til sundhedslovens § 57B stk. 2 forpligtet til at varetage de opgaver, som er beskrevet i sundhedsaftalen, såfremt de opgaver,

¹ Link til bekendtgørelse og vejledning om praksisplanudvalg for almen praksis:
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=162217> og
<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/praksisomraadet/alment-praktiserende-laeger/~media/CB46099C74AD4610B70E8C1B81D539C1.ashx>

som ønskes løst af almen praksis beskrives i praksisplanen. Udførelsen af opgaverne forudsætter, at opgaverne enten er omfattet af overenskomsten, eller indgår i en underliggende aftale om vilkårene for opgavernes udførelse².

Med ændringerne i sundhedsloven er det hensigten at styrke sammenhængen mellem praksisplanen for almen praksis og sundhedsaftalen, den regionale sundhedsplan og det øvrige koordinerende arbejde på tværs af kommuner, regioner og praksissektoren.

I praksisplanen er relevante opgaver fra sundhedsaftalen beskrevet med fokus på almen praksis' rolle i opgaveløsningen. Der vil blive udarbejdet en implementeringsplan, der konkretiserer indsatserne i praksisplanen og efterfølgende en underliggende aftale, der beskriver vilkårene for løsning af de opgaver som måtte ligge uden for overenskomstens rammer. Implementeringsplanen vil således også være et nødvendigt prioriteringsredskab i forhold til beslutninger om, hvad der indenfor de økonomiske rammer er mulighed for at løfte i fællesskab.

Implementeringen af praksisplanen, herunder organiseringen af arbejdet, skal derfor også koordineres tæt med arbejdet med implementeringen af sundhedsaftalen. Dette skal sikre, at almen praksis inddrages i arbejdet, hvor det er relevant, samtidig med, at organiseringen ikke medfører dobbeltarbejde.

1.3 Nationale visioner for almen praksis

I forlængelse af ændringerne i sundhedsloven er der i forbindelse med regeringens sundhedsstrategi ”Jo før - jo bedre”³, ønsket en styrkelse af almen praksis og afsat ressourcer til dette.

² Underliggende aftaler indgås for de opgaver, som ligger ud over almen praksis' forpligtelser jf. overenskomsten for almen praksis.

³ ”Jo før jo bedre – Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle” (Regeringen, august 2014).

Boks 1: Regeringens sundhedsstrategi ”Jo før – jo bedre” (2014)

Regeringens sundhedsstrategi ”Jo før jo bedre”

- 1. Kræft skal opdages tidligere, så flere kan overleve (1,1 mia. kr.)**
Bedre redskaber til praktiserende læger, direkte henvisning til udredning, øget kapacitet på sygehuse og diagnostiske centre til udredning og bedre kræftkirurgi samt styrket palliativ indsats for kræftramte børn.
- 2. Kroniske sygdomme skal opdages tidligere og svage patienter skal have ekstra hjælp (1,5 mia. kr.)**
Klar plan for behandlingsforløb, målrettede sundhedstjek efter vurdering af patientens risiko baseret på bedre beslutningsstøtteværktøjer, national satsning ift. lungesygdomme, tilknytning af fast tilknyttet sygeplejerske til de svageste patienter (aktiv patientstøtte).
- 3. Styrkelse af den praktiserende læge (1,0 mia. kr.)**
Investeringer i moderne lægehuse der understøtter lægedækning i alle dele af landet og styrket samarbejde på tværs af faggrupper, finansieringsforsøg der nedbringer genindlæggelser, fast tilknyttet læge til plejecentre og bosteder.
- 4. Bedre kvalitet ved inddragelse af patienter og pårørende (0,3 mia. kr.)**
Sundhedspersonalet skal klædes på til at inddrage patienter, patienters viden om egen sygdom skal bruges bedre, behandling i eget hjem via telemedicin og bedre adgang til egen journal.
- 5. Bedre kvalitet via synlighed og åbenhed om resultater (1,1 mia. kr.)**
Nationalt kvalitetsprogram med vægt på resultater og som motiverer personalet. Delelementer er bl.a. synlighed om resultater, udbredelse af viden om bedste praksis, eksperter skal støtte kvalitetsudviklingen på sygehusafdelinger, pulje til belønning af kvalitet og fokus på forbedret rengøring og hygiejne.

Der vil løbende blive taget stilling til, hvilken betydning konkretiseringen af de enkelte indsatser i sundhedsstrategien har for arbejdet med sundhedsaftalen og praksisplanen.

1.4 Mål i praksisplanen

Da det er et centralt mål for praksisplanen at være med til at sikre gennemførelsen af Sundhedsaftalen 2015-2018, bliver de politiske mål og visioner herfor også centrale i praksisplanen. Visionerne for Praksisplan 2015-2018 omfatter derfor:

- At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen

Med dette udgangspunkt, udfoldes de politiske visioner for praksisplanen i et målhierarki, som foruden visionerne omfatter overordnede mål- og delmålsætninger samt anbefalinger for udviklingen i perioden 2015-2018 (figur 1).

Figur 1: Målhierarki for planlægning og udvikling af almen praksis 2015-2018 i Region Hovedstaden



1.4.1 Overordnede målsætninger for praksisplanen

På baggrund af de fire visioner og de nationale krav til praksisplaner for almen praksis foreslås følgende overordnede målsætninger for Praksisplanen 2015-18:

Figur 2: Overordnede målsætninger for Praksisplanen for almen praksis 2015-18



*Almen praksis' forpligtelser konkretiseres i den underliggende aftale i det omfang, det ikke er en del af de overenskomstmæssige forpligtelser.

1.5 Læsevejledning

Praksisplanen beskriver indledningsvist perspektiver og anbefalinger knyttet til praksisplanens målsætninger om patienten som aktiv samarbejdspart, nye samarbejdsformer og lighed i sundhed.

Derefter præsenteres målsætninger og anbefalinger om kapacitet og tilgængelighed, efterfulgt af et større afsnit om samarbejde mellem hospitaler, kommuner og almen praksis om en række specifikke målgrupper under overskriften ”Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen”. Afslutningsvist fremstilles målsætninger og anbefalinger omhandlende kvalitet i almen praksis.

Afsnittene under hvert emne er opbygget således, at delmålsætninger for emnet oplistes først, derefter beskrives, hvilke udfordringer og muligheder, der er i forhold til almen praksis’ rolle, og de anbefalinger, parterne ønsker at arbejde med i planperioden for at nå målsætningerne.

Praksisplanen omfatter både det somatiske som det psykiatriske område. Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom og mistroivsel behandles imidlertid i et særskilt afsnit i planen.

Patienten som aktiv samarbejdspart, nye samarbejdsformer og lighed i sundhed er generelle fokusområder i hele praksisplanen og nævnes derfor flere steder i planen. Emnerne behandles derudover i hvert deres særskilte afsnit.

I praksisplanen anvendes ordene ”patient” og ”borgere” afhængigt af, hvilken kontekst ordene indgår i.

I bilag 1 ses grundbeskrivelsen for almen praksis i perioden 2015-2018. Sundhedsstyrelsens ”Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner” anbefaler, at praksisplanen beskriver bl.a. eksisterende lægekapacitet, demografi og organiseringen. Grundbeskrivelsen har til formål at give et overblik over fordelingen af lægekapaciteten, praksisformer, demografi og forventet befolkningsudvikling samt aktivitet og økonomi. Data er opgjort på regionsniveau, fordelt på planområder, og hvor det er skønnet relevant også på kommuneniveau (planlægningsområder).

Del 2

2. Patienten som aktiv samarbejdspart

Delmålsætninger

- at almen praksis bidrager til, at patienter og pårørende er og oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb
- at patienter og pårørende deltager, når vi træffer beslutninger om udvikling af almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen.

Patienterne og deres pårørende er vigtige ressourcer i fremtidens sundhedsvæsen. Dels bidrager de med vigtig viden om eget forløb. Dels kan et aktivt samarbejde med patient og pårørende medvirke til at styrke patienternes mulighed for at mestre egen sygdom og selv bidrage i eget forløb. Endelig vil inddragelse af patienternes viden om, hvordan det er at være bruger i sundhedsvæsenet, bidrage til udvikling af det samlede sundhedsvæsen.

Parterne er derfor enige om at betragte patienter og pårørende som aktive samarbejdsparter i eget forløb i det omfang, de ønsker det, og under hensyntagen til deres samlede ressourcer. Men sundhedsvæsenet skal også være åbent og lydhør overfor patientens perspektiv, når sundhedstilbuddene tilrettelægges og evalueres generelt. Som tidligere beskrevet vil almen praksis typisk have kendskab til patientens samlede livsbetingelser, behov og ressourcer, og kan tage hensyn til dette i planlægningen af patientforløbet.

2.1 Aktivt samarbejde med patienten om eget behandlingsforløb

Ifølge sundhedsaftalen handler aktivt samarbejde med den enkelte patient og dennes pårørende om at bringe patientens ønsker og viden i spil og øge den enkeltes oplevelse af autonomi og evne til at mestre eget forløb.

Involvering af patienter og pårørende i forebyggelse, udredning, behandling, pleje og sygdomshåndtering kan dels medvirke til at forbedre de kliniske resultater og patientsikkerheden samt øge patienternes livskvalitet. Dels kan øget patient- og pårørendeinddragelse medvirke til, at der samlet set opnås mere sundhed for pengene. Det hænger bl.a. sammen med, at patienter, der er godt informerede og involverede i behandlingsforløbet i højere omfang følger den sundhedsprofessionelles rådgivning. De er desuden mere tilfredse med behandlingen, ligesom inddragelse af patientens unikke viden om eget forløb bidrager til at forebygge fejl⁴.

⁴ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, August 2014, Dialogpapir om øget inddragelse af patienter og pårørende.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsatser vedr. aktivt samarbejde med den enkelte patient om eget behandlingsforløb:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. aktivt samarbejde med den enkelte patient om eget behandlingsforløb

- Fremme aktivt samarbejde med borgere i alle sektorer ved at prioritere mellem eksisterende aktiviteter og metoder, der kan styrke samarbejdet mellem borgere, herunder pårørende og fagprofessionelle, og tage stilling til udbredelse af projekter, som har vist sig virkningsfulde og effektive.
- Understøtte borgernes indflydelse på og muligheder for egenomsorg, herunder sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af telemedicinske indsatser. I arbejdet skal der indledningsvist identificeres og tages stilling til udbredelse og koordinering mellem eksisterende aktiviteter på området for telesundhed.

I almen praksis handler individuel patientinddragelse bl.a. om, at lægen og klinikpersonale i dialogen med patienten er i stand til at tage udgangspunkt i patientens egne oplevelser og ønsker om udredning, behandling og opfølgning.

Det skal i planperioden undersøges, hvordan almen praksis kan bidrage til at understøtte øget patient- og pårørendeinddragelse.

Som det ses ovenfor, peges der i sundhedsaftalen desuden på mulighederne for anvendelse af telemedicin/telesundhed som redskab til at styrke patienternes rolle som aktiv samarbejdspart i eget behandlingsforløb. Desuden giver datafangstprogrammet⁵ mulighed for, at patienten og lægen i forbindelse med konsultationen kan have en dialog om behandlingen af f.eks. diabetes. I øjeblikket afventes dog en afklaring af det lovgivningsmæssige og tekniske grundlag for brugen af datafangst.

Anbefalinger

- *at almen praksis deltager i arbejdet med at fremme aktivt samarbejde med patienter og pårørende*
- *at der i planperioden ses på muligheder for, hvordan dialogen mellem patient og almen praksis kan understøttes bl.a. gennem brugen af telemedicinske løsninger og om muligt datafangst.*

2.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet

Foruden inddragelse af patienter og pårørende i eget forløb, kan patientinddragelse også ske på et 'organisatorisk' plan, hvor patienternes perspektiver inddrages i den måde, hvorpå sundhedstilbuddene tilrettelægges og evalueres generelt.

⁵ Link: <http://www.dak-e.dk/flx/dk/almen-praksis/datafangst/>.

Dette er også et centralt perspektiv i det aktive samarbejde med patienten i sundhedsaftalen:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. aktivt samarbejde om udviklingen af sundhedsvæsenet

- *Arbejde for en styrkelse af den systematiske involvering af borgere ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb.*

På den baggrund anbefales følgende vedr. samarbejdet med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet:

Anbefaling

- *at almen praksis deltager i arbejdet, med at styrke systematisk involvering af patienter og pårørende ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb.*

I Region Hovedstaden er der allerede nogle eksempler på inddragelse af patienter og pårørende, når der træffes beslutning om udvikling af almen praksis' rolle i det samlede sundhedsvæsen. Disse former for patientinddragelse er beskrevet nedenfor.

2.2.1 Patientevalueringer som patientinddragelse

I henhold til gældende overenskomst skal almen praksis gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser mindst hvert tredje år. Ifølge den Danske Kvalitets Model (DDKM) for almen praksis, skal klinikken desuden anvende tilbagemeldinger fra patienter til at skabe læring og forbedre klinikken ydelser.

I forbindelse med indikatorerne for standarden i DDKM om patientevalueringer, skal praksis ved interviews kunne redegøre for, hvordan tilbagemeldinger fra patienter håndteres, og at der sker opfølgning på tilbagemeldingerne/resultaterne af patientevalueringerne.

Derved kommer patientens erfaringer og oplevelser til at indgå i den organisatoriske udvikling af praksis.

2.2.2 Patienter og pårørende rapporterer utilsigtede hændelser

Fra 1. september 2011 har patienter og pårørende kunnet rapportere utilsigtede hændelser via Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), som anvendes af sundhedsfaglige personer. Det sker stadig, dog indtil videre i beskedent omfang. De rapporterede utilsigtede hændelser opsamles og sendes til den pågældende praksis med henblik på, at praksis kan drage læring af hændelserne.

Det er vigtigt, at patienter og pårørende får øget kendskab til muligheden for at rapportere deres oplevelser, idet de er med i hele forløbet og har mulighed for at være opmærksom på utilsigtede hændelser også på tværs af sektorer. Det er derfor en målsætning, at patienterne får information om muligheden for at indrapportere utilsigtede hændelser.

Anbefaling

- *at der i planperioden fokuseres på, hvordan almen praksis kan medvirke til at informere patienter og pårørende om muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser.*

2.2.3 Patientinddragelsesudvalget

Med ændringerne i sundhedsloven er der nedsat et Patientinddragelsesudvalg (PIU), som skal involveres i arbejdet med sundhedsaftalen og praksisplanen. Udvalget har bl.a. deltaget i dialog- og høringsaktiviteter og i relevante arbejdsgrupper under udarbejdelsen af praksisplanen.

Høringsudkast

3. Nye samarbejdsformer

Delmålsætning

- at styrke sammenhæng i tværsektorielle patientforløb ved at udvikle og udbrede nye samarbejdsformer.

Patienter, der modtager behandling og pleje fra både hospital, almen praksis og kommune, har et særligt behov for, at social- og sundhedsvæsenets samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper fungerer optimalt.

Med nye samarbejdsformer er ønsket, at fokus flyttes fra samarbejdsaftaler og stafetmodeller hen mod partnerskaber på tværs af sektorer og fagområder.

Nye samarbejdsformer på tværs af sektorer handler om, at der indgås forpligtende aftaler om et nyt eller styrket samarbejde, dér hvor den almindelige koordinering og det traditionelle samarbejde ikke er tilstrækkeligt til, at patienten oplever den ønskede kvalitet og sammenhæng.

Nye samarbejdsformer på tværs af sektorer har i praksisplanen dels et overordnet perspektiv, hvor principperne for udviklingen af nye organisatoriske løsninger aftales, og dels et borgernært perspektiv, hvor der skabes rammer for en bedre og tættere koordinering om og med den enkelte patient.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsatser:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. nye samarbejdsformer

- Aftale principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller med fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.
- Udvælge og afprøve to til tre større modelprojekter ud fra ovennævnte aftale om principper. Der skal i den konkrete projektudvikling tages hensyn til de organisatoriske rammer, der er gældende for praksissektoren.

Med sundhedsaftalen for 2015-2018 er det en politisk ambition at reducere udfordringerne ved sektorovergange ved at afprøve og implementere nye modeller for integreret opgaveløsning, herunder f.eks. nye samarbejdsformer om akut/subakutte tilbud, fælles sundhedshuse og tilbud til mennesker med samtidig misbrug og psykisk sygdom.

I arbejdet med at udvikle nye samarbejdsformer, skal der aftales principper for integrerede organisatoriske modeller med f.eks. fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, region og praksissektor. Det er afgørende for dannelsen af gode tværsektorielle samarbejdsprojekter, at almen praksis indgår i arbejdet med kommuner og region i formuleringen af disse principper.

Anbefaling

- *at almen praksis indgår i arbejdet med udvikling af principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller.*

Med afsæt i ovennævnte aftale om principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller, skal der iflg. sundhedsaftalen udvælges og afprøves to til tre større modelprojekter. Almen praksis er den centrale aktør om patientens samlede forløb og derfor er ambitionen for nye samarbejdsformer, at også almen praksis indgår i udviklingen og afprøvningen af mere integrerede løsninger.

Anbefaling

- *at almen praksis indgår i arbejdet med at udvikle og afprøve modelprojekter.*

3.1 Tværsektoriel ledelse

Der, hvor samarbejdet om og med patienten, trænger til et kvalitetsløft, kunne en model være at styrke relationer og ledelse på tværs af sektorgrænserne. Formålet med en styrket tværsektoriel ledelse *'er at styrke dialogen om, hvad det kræver at få det nødvendige men ofte vanskelige samarbejde over sektorgrænserne i sundhedsvæsenet til at lykkes.'*⁶

⁶ 'Ledelse over grænser, erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet'; Væksthus for ledelse, 2014. 'Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet'; KORA, 2014

4. Lighed i sundhed

Delmålsætning

- at samarbejde om at skabe mere lighed i sundhed.

Region Hovedstaden oplever, som resten af Danmark, store udfordringer i forhold til at skabe lighed i sundhed. Uligheden ses i forhold til befolkningens sundhedsadfærd, risikofaktorer og sygdomsmønstre. Uligheden kan aflæses både som en gradient, hvor der i hele befolkningen er en sammenhæng mellem social position og sundhed, og som en dårlig sundhedstilstand hos mange socialt udsatte og sårbare borgere.

At fremme lighed i sundhed er imidlertid en kompleks udfordring, der kræver et helhedsorienteret blik og indsatser, der rækker ud over sundhedsvæsenet. Eksempelvis kan sunde rammer for borgerne via strukturelle indsatser som rygelovgivning, sund skolemad, let adgang til rekreative områder, cykelstier og offentlig transport understøtte faktorer, der fremmer en bedre sundhedstilstand i befolkningen. Men sundhedsvæsenet kan bidrage med at sikre, at alle borgere – uanset social baggrund og situation – får størst muligt udbytte af den behandling, der tilbydes.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsatser vedr. lighed i sundhed:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. lighed i sundhed

- I sundhedsaftalen er der aftalt konkrete indsatser for en række specifikke målgrupper bl.a. gravide, nyfødte og børn, borgere med psykisk sygdom og borgere med misbrug. Derudover, er der aftalt indsatser, der handler om tidlig opsporing af sårbarhed og risikofaktorer for udvikling af sygdom, og at udvikle og afprøve differentierede indsatser tilpasset den enkeltes behov og ressourcer.

Praksisplanens arbejde for at virkeliggøre indsatserne for disse målgrupper er et element i at øge ligheden i sundhed i regionen.

4.1 Tidlig opsporing og differentiering af indsatser

Et centralt bidrag til at øge lighed i sundhed er at kunne tilbyde indsatser, der tager udgangspunkt i patientens ressourcer, barrierer og egne ønsker. Tidlig opsporing af sårbarhed og udvikling af differentierede indsatser i det tværsektorielle samarbejde er en fælles opgave og derfor også vigtige indsatsområder i praksisplanen.

4.1.1 Tidlig opsporing af sårbare og udsatte borgere⁷

Almen praksis har løbende og ofte langvarig kontakt med mange patienter, hvilket giver en særlig mulighed for at identificere sårbare og særligt udsatte borgere, som i kortere eller længere perioder af livet kan have behov for særlig støtte og målrettede indsatser. Almen praksis kan desuden være med til at identificere patienter, der har behov for mere individuelt tilpassede løsninger indenfor f.eks. forløbsprogrammer, rehabiliteringsforløb m.v. Almen praksis' opgave er herunder også at være opmærksom på relevante tilbud i den øvrige praksissektor, i kommunerne eller på hospitalerne og henvise, når patienten er indforstået hermed.

Kommunerne har, som almen praksis, en funktion tæt på borgernes hverdag, der giver dem mulighed for at være opmærksom på sårbare og særligt udsatte borgere. Hospitalet har tilsvarende mulighed for at være opmærksom på særlige behov i forbindelse med, at de møder patienten i ambulatorium, akutmodtagelse eller under indlæggelse. Dermed kan et godt samarbejde med hospitalerne og især kommunernes hjemmepleje, sundhedspleje, socialrådgivere, arbejdsforvaltningen, rehabiliteringstilbud, forebyggelsestilbud og andre støttetilbud være afgørende for at bidrage til at skabe mere lighed i sundhed.

Dette samarbejde forudsætter, at der er en god forståelse af hinandens opgaver og vilkår, og at der er relevante tilbud at henvise til. På det organisatoriske plan er det derfor centralt, at der arbejdes for at skabe hensigtsmæssige rammer for samarbejdet mellem de forskellige sundhedsaktører, herunder gensidigt kendskab til de forskellige tilbud i de enkelte sektorer.

Der eksisterer allerede i dag en del erfaringer med det gode samarbejde om sårbare og særligt udsatte patienter. For at understøtte samarbejdet er der f.eks. etableret mulighed for at holde koordinerende fællesmøder omkring en enkelt patient⁸. Der er desuden gode erfaringer at bygge videre på fra Vestegnsprojektet og Shared Care-projektet⁹ om, hvordan det er muligt at nå ud til sårbare patienter ved individuelle eller subgruppespecificerede tilbud.

Anbefaling

- *at udvælge og implementere samarbejdsmodeller, der imødekommer det øgede behov for tværsektoriel koordinering og fleksibilitet for sårbare og særligt udsatte borgere på baggrund af eksisterende viden og erfaringer.*

⁷ Det bemærkes, at der som en del af sundhedsaftalen 2015-2018 fokuseres på en præcisering af målgrupperne i forhold til visionsområdet om lighed i sundhed

⁸ Denne mulighed anvendes imidlertid ikke i særlig udstrakt grad.

⁹ <https://www.psykiatri-regionh.dk/Vestegnsprojektet/Vestegnsprojektet/Rapporter-og-evaluering/Sider/default.aspx>

4.1.2 Differentierede indsatser ud fra patienternes behov

Patienterne har ikke alle de samme ønsker, forudsætninger og muligheder for at deltage ligeværdigt i beslutninger om eget behandlingsforløb. For at øge ligheden i sundhed er det derfor vigtigt, at almen praksis har mulighed for at tage hånd om de mindre ressourcestærke patienter.

Det er derfor centralt, at almen praksis fortsat er opmærksom på patientens samlede situation, dvs. de fysiske, psykiske og sociale aspekter af helbredet og andre personlige vilkår og muligheder. Forebyggelse og behandling af helbredsproblemer skal derfor tage afsæt i patientens ressourcer og forståelse af egen situation, hvilket kræver særlig opmærksomhed overfor de mindre ressourcestærke patienter. Herved sikres at de mål, der opstilles, er realistiske i forhold til de ressourcer, patienten har, herunder også at der sker en prioritering af, hvad der er vigtigst på et givent tidspunkt.

Anbefalinger

- *at det i planperioden vurderes, hvordan der kan arbejdes med differentierede tilbud til patienter i almen praksis, ud fra patienternes personlige ressourcer og muligheder*
- *at almen praksis deltager i relevante arbejdsgrupper, forskningsprojekter og udviklingsarbejde om udvikling af metoder til identificering af sårbare borgere og differentierede indsatser.*

Del 3

5. Kapacitet og tilgængelighed

5.1 Lægedækning og praksisstruktur

Delmålsætninger

- at lægekapaciteterne som udgangspunkt er fordelt ligeligt geografisk, dog under hensyn til ønske om styrkelse af områder med sårbare borgere og til samarbejdsfladen med det øvrige sundhedsvæsen
- at modellen for lægedækning bygger på parametre, der tager højde for lighed i sundhed og sårbare områder
- at praktiserende læger praktiserer i bæredygtige praksis, hvor organisering understøtter høj faglig kvalitet og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen
- at der er rekrutteret et tilstrækkeligt antal læger til at sikre den ønskede kapacitet i almen praksis
- at der sikres velfungerende løsninger for lægebetjening af de kommunale midlertidige tilbud, akutfunktioner, botilbud og plejecentre.

Dette afsnit beskriver målsætninger og udfordringer i forhold til lægedækning samt fremtidig praksisstruktur. Antal og placering af kapaciteter kan have betydning for samspil med kommunernes, hospitalernes og den øvrige praksissektors sundhedstilbud og dermed muligheden for at forbedre kvaliteten af sundhedsydelserne. Praktiserende lægers antal og geografisk placering har også betydning for kvalitet og service i forhold til afstanden til den nærmeste praksis og praksis med åbent for tilgang.

5.1.1 Nye muligheder i Sundhedsloven

Med ændringerne i Sundhedsloven blev der åbnet for nye muligheder til at sikre lægedækningen i regionerne.

Boks 2: Nye muligheder i sundhedsloven

Uddrag af Sundhedsloven om nye muligheder efter lovændring i 2013

§ 227

Stk. 2. Ydernumre fra praksis, som har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, og som regionsrådet har fået overdraget, kan regionsrådet sælge til læger, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Regionsrådet kan endvidere sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet, og ydernumre fra eksisterende praksis, som regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægningen, til læger, som vil praktisere i henhold til stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1. Salg af ydernumre, jf. 1. og 2. pkt., kan ske til læger, som allerede har et ydernummer. En læge kan eje op til seks ydernumre erhvervet i henhold til 1. og 2. pkt.

Stk. 3. Regionen kan udbyde drift af praksis, som hidtil har leveret almen medicinske ydelser til gruppe 1-sikrede personer, jf. stk. 1, 1. pkt., jf. § 60, stk. 1, og hvor regionsrådet har fået overdraget ydernummeret. Regionsrådet kan desuden udbyde drift af praksis vedr. nye ydernumre, som regionsrådet har oprettet. Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende ydernumre fra læger, der har ønsket at sælge, og udbyde driften af disse praksis.

Stk. 4. Udbud efter stk. 3 skal foregå på åbne, objektive og ikke diskriminerende vilkår og skal tilrettelægges på en sådan måde, at eventuelle bud kan sammenlignes med, hvad en offentligt drevet enhed vil koste. Regionsrådet har mulighed for at forkaste et bud, hvis omkostningerne er væsentlig højere i en sammenligning.

Stk. 5. Hvis der ikke er private leverandører, der deltager i udbud af drift af praksis foretaget i henhold til stk. 3, eller regionsrådet har forkastet bud i henhold til stk. 4, 2. pkt., kan regionsrådet selv etablere en praksis i en periode på op til 4 år. Et regionsråd, der ønsker at fortsætte driften af praksis efter udløbet af 4-årsperioden, kan alene gøre dette, hvis det ikke er muligt at sælge ydernummeret til en læge efter stk. 2 eller afsætte driften via udbud efter stk. 3 og 4.

Stk. 6. Et regionsråd kan i tilfælde af akut opstået lægemangel i en kort periode etablere et midlertidigt alment medicinsk lægetilbud.⁷

Det fremgår endvidere af Overenskomst om almen praksis 2014, § 24, at regionen i særlige tilfælde begrundet i praksisplanen og/eller hensynet til lægedækningen i et lokalområde kan gøre tildeling af et ydernummer betinget af, at praksis er geografisk bundet i en periode på op til 10 år.

Endelig kan regionen tildele satellitpraksis, hvor lægen driver virksomhed fra to matrikler.

5.1.2 Overenskomstens bestemmelser om lægedækning

Der foretages en årlig fastsættelse af lægedækningen. Formålet er at sikre, at antallet af læger i regionen er tilstrækkeligt til, at alle regionens borgere kan tilmeldes en praktiserende læge. Vurderingen af behovet for kapaciteter tager primært udgangspunkt i en høring af almen praksis om, hvor mange patienter de kan varetage¹⁰.

¹⁰ Resultatet af høringen af de praktiserende læger i 2014 er vedlagt i grundbeskrivelsen.

Der er i Overenskomst om almen praksis 2014 nævnt muligheden for dispensation fra normtallet på 1600, § 7 stk. 3. En sådan tilladelse skal behandles af Samarbejdsudvalget. Spørgsmålet om, hvorvidt lægerne har ønsker til et lavere antal patienter, vil fremover indgå i høringen af lægerne.

Boks 3: Overenskomsten om antal patienter tilmeldt praksis.

Uddrag af overenskomstens § 7, stk. 3

'Praksis, der af særlige grunde ønsker et lavere antal tilmeldte gruppe 1-sikrede pr. lægekapacitet end 1.600, kan søge samarbejdsudvalget om lukning ved et lavere antal gruppe 1-sikrede, dog ikke under 538. Ansøgninger fra læger, der er fyldt 60 år, yngre ny-rekrutterede læger eller læger, som i min. 6 timer om ugen har bibeskæftigelse med undervisning/konsulentjob/fagpolitisk arbejde bør så vidt muligt imødekommes.'

I forbindelse med praksisplanens udarbejdelse er der gennemført en lægedækningsundersøgelse i henhold til overenskomstens bestemmelser. Undersøgelsen viser, at lægerne samlet set ønsker flere tilmeldte, end de har, men også at der er en tilstrækkelig kapacitet i Region Hovedstaden.

Den årlige lægedækningsundersøgelse vil fremover blive udvidet med et spørgsmål, hvor de praktiserende læger, som ønsker et lavere antal patienter, kan angive 'antal ønskede patienter'. Spørgsmålet suppleres med en bemærkning om, at svaret ikke er bindende for parterne og ikke har konsekvenser for kapacitetsberegningen.

5.1.3 Planområder

Regionen er inddelt i fire planområder: Nord, Midt, Byen og Syd. Bornholm er placeret under planområde Byen.

Figur 3: Planområder i Region Hovedstaden

Planområde	Nord	Midt	Byen	Syd
Kommuner	Frederikssund	Egedal	Brønshøj	Valby
	Gribskov	Furesø	Husum	Vesterbro
	Halsnæs	Ballerup	Vanløse	Amager
	Hillerød	Herlev	Frederiksberg	Høje-Taastrup
	Allerød	Rødovre	Bispebjerg	Albertslund
	Helsingør	Gladsaxe	Nørrebro	Ishøj
	Fredensborg	Lyngby-	Indre By	Vallensbæk
	Hørsholm	Taarbæk	Østerbro	Brøndby
		Rudersdal	Bornholm	Glostrup
		Gentofte		Hvidovre
				Tårnby
				Dragør

En hensigtsmæssig områdeinddeling har betydning for praksisplanlægningen ved:

- bestemmelse af hvor eventuelle nynedsættelser skal placeres
- godkendelse af praksisflytninger og andre praksis- og patientrelaterede hensyn
- sammenligning ved udarbejdelse af statistik og oversigter over lægekapacitet.

Endvidere bør inddelingen i plan- og planlægningsområder svare til samarbejdsfladen med øvrige aktører i sundhedsvæsenet.

Regionen fastsætter i henhold til sundhedsloven retningslinjer for sags- og beslutningsgange i forhold til flytning af praksis, som skal basere sig på målsætninger beskrevet i praksisplanen.

Overenskomsten beskriver i § 87, at hver region skal ses som et samlet sammenligningsområde i forhold til arbejdet med kontrolstatistikker. I Region Hovedstaden afspejler sammenligningsområderne fortsat historiske områder, der ikke er i overensstemmelse med udviklingen i hospitalsstrukturen og regionens fokus på ensartede tilbud til både borgere og praktiserende læger. For at følge overenskomstens beskrivelse skal der etableres et sammenligningsområde i regionen, idet Bornholm dog af geografiske grunde indtager en særstilling.

5.1.4 Praksisstruktur og nye samarbejdsformer

I Finansloven for 2015 ønskes almen praksis styrket ved at investere i moderne læge- og sundhedshuse. Dette ligger i tråd med hovedstadsregionens ønske om at arbejde for udvikling af det nære sundhedsvæsen og udbredelsen af nye samarbejdsformer, herunder også etableringen af fælles sundhedshuse.

Nye samarbejdsformer inden for praksissektoren

Et mere specialiseret hospitalsvæsen og et øget behov for en tættere koordinering med de kommunale tilbud forudsætter, at almen praksis fortsætter den igangværende organisatoriske udvikling. Nye samarbejdsformer i et snævert perspektiv ser på; udviklingen i praksisformer, samarbejdet mellem praksis og andre praksisydere, samt på hvordan dette samarbejde kan understøttes af region og kommuner.

Udviklingen i praksisformer

Almen praksis er kendetegnet ved, at lægerne er selvstændige erhvervsdrivende, og at praksis i stort omfang er organiseret i små enheder. Fordelingen af klinikker på praksisformer viser en tendens til et øget antal kompagniskabspraksis og en reduktion i antallet og andelen af enkeltmandspraksis inden for de seneste år jf. grundbeskrivelsen (se bilag 1).

Samarbejde mellem praksis

Samarbejde mellem praksis, såvel på tværs af solopraksis som i udbredelsen af større lægehuse og etableringen af praksisfællesskaber, ønskes fortsat understøttet og styrket. Målsætningen er et styrket fagligt samarbejde inden for praksissektoren generelt. En målsætning, der kan opnås, dels ved at læger i enkeltmandspraksis fortsat organiserer sig i netværks- eller samarbejdspraksis og dels ved en fortsat udbredelse af praksisfællesskaber og større lægehuse¹¹, hvor f.eks. også andre praksisydere og sundhedsaktører indgår som en del af fællesskabet.

Med finanslovsaftalen for 2015 er der fra de centrale myndigheder sendt et klart signal om, at udviklingen af praksisfællesskaber og udbredelsen af større og moderne lægehuse skal fremmes.

Praksisfællesskaber defineres i hovedstadsregionen, som et bredt og åbent begreb, der kan rumme eksisterende praksisformer, dvs. kompagniskabspraksis, samarbejdspraksis, netværkspraksis, sundhedshuse¹² eller helt nye konstruktioner¹³. Praksisfællesskaber kan etableres med eller uden lokalefællesskab. Det afgørende for, at det kan defineres som et praksisfællesskab er, at to eller flere ydere er gået sammen i et organisatorisk fællesskab¹⁴. Et praksisfællesskab kan således bestå af to eller flere praksis, med eller uden fælles personale, ledelse eller økonomi.

Praksisfællesskaber kan bidrage til, at styrke den faglige udvikling og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Et større fællesskab kan øge fleksibiliteten i arbejdstilrettelæggelsen og kapaciteten i praksis. Samtidig forventes praksisfællesskaber at kunne imødekomme sårbare områders og udkantsområders udfordringer i forhold til at rekruttere læger.

En rapport om praksisfællesskaber¹⁵ anbefaler, at kommuner, region og de faglige organisationer gør en særlig indsats for at etablere praksisfællesskaber i sårbare områder, se i øvrigt afsnittet 'Lighed i sundhed'.

Det er som tidligere nævnt vigtigt, at der i arbejdet med nye samarbejdsmodeller indtænkes samarbejde og mulig udbredelse af lokalefællesskaber med andre praksisydere samt hospitalsfunktioner og kommuner.

¹¹ De muligheder, der knytter sig til overenskomsten og sundhedsloven, er beskrevet i kapacitetsafsnittet.

¹² Sundhedshuse kan tage mange forskellige former, men der udestår en national afklaring af definitionen på sundhedshuse.

¹³ 'Praksisfællesskaber', Region Hovedstaden, udgivet i 2012, Side 3.

¹⁴ Praksisfællesskaber kan opdeles i tre typer af fællesskaber: monofaglige praksisfællesskaber (på tværs af eksisterende klinikker inden for almen praksis), tværfaglige praksisfællesskaber (på tværs af ydergrupper inden for praksissektoren) og tværsektorielle praksisfællesskaber (på tværs af ydergrupper og sektorer).

¹⁵ 'Praksisfællesskaber', Region Hovedstaden, udgivet i 2012

Boks 4: Erfaringer fra praksisfællesskabsprojektet (2012)

Erfaringerne fra praksisfællesskabsprojektet¹⁶ viser, at der i udbredelsen af praksisfællesskaber kan være udfordringer med:

- at matche kommuner og praktiserende læger,
- at finde lokaler, der har tilstrækkelig størrelse, og kan opfylde kriterier vedr. handicapadgang og en god infrastruktur,
- en ligelig geografisk fordeling af praktiserende læger.

Anbefaling

- *at almen praksis, øvrige praksisydere, kommuner og region konkretiserer, hvordan de enkelte parter kan bidrage til at fremme*
 - *udbredelsen af praksisfællesskaber*
 - *udbredelsen af større lægehuse.*

Vision for fælles sundhedshuse

Fælles sundhedshuse er ét eksempel på en ny samarbejdsform. Fælles sundhedshuse er tilbud, der kan rumme såvel regionale som kommunale tilbud, tilpasset de lokale behov, muligheder og økonomiske ressourcer. Der pågår et arbejde med at udvikle en regionsdækkende vision for - sundhedshuse, der indeholder såvel kommunale som regionale sundhedstilbud, herunder også sundhedstilbud fra praksissektoren.

Anbefaling

- *at almen praksis indgår i udviklingen af en regionsdækkende vision for fælles sundhedshuse.*

5.2 Rekruttering og fastholdelse

På trods af, at der i regionen ikke samlet set er lægemangel, har der gennem en årrække været områder i regionen, hvor det er svært at rekruttere og fastholde læger. På baggrund af lægedækningssvarene samt en konkret vurdering af bl.a. lægernes alder kan der forudses vanskeligheder med at fastholde tilstrækkelig lægedækning i en række kommuner på Vestegnen, i Halsnæs, på Bornholm og enkelte steder i planområde Byen.

En medvirkende årsag kunne bl.a. være en øget arbejdsbelastning i områder med mange sårbare borgere og bl.a. et stort behov for tolkeydelser. Der skal derfor udarbejdes en ny model for lægedækning, som tager højde for dette. Desuden skal også andre årsager til rekrutteringsudfordringer undersøges.

I regi af Overenskomst om almen praksis 2014 er der nedsat et landsdækkende udvalg for rekruttering og fastholdelse i almen praksis, som skal se nærmere på udfordringerne på nationalt plan. I planperioden kan dette arbejde med fordel følges.

¹⁶ 'Praksisfællesskaber', Region Hovedstaden, udgivet i 2012

Ifølge Sundhedsstyrelsens seneste udbudsprognoser forventes der ikke på landsplan speciallægemangel i almen medicin med udgangspunkt i nuværende efterspørgsel efter ydelser i almen praksis. Dog kan efterspørgslen stige i fremtiden, afhængigt af bl.a. opgaveomlægninger i sundhedsvæsenet, til- og afgang af læger og demografisk udvikling. Derfor er det afgørende, at vi hele tiden sikrer lægedækningen med udgangspunkt i den aktuelle situation.

I Region Hovedstaden vurderes hvert år i forbindelse med den årlige fastlæggelse af lægedækningen, om der er områder, hvor lægeressourcer er knappe.

5.2.1 Rekruttering af praktiserende læger til ubesatte kapaciteter

Pr. 1.10.2014 var 10 kapaciteter, som var tildelt praksis, ubesatte. Der har været en faldende andel af ubesat kapacitet siden 2011.

Antallet af ubesatte kapaciteter kan skyldes:

- a) at det er vanskeligt at tiltrække nye praktiserende læger
- b) at praktiserende læger ikke har eller har forberedt en konkret plan for anvendelsen af en tildelt kapacitet
- c) at nye læger ønsker et 0-ydernummer frem for at købe en kapacitet
- d) at konflikten mellem overenskomstens parter og ændringen af sundhedsloven har haft en negativ indflydelse på lægers lyst til at investere i en praksis.

Følgende forslag blev realiseret ved godkendelse af den tidligere version af praksisplan 2012-2015:

- at læger, som ikke allerede praktiserer, ansøger om opslåede kapaciteter på lige fod med eksisterende praksis
- at den periode, som en praksis kan bevare retten til en tildelt kapacitet tidsbegrænses
- at ansøgere, som kan oplyse en konkret navngiven praktiserende læge som medansøger, foretrækkes.

I kvalitetsorganisationen mellem PLO-Hovedstaden og Region Hovedstaden, KAP-H¹⁷, er nynedsatte læger og seniorlæger særlige målgrupper for ordningens indsatser.

5.2.2 Rekruttering og fastholdelse i sårbare områder

Med henblik på at afhjælpe og forebygge rekrutteringsproblemer skal der arbejdes for at gøre det attraktivt at praktisere i sårbare områder. Områder kan både være sårbare såvel på grund af deres geografiske placering som en høj andel af sårbare borgere.

¹⁷ KAP-H er Kvalitetsorganisation for Almen Praksis i Region Hovedstaden, se i øvrigt kapitel 7 om kvalitet.

For at understøtte klinikkerne generelt i forhold til fastholdelse samt rekruttering er det væsentligt fortsat at have fokus på, hvordan almen praksis i områder med mange sårbare borgere kan aflastes, og understøttes bl.a. via indsatser i regi af KAP-H, Regionen, PLO-Hovedstaden og kommunerne.

I sårbare områder kan almen praksis bl.a. understøttes ved at skabe:

- velfungerende samarbejde med hospital og særligt kommunen om sårbare patienter og udsatte børn
- velfungerende henvisningsmuligheder for komplekse og sårbare patienter, eksempelvis misbrugere og mennesker med sindslidelser
- samarbejde med psykiatriske centre og praktiserende speciallæger om psykiatriske patienter¹⁸
- praksisfællesskaber med gode muligheder for fælles praksispersonale og faglig sparring
- mulighed for videotolkning (se s. 65) og adgang til kvalificeret tolkebistand
- en god og hensigtsmæssig kommunikationsform mellem samarbejdende parter i praksis, kommuner og region
- mulighed for kapacitetstilpasning og øget fleksibilitet i patientantal.

Anbefaling

- *at der nedsættes en tværsektoriel arbejdsgruppe, som samler viden om muligheder og barrierer for at understøtte almen praksis i områder med mange sårbare borgere og kommer med konkrete forslag til tiltag.*

I Plan for almen praksis 2008-2011 blev sårbare områder defineret med udgangspunkt i udvalgte indikatorer. En fastlæggelse af sårbare områder er et redskab, som kan anvendes som retningsgivende, når der foretages ændringer i kapacitetsfordelingen.

Anbefaling

- *at der i planperiodens første år udarbejdes en ny model for lægedækning, der tager højde for ulighed i sundhed, med udgangspunkt i relevante data.*

5.3 Betjening af akuttilbud og sygebesøg

Lægerne er i henhold til overenskomsten forpligtede til at aflægge sygebesøg hos egne patienter fra mandag til fredag i dagtiden, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør det. Med mindre andet er aftalt, gælder sygebesøgsforpligtelsen ikke patienter, der har fast bopæl mere end 15 km fra lægens klinik (5 km i København, Frederiksberg, Dragør og Tårnby Kommuner). Kilometergrænsen for sygebesøg på 5/15 km fra lægepraksis kan være en udfordring i de tilfælde, hvor akuttilbud eller andre midlertidige pladser er placeret et eller få steder i en kommune.

Med indgåelsen af Overenskomst om almen praksis 2014 åbnes op for decentralisering af ydelsen for sygebesøg. Parterne er enige om, at der skal ses på den samlede ydelse for sygebesøg, herunder lægebetjening af patienter, der har midlertidigt ophold uden for hjemmet.

5.3.1 Nye kommunale tilbud og kompetencer

Liggetiderne på hospitalerne bliver kortere og samtidig med, at antallet af genoptræningsplaner fra hospitaler til kommunerne er stigende. Det betyder, at der er behov for en tilpasning af kommunernes tilbud, særligt i hjemmesygeplejen, genoptræning og midlertidige pladser, så de kompetencemæssigt kan imødekomme de mere komplekse pleje- og behandlingsbehov, der kan være forbundet med en tidligere udskrivelse.

Derudover er kommunerne i stigende grad fokuserede på at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, herunder akutte indlæggelser hos borgere, der oplever funktionstab eller sygdom. I de senere år er mulighederne for at yde akut og kompleks pleje og behandling udvidet i det nære sundhedsvæsen. Akutte indsatser fra den kommunale sygepleje i form af pleje, observation og behandling tæt på borgeren kan være med til at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser.

De nye kommunale tilbud kræver et højere kompetenceniveau end tidligere og forudsætter en udbygget lægefaglig betjening. Særligt de sygeplejefaglige opgaver, kræver udvidede kompetencer hos de involverede sundhedspersoner.

En stor del af de sundhedsfaglige indsatser i akutfunktionen bliver udført på ordination og dermed på delegation af en læge i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning (medhjælpsvejledning)¹⁹. Når en læge ordinerer en behandling til en borger, som i henhold til autorisationslovens regler er forbeholdt lægen at udføre, og f.eks. hjemmesygeplejen skal varetage udførelsen af opgaven, er der tale om, at hjemmesygeplejen udfører en delegeret opgave. Men lægen har ikke ansvar for udvælgelse, instruktion og tilsyn med personalet. Det har den kommunale ledelse af hjemmesygeplejen i henhold til Sundhedsstyrelsens medhjælpsvejledning. Det er således ledelsens ansvar, at personalet er kvalificeret til og instrueret i at udføre den delegerede opgave og at føre tilsyn med den udførte opgave.

Afhængig af patientens sygdom vil hjemmesygeplejen således forudsætte et samarbejde med patientens praktiserende læge eller andre læger, herunder hospitalslæger.

¹⁹ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=129064>.

I Sundhedsaftalen er følgende aftalt vedr. akutte pleje- og behandlingstilbud:

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. akutte pleje- og behandlingstilbud

- Med udgangspunkt i eksisterende erfaringer udarbejdes aftaler for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud. Aftalerne skal beskrive samarbejdet omkring opgaverne, det lægefaglige behandlingsansvar, tilgængelighed for lægefaglig rådgivning og vurdering af borgerens situation herunder samarbejde om understøttelse samt oplæring af kommunale medarbejdere. Oversigt over kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud skal være tilgængelige på [Www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

Den Tværsektorielle Forskningsenhed i Region Hovedstaden har afdækket det kommunale landskab på akutområdet. Det fremgår af undersøgelsen, at der er tale om meget forskellige ordninger, forskellig anvendelse af sprogbrug og forskellige funktioner. Fælles for kommunerne er, at området er nyt, og at der endnu ikke foreligger evidens på området. Resultatet af undersøgelsen skal derfor anvendes til projekter og forskning på området, og bør følges og eventuelt anvendes i planperioden. Der bør også ses på læring fra andre regioner samt i udlandet.

Anbefaling

- *at følge og anvende resultaterne af læring og forskning vedr. betjening på akutområdet.*

Definition af tilbud:

Plejeboliger

Plejeboliger og sociale botilbud er varige botilbud. Plejeboliger er ifølge serviceloven at betragte som borgerens eget hjem, og borgerne har samme rettigheder som alle andre borgere.

Aflastningspladser

Kommunen kan efter servicelovens § 84 tilbyde personer med behov et midlertidigt ophold i en almen plejebolig. Det kan f.eks. være til ældre, der er udskrevet fra hospitalet efter et hoftebrud og som har behov for ekstra opsyn de første uger efter udskrivelsen.²⁰

Rehabiliteringspladser/midlertidige pladser

Rehabiliteringspladser/midlertidige pladser til hjemtagning er et relativt nyt tilbud i kommunerne, som primært etableres indenfor rammerne af serviceloven om midlertidige ophold. Her vil den sociale indsats efter serviceloven dog oftest være suppleret med sygepleje og/eller genoptræning efter sundhedsloven, fordi borgerne er mere svækkede, end der er

²⁰ Se <http://sm.dk/arbejdsomrader/aeldre/hjemmehjaelp/aflastning-og-aflosning> (det er blot aflastning, der er relevant her)

kompetencer til at kunne håndtere i eget hjem, på en almindelig aflastningsplads eller i en almindelig plejebolig.

Kommunale akutfunktioner

De kommunale akutfunktioner er en del af den kommunale hjemmesygepleje og følger dermed bekendtgørelse og vejledning for hjemmesygeplejen. Dette gælder uanset om akutfunktionen er organiseret som midlertidige døgnpladser eller som et akutteam. Et akutteam er et udkørende team, der leverer særlig sygepleje i borgerens eget hjem, herunder i plejebolig. I beskrivelsen af disse funktioner tages udgangspunkt i de af Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening udarbejdede definitioner på akutte og subakutte indsatser: ”Akut indsats” defineres her som ”indsats leveret inden for få timer”; ”Subakut indsats” defineres som ”indsats leveret næste dag”.²¹

Formålet med akutfunktionerne kan dels være at forebygge forværring af sygdom med en proaktiv indsats, dels at følge op på hospitalets pleje- og behandlingsindsats efter udskrivelsen.

De kommunale akuttilbud og rehabiliteringspladser kan have forskellige navne og være organiseret forskelligt, men de kan overordnet inddeles i tre former for tilbud: akutpladser, akutteams og midlertidige døgnpladser. Kommunernes tilbud kan være ”rene” udgaver af disse tre former eller kombinationer af samme. Der er flere eksempler på at kommuner har organiseret akutteams og akutpladser sammen for at udnytte den mere specialiserede personalesammensætning bedst muligt. Der er desuden kommuner, der har akutpladser og rehabiliteringspladser liggende side om side for at sikre en effektiv døgnbemanning.

5.3.2 Behov for lægefaglighed i de nye kommunale tilbud og plejecentre/botilbud

Kommunerne har behov for lægefaglig betjening på de midlertidige pladser til hjemtagning og akuttilbud for at sikre en høj kvalitet i indsatsen.

En løsning til at sikre den relevante lægedækning kunne være, at kommunerne får fast tilknyttede læger på de midlertidige pladser og akuttilbud, f.eks. efter model fra Københavns Kommune. I modellen indgås aftale med en eller flere læger på konsulentbasis - med borgerens samtykke - at yde lægefaglig bistand den tilstand, borgeren er i under det midlertidige ophold samt løbende at yde supervision og instruktion af det kommunale personale. En anden model er at have fastansatte læger, f.eks. praktiserende læger, der har ansvar for løbende behandling samt instruktion og supervision af kommunens personale.

²¹ ’Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje’, Sundhedsstyrelsen 2014

I forhold til akutteams anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der indgås samarbejdsaftale med de praktiserende læger og/eller andre læger om de lægeordnede opgaver, der skal løses af de kommunale medarbejdere. Det kan være generelle aftaler med alle praktiserende læger eller med et færre antal læger, der ønsker at deltage i en sådan samarbejdsaftale.

Fast tilknyttede læger på plejecentre er en måde at sikre et mere formaliseret, systematisk og overskueligt samarbejde med almen praksis, ligesom det sikrer en bedre tilgængelighed i hverdagen. Naturligvis med borgerens samtykke, da borgerne har ret til frit valg af læge. Det understreges, at der her tales om en model med flere end én læge tilknyttet, men dog et mindre antal. Samme model kunne benyttes i forhold til kommunale sociale bosteder for handicappede og psykisk syge, hvor der også er behov for et mere formaliseret, systematisk og overskueligt samarbejde med almen praksis, f.eks. omkring forebyggende sundhedsundersøgelser, som er en indsats i Sundhedsaftalen 2015-2018.

5.3.3 Modeller for lægefaglig betjening

Der er flere mulige modeller for betjening af patienter i de forskellige kommunale tilbud.

1. Akutteams:
En eller flere fast tilknyttede læger påtager sig tilsyn af patienterne.
2. Akuttilbud og andre midlertidige pladser:
 - a. En eller flere praktiserende læger fra lokalområdet påtager sig tilsyn af patienterne, hvis det er uden for egen læges kilometergrænse.
 - b. Fast tilknyttede læger som - med borgerens samtykke - påtager sig tilsyn af patienterne vedr. den tilstand, patienterne er i under opholdet samt at yde supervision og instruktion af det kommunale personale.
3. Plejecenter-modellen (herunder bosteder):
Beboerne får mulighed for at overgå til en fast tilknyttet læge, som udover at udføre almen medicinsk behandling også forpligter sig til at være til stede på plejecentret i et fast aftalt tidsrum ugentligt. Lægen yder lægelig rådgivning til plejepersonalet. Aftalen kan omfatte en eller flere læger.

Modellerne med fast tilknyttede læger (1, 2b og 3) kan sikre kontinuitet i samarbejdet samt kvalitet i behandling samt en forbedret kommunikation og instruktion af det kommunale personale. Modeller med fast tilknyttede læger er endvidere afhængige af, at det er muligt at rekruttere læger til

funktionerne. Derfor kunne man med fordel arbejde med modeller, hvor flere læger er fast tilknyttet.

I det omfang det ikke er muligt at indgå aftale mellem kommune, region og almen praksis i en konkret kommune, behandles patienten, for så vidt angår almen medicinske problemstillinger, af egen læge i henhold til sundhedsloven.

Anbefaling

- *at der indgås rammeaftale om de foreslåede modeller for lægefaglig betjening af akuttilbud, plejecentre, m.m.*

5.3.4 Opsøgende og opfølgende hjemmebesøg

Udover behovet for lægefaglig betjening på de kommunale tilbud er der behov for at arbejde med forebyggelse af indlæggelser generelt. Dette kan bl.a. gøres via to typer af hjemmebesøg:

Opsøgende hjemmebesøg

Opsøgende hjemmebesøg er en ydelse, hvor almen praksis undersøger begyndende sygdomsudvikling og nedsat funktionsevne hos skrøbelige ældre. Besøget kan aflægges en gang årligt hos skrøbelige ældre, normalt over 75 år²².

Optimalt er der tale om fælles besøg med den praktiserende læge, den ansvarlige kommunale sundhedsfaglige medarbejder og gerne pårørende. Besøget skal aftales på forhånd.

Anbefaling

- *at almen praksis og kommunen styrker samarbejdet om opsøgende hjemmebesøg.*

Opfølgende hjemmebesøg

Opfølgende hjemmebesøg skal sikre god opfølgning på en indlæggelse og kan initieres både af hospital, kommune og almen praksis. Efter udskrivning mødes den praktiserende læge og den ansvarlige kommunale hjemmesygeplejerske til et hjemmebesøg, alternativt en fælles konsultation med deltagelse af patienten samt evt. pårørende, og følger op på udskrivelsen herunder medicinændringer og andre opfølgingsbehov. Implementering af opfølgende hjemmebesøg i alle kommuner er en del af 'den Nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient'. Der er indgået en lokalaftale om opfølgende hjemmebesøg, som benyttes i varieret omfang lokalt. I efteråret 2014 og foråret 2015 gennemfører KAP-H undervisning for praktiserende læger i hele regionen, der understøtter implementeringen af opfølgende hjemmebesøg.

²² Overenskomst for almen praksis, honorartabel

Anbefaling

- *at almen praksis fortsat indgår i samarbejde omkring implementering og understøttelse af opfølgende hjemmebesøg i alle kommuner.*

5.4 Tilgængelighed

Delmålsætninger

- at patienter kommer hurtigt i kontakt med deres egen praktiserende læge i dagtiden
- at praksis tilstræbes at være tilgængelige for personer med funktionsnedsættelse
- at patienterne har kendskab til tilgængeligheden i praksis for personer med funktionsnedsættelse.

Almen praksis er gatekeeper til det øvrige sundhedsvæsen og dermed ansvarlig for både behandling og henvisning af patienten til relevante sundheds-, behandlings- og rehabiliteringstilbud. Samtidig skal patienterne ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden have adgang til lægehjælp hos deres praktiserende læge. Dette stiller særlige krav til både fysisk, telefonisk og elektronisk tilgængelighed i almen lægepraksis.

Det er derfor en væsentlig overordnet målsætning fortsat at prioritere tilgængeligheden i almen praksis, så der tilstræbes lige adgang for alle patienter.

Der har generelt været fokus på tilgængelighed i perioden 2012-2015. I forskelligt regi gennemføres allerede tiltag dels rettet mod dokumentation²³ og dels mod forbedring af den faktiske tilgængelighed. Parterne er enige om at bygge videre på det arbejde, som allerede pågår. Fysisk tilgængelighed i almen praksis er reguleret af overenskomsten § 47. Derudover er tilgængeligheden reguleret af byggelovgivningen samt FN's handicapkonvention²⁴.

Almen praksis er i henhold til overenskomsten ikke forpligtet til at praktisere i lokaler, som er tilgængelige for personer med funktionsnedsættelser. I henhold til FN's handicapkonvention, som Danmark har tiltrådt, har Danmark dog pligt til at fremme adgangen for personer med funktionsnedsættelser til bl.a. fysiske omgivelser, som er tilgængelige for offentligheden. Personer med funktionsnedsættelse omfatter bl.a. personer med bevægelsehandicap, hørehandicap og synshandicap.

²³ Analyse af tilgængeligheden i almen praksis, herunder særskilt ved akut opståede behov for hjælp, 2012, herefter benævnt akutanalysen

²⁴ FN-konventionen om rettigheder for personer med handicap, artikel 9.

5.4.1 Definition på tilgængelighed

Tilgængelighed er et nøglebegreb i arbejdet med at skabe bedre forhold og øget valgfrihed for patienter, herunder for personer med funktionsnedsættelse.²⁵

Overenskomstens definitioner på henholdsvis telefonisk, fysisk og elektronisk tilgængelighed fremgår nedenfor:

1. *Telefonisk tilgængelighed* – at klinikken kan træffes telefonisk i det af overenskomsten definerede tidsrum. Eksempelvis at praksisdeklarationen indeholder oplysninger om telefonkonsultation.
2. *Fysisk tilgængelighed* – Alle læger skal tilstræbe, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede, og at der er handicapegnede toiletfaciliteter. Endvidere skal alle læger, hvor det er muligt, tilstræbe at der er adgang til handicapparkering i nærheden af praksis.
3. *Elektronisk tilgængelighed* – kontaktmuligheder ved henvendelse f.eks. via e-mail, elektronisk tidsbestilling og praksis' hjemmeside, som også omtalt i overenskomsten.

5.4.2 Fysisk tilgængelighed

I henhold til overenskomsten skal alle læger tilstræbe, at deres konsultationslokaler er tilgængelige for bevægelseshæmmede (§ 47). Parterne er enige om, at det tilstræbes at fremme tilgængeligheden til almen praksis for personer med funktionsnedsættelse.

Anbefaling

- *at den fysiske tilgængelighed løbende forbedres, bl.a. i forbindelse med flytning.*

5.4.3 Ny tilgængelighedsmærkning

I Overenskomst for almen praksis 2014 nævnes, at en god service og tilgængelighed vises ved, at der gennem praksisdeklarationen skabes gennemsigtighed overfor omverdenen omkring, hvilken service den enkelte praksis tilbyder. Ligeledes angives det i overenskomstens note til § 47, at: ”Parterne finder det vigtigt, at bevægelseshæmmede i forbindelse med lægevalg får et bedre grundlag for at vurdere handicapvenligheden i de enkelte lægepraksis. Parterne vil derfor udbygge de oplysninger om handicapvenlighed, som findes på www.sundhed.dk, og etablere en søgemulighed hvor borgerne kan søge på læger ud fra kriterier om handicapvenlighed.”

På baggrund af overenskomsten og FN's handicapkonvention er det derfor et mål at udbygge oplysninger om adgang for mennesker med

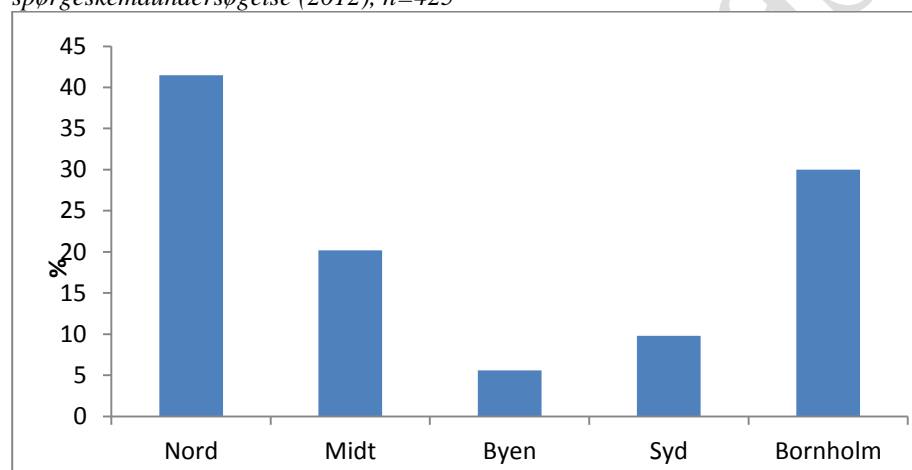
²⁵ Definition fra Center for Ligebehandling af Handicappede, <http://www.clh.dk/?id=813>

funktionsnedsættelse på www.sundhed.dk. Med det formål tilbydes den enkelte praksis at deltage i en tilgængelighedsmærkning, hvor den enkelte praksis kan blive opmålt og få udleveret en statusrapport med forslag om bl.a. mindre og enkle tiltag til at forbedre tilgængeligheden i den enkelte praksis. Dette tilbud gives af regionen til alle praksissektorens ydere i Region Hovedstaden i perioden 2014-2017. Vi ønsker løbende forbedring af den fysiske tilgængelighed i almen praksis samt sikring af, at oplysninger om tilgængeligheden gøres tilgængelig for borgerne på www.sundhed.dk.

Anbefalinger

- at forbedre oplysningerne om tilgængelighed for borgerne på www.sundhed.dk
- at dette sker via en frivillig, uvildig tilgængelighedsmærkning, som regionen tilbyder.

Figur 4: Adgangsforhold i almen praksis fordelt på hovedområder i henhold til spørgeskemaundersøgelse (2012), n=425



*Figuren afspejler praksis, der har svaret bekræftende til følgende spørgsmål om fysisk tilgængelighed: niveaufri adgang, dørens passagebredde, handicaptolet og handicap p-plads.

Med henblik på at få et retvisende billede af de praktiserende lægers fysiske tilgængelighed blev almen praksis i forbindelse med akutanalysen bl.a. spurgt, om praksis har niveaufri adgang (figur 4).

Det fremgår af figuren, at u hensigtsmæssige adgangsforhold for personer med funktionsnedsættelse er et udbredt fænomen i regionen på trods af, at det i sidste planperiode var et væsentligt indsatsområde.

Det er en udfordring for både læger og kommuner at sikre tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelser. Flere kommuner har således i sidste planperiode ikke haft held med at tiltrække praktiserende læger til lokaler med forhold, der er velegnede til personer med funktionsnedsættelser, f.eks. sundhedshuse, i andre tilfælde har lokalplaner været en barriere for lægernes ønsker.

Det fremgår af figur 4, at der er en særlig udfordring i planområde Byen i forhold til tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse. Det skyldes

Byens bygningsmasse, der i stor udstrækning består af ældre etageejendomme samt lokalplaner for områderne og manglende dispensation fra boligreguleringsloven.

Der er behov for at skabe øget opmærksomhed på problemstillingen i relation til nye boligområder og byfornyelse. Kommunerne kan indtænke egnede lokaler til lægepraksis i både lokalplaner og i forbindelse med opførelse af nye bygninger til kommunale sundheds- og/eller socialfaglige tilbud.

Parterne er enige om, at det kræver en fælles indsats at forbedre fysisk tilgængelighed.

Anbefalinger:

- *at kommunerne tænker egnede lokaler til almen praksis ind i lokalplaner og ved opførelse af nye bygninger til kommunale sundheds- og/eller socialfaglige tilbud*
- *at almen praksis, region og kommune i områder med ringe fysisk tilgængelighed indgår dialog om, hvordan tilgængelighed kan fremmes.*

5.4.4 Telefonisk tilgængelighed

Boks 5: Overenskomstens bestemmelser om telefonisk tilgængelighed

Overenskomstens § 45, stk. 2, Telefoniske henvendelser

- a. Lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk i dagtiden, eller der skal gives henvisning til eller omstilling til et telefonnummer, hvor lægen eller en eller flere overfor lægen navngivne stedfortrædere, som lægen har indgået aftale med, kan træffes. Henvisninger m.v. ved hjælp af telefonsvarer skal være præcise og aktuelle.
- b. Lægen er hver dag fra mandag til fredag i et eller flere tidsrum, dog samlet mindst en time dagligt, tilgængelig for telefonkonsultationer og andre telefoniske henvendelser end tidsbestilling, afhængig af patienternes muligheder og behov for at henvende sig med henblik på telefonisk rådgivning. Lægen kan give mulighed for telefoniske henvendelser på andre tidspunkter.
- c. Telefontiden eller en del heraf kan være den samme som tiden for anmodning om sygebesøg.
- d. Læger, der afholder konsultation med tidsbestilling, skal i et fast tidsrum hver dag fra mandag til fredag give mulighed for tidsbestilling. Tidsrummet for tidsbestilling skal være forskelligt fra tidsrummet for telefonkonsultation, såfremt sammenfald af de to funktioner forhindrer en rimelig adgang til at komme i kontakt med lægen eller klinikpersonalet.'

Det fremgår af udviklingskontrakten i overenskomsten (afsnit 4, Service), at *"Det skal være let for patienter, pårørende og samarbejdspartnere at komme i kontakt med almen praksis. Det gælder også i de situationer, hvor en pårørende eller en kommune henvender sig på vegne af en borger, der ikke*

selv er i stand til at henvende sig til lægen. Det bliver en opgave for praksisplanudvalgene at medvirke til en fortsat god tilgængelighed”.

Det er afgørende, at almen praksis løbende har fokus på at opretholde og prioritere god telefonisk tilgængelighed, herunder også for at varetage akutforpligtelsen effektivt.

Hvordan telefonen besvares, afhænger ofte af tidspunkt for opkaldet. For de fleste praksis' vedkommende besvarer praksispersonalet telefonen udenfor lægens telefontid, og varetager dermed også tilrettelæggelsen af patientkontakt til lægen. Telefonsystemer med f.eks. køfunktion giver bedre service for patienten.

Anbefaling:

- *at der arbejdes for at sikre forbedring af tekniske og organisatoriske løsninger, som fremmer den elektroniske og telefoniske tilgængelighed i almen praksis.*

I 2012 blev der gennemført en undersøgelse af den telefoniske tilgængelighed i almen praksis.

Det blev efterfølgende besluttet at gentage undersøgelsen. Parterne er enige om, at der i samarbejde mellem regionen og PLO-Hovedstaden gennemføres en stikprøveundersøgelse med henblik på at evaluere indsatsen og få en indikation af, om der er sket en forbedring af den telefoniske tilgængelighed. Det er desuden aftalt, at der følges op overfor praksis, der ikke overholder overenskomstens bestemmelser.

Anbefalinger:

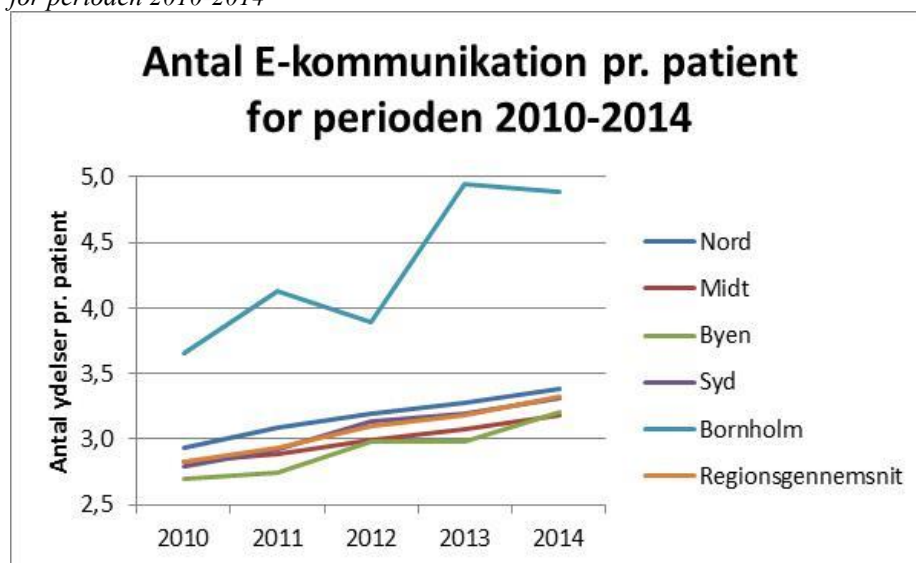
- *at der følges op med en stikprøveundersøgelse af den telefoniske tilgængelighed i almen praksis*
- *at der følges op på lægepraksis, der ikke overholder overenskomstens bestemmelser om telefonisk tilgængelighed.*

5.4.5 Elektronisk tilgængelighed

Allerede i overenskomsten fra 2006 blev det aftalt, at lægen skal tilbyde e-konsultation. Der er siden sket en vækst i antallet af e-konsultationer udført af praksis.

E-konsultationstilbuddet er én dimension i tilgængelighedsbegrebet og medfører, at patienten på en nem og hurtig måde kan komme i kontakt med lægen. En stigning i denne form for konsultation, hvor patienten kan få et kort svar på et kort spørgsmål, er medvirkende til at øge tilgængeligheden i almen praksis for enkle, konkrete forespørgsler.

Figur 5: Antal producerede E-kommunikation pr. patient, fordelt på planområder, for perioden 2010-2014



Kilde: Targit

Note: År er afregningsår, ydelseskoder '0105'. Det skal bemærkes, at Bornholm deltog i et projekt om fast honorering, hvilket forklarer afvigelsen i 2012.

Udover den beskrevne e-konsultation er der også i almen praksis mulighed for elektronisk at bestille tid og forny recepter.

E-boks

Det er et lovkrav, at alle aktører i sundhedsvæsenet anvender (og tømmer) den digitale dokumentboks (e-boks). Boksen kan ikke benyttes til kommunikation i forbindelse med konkret patientbehandling eller attestarbejde. Sådant kommunikation sker via MedCom standarder.

Del 4

6. Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen

Delmålsætninger

- at tilbuddet om almen lægehjælp hænger sammen med andre sundhedstilbud i det nære sundhedsvæsen
- at almen praksis understøtter et sammenhængende patientforløb

Praksisplanen skal som tidligere nævnt understøtte og beskrive betingelserne for, at almen praksis bidrager til den optimale behandling og sammenhæng for patienterne. Derfor fokuseres der i det følgende på almen praksis' rolle i det tværsektorielle samarbejde med særligt fokus på det gensidigt forpligtende samarbejde om medicin og kommunikation, herunder digitalt. Desuden beskrives hvordan region og kommuner understøtter almen praksis' opgavevaretagelse i det samlede sundhedsvæsen, såvel på det somatiske som det psykiatriske område. Det er et særligt mål at tilrettelægge det samlede sundhedstilbud, så der sikres sammenhæng for de patienter, der har mest brug for en fokuseret indsats.

6.1 Samarbejde om bestemte målgrupper

Praksisplanen omfatter som sundhedsaftalen alle patienter, der har behov for en sammenhængende indsats fra hospitaler, kommuner og almen praksis. Nogle målgrupper har imidlertid behov for en særlig fokuseret indsats. Dette gælder især for patienter med samtidige forløb i flere sektorer, patienter med kronisk eller psykisk sygdom og ældre medicinske patienter. Men også andre målgrupper har et særligt behov for koordinering og fokuserede indsatser. Nedenfor udfoldes indsatserne fra sundhedsaftalen vedr. disse målgrupper med vægt på almen praksis' rolle i forhold til at sikre patienterne et sammenhængende forløb af høj kvalitet.

6.1.1 Samarbejde om patienter med kronisk sygdom og den ældre medicinske patient

Forløbsprogrammer

De sidste fem år er der udviklet forløbsprogrammer i Region Hovedstaden for borgere med KOL, type-2 diabetes, demens, hjertekar-sygdomme og lænderyg-lidelser. Full implementering af indholdet i disse programmer er en afgørende forudsætning for at opnå effekt af forløbsprogrammerne.

Ud over de regionale forløbsprogrammer er der udarbejdet nationale forløbsprogrammer inden for kræftrehabilitering og palliation samt erhvervet hjerneskade for henholdsvis voksne og børn. Der pågår et regionalt arbejde med udmøntning af disse. Der vil nationalt blive initieret nye forløbsprogrammer, bl.a. som følge af udarbejdelsen af en generisk model for forløbsprogrammer for psykiske lidelser (2015), som siden skal udmøntes lokalt.

De seneste års erfaringer har vist, at der er behov for at udvikle forløbsprogrammerne yderligere, så de også kan tilgodese behov hos borgere med flere samtidige sygdomme. Der er ligeledes behov for at udvikle eller styrke indsatser for borgere med kronisk sygdom, som enten ikke er omfattet af et forløbsprogram eller falder uden for den mere standardiserede behandling og rehabilitering, som aktuelt tilbydes. I forløbsprogrammet for demens er almen praksis' proaktive opfølgning særlig vigtig.

I Sundhedsaftalen er der fokus på monitorering af forløbsprogrammerne.

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. implementering af forløbsprogrammer

- Fastlægge hvilke indikatorer, der skal anvendes til at følge implementeringsgraden og kvaliteten af forløbsprogrammerne samt aftale, hvilke konkrete mål for kvalitet i tilbuddene og for den videre implementering, der skal nås.

I forløbsprogrammerne har almen praksis en særlig rolle som tovholder for patienten. Konkret har den praktiserende læge en vigtig rolle i forhold til at følge forløbsprogrammets anbefalinger og herunder henvide til de relevante tilbud samt at drøfte den enkelte patients forudsætninger for - og ønsker om - at deltage i de aktuelle forløb. Henvisning til de rette tilbud forudsætter kendskab til de tilbud, som kan tilbydes den enkelte patient. Samtidig er det nødvendigt, at almen praksis især kender forløbsprogrammets sundhedsfaglige indhold, anbefalinger og tilbud til den enkelte patient.

Anbefalinger

- *at der arbejdes for at udbrede kendskabet til forløbsprogrammerne yderligere, specielt tovholderrollen i almen praksis*
- *at almen praksis indgår i arbejdet med at fastlægge konkrete mål for kvalitet og implementering, samt indikatorer som skal gøre det muligt at følge og monitorere dette.*

Tidlig opsporing af kronisk sygdom

Målet med tidlig opsporing af kronisk sygdom er at nedsætte forekomsten af sygdomskomplikationer og dødelighed samt at opnå forbedret livskvalitet for patienten gennem en tidlig og rettidig indsats. Indsatsen er målrettet patienter, som allerede har udviklet sygdom eller tidlige stadier af sygdom, så de hurtigst muligt kan komme i relevant behandling. Det omfatter dels tidlig opsporing af en specifik sygdom. Men det omfatter også opsporing af flere

samtidige sygdomme, dvs. risikofaktorer og tidlige sygdomsstadier, der hyppigt forekommer samtidig.

Almen praksis har en nøgelfunktion i forhold til tidlig opsporing af risikofaktorer og egentlig sygdom opdages. Den praktiserende læge har pga. sin kontinuerlige kontakt med patienterne mulighed for opsporing og intervention – ikke mindst blandt patienter tilhørende risikogrupper. Ved udarbejdelse af kommende forløbsprogrammer for kronisk sygdom og ved revisioner af de eksisterende forløbsprogrammer, vil indsatser, der foreslås igangsat, blive beskrevet.

Differentierede indsatser

Det er en fælles udfordring i sundhedsvæsenet at sikre, at den særligt sårbare borger opnår et godt behandlings- og/eller rehabiliteringsresultat for at opnå det bedst mulige funktionsniveau og efterfølgende at mestre sin sygdom bedst muligt.

De indsatser, der igangsættes som en del af forløbsprogrammerne, skal kunne rumme de fleste patienters behov, herunder også støtte den enkelte patient fastholdes i indsatsen. Det betyder, at der skal arbejdes på at skabe rammer for fleksible og differentierede indsatser, der kan tilpasses patienter med særlige behov. Der skal være fokus på den opfølgende indsats og effekten af de indsatser, patienterne modtager. Endelig skal der være fokus på at sikre lette henvisningsveje til differentierede tilbud.

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. styrkelse af den differentierede indsats for borgere med kroniske sygdomme og/eller flere samtidige sygdomme

- For at sikre, at borgere i højere grad tilbydes en indsats, der tager udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og ressourcer, vil vi udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/flere samtidige sygdomme
- For at sikre udvikling af differentierede tilbud, hvor borgerens behov og ønsker er i fokus, vil vi udvælge to til tre målgrupper, hvor der afprøves løsninger, der tilgodeser det øgede behov for koordinering og fleksibilitet, der gør sig gældende for målgruppen. Dette skal ske med afsæt i den tilgængelige viden.

Almen praksis har en betydningsfuld rolle i forhold til at differentiere indsatser, så de tilpasses patienter med særlige behov. Den praktiserende læge vil være en af de første til at erfare, hvis patientens behov ikke imødekommes, f.eks. på grund af en særlig sårbarhed, sproglige eller kulturelle barrierer eller, at de ikke ønsker eller evner at deltage i de standardiserede tilbud.

Det er centralt, at almen praksis i samarbejde med de øvrige sundhedsaktører arbejder på at identificere patienter med særlige behov, herunder motivere flere patienter til at indgå i og gennemføre behandlings- og rehabiliteringsforløb. Hjælp til fastholdelse af livsstilsændringer, samt at

finde nye eller mere fleksible løsninger for patienter med særlige behov er en vigtig del af denne opgave. Her kan de pårørende også med fordel inddrages.

Anbefalinger

- *at almen praksis indgår i arbejdet med at udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos patienter med kronisk sygdom og/eller flere samtidige sygdomme*
- *at almen praksis informeres om og støttes i at benytte de udviklede redskaber til praktisk identificering af sårbarhed.*

6.1.2 Styrket satsning på lungeområdet

Regeringen har i sin sundhedsstrategi ”Jo før jo bedre” afsat midler til en styrket indsats for patienter med lungesygdomme som KOL og astma hos børn. Fokus er tidlig opsporing, diagnostik og udredning for at sikre ensartede behandlingstilbud.

En væsentlig del af denne indsats handler om, at der skal foretages de relevante lungefunktionsundersøgelser (spirometri) i almen praksis blandt de patienter, som har størst risiko for at udvikle sygdommene. Der lægges op til at øge antallet af lungefunktionsundersøgelser i almen praksis og gennemføre kompetenceudvikling blandt praksispersonalet.

Initiativet skal ses i sammenhæng med udvikling af målrettet sundhedstjek i almen praksis, udarbejdelse af en forløbsplan²⁶ for KOL samt et undersøgelsesprogram for børneastma (se s. 51).

Rammerne for at styrke den tidlige opsporing og øge antallet af lungefunktionsundersøgelser i almen praksis fastlægges centralt, men ansvaret for den konkrete implementering af indsatsen sker i Praksisplanudvalget.

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. KOL og astma hos børn

- For at styrke den tidlige opsporing i almen praksis af borgere med KOL og astma hos børn udarbejdes samarbejdsaftaler herom.

Anbefaling

- *at almen praksis indgår i arbejdet med at udarbejde samarbejdsaftaler om tidlig opsporing i almen praksis af patienter med KOL og astma hos børn.*

²⁶ Forløbsplanerne har til formål at give patienter, der bliver diagnosticeret med en kronisk sygdom som fx KOL og diabetes, et bedre overblik over deres behandlingsforløb.

Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser

Indlæggelser kan være en belastning for ældre borgere, som i forvejen har et omfattende pleje- og omsorgsbehov. Derfor vil det gavne de pågældende borgere, hvis indlæggelser kan forebygges via en proaktiv indsats i et samarbejde mellem kommune og almen praksis. Praksisplanen understøtter indsatser i 'Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient', Region Hovedstadens Plan for den ældre medicinske patient samt regeringens sundhedsstrategi "Jo før – jo bedre" med henblik på at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser kræver nogle gange særlige indsatser, men ofte er der tale om et fokus, der skal integreres i de indsatser, som borgerne allerede modtager.

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. tidlig opsporing og tidlig indsats vedr. begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom

- Styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing og tidlig indsats vedr. begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom ved at implementere redskaber, som er udviklet til formålet, og som så vidt muligt er evidensbaseret og derudover tage afsæt i en opsamling af erfaringerne med tidlig opsporing og tidlig indsats.

Målgruppen for indsatsområdet er sårbare borgere, der f.eks. gennem tilknytning til kommunale tilbud, hyppige indlæggelser eller hyppige kontakter til almen praksis, er i kontakt med sundhedsfaglige medarbejdere. Det drejer sig primært om ældre medicinske patienter og borgere med somatisk eller psykisk kronisk sygdom. Forudsætningen for, at akutte indlæggelser kan forebygges, er en øget opmærksomhed på og opsporing af begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom.

Kommunerne og almen praksis har en væsentlig rolle i forhold til denne tidlige opsporing. En systematisk forebyggende indsats i kommunerne er de forebyggende besøg hos +75 årige.

Der skal følges op på almen praksis' rolle i arbejdet med implementering af redskaber til tidlig opsporing af sygdom eller forværring af eksisterende sygdom. Det skal afklares, hvordan samarbejdet mellem kommuner og almen praksis skal tilrettelægges, herunder hvordan de praktiserende læger sikres adgang til faglig rådgivning fra specialer på hospitalerne.

Anbefalinger

- *at almen praksis indgår i arbejdet med at udvikle og implementere metoder til tidlig opsporing af begyndende sygdom eller forværring af sygdom*
- *at almen praksis informeres om og støttes i at benytte de udviklede redskaber til tidlig opsporing*
- *at understøtte, at oplysninger om relevante nye fund fra kommunernes forebyggende besøg hos +75 årige kommunikeres videre til den praktiserende læge.*

Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser kan desuden understøttes ved brug af opfølgende og opsøgende hjemmebesøg, se side 31s.

Lette henvisningsveje til sundheds- og forebyggelsestilbud

Der er udviklet en fælles kommunal/regional portal for sundheds- og forebyggelsestilbud (SOFT-portalen) på www.sundhed.dk, som kan anvendes til information om eksisterende sundheds- og forebyggelsestilbud i henholdsvis kommunerne og på hospitalerne (somatik og psykiatri).

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. information om og anvendelse af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud

- Sikre systematisk opdatering af kommuner og hospitalers informationer på SOFT-portalen således, at den nyeste og relevante information om konkrete forebyggelses- og rehabiliteringstilbud altid er tilgængelig på www.sundhed.dk.
- Styrke samarbejdet omkring anvendelsen af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud gennem lokale initiativer. Herunder bl.a. aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis der sikrer, at borgere med behov herfor tilbydes alkohol- og tobaksintervention forud for operation.

Almen praksis' rolle ved henvisning til sundheds- og forebyggelsestilbud

Det er særligt vigtigt, at almen praksis har kendskab til, og bruger SOFT-portalen, da det i høj grad kan medvirke til, at flere borgere henvises til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud, såfremt de ønsker det.

En høring af almen praksis i september-oktober 2014 viste, at der er stort potentiale for at øge anvendelsen af SOFT-portalen i almen praksis.

Anbefalinger

- *at sikre at alle læger anvender SOFT-portalen til informationssøgning i forbindelse med henvisning til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud*
- *at almen praksis indgår i arbejdet med at styrke samarbejdet om anvendelsen af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud gennem lokale initiativer, herunder bl.a. aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis, der sikrer, at borgere med behov herfor, tilbydes alkohol- og tobaksintervention forud for operation.*

Kommunerne har pligt til at sørge for at SOFT-portalen er opdateret og let tilgængelig med en simpel søgefunktion. Desuden skal der arbejdes hen imod, at der for hver kommune udelukkende findes et lokationsnummer.

6.1.3 Samarbejde på kræftområdet

Kræftudredning og behandling

Mistanken om kræft opstår ofte i konsultationen hos den praktiserende læge. Det er derfor vigtigt, at der er fokus på, at symptomer på kræft identificeres tidligt. Det er desuden vigtigt, at der fokuseres på samarbejde om at sikre en god og hurtig visitation fra praksis til hospitalerne, og omvendt at sikre opfølgning og understøtte gode overgange fra hospitalerne til praksis efter endt behandling i hospitalsregi.

Der er oprettet henholdsvis pakkeforløb for forskellige kræftformer og diagnostiske enheder på akuthospitalerne med henblik på at understøtte og rådgive almen praksis om patientgrupper, hvor der er:

- mistanke om alvorlig sygdom, som kan være kræft, eller
- begrundet mistanke om kræft.

Opfølgingsforløb

Der har hidtil været faglig tradition og guidelines for, at patienter efter endt kræftbehandling har mødt til kontrol på et hospital. Her er patienten blevet undersøgt for symptomer, recidiv og komplikationer efter endt behandling. For mange kræftformer er der imidlertid ikke evidens for at dette har effekt på overlevelsen.

Nationalt er der derfor udarbejdet 19 opfølgingsprogrammer, som understøtter en ændret tilrettelæggelse af kræftpatienters opfølgingsforløb efter endt primær behandling på hospital. Opfølgingsprogrammerne rummer anbefalinger for den kliniske kontrol, rehabilitering og genoptræning, palliation og psykosociale perspektiver. Programmerne er udarbejdet ud fra en generisk model.

Almen praksis inviteres med i arbejdet med at konkretisere opfølgingsprogrammer regionalt og efterfølgende implementere dem i regionen. Arbejdet påbegyndes i 1. halvår af 2015, hvor der indledningsvist vil være fokus på udarbejdelse af en regional vejledning for implementering af opfølgingsprogrammerne.

I regeringens sundhedsstrategi ”Jo før – jo bedre” planlægges initiativer på kræftområdet, som beskrives, når den nationale konkretisering af initiativerne er kendt.

Anbefalinger

- *at almen praksis fortsat bidrager til, at kræftpatienter er hurtigt udredt og behandlet*
- *at almen praksis bidrager til at sikre gode individuelle opfølgingsforløb efter endt primær behandling for kræftsygdom, herunder implementere de 19 nationale opfølgingsforløb for kræftpatienter*
- *at almen praksis bidrager til at implementere initiativerne i regeringens sundhedsstrategi på kræftområdet.*

Almen praksis varetager uændret patienternes behandling af flere samtidige sygdomme gennem hele det ambulante kræftforløb.

Rehabilitering og palliation

Implementeringsplanen for forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft beskriver opgavedelingen mellem hospitaler, kommuner og almen praksis.

I forløbsprogrammet er der fokus på, at det er patientens individuelle behov, der skal være styrende for den rehabiliterende og palliative indsats. Almen praksis har i den forbindelse et ansvar for at henvise patienten til rehabilitering eller palliation i kommunalt og regionalt regi. Henvielse kan ske på ethvert tidspunkt i kræftforløbet, og almen praksis skal derfor kende til kommunale og regionale tilbud. I forbindelse med forløbsprogrammet er der udviklet et forberedelsesskema om "Støtte til livet med kræft". Skemaet er tænkt som en hjælp til patienten i samtalen med lægen, hvorfor det kan være en fordel for den praktiserende læge at kende til det.

Den praktiserende læge har ofte tæt kontakt med kræftfrømte familier, og har derfor mulighed for at have et særligt fokus på behov hos børn og unge, der er pårørende til en kræftpatient og inddrage de relevante instanser.

Det er den praktiserende læges opgave at sørge for terminalerklæring til kommunen og ansøgning om terminaltilskud fra Sundhedsstyrelsen, når borgeren er mest i hjemmet, således at kommunen så tidligt som muligt kan planlægge og iværksætte et team omkring den terminale patient. Når der er søgt terminalerklæring, kan den praktiserende læge tage initiativ til et koordinationsmøde. Et koordinationsmøde kan afholdes i den sene palliative fase for den uhelbredeligt syge kræftpatient, hvor sygdomskontrollerende medicinsk behandling hverken er relevant eller mulig, men hvor anden livsforlængende behandling kan være relevant. Til mødet deltager hjemmepleje og almen praksis, pårørende og patienten.

Anbefalinger

- *at almen praksis medvirker til, at flere patienter med behov henvises til kommunens tilbud om rehabilitering og palliation*
- *at almen praksis fortsat har fokus på børn og unge som pårørende*
- *at den praktiserende læge afholder koordinationsmøder, hvor det er relevant.*

6.1.4 Samarbejde om gravide, nyfødte og børn

Sårbare gravide, nyfødte og børn er særlige målgrupper, der kan opleve mange interagerende problemstillinger, hvor der er behov for, at flere sektorer yder en koordineret indsats. Det er derfor essentielt, at samarbejdet på tværs af hospital, kommuner og almen praksis har fokus på at tilrettelægge indsatsen, så der er en klar arbejdsdeling og tilstrækkelig information mellem sektorer og i det løbende samspil generelt. Almen praksis har under og efter graviditeten og i barnets første leveår mange kontakter med mor og barn, og

har en særlig rolle betinget af et bredt kendskab til familien. Almen praksis har således mulighed for at være opmærksom på forhold, som kræver en indsats fra en eller flere sektorer samtidig.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsatser i aftaleperioden:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. gravide, nyfødte og børn

- For at styrke grundlaget for en forbedret indsats over for sårbare gravide, skal der foretages en samlet evaluering af tidligere og igangværende tværsektorielle aktiviteter.
- Indgå aftaler, der sikrer fælles fødsels- og forældreforberedelse på tværs af sektorerne. Tilbuddene skal udformes på en måde, der særligt fremmer sårbare gravides motivation og muligheder for at deltage i fødselsforberedelsen.
- Analysere genindlæggelsesmønstret for nyfødte med henblik på vurdering af, om der er behov for implementering af yderligere tværsektorielle indsatser.
- Udarbejde retningslinjer for tidlig opsporing af børn og unge som pårørende og aftale, hvordan der varsles mellem sektorerne i forhold til børn og unge, der oplever dødsfald og/eller er pårørende til familiemedlemmer med alvorlig psykisk eller somatisk sygdom.
- For at styrke behandlingen af børn med sygdom i socialt sårbare familier vil vi udarbejde og afprøve en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde om socialt sårbare familier med syge børn.
- Aftale retningslinjer for systematisk kommunikation på børneområdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje om udveksling af relevante helbredsproblemer (se afsnit om Kommunikation og sundheds-it).
- For at styrke den tidlige opsporing af borgere med KOL og astma hos børn udarbejdes samarbejdsaftaler herom.

Styrket samarbejde på svangreområdet

For at sikre en sammenhængende indsats er der behov for bedre kommunikation mellem de involverede sundhedsfaglige aktører på svangreområdet, ikke mindst i forhold til den generelle udvikling med et stigende antal ambulante fødsler og hurtig udskrivning efter fødsel. Derfor blev der allerede i den foregående sundhedsaftale arbejdet på at sikre en klar arbejdsdeling mellem fødestedet, den kommunale sundhedspleje og almen praksis. Overenskomst om almen praksis beskriver i profylakseaftalen almen praksis' rolle i svangreomsorgen med fokus på forebyggende helbredsundersøgelser.

I sundhedsaftalen for 2015-2018 er det aftalt at følge op på aftalen om arbejdsfordeling omkring fødslen og vurdere, om der er behov for at justere denne. Det er desuden aftalt at evaluere tidligere og igangværende

tværsektorielle projekter, som er målrettet sårbare gravide med henblik på at anbefale hvilke tiltag, der vil kunne udbredes.

Anbefaling

- *at almen praksis fortsat deltager i arbejdet med at udvikle samarbejdet på svangreområdet herunder samarbejdet om sårbare gravide.*

Styrket samarbejde om sårbare børn

Det er vigtigt for børns udvikling, at der handles tidligt ved tegn på psykisk og fysisk mistrivsel. I sundhedsaftalen er der aftalt indsatser for tre grupper af sårbare børn: Således skal der udarbejdes en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde om socialt sårbare familier med syge børn, der skal indgås aftaler om tidlig opsporing og varsling mellem sektorerne for børn i familier med misbrug og børn som er pårørende til alvorligt syge.

Anbefaling

- *at almen praksis deltager i arbejdet med at styrke samarbejdet om sårbare børn.*

Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge, vaccinationer og HPV-vaccine

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der er en dækning på mindst 95 procent for alle børnevaccinationer. De seneste år har vist, at tilslutningen til forebyggende børneundersøgelser og børnevaccinationsprogrammet er faldende. Sideløbende med børnevaccinationsprogrammet kan 12-årige piger vaccineres mod livmoderhalskræft (HPV-vaccination).

Boks 6: Indhold i profylakse aftalen

Profylakseaftalens kapitel II side 163 om Børneundersøgelser, børnevaccinationsprogrammet og andre vaccinationer

- indeholder aftale om honorar for børneundersøgelser og børnevaccinationer
- indeholder aftale om elementer i en forstærket indsats for at øge tilslutningen til børnevaccinationer, herunder:
 - o lister fra regionerne til de praktiserende læger
 - o påmindelser til forældre, når børnene er 2, 6½ og 14 år
 - o tiltag i lægepraksis (administrative procedurer til at højne vaccinationsdækning, herunder at læger telefonisk kontakter forældre).

Opfølgingsindsatsen

Med henblik på at forbedre tilslutningen til børnevaccinationsprogrammet, skal der etableres velfungerende systemer til indkaldelse og opfølgning. Opfølgning på MFR 1 og 2 er præciseret i overenskomstens profylakseaftale.

I forlængelse af Profylakseaftalen har regionerne udarbejdet forslag til, hvordan tilslutningen kan styrkes.

Boks 7: Anbefalinger vedr. tilslutning til børnevaccinationsprogrammet.

Danske Regioners anbefalinger i forhold til at øge tilslutningsprocenten til børnevaccinationsprogrammet (2011):

- Opfølgning på børneundersøgelser og vaccinationer er en naturlig del af almen praksis' populationsansvar. En forpligtelse til opfølgning bør indgå i overenskomsten.
- Opfølgning på HPV-vaccination bør indgå i overenskomsten.
- Anvendelse af datafangst til opfølgning på vaccinationer bør indgå i overenskomsten.
- Regionerne følger tilslutningsprocenterne til vaccination ved at lave udtræk over tilslutningsprocenterne på regionsniveau og evt. på praksisniveau.
- Samarbejdsudvalgene gør status over vaccinationstilslutningen i regionen én gang årligt, og kan evt. iværksætte tiltag.
- Praktiserende læger opfordres til systematisk at følge op på vaccinationsstatus, når barnet er fyldt 5 og 12 år.
- Forslag om yderligere undersøgelser vedr. årsager til manglende vaccination.
- Indtil Datafangst er fuldt implementeret, bør regionerne fortsat stå for at sende lister og standardinvitationer ud til de praktiserende læger.

Der er behov for at vurdere, hvilke af disse forslag fra 2011, der fortsat er relevante samt vurdere behov for yderligere tiltag med fokus på almen praksis' rolle i børnevaccinationsprogrammet.

Statens Seruminstitut (SSI) har siden maj 2014 udsendt påmindelsesbreve til forældre med børn, der fylder 2, 6½ og 14 år, hvis der er vaccinationer, som barnet mangler ifølge Det Danske Vaccinationsregister (se nedenfor). Brevene har ifølge SSI en positiv virkning på antallet af børnevaccinationer.

På www.sundhed.dk kan almen praksis se lister over børn på hhv. 15 måneder, 4 år og 12 år tilmeldt den enkelte praksis. Det er uvist i hvilket omfang, lægerne anvender disse lister.

Anbefalinger

- *at der følges op på regionernes anbefalinger fra 2011, herunder vurderes, hvorvidt der skal iværksættes flere tiltag med fokus på at øge tilslutningen til vaccinationsprogrammet*
- *at øge almen praksis' kendskab til, at der på www.sundhed.dk findes lister over de børn på hhv. 15 måneder, 4 år og 12 år tilmeldt den enkelte praksis*
- *at det undersøges, hvorvidt et styrket samarbejde mellem almen praksis og sundhedsplejen kan være med til at øge tilslutningen til vaccinationsprogrammet blandt børn i sårbare familier.*

Det Danske Vaccinationsregister og datafangst

Det Danske Vaccinationsregister muliggør en forbedret opfølgningsindsats via elektronisk adgang til oplysninger om alle danskeres vaccinationer. Statens Serum Institut er ansvarlig for registret, som forventes implementeret i almen praksis.

Datafangstsystemet tilbyder endnu en mulighed for den praktiserende læge til at følge op på tilslutningen af egne patienter til børnevaccinationsprogrammet. Der afventes imidlertid i øjeblikket afklaring af det lovgivningsmæssige og tekniske grundlag for Datafangst.

Tidlig opsporing af børneastma

Det er aftalt i sundhedsaftalen, at der skal udarbejdes samarbejdsaftaler om tidlig opsporing af børn med astma i almen praksis. Aftalen følger op på regionernes økonomiaftale for 2014, hvor almen praksis fremhæves som en særlig aktør, der kan medvirke til et øget fokus på tidlig opsporing og diagnostik af astma hos børn.

Nationalt pågår en række initiativer på området. Der arbejdes på en national retningslinje for børneastma og en DSAM vejledning for diagnostik og behandling af børneastma i almen praksis er under udarbejdelse. Endvidere har Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) i regi af Danske Regioner udarbejdet en vejledning om medicinering af børneastma.

Regeringen har i sin sundhedsstrategi ”Jo før - jo bedre” planlagt at iværksætte et nationalt undersøgelsesprogram for børneastma. Formålet med programmet er målrettet tidlig diagnose og udredning af astma hos børn og unge (0 – 18 år). Der skal ske en styrkelse af samarbejdet mellem kommuner og almen praksis, så kompetencerne hos den kommunale sundhedstjeneste og den praktiserende læge i højere grad kan understøtte hinanden. Programmet forventes færdigt i første kvartal 2016.

Anbefaling

- *at almen praksis deltager i arbejdet med at udarbejde samarbejdsaftaler om tidlig opsporing og udredning af astma hos børn i almen praksis.*

6.1.5 Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom eller mistriivsel

Ligesom for de somatiske sygdomme fungerer almen praksis som generalist, gatekeeper og tovholder for borgere, som henvender sig til almen praksis med psykisk sygdom eller tegn på psykisk mistriivsel. Almen praksis har en særlig rolle sammen med kommunerne i forhold til at opspore psykisk sygdom eller psykisk mistriivsel samt medvirke til en tidlig koordineret indsats. For patienter, som er i psykiatrisk behandling uden for almen praksis, er almen praksis fortsat tovholder i forhold til udredning, behandling og medicinering af andre sygdomme.

Sundhedsaftalen indeholder en række indsatser, der fokuserer på at forbedre det tværsektorielle samarbejde om mennesker med psykisk sygdom og psykisk mistrivsel:

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. mennesker med psykisk sygdom og psykisk mistrivsel:

- For at sikre borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrugsproblematik en effektiv, koordineret udredning og behandling af både psykisk sygdom og misbrug vil vi udvikle og udbrede nye organisatoriske modeller for dette samarbejde mellem region og kommuner
- Aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og praktiserende læger om børn og unge, der ønskes henvist til Børne og Ungdomspsykiatrisk Center
- Udvalgte og udbrede værktøjer til brug for tidligere opsporing af psykisk mistrivsel hos børn i forskellige aldersgrupper hos såvel kommune som almen praksis
- Sikre synlighed og let tilgængelig information om henvisning fra primærsektor til regionens børne- og unge psykiatri
- Sikre klar kommunikation om udrednings- og behandlingsansvar og sikre lettilgængelige henvisningsveje til behandlingstilbud i kommuner, hospitaler og praksissektoren
- Fastlægge principper for, hvordan kommuner, hospitaler og praksissektoren kan samarbejde om at motivere borgere med psykisk sygdom til at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud
- Aftale, hvordan borgere, der er tilknyttet kommunernes socialpsykiatri og botilbud, systematisk kan tilbydes og motiveres til at gennemføre forebyggende sundhedsundersøgelser hos egen læge
- Revidere og omdanne samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet til én generisk samarbejdsaftale på voksenområdet henholdsvis børne- og ungeområdet, der gælder for alle kommuner og alle psykiatriske centre/børne- og ungdomspsykiatrisk center. Herunder skal der arbejdes systematisk med understøttelse af aftalernes implementering i den daglige drift.

For at sikre lighed i sundhed, er det en politisk målsætning, at der arbejdes for, at mennesker med psykisk sygdom får flere gode leveår, samt at der sikres sammenhæng i behandlingen af mennesker med samtidig psykisk og somatisk sygdom eller misbrug. Af særlig relevans for samarbejdet med almen praksis er entydig kommunikation, hvilket bl.a. kan understøttes gennem brug af klare retningslinjer for udrednings- og behandlingsansvaret og sikring af lettilgængelige henvisningsveje til behandlingstilbud i kommuner, hospitaler og den øvrige praksissektor samt relevante redskaber til tidlig opsporing i almen praksis. De konkrete indsatser i forhold til mennesker med psykisk sygdom eller psykisk mistrivsel er indarbejdet i de enkelte afsnit nedenfor.

Tidlig opsporing og indsats ved psykisk sygdom og mistrivsel

Tidlig opsporing af psykisk sygdom er vigtig for en vellykket behandling og rehabilitering. Et tværsektorielt samarbejde om tidlig opsporing og en koordineret indsats til børn, unge og voksne, der har psykisk sygdom eller er i risiko for at udvikle psykisk sygdom, er derfor central. Almen praksis kan bidrage til en tidlig opsporing og indsats ved at tænke muligheden ind i de øvrige kontakter med patienten.

Børn er en særlig målgruppe, og man har i almen praksis et særligt fokus på børns psykiske trivsel i forbindelse med børneundersøgelserne. Når børnene bliver ældre, kan almen praksis sætte fokus på psykisk trivsel, når børn og unge kommer med somatiske lidelser. Tilsvarende er der særligt mulighed for opsporing af psykisk sygdom eller mistrivsel i sundhedsplejen.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal sikres retningslinjer for systematisk kommunikation mellem kommunerne og praksissektoren om samarbejde omkring børn og unge med psykisk mistrivsel (jf. i øvrigt afsnit om samarbejdet om børn s. 48), og der skal udvælges og udbredes værktøjer til brug for tidligere opsporing af psykisk mistrivsel hos børn.

Anbefalinger

- *at almen praksis bidrager aktivt i planlægningen af nye indsatser til børn og unge med psykisk sygdom*
- *at almen praksis deltager i arbejdet med at udvælge og udbrede værktøjer til brug for tidligere opsporing af psykisk mistrivsel hos børn og unge i forskellige aldersgrupper.*

Henvi sning til videre behandling

Afhængigt af patientens behov udredes og behandles patienten enten i almen praksis eller henvises til relevant videre udredning og behandling i kommunen, hos privatpraktiserende psykolog, privatpraktiserende speciallæge i psykiatri eller i hospitalspsykiatrien.

For at understøtte henvisningen til videre behandling, skal det være tydeligt for både patienter og sundhedsprofessionelle, hvilke tilbud hospitaler, kommuner og praksissektoren har på området. I Sundhedsaftalen er det aftalt, at der for både børn, unge og voksne er behov for at sikre synlig og lettilgængelig information om henvisning til de forskellige behandlingstilbud. På børneområdet skal der ske en afklaring af, hvornår der er brug for pædagogisk/psykologisk vurdering af barnet/den unge i kommunalt regi, før almen praksis henviser til børne- og ungespsykiatrien

Anbefalinger

- *at almen praksis deltager i arbejdet med at udvikle entydige og let tilgængelige henvisningsveje til tilbud i kommuner, hospitalspsykiatri og praksissektoren*
- *at der aftales retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og almen praksis om børn og unge, der ønskes henvist til børne- og ungdomspsykiatrien.*

Nye samarbejdsmodeller for specifikke patientgrupper

Der arbejdes aktuelt på at udvikle samarbejdet mellem almen praksis og hospitalspsykiatrien, således at almen praksis i højere grad deltager i diagnosticering og behandling af en række patienter med ikke-psykotiske lidelser. For en række patienter, som er i en stabil psykofarmakologisk behandling, kan den fortsatte vedligeholdende psykiatriske behandling overgå til almen praksis efter aftale herom, såfremt de faglige og organisatoriske forhold tillader det.

Gennem integration af hospital, almen praksis, speciallægepraksis og kommunale indsatser er det visionen, at shared care muliggør behandling på lavest effektive omsorgsniveau, sammenhængende patientforløb og et generelt styrket samarbejde mellem sundhedsaktørerne. Der er behov for at afklare opgave- og ansvarsfordelingen i forhold til behandlingen af ADHD og deraf udvikle shared care modeller om ADHD behandlingen af hhv. børn, unge og voksne. Men også andre patientgrupper er relevante at se nærmere på i forhold til shared care.

Collaborative care

I Region Hovedstadens Psykiatri arbejdes der med udvikling og afprøvning af collaborative care som specifik samarbejdsmodel. Formålet er at udvikle nye samarbejdsformer i sektorsamarbejdet, der understøtter det sammenhængende patientforløb, og resulterer i et forbedret behandlingstilbud i almen praksis til disse patienter. Aktuelt er der igangsat et forskningsprojekt, Collabri, der fokuserer på samarbejdet mellem hospitalspsykiatrien og almen praksis om behandlingen af patienter med depression og angst. Modelprojektet afsluttes i maj 2016, hvorefter det evalueres.

Anbefalinger

- *at almen praksis deltager i arbejdet med at udvikle og udbrede nye samarbejdsformer på det psykiatriske område*
- *at almen praksis i højere grad overtager vedligeholdende, stabiliserende psykofarmakologisk behandling af patienter, hvor de faglige og organisatoriske forudsætninger er til stede.*

Opsporing og behandling af somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom

Borgere med psykisk sygdom har en overdødelighed i forhold til den øvrige befolkning. En væsentlig årsag hertil er, at somatisk sygdom ofte ikke opspores eller behandles i tide. Det er en fælles opgave at iværksætte indsatser, der kan mindske risikoen for udvikling af kronisk og alvorlig somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom. I sundhedsaftalen er det derfor også en målsætning, at borgere med samtidig psykisk og somatisk sygdom oplever en sammenhængende og koordineret indsats.

I sundhedsaftalen er det besluttet at fastlægge principper for, hvordan hospitaler, kommuner og almen praksis kan samarbejde om at motivere borgere med psykisk sygdom til at benytte kommunale og regionale

forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Desuden er det en indsats i sundhedsaftalen, at det skal aftales, hvordan borgere, der er tilknyttet kommunernes socialpsykiatri og botilbud, systematisk kan tilbydes og motiveres for at gennemføre forebyggende sundhedsundersøgelser hos egen læge. Denne indsats er tilsvarende relevant for patienter i hospitalspsykiatrien, herunder særligt patienter i distriktspsykiatrien.

Anbefalinger

- *at almen praksis inddrages i tilrettelæggelsen af samarbejdet om at informere borgere med psykisk sygdom om muligheden for at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud*
- *at der i dialog med almen praksis drøftes, hvordan forebyggende sundhedsundersøgelser kan tilrettelægges for borgere med psykisk sygdom, herunder borgere tilknyttet kommunernes socialpsykiatri og botilbud samt hospitalspsykiatrien.*

Samtidig psykisk sygdom og misbrug

Mange borgere med et skadeligt forbrug af rusmidler har samtidig psykisk sygdom. Den psykiske sygdom behandles i hospitalspsykiatrien eller hos praktiserende speciallæge i psykiatri, mens kommunerne har ansvaret for misbrugsbehandlingen. For patienter med samtidig psykisk sygdom og misbrug er der ofte manglende sammenhæng mellem misbrugsbehandlingen og behandlingen af den psykiske sygdom. For patienten og almen praksis vanskeliggør det henvisningen til relevant behandling. Det er derfor også en målsætning i Sundhedsaftalen, at borgere med både psykisk sygdom og misbrug sikres en samtidig og koordineret indsats.

Herunder er det et konkret indsatsområde i Sundhedsaftalen at udvikle og udbrede nye modeller for samarbejdet om mennesker med psykisk sygdom og samtidigt misbrug. Med afsæt i kendte erfaringer afprøves en ny organisatorisk model for samarbejdet med fokus på fælles tværsektorielle teams, der arbejder med integreret udredning og behandling af patientgruppen. Der skal som del af projektevalueringen tages stilling til generel udbredelse af modellerne.

Anbefalinger

- *at almen praksis inddrages i udviklingen af nye modeller for samarbejdet om mennesker med samtidigt forekommende psykisk sygdom og misbrug*
- *at parterne arbejder for sammenhæng i behandlingstilbud for patienter med både misbrug og psykisk sygdom*
- *at almen praksis understøtter patientens egen motivation for at tage imod relevante behandlingstilbud.*

6.1.6 Samtaleterapi

Lægerne kan i henhold til overenskomsten yde samtaleterapi. Med indgåelsen af Overenskomst om almen praksis 2014 åbnes mulighed for decentralisering af ydelserne til samtaler og sygebesøg. Parterne er enige om, at der skal arbejdes videre med en konkretisering af ydelsen samtaleterapi. I

dette arbejde skal ses på sammenhæng mellem forskellige tilbud om samtaleterapi i forskellige dele af praksissektoren samt kommunerne, og det skal afdækkes hvilke patientgrupper, der følger behandling hvor.

6.1.7 Samarbejde på misbrugsområdet

Behandling af misbrug er en kommunal opgave. Behandling og medicinering foregår i kommunernes misbrugscentre, hvor der er mulighed for en samtidig sundhedsfaglig, medicinsk, terapeutisk og social indsats. Dertil kommer rådgivning og vejledning samt kort intervention overfor de borgere, som ikke har brug for behandling. Mange misbrugscentre har desuden tilbud til pårørende, herunder børn, som ofte kan være både berørte af og involverede i misbruget.

Almen praksis' rolle er at henvise patienter til behandling i kommunen, at behandle øvrige sygdomme hos patienten, og i visse tilfælde at varetage behandlingen af misbruget (samtaler, antabus og anden medicinsk behandling) for de patienter, der ikke ønsker henvisning til et kommunalt misbrugscenter.

I regi af sundhedsaftalen er det aftalt at arbejde med følgende indsatser på misbrugsområdet:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. misbrug

- Understøtte tidlig opsporing og indsats overfor borgere, herunder unge, med et skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler, uanset hvor i sundhedsvæsenet, borgeren mødes
- Sikre entydig og lettilgængelig henvisningsprocedure til misbrugsbehandling
- Synliggøre eksisterende tilbud til børn i familier med misbrugsproblemer
- Aftale, hvordan varsling mellem sektorerne kan udbygges i forhold til børn i familier med misbrugsproblemer, således at det sikres, at børnene med behov findes og henvises til eksisterende tilbud.

Der er behov for et systematisk, formaliseret samarbejde mellem læger og andre sundhedspersoner på misbrugscentrene og almen praksis i forhold til både tidlig opsporing, videndeling om rusmiddelområdet generelt og i forhold til behandlingen af konkrete patienter specifikt f.eks. i forbindelse med behandling af både stof- og alkoholmisbrug.

Særligt er der behov for at udvikle det tværsektorielle samarbejde omkring henvisning til misbrugsbehandling og øvrige relaterede tilbud i kommunerne. Det er vigtigt at sikre, at almen praksis har kendskab til lokale/kommunale behandlingstilbud bl.a. via SOFT-portalen, og at der er ensartethed i informationer om henvisningsprocedurer og visitationskriterier.

Anbefalinger

- *at almen praksis deltager i arbejdet med at styrke en tidlig opsporing og indsats overfor borgere med misbrug og børn i familier med misbrugsproblemer*
- *at almen praksis indgår i arbejdet med at sikre entydige og lettilgængelige henvisningsprocedurer*
- *at der indgås gensidigt forpligtende aftaler om formaliseret samarbejde mellem kommuner og almen praksis om behandling af konkrete patienter med misbrug.*

Høringsudkast

6.2 Samarbejde om medicin

Delmålsætninger

- at patienter er medicineret rigtigt og sikkert og at utilsigtede hændelser undgås, herunder;
- at Fælles Medicin Kort (FMK) er fuldt ud implementeret og anvendes korrekt.
- at medicininformation i FMK er opdateret og afstemt.
- at medicingennemgang gennemføres ved væsentlige ændringer i medicinen i almen praksis og/eller på hospitalerne.

Der er behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde på medicinområdet. Målet er, at patienter, som overgår fra en sektor til en anden, får de ordinerede lægemidler i korrekt dosering og dermed undgår utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinering. Arbejdet involverer både hospitaler, kommuner, almen praksis, speciallægepraksis og apoteker.

Der er i sundhedsaftalen fokus på afklaring af, hvem der har ansvaret ved medicinering:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. medicin:

- Præcisere organiseringen og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem kommunerne, hospitalerne og praksissektoren med fokus på rettidig og korrekt medicinkommunikation. Det skal til enhver tid være klart kommunikeret, hvem der har det lægefaglige ansvar for den samlede medicinering af borgeren.
- Implementere en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning.

6.2.1 Tværsektorielt samarbejde om medicin håndtering

Der kan opstå risiko for patienten i forbindelse med det tværsektorielle samarbejde. Når patienten medicineres af flere sektorer samtidigt, kan det således medføre medicineringsfejl og i værste fald skade patienten.

Parterne i det tværsektorielle samarbejde har forskellige roller og ansvar i forhold til medicin håndtering. I henhold til sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, har almen praksis, speciallæger og hospitaler ordinationsretten og ansvar for at ordinere den rigtige medicin, mens kommunerne har ansvar for sikker medicinering, dvs. at patienterne får den ordinerede medicin rettidigt og i korrekte doser. Den kommunale sygepleje varetager sin rolle på baggrund af egen autorisation og efter gældende retningslinjer (jf. side 28).

Boks 8: Sundhedsstyrelsens definition af sikker og rigtig medicin²⁷

Sikker medicin: Hvor man sikrer at borgerne modtager den medicin, der er ordineret samt at den ordinerede medicin dispenseres og administreres i forhold til den gældende ordination.

Rigtig medicin: Hvor man sikrer, at borgerne får ordineret den medicin, der passer til sundhedstilstanden, dvs. at borgerne får ordineret medicin i relevante doser, der er målrettet borgerens sygdom(me), symptomer, alder og øvrige helbredstilstand, som løbende tilpasses borgerens reaktioner herpå og forebygger utilsigtede interaktioner.

For at opnå sikker og rigtig medicinering er det vigtigt med et godt samarbejde og en løbende dialog mellem almen praksis og kommunerne om medicinhåndtering. Parterne vil arbejde for, at der etableres et samarbejde, der understøtter rigtig og sikker medicinering for den enkelte patient. Eventuelle nationale retningslinjer vil være et væsentligt element i dette arbejde.

Anbefaling

- at der udarbejdes rammer for det løbende samarbejde mellem almen praksis og kommunerne om medicinhåndtering.

6.2.2 Det Fælles Medicin Kort (FMK)

En af de centrale målsætninger med FMK er, at løsningen øger det tværsektorielle og samlede overblik over patientens medicin.

Forudsætningen for, at FMK øger patientsikkerheden og kvaliteten er, at oplysningerne på medicinkortet afspejler den medicin, patienten reelt anvender, og at FMK er fuldt implementeret og anvendes korrekt.

I praksisplanregi ønskes det at understøtte arbejdet med at implementere FMK. PLO, KL og DR har forhandlet en oprydningssaftale om FMK. Aftalen er tilpasset parterne i Region Hovedstaden, således at der foreligger aftale om oprydning i forbindelse med igangsættelse af implementering af FMK i kommunerne.

Parterne bag praksisplanen vil arbejde for, at FMK er fuldt implementeret teknisk og organisatorisk i alle sektorer. FMK er taget i brug i almen praksis og på regionens hospitaler, og er implementeret i kommunerne medio 2015.

Ifølge Sundhedsstyrelsen medfører anvendelsen af FMK ikke ændrede regler eller ansvarsforhold i relation til lægens pligt ved ordination af lægemidler. Det er fortsat den ordinerende læges ansvar at vurdere medicinens relevans

²⁷ ”Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler”, 12. februar 2015.

samt eventuelle bivirkninger eller interaktioner med den medicin, som patienten allerede er i behandling med.

Anbefaling

- *at følge op på implementeringen af FMK, herunder også i almen praksis.*

Som en del af arbejdet med at implementere FMK i planperioden, fortsætter undervisnings- og efteruddannelsesaktiviteter i almen praksis bl.a. ved datakonsulenterne i Region Hovedstaden.

Implementering af FMK er i øvrigt en central indsats i sundhedsaftalen:

Indsatser i sundhedsaftalen vedr. medicin:

- For at styrke brugen af det Fælles Medicin Kort vil vi udarbejde og medio 2015 have implementeret en aftale om, hvordan parterne anvender FMK i det tværsektorielle samarbejde. Aftalen skal dels dække forhold under implementeringen og dels sikre arbejdsgange og følge op på kvaliteten i anvendelsen af FMK, når FMK er i drift medio 2015. Aftalen skal imødekomme de særlige forhold, der gør sig gældende, på det specialiserede socialområde.

I Region Hovedstaden er der nedsat en tværsektoriel FMK-arbejdsgruppe. I praksisplanens planperiode understøttes arbejdet med implementering af FMK og de tværsektorielle snitflader i denne gruppe.

Anbefaling

- *at almen praksis gennem deltagelse i den tværsektorielle FMK-arbejdsgruppe bidrager til udarbejdelse og implementering af anvendelse af FMK i det tværsektorielle samarbejde.*

6.2.3 Medicingennemgang

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal udarbejdes og implementeres en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og -afstemning.

Boks 9: Sundhedsstyrelsens definition af medicingennemgang

Medicingennemgang (MGG)²⁸: En struktureret og kritisk gennemgang af patientens medicin med det formål at optimere den medicinske behandling. Der skal tages stilling til, om der skal ske ændringer – f.eks. om noget af medicinen skal seponeres - og ændringerne skal herefter gennemføres.

²⁸ Sundhedsstyrelsens begrebsbase, se link: <http://begrebsbasen.sst.dk>

Boks 10: Medicingennemgang i almen praksis

Almen praksis har pligt til at foretage medicingennemgang ved:

- Aftalt specifik forebyggelsesindsats (herunder årskontrol af kronisk syge - også borgere under 75 år) – ydelse 0120
- Opsøgende hjemmebesøg (skrøbelige ældre normalt over 75 år – ydelse 0121)

Almen praksis har mulighed for, men ikke pligt til, at foretage medicingennemgang ved:

- Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospital
- Når en patient flytter på plejehjem.

Uanset FMK har kommunerne behov for, at der i visse situationer foretages en individuel medicingennemgang af en patients medicin.

For yderligere at understøtte implementering af medicingennemgang i almen praksis, findes der efteruddannelses tilbud i regi af KAP-H.

Anbefalinger

- *at der i planperioden fokuseres på at afdække behovet for medicingennemgang i almen praksis*

6.2.4 Dosisdispensering

Dosisdispensering (DD) betyder, at apoteket pakker medicin i dosispakker. Det er almen praksis, som skal vurdere, om en patient er egnet til dosisdispensering. Hvis der sker ændringer skal almen praksis give apoteket besked herom. I relation til indlæggelse er det dog hospitalernes ansvar at afmelde dosisdispenseringen.

I forbindelse med opstart på dosisdispensering skal der foretages medicingennemgang. Dosisdispensering er kun egnet til patienter, som får den samme medicin i samme dosis over længere tid²⁹. Det skal samtidig bemærkes, at der i FMK er udfordringer med dosisdispensering, som forventes forbedret i kommende opdateringer.

Anbefaling

- *at arbejde for at dosisdispensering kan anvendes sikkert.*

6.2.5 Polyfarmarci

I forhold til den polymedicinerede patient³⁰ er det en særlig tværsektoriel udfordring at sikre en relevant og rettidig kommunikation om patientens medicinering.

²⁹ Sundhedsstyrelsens notat ”Dokumentation i forbindelse med dosisdispensering.”, marts 2011.

³⁰ Polyfarmaci/polymedicinerede patienter defineres ofte som patienter, der er i fast behandling med mere end 6 forskellige lægemidler i døgnet.

Centralt er der afsat midler til regionale indsatser, der søger at udbrede medicingennemgang til patienter i fast behandling med mere end seks forskellige lægemidler i døgnet³¹. Bevillingen udløber ved udgangen af 2015, men forsøges overført til 2016.

Almen praksis kan få vejledning om bl.a. konkrete problemstillinger vedr. polymedicinerede patienters medicin på MedicinInfo – se i øvrigt afsnit om diagnostik og rådgivning, s. 74.

Høringsudkast

³¹ Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient, juni 2012.

6.3 Digital kommunikation

Delmålsætninger

- at almen praksis fortsat bidrager til at styrke den digitale kommunikation på tværs af sektorer med fokus på fuld implementering og fuld anvendelse af digitale løsninger
- at almen praksis fortsat bidrager til at sikre god kvalitet i digitale meddelelser på tværs af sektorer.

Sammenhæng og kvalitet i sundhedsvæsenets indsatser kan ikke ske uden velfungerende og understøttende digitale løsninger. Hurtig adgang til relevante patientoplysninger og øget mulighed for at dele data på tværs af sektorer er afgørende for et godt og sikkert patientforløb. Data kan samtidig bruges til at involvere patienten i egen behandling, følge op på indsatser og pege på, hvor der er behov for forbedringer. Praksisplanen skal være med til at understøtte, at den digitale kommunikation om patienternes forløb sker koordineret, planlagt, rettidigt og sikkert.

6.3.1 Styrkelse af digitale arbejdsgange

De fulde gevinster ved digitale arbejdsgange og processer på tværs af sundhedsvæsenet høstes først, når alle er med. Derfor er fuld anvendelse og konsolidering på tværs af sundhedsvæsenet en stor opgave, der fortsat skal arbejdes med både i Sundhedsaftale og Praksisplan.

Almen praksis arbejder allerede digitalt og er med til at understøtte arbejdet nationalt og lokalt om digitalisering af det tværsektorielle samarbejde. Det drejer sig bl.a. om implementering af MedCom standarder og digitale meddelelser på tværs af sektorer og Det Fælles Medicinkort (FMK).

Der er imidlertid fortsat et stort behov for at styrke den digitale kommunikation med fokus på implementering og korrekt anvendelse på en række områder og særligt indenfor psykiatrien, det ambulante område, akutområdet og det præhospitale område.

På sigt er visionen også at kunne gå skridtet videre fra beskedsbaseret digital kommunikation mod fuld digital understøttelse af det tværsektorielle patientforløb. Fuld digital understøttelse af relevante tværgående arbejdsgange er et nationalt udviklingsområde, som parterne i praksisplanen løbende vil følge op på og drøfte muligheder for og konsekvenser af.

Fra beskedsbaseret digital kommunikation til deling af data

Sundheds-it og digitale arbejdsgange er et stort fokusområde i Sundhedsaftalen 2015-2018.

Sundhedsaftalens indsatser på området omhandler følgende:

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. sundheds-it og digitale arbejdsgange

- Følge anvisninger i den *Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet* for udbredelsen af beskedbaseret digital kommunikation for psykiatrien, socialpsykiatrien, handicapområdet og jobcentre. Med udgangspunkt i ovenstående områder skal den eksisterende tværsektorielle kommunikationsaftale udbygges og implementeres.
- For at understøtte sammenhæng og tilgængelighed af data vil vi implementere beskedbaseret digital kommunikation for det ambulante område og akutområdet.
- Udarbejde og implementere kommunikationsaftaler for: Ambulante forløb, børn og unge, det akutte område og på psykiatriområdet – herunder også for børne- og ungdomspsykiatrien.

Indsatsen i sundhedsaftalen om at følge den *Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet*³² betyder, at der i aftaleperioden vil blive indgået aftaler om anvendelse af og samarbejdet om beskedbaseret digital kommunikation på en række nye områder. Almen praksis vil blive inddraget i arbejdet med henblik på at afdække almen praksis' behov og anvendelsesmuligheder.

Anbefalinger

- at almen praksis indgår i arbejdet med at udarbejde og implementere kommunikationsaftaler på det ambulante område, akutområdet, børneområdet, social- og psykiatriområdet, handicapområdet og jobcentre.
- at der indgås samarbejdsaftale med almen praksis om nye kommunikationsaftaler og implementering heraf, hvor det er relevant.

At følge den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet handler også om, at der skal ske en bevægelse fra beskedbaseret digital kommunikation mod sikring af fuld digital understøttelse af udvalgte arbejdsgange. I sundhedsaftalen beskrives ydermere, at for at kunne optimere og koordinere sikre forløb på tværs af sektorer er det nødvendigt at have let adgang til overordnede, relevante og tidstro informationer om borgeren, uanset hvor og i hvilket system informationerne fødes. Dette gælder for alle involverede parter i forløbet – herunder også borgeren.

I den nationale strategi fremgår, at der sigtes mod fuld digital understøttelse af relevante tværgående arbejdsgange i 2017.

³² <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/National%20Sundheds-it/Strategi%20og%20udvikling.aspx>.

Boks 11: Den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet

Den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017:

”Der skal være fuld digital understøttelse af relevante tværgående arbejdsgange ved, at de relevante data deles på tværs af sundhedsvæsenet i 2017. Medio 2014 skal der være færdiggjort en analyse af sundhedsoplysninger og kommunikationsmønstre i sundhedsvæsenet, samt være udarbejdet en fælles faseplan for at realisere 2017-målbilledet”.

På nationalt plan arbejdes i øjeblikket med en analyse af, bl.a. hvilke sundhedsoplysninger, der er størst behov for at dele. Analysen vil indeholde en faseplan for realisering af målet i 2017. Parterne i praksisplanen vil løbende følge arbejdet og drøfte mulighederne og konsekvenserne heraf.

Sundhedsplatformen

Region Hovedstaden og Region Sjælland er i gang med at forberede og implementere Sundhedsplatformen. Sundhedsplatformen er en ny elektronisk patientjournal til understøttelse af hospitalernes kliniske arbejdsgange, dokumentation og vidensdeling. I forhold til det tværsektorielle samarbejde indeholder sundhedsplatformen bl.a. mulighed for, at almen praksis og kommunerne kan se hospitalets data om borgeren, når der er behov for det. Under sundhedsplatformsarbejdet er der et tværsektorielt projektspor "Projekt for tværsektorielt samarbejde". Projektet har dels til formål at sikre at alle MedCom standarder kan benyttes i sundhedsplatformen, dels undersøges anvendeligheden af "Epic Care Link" i det tværsektorielle samarbejde. Kommunerne og almen praksis er repræsenteret i projektet.

Telemedicin

Telemedicin/telesundhed byder på nye kontakt-, kommunikations- og monitoreringsmåder, der via teknologi kan medvirke til at optimere behandlings- og patientforløb. Måder, som giver bedre udnyttelse af ressourcer, og som samtidig inddrager patienterne aktivt i egen behandling.

På nationalt plan er der iværksat en række telemedicinske storskalaprojekter, bl.a. udbredelse af telemedicin på KOL-området samt telemedicinsk sårsvurdering. I disse projekter har almen praksis i udgangspunktet en henvisende rolle.

Af øvrige projekter på området har regionen været involveret i et nationalt projekt om videotolkning. Projektet omfattede afprøvning i tre almen lægepraksis i regionen. Evalueringen af projektet viste, at videotolkning i almen praksis har potentiale – både i forhold til kvaliteten af tolkningen og den lægefaglige samtale og i forhold til en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne. At indføre ny teknologi og nye arbejdsgange er ikke uden udfordringer, men erfaringerne viser, at både patienter og praktiserende læger er positive overfor videotolkning.

Anbefalinger

- *at der i planperioden ses på muligheden for at anvende telemedicinske løsninger til at understøtte opgavevaretagelsen i almen praksis*
- *at der i planperioden ses på muligheder for, hvordan dialogen mellem patient og almen praksis kan understøttes gennem brugen af telemedicinske løsninger*
- *at der ses på muligheder for udbredelse af videotolkning.*

Henvisninger og epikriser

Når patienten henvises fra almen praksis til videre behandling i det øvrige sundhedsvæsen, er det vigtigt, at henvisningen sendes på det rigtige tidspunkt, med tilstrækkelig information og via hurtige og tilgængelige henvisningsveje. For at sikre hurtige og tilgængelige henvisningsveje skal der være let adgang til kommunernes lokationsnumre, ligesom der generelt skal tilstræbes en entydig kommunikation og med så få lokationsnumre som muligt.

Der skal desuden arbejdes på at sikre mulighed for at vedhæfte bilag, når henvisninger sendes elektronisk.

Ved henvisning til kommunale tilbud skal kommunernes henvisningsprocedurer følges.

Når patienten udskrives fra hospitalet, videregives informationer i form af epikrise til almen praksis. Informationerne skal sikre, at almen praksis hurtigst muligt efter udskrivelsen har de nødvendige oplysninger med henblik på det videre forløb, herunder en liste over den medicin patienten har ved udskrivelsen, samt hvilke ændringer der er sket i medicinen og hvorfor.

I sundhedsaftalen 2015-2018 er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsats:

Indsats i Sundhedsaftalen vedr. epikriser

- Understøtte en samlet set hurtigere fremsendelse af epikriser til egen læge. Særligt for borgere, hvor kommunen eller egen læge er umiddelbart involveret i den fortsatte behandling af borgeren, skal det sikres, at epikrisen fremsendes til egen læge samme dag for borgere udskrevet på hverdage inden kl. 12 og ellers senest en hverdag efter udskrivelsen af borgeren.

I implementeringsplan for sundhedsaftalen er det aftalt, at hospitalerne påbegynder arbejdet med omlægning af de nødvendige arbejdsgange fra 2015.

Almen praksis har endvidere peget på vigtigheden af, at epikriserne fremsendes således, at det vigtigste/det, der skal handles på, står først i epikrisen. Der arbejdes i øjeblikket på dette i regi af Sundhedsplatformen.

Anbefalinger:

- *At der fortsat arbejdes for at sikre tilstrækkelig information i henvisninger afsendt fra almen praksis og epikriser tilsendt almen praksis.*
- *At der arbejdes for, at det vigtigste/det der kræver en handling, placeres først i epikrisen.*

Korrespondancemeddelelser

Korrespondancemeddelelsen er en sikker klinisk e-mail, hvori patienthenførbare informationer kan udveksles på tværs af sektorer i ikke-akutte situationer.

Korrespondancemeddelelsen kan anvendes til kommunikation mellem tværsektorielle aktører i sundhedsvæsenet, hvor der ikke findes andre "formaliserede" meddelelsetyper som f.eks. henvisninger, epikriser, ambulante notater og undersøgelsesvar.

I dag kan både kommuner, almen praksis, speciallægepraksis og hospitaler sende og modtage korrespondancemeddelelser, men der er fortsat stort behov for at styrke anvendelsesgraden i alle sektorer.

Rammeaftale om e-kommunikation (jf. overenskomsten side 151 afsnit A) giver mulighed for, at kommuner og kommunens praktiserende læge kan indgå aftale om at tilstræbe en gensidig svartid på max 3 hverdage. I mere hastende tilfælde anvendes telefonisk kontakt. 15 kommuner og almen praksis har indgået denne rammeaftale.

Parterne er enige om, at det er relevant at udbrede rammeaftalen til at omfatte alle praktiserende læger, alle kommuner samt alle hospitaler. Dvs. at rammeaftalen udbredes til også at dække korrespondancemeddelelser til og fra hospitalerne. Kommunikationsaftalen på det somatiske område mellem alle kommuner og regionen opererer med gensidig svartid på max 3 hverdage.

Det kan i aftaleperioden være hensigtsmæssigt at ændre på diverse svarfrister, hvorfor parterne er enige om, at det kan være muligt at indgå aftale herom.

Sikker ansvarsoverdragelse på tværs af sektorovergange

Det er afgørende i forhold til patientsikkerheden, at ansvaret er klart placeret i forbindelse med sektorovergange. I dag foregår ansvarsoverdragelse fra hospitalssektoren til almen praksis ofte via epikriser og/eller ved at patienten selv får ansvar for at viderebringe besked til egen læge, om hvilken videre behandling, undersøgelse, henvisning m.v. der evt. ønskes foretaget.

Sikker ansvarsoverdragelse indebærer en klar beskrivelse af opgaven, der ønskes udført af modtageren, ligesom modtageren skal acceptere og kvittere for opgaven, før afsenderen kan anse opgaven, som overleveret sikkert. Opgaver, der ønskes overdraget fra hospitaler til almen praksis, bør derfor

ikke formidles gennem epikriser, hvor kvittering for og accept af opgaven ikke kan finde sted. Telefonisk kontakt eller korrespondancemeddelelser (ved ikke akutte tilfælde) kan her være et redskab.

Såfremt modtageren ikke ser sig i stand til at varetage og kvittere for opgaven, skal afsenderen sørge for opfølgning/behandling på anden vis.

I regi af KAP-H er der nedsat en arbejdsgruppe om sikker ansvarsoverdragelse, der skal udarbejde fælles retningslinjer for sikker kommunikation på tværs af sektorgrænser. Arbejdsgruppen er sammensat med repræsentanter fra såvel hospital, kommune og almen praksis.

Anbefaling

- *at der følges op på resultater fra arbejdsgruppen om sikker ansvarsoverdragelse.*

6.3.2 Udvikling af den digitale kommunikation om bestemte målgrupper

Digital kommunikation omkring sårbare borgere og særligt komplekse forløb

Når den digitale kommunikation vedrører sårbare borgere og særligt komplekse forløb, kan der opstå tilfælde, hvor der er særligt behov for at sikre hurtig og let adgang til kommunikation sektorerne imellem. Telefonen er fortsat et relevant redskab ved behov for hurtig kommunikation. Gerne med besked om, at samtalen følges op af en korrespondancemeddelelse. Dette kræver gensidig telefonisk tilgængelighed f.eks. via direkte telefonnumre. Hospitalerne har adgang til telefonnumre til almen praksis via OPUS, men det bør også sikres, at hospitalernes telefonnumre løbende opdateres og kan findes i opslag i lægernes systemer evt. via opdaterede SOR³³ oplysninger. Derudover bør principper for sikker mundtlig kommunikation anvendes³⁴.

Selv ved fuld organisatorisk implementering af korrespondancemeddelelsen som kommunikationsværktøj, kan der være en række barrierer, f.eks. fravær i almen praksis eller andre praktiske forhold hos læge eller patient, der gør, at den ønskede behandling/opfølgning ikke kan finde sted.

Anbefalinger

- *at korrespondancemeddelelser implementeres organisatorisk fuldt ud som kommunikationsredskab i det tværsektorielle samarbejde og efterfølgende indtænkes i sikker ansvarsoverdragelse*
- *at principperne for sikker mundtlig kommunikation anvendes*

³³ SOR er et register, der indeholder organisations- og adressedata om sundhedsvæsenet. Registeret anvendes af en række fagsystemer i sundhedsvæsenet.

³⁴ <http://patientsikkertsygehus.dk/forbedringsmodellen/sikker-mundtlig-kommunikation.aspx>.

- *at rammeaftalen om, at svartiden på korrespondancemeddelelsen tilstræbes at være max tre hverdage, udbredes til alle kommuner, hospitaler og almen praksis.*
- *at der i aftaleperioden er mulighed for at indgå aftaler om at ændre på svarfrister efter behov.*

Bedre digital kommunikation på svangre- og børneområdet

Praktiserende læge, jordemoder og sundhedsplejen er gennemgående kontaktpersoner gennem graviditet, fødsel og barnets første leveår. Hvad angår svangreområdet er der behov for en styrket kommunikation mellem fødestederne, almen praksis og sundhedsplejen. Særligt i forhold til sårbare gravide er der behov for aftaler om, hvordan der bedst kommunikeres gerne med digital understøttelse.

Hvad angår børneområdet foregår der i dag ikke en systematisk udveksling af oplysninger mellem almen praksis og sundhedsplejen. Dette kunne bidrage til en mere sammenhængende indsats særligt i forhold til sårbare familier. Almen praksis har udtrykt ønske om, at ”barnets bog”, der er et kommunikationsredskab for kommunernes sundhedspleje, gøres tilgængelig i alle lægesystemer og gøres til et fælles kommunikationsmiddel.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at der skal arbejdes med følgende indsatser i aftaleperioden:

Indsatser i sundhedsaftalen om styrkelse af den digitale kommunikation på svangre- og børneområdet:

- Vi vil i aftaleperioden arbejde for en bedre tværsektoriel kommunikation på svangre- og barselsområdet.
- Aftale retningslinjer for systematisk kommunikation på børneområdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje om udveksling af relevante helbredsoplysninger.

For begge indsatser er der aftalt nedsættelse af en arbejdsgruppe.

Anbefaling

- *at almen praksis deltager i arbejdet om at sikre en bedre tværsektoriel kommunikation på svangre- og børneområdet.*

6.4 Samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen

6.4.1 Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne

Almen praksis har sammen med kommunerne en central rolle i forhold til at sikre forebyggelse af sygdom og forværring af eksisterende sygdom, at sikre gode forløb for svækkede og syge patienter samt forebygge genindlæggelser. Kommunerne varetager bl.a. den forebyggende indsats og patientuddannelse og har i den forbindelse en lang række opgaver i relation til pleje og omsorg, rehabilitering, genoptræning og pleje. Almen praksis' ressourcer rettes mod den medicinsk forebyggende indsats, identifikation af forebyggelsesbehov, indledende motiverende samtale og henvisning til kommunale sundheds- og akuttilbud. Kommunerne har visiterede sociale tilbud, som kan støtte borgere i at modtage behandling i almen praksis, herunder bl.a. socialpædagogisk støtte og støtte-kontaktpersonordning.

Opgaveløsningen fordrer et tæt samarbejde mellem kommune og almen praksis, herunder også i relation til opgaver, som lægen giver instruks om til den kommunale sygepleje.

Organisatorisk styrkelse af samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne

Etablering af Praksisplanudvalget, med praksisplanen som et centralt fælles planlægningsværktøj mellem regionen, kommunerne og almen praksis, er udtryk for det tiltagende behov for, at indsatsen koordineres mellem parterne. Almen praksis' samspil med kommunerne er styrket gennem de seneste år, bl.a. ved kommunalt-lægelige udvalg (KLU) i alle kommuner. Udvalgene sætter rammen for dialog og initiativer om de lokale sundhedsmæssige problemstillinger, som vedrører kommunerne og lægerne. Desuden er der etableret kommunale praksiskonsulenter i de fleste kommuner, som understøtter samarbejdet, dialogen og implementeringen af aftalte indsatsområder. KLU kan udarbejde vejledende retningslinjer inden for relevante samarbejdsområder, f.eks. på forebyggelsesområdet, med henblik på at sikre, at indsatsen over for den enkelte patient optimeres. KLU kan desuden lave udkast til lokale aftaler mellem almen praksis og kommunerne, som via Kommune Kontakt Rådet (KKR) sendes til Praksisplanudvalget med henblik på indarbejdelse i praksisplanen og evt. den underliggende aftale³⁵.

Social-lægeligt samarbejde

Ved social-lægeligt samarbejde formidles relevante sociale og lægelige oplysninger mellem kommuner og læger med henblik på at opnå den optimale sagsbehandling for borgerne. Det social-lægelige samarbejde er særligt vigtigt på følgende områder:

³⁵ Lokale aftaler med alment praktiserende læger i Region Hovedstaden kan kun indgås af PLO-Hovedstaden.

Med reformen af førtidspension og fleksjob er der åbnet op for en ny type tværsektorielt samarbejde mellem region, kommune og almen praksis. Loven indebærer bl.a., at der skal organiseres rehabiliteringsteams i kommunerne. Rehabiliteringsteamet behandler sager om ressourceforløb, fleksjob og førtidspension. Almen praksis er forpligtiget til at bidrage til arbejdet i rehabiliteringsteamene bl.a. ved udarbejdelse af "Lægeattest til Rehabiliteringsteam LÆ 265". I konkrete forløb vil der være behov for et tæt samarbejde mellem parterne i forhold til aftalen om behandlingsforløb parallelt med et rehabiliteringstilbud.

Med sygedagpengereformen, skal kommunerne indhente LÆ 285 på alle sygemeldte, som forventes at have et sygefravær på mere end 8 uger. Attesten skal foreligge, når kommunen indkalder den sygemeldte til opfølgningssamtale senest 8 uger efter første sygedag. Almen praksis har pligt til at udfylde attesten LÆ 285, når anmodningen med relevante forhåndsoplysninger er modtaget og patienten har bestilt tid og er set i konsultationen.

Kommunerne har fra den 1. juli 2013 desuden været forpligtet til at tilbyde alle nyankomne flygtninge og familiesammenførte udlændinge en helbredsmæssig vurdering hos en læge.

Således formidles der i forbindelse med det social-lægelige samarbejde et stort antal attester mellem almen praksis og kommunerne, ofte ledsaget af stramme tidsfrister.

Anbefaling

- *at der arbejdes på at tilvejebringe et smidigt og velfungerende samarbejde omkring attester, særligt på beskæftigelsesområdet.*

Gensidig tilgængelighed mellem almen praksis og kommunerne

Den enkelte læge kan have patienter fra forskellige kommuner, hvilket øger kompleksiteten i samarbejdsfladerne for den enkelte praktiserende læge. Desuden øges kompleksiteten af, at den enkelte læge har behov for kontakt til forskellige dele af den kommunale forvaltning.

Der bør derfor i planperioden arbejdes på at forenkle almen praksis' adgang til kommunen. Kommunerne kan ligeledes have behov for at komme i kontakt med almen praksis i dagtiden. Det er derfor et gensidigt forpligtende ansvar, at begge parter kan komme i kontakt med hinanden.

Anbefaling

- *at kommunerne og almen praksis udvikler deres gensidige tilgængelighed, så der hurtigt og klart kan kommunikeres om patienter.*

Dette kan bl.a. ske gennem bedre information på www.sundhed.dk, hvor opdateret information om både telefonnumre og lokationsnumre skal være

tilgængelig. KLU kan med fordel samarbejde om bedre gensidig tilgængelighed.

En forudsætning for en vellykket kommunikation om patienten er, at man har fælles rammer for den kommunikation, der leveres, f.eks. aftaler om hvilke observationer de kommunale medarbejdere gør inden lægen kontaktes. Dertil kommer aftaler om at bruge sikker mundtlig kommunikation efter ISBAR-princippet³⁶ (se i øvrigt afsnit om sikker ansvarsoverdragelse s. 68).

Anbefaling

- *at der udarbejdes fælles rammer for den telefoniske/elektroniske kommunikation, f.eks. aftaler om hvilke observationer de kommunale medarbejdere gør inden lægen kontaktes og aftaler om at bruge sikker kommunikation (efter ISBAR-princippet).*

6.4.2 Samarbejdet mellem almen praksis og hospitalerne

I det følgende beskrives samarbejdet mellem almen praksis og regionens hospitaler. Der er fokus på, hvordan opgavevaretagelsen i almen praksis understøttes, så der sikres et fortsat fokus på udvikling af kontinuitet og sammenhæng i patientforløbene.

Praksiskonsulentordning

Hospitalspraksiskonsulenter (HPK) og specialepraksiskonsulenter (SPK) på hospitaler og i psykiatrien er en del af den samlede konsulentordning for almen praksis under KAP-H. Ordningen arbejder for at styrke kommunikationen og samarbejdet primært mellem hospitaler og almen praksis, herunder at styrke kvaliteten i patientforløb på tværs af sektorgrænser.

Patientforløbsbeskrivelser

Der er udarbejdet en lang række patientforløbsbeskrivelser med fokus på henvisningsveje og opgave- og ansvarsfordelingen mellem hospitalerne, herunder Region Hovedstadens Psykiatri, og almen praksis. Disse er tilgængelige for almen praksis på www.sundhed.dk, sammen med øvrige vejledninger og retningslinjer, beskrivelser af pakkeforløb og information om forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Endvidere er de tilgængelige på hospitalernes Vejledninger, Instrukser og Politikker (VIP)-portal.

Central visitation (CVI)

Med henblik på at understøtte hurtig og korrekt visitation og styrke patientsikkerheden, er der etableret centrale visitationsenheder i hvert af de fire planlægningsområder i regionen. Samtidig er det mere enkelt for praksissektoren, når der kun henvises til ét lokationsnummer pr.

³⁶ ISBAR er et redskab til strukturering af kommunikation om patientbehandling. Står for **I**dentifikation, **S**ituation, **B**aggrund, **A**nalysse og **R**åd (www.patientsikkerhed.dk).

planlægningsområde. CVI'erne håndterer somatiske henvisninger fra almen praksis og speciallæger³⁷.

Almen praksis kan både kontakte den modtagende afdeling og få telefonisk rådgivning ved CVI i forbindelse med tvivlsspørgsmål om konkrete henvisninger.

En evaluering af den somatiske CVI viste i 2012, at der var behov for at styrke kendskabet til CVI'erne ligesom der var behov for at øge henvisningernes kvalitet. I samarbejde med praksiskonsulentordningen har der på den baggrund været gennemført en række tiltag i form af gå-hjem-møder, orientering via PraksisNyt, og der gennemføres en årlig audit af udvalgte dele af CVI'ernes håndtering af henvisningerne. Derudover kan praksiskonsulenterne inddrages mere konkret i arbejdet med opfølgning på henvisninger med ringe kvalitet.

Også inden for hospitalspsykiatrien er der etableret en central visitation (CVI) for at forenkle henvisningsvejene til behandling. Der er etableret særskilt CVI for hhv. børn og unge samt for voksne. For at understøtte en fortsat høj kvalitet i henvisningerne af disse patienter, der ofte har komplicerede og komplekse problemstillinger, er det nødvendigt med gensidig fleksibilitet og mulighed for rådgivning i henvisningssystemet. Der er som fælles baggrund udarbejdet specifikke henvisningsvejledninger til hhv. voksenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien i samarbejde med almen praksis.

Diagnostik og rådgivning

Det vurderes at almen praksis i behandlingen af patienten kan få frigivet ressourcer ved en øget fleksibilitet i form af hurtig adgang til diagnostiske ydelser, adgang til sub-akutte ambulante tider, og øvrig rådgivning fra regionens hospitaler.

Diagnostiske enheder (DE)

Der er i 2012 etableret diagnostiske enheder på akuthospitalerne, som skal sikre sub-akut ambulant udredning af patienter med alvorlig sygdom med uklare symptomer (MAS) eller hvor kræft er konstateret, men primær tumor er ukendt (MUP). Almen praksis, speciallægepraksis og hospitalsafdelinger kan henvise til de diagnostiske enheder, når der er mistanke om, at en patient har alvorlig uafklaret sygdom, hvor diagnosticering ikke umiddelbart har været mulig. Forløbene omfatter ikke børn.

For patienter der henvises med mistanke om kræft, er det vigtigt, at almen praksis informerer patienterne om, at de starter i kræftpakkeforløb.

Foruden henvisning til de diagnostiske enheder, kan almen praksis søge rådgivning ved CVI'en eller på afdelingsniveau om konkrete patienter, hvor det er uklart, om der skal foregå en videre udredning i praksis, på en

³⁷ Bornholms Hospital er af geografiske grunde ikke omfattet af CVI

organspecifik afdeling eller om der skal henvises til en diagnostisk enhed. Denne rådgivningsfunktion medvirker til dialog og sparring sektorerne imellem, ligesom den skal sikre, at henvisninger er relevante og sker på et oplyst grundlag.

Anbefalinger

- *at der arbejdes videre med at udvikle og implementere almen praksis' adgang til diagnostisk bistand er af høj kvalitet*
- *at optimere ressourceudnyttelsen og fleksibiliteten, så almen praksis aflastes af hospital, kommune og andre praksisydere, f.eks. ved at patienten på udvalgte ydelser ikke nødvendigvis skal henvises via egen læge.*

Rådgivning af almen praksis på det psykiatriske område

Som en del af CVI i Region Hovedstadens Psykiatri er der etableret en 'klinisk visitation', som foretager fremskudt visitation af de patienter, hvor det er vanskeligt for almen praksis og psykiatriens CVI at vurdere, om der er tale om hospitalsbehandlingskrævende psykisk sygdom, eller om patienten skal tilbydes anden behandling.

Foruden muligheden for at kontakte den centrale visitation eller de psykiatriske centre, er der etableret telefonrådgivningsordninger, som almen praksis, kommuner m.fl. kan rette henvendelse til vedr. ADHD-behandling, patienter med dobbeltdiagnoser, spiseforstyrrelser, gravide i antidepressiv behandling og gravide i behandling med antipsykotisk medicin.

Desuden kan almen praksis henvende sig samt henvise patienter og pårørende til Region Hovedstadens Psykiatris rådgivningscenter Psyk-Info for vejledning og rådgivning om psykisk sygdom og behandling. Regionens hospitaler holder desuden jævnligt gå-hjem-møder for praksissektoren om faglige temaer og om henvisning og visitation.

Anbefalinger

- *at behovet for rådgivning vedr. psykiatri på tværs af sektorer afklares og udvikles i et samarbejde mellem parterne*
- *at kendskabet i almen praksis til rådgivningsordningerne på det psykiatriske område udbredes*
- *at der i samarbejde mellem Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis fokuseres på relevant efteruddannelse.*

Rådgivning vedr. medicin

Almen praksis tilbydes telefonrådgivning fra Medicininfo fra Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg/Frederiksberg Hospitaler i forhold til konkrete problemstillinger vedr. polymedicinerede patienters medicinering, samt om enkelte præparater.

Anbefaling

- *at fremme kendskab til muligheden for at kontakte og bruge Klinisk Farmakologisk Afdeling – Medicininfo.*

Diagnostisk bistand indenfor de parakliniske specialer

Almen praksis har foruden diagnostiske muligheder i egen klinik andre diagnostiske henvisningsmuligheder og undersøgelsessteder inden for de parakliniske specialer.

En organisatorisk og fysisk samordning af laboratoriebetjeningen indebærer, at Region Hovedstadens Elektive Laboratorium (RHEL) nedlægges med virkning fra 1. januar 2016, idet analysefunktionen overflyttes til fire hospitalslaboratorier. Der etableres samtidig en regional kvalitetsordning og en tilsvarende serviceordning, der skal sikre, at lægerne får samme service efter organisationsændringen.

Radiologi

Patienter fra hele regionen kan henvises til såvel regionens speciallægepraksis i radiologi som til tilbud på hospitalsafdelinger. Flere hospitaler og speciallæger har såkaldte walk-in-funktioner, hvor patienter med en henvisning fra almen praksis kan få taget røntgenbilleder uden forudgående tidsbestilling.

Almen praksis kan henvise patienter til CT og MR-scanning på specifikke indikationer. Det vurderes løbende i samarbejde med relevante sundhedsfaglige råd, om der er yderligere indikationer, hvor almen praksis fremadrettet skal kunne henvise direkte til CT og MR-scanning.

Akut sygdom og akutberedskab

Det er en overordnet målsætning i regionens præhospitale indsats, at regionens borgere skal have let og lige adgang til akut hjælp. Der skal være en sammenhæng i det akutte patientforløb fra telefonisk rådgivning, præhospital behandling, behandling i almen praksis og på hospital. Dette tilsiger en tættere sammenhæng, mellem praksisområdet, og de akutte funktioner og beredskab. Det præhospitale akutarbejde og beredskab koordineres af den Præhospitale Virksomhed.

Almen praksis er også en vigtig del af beredskabet i regionen, ved større hændelser. Det kan f.eks. være i forbindelse med epidemier med behov for massevaccination og ved behov for behandling af mange borgere ved katastrofer.

I dagtiden er almen praksis patienternes indgang til sundhedsvæsenet, også vedr. akut opstået sygdom og lettere skadestilfælde. I henhold til overenskomsten skal patienter ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden have adgang til lægehjælp hos egen læge eller navngiven stedfortræder indtil kl. 16 samme dag. Finder lægen, at der er behov for behandling på en akutmodtagelse/akutklinik, henviser lægen patienten via CVI.

Hvis patienter i dagtiden henvender sig telefonisk med skader eller sygdom, som bør behandles i almen praksis, instrueres patienterne om at henvende sig hos egen læge. Uden for praktiserende lægers åbningstid er Akuttefonen

1813 borgernes indgang til akutsystemet. Når en patient er blevet akut behandlet af 1813 eller på en akutmodtagelse/klinik, sendes en epikrise, der skal indeholde relevante oplysninger til almen praksis. Der arbejdes med at sikre, at alle relevante oplysninger fremgår tydeligt af epikriserne.

Akut psykisk sygdom

Den Psykiatriske Udrykningstjeneste er et supplement til de psykiatriske akutmodtagelser, der kan hjælpe og rådgive patienter, pårørende og samarbejdspartnere i akutte situationer, som involverer svær psykisk sygdom – herunder guide til relevant behandling. Der er tale om borgere, som kommer i en pludselig alvorlig krise med risiko for selvmord, og hvor der ikke er mulighed for henvendelse til en psykiatrisk akutmodtagelse og borgere med komplicerede psykiatriske tilstande, hvor en hurtig psykiatrisk indsats kan forhindre tvangsindlæggelse.

Det er væsentligt, at almen praksis kan henvise til en hurtig vurdering i hospitalspsykiatrien som et alternativ til akut indlæggelse. I tvivlstilfælde kan almen praksis søge rådgivning ved de psykiatriske akutmodtagelser og komme i kontakt med en bagvagt telefonisk.

Anbefaling

- *at der arbejdes for at udbrede kendskabet til mulighederne for akut psykiatrisk hjælp.*

6.4.3 Samarbejde mellem almen praksis og de øvrige behandlere i praksissektoren

Som gatekeeper til sundhedsvæsenet, er almen praksis i udgangspunktet patientens indgang til behandling i den øvrige praksissektor. Ved henvisninger er det vigtigt, at almen praksis tilvejebringer den relevante information for den behandler, der overtager behandlingsansvaret. For patienter henvist fra almen praksis til den øvrige praksissektor har almen praksis behov for en tilbagemelding om resultatet af behandlingen i form af en epikrise.

For alle behandlergrupperne i praksissektoren er der praksiskonsulentordninger eller lignende, som fokuserer på kvalitetsudvikling af det tværsektorelle og tværfaglige patientforløb, herunder kommunikation og samarbejde med bl.a. almen praksis.

Samarbejdet med praktiserende psykologer

Praktiserende psykologer modtager patienter efter henvisning fra almen praksis. Dansk Psykologforening og Danske Regioner drøfter og definerer i samarbejde med Praktiserende Lægers Organisation relevant information, der skal udveksles gennem henvisninger, startbreve fra psykolog til henvisende læge ved behandlingsstart og epikriser for at sikre sammenhæng i patientforløb.

Sideløbende hermed fokuseres der regionalt på udvikling af samarbejdet mellem psykologer og almen praksis i regionen, herunder:

- en ny og mere informativ vejledning til almen praksis om henvisning til psykolog
- epikriseskrivning, der skal medvirke til at øge antallet og kvalitetsudvikle indholdet af epikriser.

Samarbejdet med praktiserende kiropraktorer

Borgerne kan få behandling hos kiropraktor uden henvisning, men almen praksis kan også henvise til kiropraktor. Kiropraktorernes kompetenceområde har i et vist omfang overlap med andre faggrupper, der beskæftiger sig med lidelser i bevægeapparatet – herunder almen praksis, fysioterapi og visse speciallæger. Særligt i forhold til forløbsprogram for lænderyglidelser er der en samarbejdsflade til almen praksis.

Overenskomsten for kiropraktorer stiller ikke et generelt krav om afsendelse af epikriser til patientens læge eller til henvisende læge, men peger dog på, at kommunikationen med almen praksis særlig er vigtig, når patienten har et parallelt forløb, som gør en tværgående indsats påkrævet. I disse tilfælde er der krav om, at kommunikation følger gældende MedCom-standarder, herunder epikrise.

Samarbejdet med praktiserende fodterapeuter

Almen praksis kan henvise patienter med relevante diagnoser til behandling hos praktiserende fodterapeut. For alle patienter kommunikeres med praktiserende læge om symptomer og behandling. For patienter med diabetes, som udgør størstedelen af patienterne, er der særlige krav, der er nærmere beskrevet i diabetesforløbsprogrammet.

Samarbejdet med praktiserende fysioterapeuter

Patienterne i fysioterapeutpraksis henvises i overvejende grad fra almen praksis. For at sikre det optimale tværfaglige samarbejde og et sammenhængende forløb for patienten, er der regionalt fokus på at styrke kvaliteten af kommunikationen mellem almen praksis, speciallægepraksis og fysioterapipraksis. Det er endvidere vigtigt, at de relevante og nødvendige oplysninger er medtaget i såvel henvisninger som i notat til patientens praktiserende læge (epikriser).

Almen praksis kan ved visse diagnoser henvise patienter med svært fysisk handicap eller progressiv lidelse til vederlagsfri fysioterapi hos praktiserende fysioterapeuter. I forbindelse med henvisning til vederlagsfri fysioterapi opleves dog flere problemstillinger omkring samarbejdet og henvisningsgrundlaget. Det foreslås derfor, at der gensidigt arbejdes med information til almen praksis om vederlagsfri fysioterapi.

Med henblik på at sikre en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse er det en indsats i sundhedsaftalen at sikre løbende dialog mellem kommune og praktiserende fysioterapeuter om gråzonen mellem kommunale tilbud om genoptræning og rehabilitering og den vederlagsfrie fysioterapi. I takt med at nærmere afklaring opnås, skal denne udbredes til almen praksis

Samarbejdet med praktiserende speciallæger

Langt de fleste patienter i speciallægepraksis er henvist fra almen praksis. For at opnå sammenhængende og effektive patientforløb er der fokus på at understøtte og fremme kommunikation og samarbejde med speciallægerne. Speciallæger sender epikrise til henvisende læge, når en patient er færdigundersøgt og/eller færdigbehandlet i speciallægepraksis.

Høringsudkast

Del 5

7. Kvalitet

Almen praksis er – som patientens primære kontakt med sundhedsvæsenet – kendetegnet ved, at en væsentlig del af patientkontakterne ikke er sygdomsspecifikke. Kontinuiteten danner grundlaget for at varetage de mange funktioner: Forebyggelse af sygdom, understøttelse af patientens varetagelse af egen sundhed, opsporing af alvorlig sygdom, kontrol af patienter med kronisk sygdom, sygdomsspecifik behandling m.m. Det er væsentligt, at almen praksis fortsat arbejder med udgangspunkt i individet og relationen mellem patient og læge.

Kvalitetsudvikling beskrives her som udvikling af praksis i relation til patientoplevelset, faglig, organisatorisk samt datadrevet kvalitet.

I regi af Overenskomst om almen praksis er der afsat midler til regionalt kvalitetsudviklingsarbejde placeret i Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget – KEU, som er et underudvalg til samarbejdsudvalget. Efter aftale i samarbejdsudvalget udmøntes midlerne bl.a. til KAP-H, herunder arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), som er omdrejningspunktet for en del af det kvalitetsforbedrende arbejde, der skal fokuseres på i planperioden. Andre regionale kvalitetstiltag er forankret i Center for Sundhed.

Det er afgørende, at der ved påtænkte initiativer sikres fokus på udvikling af ikke blot den målbare kvalitet, men hele den samlede kvalitet af arbejdet i almen praksis.

7.1 Rammer for kvalitetsudvikling og faglig udvikling i almen praksis

Nationale kvalitetsinitiativer, Overenskomst om almen praksis samt regionale kvalitetsstrategier er beskrivende for kvalitetsudviklingstiltagene i denne plan.

Boks 12: Regionale kvalitetsstrategier

Kvalitetsstrategien for det samlede sundhedsvæsen i Region Hovedstaden: angiver mål og principper for det fælles kvalitetsarbejde i regionens sundhedsvæsen. Kvalitetsstrategien indeholder fem overordnede indsatsområder for sundhedsvæsenet:

- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus
- Styrket relevant dokumentation og udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet
- Styrket patientsikkerhed
- Øget fokus på den patient- og brugeroplevede kvalitet
- Patientmedinddragende forløbsstyring og tværsektoriel sammenhæng.

7.1.1 KAP-H - Regional kvalitetsorganisation

I 2013 etablerede regionen i samarbejde med PLO-Hovedstaden en fælles konsulentordning for almen praksis, KAP-H.

Formålet med KAP-H er at understøtte kvalitet og sammenhæng i almen praksis og i det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Ordnningen har en række praktiserende læger tilknyttet til at varetage undervisning og facilitere kvalitetsudvikling hos deres kolleger i almen praksis inden for udvalgte temaer; it, tværsektorielt samarbejde, medicin, patientsikkerhed og organisering og den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelse (DGE).

Bla. har KAP-H af samarbejdsudvalget fået til opgave at understøtte almen praksis i forbindelse med implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel.

7.2 Implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i almen praksis

Delmålsætning

- at almen praksis arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling.

Anbefaling

- *at almen praksis bidrager til at skabe et meningsfuldt og relevant fælles grundlag for kvalitetsudviklingsarbejdet med fokus på følgende elementer:*
 - *Implementering af DDKM's akkrediteringsstandarder for almen praksis*
 - *Udvikling og implementering af værktøjer til understøttelse af klinikkernes arbejde med akkreditering.*

DDKM er et nationalt system til kvalitetsudvikling på tværs af alle sektorer i sundhedsvæsenet. Det er kendetegnende ved DDKM, at der ikke alene er fokus på kvaliteten af sundhedsydelserne - herunder både enkelttydelser og overgange - men også på processer og strukturer, der understøtter patientbehandling samt den patientoplevede kvalitet.

I henhold til Overenskomsten for almen praksis skal alle klinikker akkrediteres efter DDKM inden august 2018. Hensigten med akkreditering er at:

- fremme kvaliteten af patientforløb og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde
- fremme udviklingen af den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet³⁸.

Boks 13: Overenskomstens bestemmelser om Den Danske Kvalitetsmodel

Uddrag af overenskomstens § 92 om Kvalitetsmodel for almen praksis

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) skal være omdrejningspunktet for kvalitetsudviklingen i almen praksis. Modellen skal understøtte og fokusere på kvalitetsudviklingen i den enkelte praksis. Kvalitetsudviklingen skal primært tage sit udgangspunkt i den dataopsamling, der sker via datafangst, samt resultaterne af patienttilfredshedsundersøgelser. DDKM skal ligeledes sikre den organisatoriske kvalitet i praksis.

Implementeringen af DDKM understøttes af lokale kvalitetskonsulenter. Kvalitetskonsulenterne skal løbende facilitere DDKM i de enkelte praksis og skal kunne yde faglig sparring, forestå undervisning, formidle best practice mv. Selve akkrediteringen foretages af IKAS. Kvalitetskonsulentordningen forankres lokalt i Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalgene og skal tage udgangspunkt i de eksisterende konsulentordninger og koordineres med surveyor-ordningen i IKAS.

Alle praksis skal være akkrediteret senest 31. august 2018 – undtagen dem, der ifølge overenskomsten kan bede om undtagelse i henhold til forventet ophør inden for 5 år.

7.2.1 Akkrediteringsprocessen

Der er udarbejdet 16 vejledende standarder for almen praksis³⁹. Standarderne omhandler det gode patientforløb, patientinddragelse, patientsikkerhed, ledelse og organisation samt sygdomsspecifikke standarder.

³⁹ Akkrediteringsstandarder for almen praksis, IKAS (November 2014).

Boks 12: Understøttelse af arbejdet med DDKM

Understøttelse af almen praksis i arbejdet med DDKM i Region Hovedstaden

DDKM skal introduceres i almen praksis som en del af den nye overenskomst for almen praksis. I den forbindelse skal KAP-H bistå almen praksis i processen. Der skal akkrediteres ca. 250 praksis pr. år i Region Hovedstaden i hhv. 2016, 2017 og 2018. Der afholdes fyraftensmøder for alle praksis i starten af 2015, og der iværksættes målrettede indsatser for klinikker, der skal akkrediteres i 2016. DAK-E understøtter i arbejdet med standarderne med skema til registrering og eksempler på dokumentation.

7.3 Den organisatoriske kvalitet

Delmålsætninger

- at almen praksis arbejder med ledelse og organisering med henblik på at opnå en bedre kvalitet og arbejdstilrettelæggelse
- at patientforløb søges optimeret via forbedret organisatorisk tilrettelæggelse i praksis.

Der er opmærksomhed på det vilkår, at almen praksis består af mange forskellige enheder, fra små enmandspraksis med få eller ingen ansatte til større kompagniskaber med flere læger og ansatte. Der vil således, afhængig af klinikstørrelse og patientunderlag, være forskellige krav og fokusområder for at opnå den bedste organisatoriske kvalitet.

Anbefalinger

- *at hver enkelt praksis optimerer patientforløb ved at arbejde fokuseret med ledelse og organisering*
- *at almen praksis styrker den organisatoriske tilrettelæggelse, herunder ved efteruddannelse i ledelse og organisationsudvikling.*

Ved den organisatoriske kvalitet forstås kvalitet i tilrettelæggelsen af arbejdsgange i almen praksis og samordningen med sundhedsvæsenets indsats i patientforløb⁴⁰.

Under organisatorisk kvalitet hører ledelse, kvalitets- og risikostyring (patientsikkerhed) og dokumentation.

Når der arbejdes målrettet med den organisatoriske kvalitet, er der fokus på, at der så vidt muligt foreligger forsøg, projekter og forskning til grund, der viser en effekt på definerede mål, før de implementeres generelt. Det anbefales særligt at understøtte forsøg, projekter og forskning, der har fokus på gøre en indsats, der allokerer ressourcer til de patientgrupper, der er mest syge, og hvor indsatsen har størst effekt. Herunder, at behandlingskvaliteten ikke påvirkes negativt af

⁴⁰ Kilde: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren.

organisatoriske forandringer. Sammenhæng i patientforløb, sårbare og udsatte patienter bør prioriteres.

7.3.1 Ledelse og praksisudvikling

Hensigtsmæssig anvendelse af praksispersonale, arbejdsorganisering og anvendelse af data kan have en positiv effekt på kliniske resultater. Det er naturligt, at de praktiserende læger, uanset praksisform, fortsat arbejder for en forbedret arbejdstilrettelæggelse og ledelse i praksis.

Arbejdet med ledelse og praksisudvikling understøttes af KAP-H I form af ledelses- og udviklingskurser samt bistand af organisationskonsulenter.

7.4 Den sundhedsfaglige kvalitet

Ved den sundhedsfaglige kvalitet forstås kvaliteten af de ydelser, sundhedsprofessionelle tilbyder. Den grundlæggende ydelse i almen praksis er at stå til rådighed for patienternes henvendelser, levere en individualiseret almen medicinsk vurdering, diagnosticering, rådgivning (herunder eventuelt henvisning), opfølgning og behandling. Den almenmedicinske ydelse sikrer en patientcentreret tilgang ud fra patientens ønsker og behov.

Almen praksis såvel som samarbejdspartnere arbejder i overensstemmelse med gældende vejledninger og forløbsprogrammer, herunder med en fælles forståelse af arbejdsvilkår på tværs af sektorer.

Delmålsætninger

- at almen praksis er opdaterede i forhold til de gældende faglige retningslinjer og inddrager disse i behandlingen afhængig af den enkeltes ønsker og behov
- at almen praksis foretager relevant dokumentation af kvaliteten af behandling
- at patientsikkerhed i almen praksis styrkes
- at understøtte udviklingen af efteruddannelses tilbud i almen praksis, som løfter kvaliteten og samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen
- at almen praksis vedligeholder og systematisk udvikler individuelle kompetencer.

Anbefalinger

- at det kvalitetsforbedrende arbejde understøttes med udgangspunkt i evidensbaserede vejledninger
- at understøtte, at patienterne tilbydes relevant diagnosticering og korrekt behandling ud fra rammerne for den personcentrerede medinddragelse.

7.4.1 Patientsikkerhed

Sundhedspersoner i praksissektoren, herunder almen praksis, er omfattet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD).

Patientsikkerhed handler om at forebygge utilsigtede hændelser gennem læring og sikre løbende forbedringer af patientsikkerheden i det samlede sundhedsvæsen, herunder almen praksis.

Den regionale patientsikkerhedsorganisation

Der er oprettet en regional patientsikkerhedsorganisation for praksissektoren, som skal tage sig af sagsbehandling, analyse, læring og formidling af rapporterede utilsigtede hændelser fra alle ydergrupper og apoteker og mellem sektorer:

- Tværsektorielle patientsikkerhedsfora, etableret under samordningsudvalgene
- Patientsikkerhedsråd med deltagelse af alle fagpolitiske organisationer i praksissektoren, praksiskonsulenter, kommunale repræsentanter, apotekerne og den regionale patientsikkerhedsorganisation.

Praksissektorens patientsikkerhedsorganisation understøtter den enkelte praksis i arbejdet med at øge patientsikkerheden.

Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser fra almen praksis har været stigende siden 2010. Det bør være en fortsat målsætning i planperioden at tilskynde til rapportering fra almen praksis om utilsigtede hændelser med henblik på læring og kvalitetsforbedring, idet der arbejdes på at gøre indberetningen mere smidig og mindre tidstung.

Oplysninger om patientsikkerhedsarbejdet med relevans for almen praksis i regionen er samlet på www.sundhed.dk⁴¹. Siden indeholder bl.a. beskrivelse af rapporteringspligt, baggrundsoplysninger, kontaktpersoner, informationsmateriale og en værktøjskasse, som understøtter arbejdet med patientsikkerhed i den enkelte praksis.

I regi af KAP-H er der ansat patientsikkerhedskonsulenter, som arbejder med at styrke læringsdelen og læring i almen praksisklinikkerne, ligesom patientsikkerhed så vidt muligt indtænkes i øvrige kvalitetsindsatser.

Patientsikkerhed og akkreditering

Det er vigtigt at indtænke patientsikkerhed i alle sammenhænge, og derfor også i kvalitetsmæssige tiltag.

Patientsikkerhed skal ligeledes indarbejdes i forhold til akkrediteringsprocessen. DDKM for almen praksis omfatter en standard om utilsigtede hændelser samt fem patientsikkerhedskritiske standarder.

⁴¹ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/patientsikkerhed/uth/>

Fra 1. september 2011 har patienter og pårørende kunnet rapportere utilsigtede hændelser på samme måde som sundhedsfaglige personer. Det sker indtil videre kun i beskedent omfang.

Anbefaling

- *at understøtte udviklingen af patientsikkerhed, herunder fremme arbejdet med indrapportering af utilsigtede hændelser.*

7.4.2 Efteruddannelse

Systematisk efteruddannelse er en del af den Overenskomsten for almen praksis. I Fonden for Almen Praksis arbejdes der i øjeblikket på, hvordan den systematiske efteruddannelse kan organiseres og tilrettelægges.

Boks 14: Systematisk efteruddannelse

Systematisk efteruddannelse etableres som et supplement til den eksisterende selvvalgte efteruddannelse og skal give alle praktiserende læger adgang til deltagelse i et struktureret, kontinuerligt og planlagt, livslangt efteruddannelsesforløb inden for aftalte temaer med fokus på evidensbaseret medicin og med relevans for patienter og samfund og relevans i forhold til den enkelte læges faglige baggrund.

Den systematiske efteruddannelse skal derudover bidrage til, at de praktiserende læger på en systematisk måde opbygger kompetencer, der er målrettet udviklingen i sundhedsvæsenet og patienternes behov, under stadig hensyntagen til sikring af den almenmedicinske lægefaglighed og til kapaciteten i almen praksis.

Temaerne og emnerne for den systematiske efteruddannelse bestemmes af bestyrelsen for Fonden for Almen Praksis og skal som udgangspunkt ligge inden for målbeskrivelsen for almen praksis.

Systematisk efteruddannelse er forankret i Fonden for Almen Praksis og sekretariatsbetjenes af PLO.

Det forventes, at KAP-H og den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelse (DGE) vil spille en rolle i udviklingen og implementeringen af den systematiske efteruddannelse. Såvel som Region Hovedstaden også vil bidrage med undervisningstilbud.

DGE er organiseret i regi af KAP-H med en DGE-koordinator og efteruddannelsesvejledere, der har til opgave at styrke den decentrale og selvvalgte efteruddannelse, herunder supervision.

Anbefalinger

- *at der i planperioden inddrages vidensformidling og udvikling i det kommunale sundhedsvæsen i efteruddannelsesaktiviteterne*

- *at der ud fra anbefalingerne i den samlede praksisplan udarbejdes relevante efteruddannelsesaktiviteter.*

7.5 Den patientoplevede kvalitet

Delmålsætning

- at dokumentere patientoplevelser i almen praksis og at almen praksis arbejder systematisk med udvikling med henblik på kvalitetsforbedringer samt bedre patientbehandling og øget patientsikkerhed.

Ved den patientoplevede kvalitet forstås patienternes erfaringsbaserede vurdering af den kliniske og den organisatoriske kvalitet.

Det er i overenskomsten aftalt at sætte fokus på den patientoplevede kvalitet i almen praksis ved gentagne patienttilfredshedsundersøgelser som led i DDKM.

Patientinddragelse bør være et element i den løbende kvalitetsudvikling i almen praksis, f.eks.:

- I patienttilfredshedsundersøgelser.
- Ved gennemførelse af DDKM, hvori der også er en vejledende standard om patientinddragelse.
- Inddragelse af patienter og pårørende i patientsikkerhedsanalyser.

I forhold til den enkelte praksis, sondres der mellem patientinddragelse vedr. egen behandling og inddragelse af patienternes vurdering i den organisatoriske tilrettelæggelse i klinikken.

Anbefaling

- *at der i planperioden fokuseres på udvikling og kvalitetsforbedringer på baggrund af tilbagemeldinger fra patienter.*

7.5.1 Læring ved patienttilfredshedsundersøgelser og patientevalueringer

Når almen praksis gennemfører patienttilfredshedsundersøgelser (jf. overenskomstens § 93) skal klinikken anvende tilbagemeldinger fra patienterne til at skabe læring og forbedre klinikkens ydelser.

Boks 15: DDKM Standardsæt for almen praksis vedr. tilbagemeldinger fra patienter

Standard 1.4: Patientevalueringer

- Klinikken anvender tilbagemeldinger fra patienter til at forbedre klinikkens ydelser. Formålet er at skabe læring og forbedre klinikkens ydelser på baggrund af tilbagemeldinger fra patienter.

Indikatorer:

- Ved interviews med læger og praksispersonale kan almen praksis redegøre for, hvordan tilbagemeldinger fra patienter håndteres, og at der sker opfølgning på tilbagemeldinger.
- Der er gennemført patientevaluering via DAK-E inden for de sidste tre år, og læger og praksispersonale kan redegøre for, at der er fulgt op på resultater.

Anbefaling

- *at følge arbejdet med at skabe læring ved inddragelsen af patienterne.*

7.6 Datadrevet kvalitetsudvikling

Regler og krav for de kliniske kvalitetsdatabaser er formuleret således, at det sikrer højest mulig validitet af data. At den enkelte læge kan reproducere diagnosen og inkludere patienter i databasen, som lever op til afgrænsningen.

Der bør sættes specifikt ind over for at øge validiteten af data i de kliniske kvalitetsdatabaser, og der bør jævnligt foretages undersøgelser af validiteten af de inkluderede patienter. Der bør sættes en nedre grænseværdi for, hvor stor en procentdel de inkluderede patienter skal udgøre for at kunne anvende data til meningsfulde konklusioner.

Patientens kliniske resultater kan ikke stå alene som mål for kvaliteten, idet individuelle forhold og medinddragelse af patienter nødvendigvis har en effekt på de kliniske indikatorer. Ensartethed i patienternes kliniske resultater er ikke i sig selv et mål og kan ikke i sig selv udgøre et mål for kvalitet.

Anbefaling

- *at der arbejdes for at fremme validiteten af kvalitetsdata i databaser via efteruddannelsesaktiviteter.*

Derudover afventes der i planperioden nationale tiltag på området datadrevet kvalitet.

Bilag

Grundbeskrivelse for almen praksis

Høringsudkast

Høringsskema Almen Praksisplan 2015-2018 - besvaret af

Organisation: Kommuneklynge Midt (Egedal, Furesø, Lyngby-Taarbæk
Rødovre, Gladsaxe, Ballerup, Rudersdal og Gentofte Kommune)

E-mail: nika@furesoe.dk, sito@balk.dk

Praksisplanens del 2: Patienten som aktiv samarbejdspart

Kommuneklynge Midt har ingen bemærkninger til praksisplanens del 2.

Praksisplanens del 2: Nye samarbejdsformer

Kommuneklynge Midt har ingen bemærkninger til praksisplanens del 2.

Praksisplanens del 2: Lighed i sundhed

Kommuneklynge Midt har ingen bemærkninger til praksisplanens del 2.

Praksisplanens del 3: Kapacitet og tilgængelighed

5.1 LÆGEDÆKNING OG PRAKSISSTRUKTUR

I relation til delmålsætningen om, *'at praktiserende læger praktiserer i bæredygtige praksis, ...'* savnes en præcisering af, hvad en "bæredygtig praksis" indebærer. Dette er ikke beskrevet i den efterfølgende tekst eller andre steder i praksisplanen.

5.1.2 Overenskomstens bestemmelser om lægedækning

Det er yderst vigtigt, at alle borgere kan tilmeldes en praktiserende læge, hvorfor det er positivt, at der er en tilstrækkelig kapacitet i Region Hovedstaden.

5.1.3 Planområder

Det beskrives i afsnittet, at en hensigtsmæssig områdeinddeling har betydning for praksisplanlægningen ved bl.a. bestemmelse af, hvor eventuelle nynedsættelser skal placeres. Kommunerne ønsker at blive underrettet og evt. inddraget i den konkrete planlægning og ønsker at være en høringspart i forbindelse med høringer.

5.1.4 Praksisstruktur og nye samarbejdsformer

Der refereres til Finansloven for 2015, hvor almen praksis ønskes styrket ved at investere i moderne læge- og sundhedshuse. Kommuneklynge Midt savner en beskrivelse af, hvor handle- og investeringsforpligtelsen ligger i relation til etablering af moderne læge- og sundhedshuse.

Nye samarbejdsformer indenfor praksissektoren

Der henvises til *"den igangværende organisatoriske udvikling"*, men det bliver ikke præciseret, hvad denne er. Det fremgår indirekte, at det handler om bl.a. forskellige praksisformer. Dette kunne med fordel tydeliggøres i praksisplanen.

Det er positivt, at der er en tendens til et øget antal kompagniskabspraksis og en reduktion i antallet og andelen af enkeltmandspraksis inden for det seneste år. Set fra et kommunalt perspektiv har dette en stor betydning for kvaliteten af ydelserne i almen praksis. Desuden er det også med til at styrke mulighederne for at etablere velfungerende samarbejder mellem almen praksis og kommunerne.

I praksisplanen defineres et praksisfællesskab som to eller flere praksis, med eller uden fælles personale, ledelse eller økonomi. Kommunerne oplever, at størrelsen af praksisfællesskaberne har stor betydning for fleksibiliteten af arbejdstilrettelæggelsen og dermed for mulighederne for at etablere samarbejdsrelationer mellem almen praksis og kommune. Kommuneklynge Midt vurderer, at et større fællesskab på tre eller flere praksis er bedst fungerende med hensyn til ovenstående parametre.

Der refereres til en rapport om praksisfællesskaber ('Praksisfællesskaber', Region Hovedstaden, udgivet i 2012), hvor det anbefales, at kommuner, region og de faglige organisationer gør en særlig indsats for at etablere praksisfællesskaber i sårbare områder. Der er behov for en præcisering af opgave og ansvarsfordelingen i forhold til etableringen af praksisfællesskaber i sårbare områder, hvorfor kommuneklynge Midt anbefaler, at der udarbejdes en konkret handleplan for dette.

Det er en anbefaling i praksisplanen, at almen praksis, øvrige praksisydere, kommuner

og region konkretiserer, hvordan de enkelte parter kan bidrage til at fremme fx udbredelsen af praksisfællesskaber. Der mangler en præcisering af, hvad denne konkretisering skal føre med sig. Yderligere er det uklart, om der lægges op til efterfølgende lokale eller regionale drøftelser.

Vision for fælles sundhedshuse

Kommuneklynge Midt finder det vigtigt, at der i regi af sundhedsaftalernes visioner om nye samarbejdsformer sker en tværsektoriel drøftelse med kommuner og meget gerne også almen praksis om, hvad sundhedshuse kan indeholde.

Kommuneklynge Midt mener endvidere, at et øget antal kompagniskabspraksis er en naturlig og hensigtsmæssig udvikling af det nære sundhedsvæsen.

5.2 REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE

Der refereres til udarbejdelsen af en ny model for lægedækning, som tager højde for arbejdsbelastningen i områder med mange sårbare borgere. Kommuneklynge Midt ser et stort potentiale i at samarbejde med almen praksis om ulighed i sundhed, hvorfor udarbejdelsen af en ny model vil blive fulgt med særlig interesse. Der savnes dog en præcisering af dels, hvornår dette arbejde finder sted (tidsramme), og dels hvordan og hvor dette arbejde kan følges.

Det nævnes, at der jf. Sundhedsstyrelsens udbudsprognoser ikke forventes speciallægemangel i almen medicin med udgangspunkt i nuværende efterspørgsel efter ydelser, men at efterspørgslen kan stige i fremtiden. Der ønskes en præcisering af, hvornår efterspørgslen evt. forventes at stige.

Kommuneklynge Midt er enig i, at det er afgørende at lægedækningen hele tiden sikres med udgangspunkt i den aktuelle situation. Kommuneklynge Midt anbefaler, at der afprøves nye modeller for samarbejdsformer mellem almen praksis og kommune med henblik på at sikre lægedækningen fremover. Der opfordres til, at man i disse afprøvelser samtidig målrettet forsøger at sikre en sammenhængende indsats i relation til sårbare borgere og lighed i sundhed.

5.2.2 Rekruttering og fastholdelse i sårbare områder

Praksisplanen lægger vægt på, at almen praksis bør understøttes i at gøre det attraktivt at praktisere i sårbare områder af andre aktører. I den forbindelse ønsker kommuneklynge Midt at påpege:

- De sårbare borgere bestemmer altid selv hvilken informationsudveksling, der kan finde sted mellem aktører. Det gælder såvel samarbejde med kommuner, som med psykiatriske centre etc.
- Der mangler en præcisering af, hvem der skal betale for den tid, almen praksis skal bruge i det beskrevne samarbejde om sårbare borgere
- Der mangler præcisering af, hvem der sikrer adgang til kvalificeret tolkebestand, og hvem der betaler for ydelserne

Generelt set ser Kommuneklynge Midt positivt på anbefalingerne i afsnit 5.2.2 med en enkelt bemærkning. Den sidste anbefaling i afsnit 5.2.2 er relateret til udarbejdelsen af en ny model for lægedækning. Det nævnes her, at modellen skal tage højde for social ulighed i sundhed med udgangspunkt i relevant data. Der ønskes en præcisering af

hvilke data, der er tale om. Som nævnt tidligere (under punkt 5.2) ønskes en yderligere præcisering af tidsrammen for dette arbejde.

5.3 BETJENING AF AKUTTILBUD OG SYGEBESØG

I den sidste sætning anvendes formuleringen ”midlertidigt ophold uden for hjemmet”. Det er ønskeværdigt, at det bliver præciseret, hvad der menes med det.

5.3.1 Nye kommunale tilbud og kompetencer

Det nævnes i praksisplanen, at de kommunale tilbud i dag kræver et højere kompetenceniveau end tidligere, og at dette forudsætter en udbygget lægefaglig betjening. Kommuneklynge Midt forudsætter, at der her menes øget adgang til lægefaglig betjening således, at fx den kommunale hjemmesygepleje kan løse de mere komplekse pleje- og behandlingsbehov, der kan være forbundet med tidligere udskrivelser. Kommuneklynge Midt ønsker i denne forbindelse at påpege, at kommunerne allerede i vidt omfang er gearret til at løfte opgaver på et højere kompetenceniveau end tidligere. En forudsætning for at løse opgaverne er dog, at borgerne har adgang til den nødvendige lægefaglige betjening. I denne forbindelse er der behov for et bredere perspektiv på lægefaglig betjening end kun almen praksis. Dette kunne fx involvere aftaler med relevante sygehusafdelinger om kompetenceudvikling og bagstopperfunktion.

Kommuneklynge Midt bemærker, at opgaver i kommunerne kan blive udført på ordination og dermed på delegation af en almen praktiserende læger og læger fra hospitalernes specialafdelinger. Kommuneklynge Midt vurderer, at der er behov for klare definitioner af hvilke opgaver, der kan delegeres til fx hjemmesygeplejen, samt hvilke læger (almen praktiserende læger, speciallæger, læger på sygehuse), der kan delegere opgaverne.

Indsatser i Sundhedsaftalen vedr. akutte pleje- og behandlingstilbud (grå boks s.29)

Kommuneklynge Midt ser frem til, at der sker en større forpligtelse af parterne i form af en stillingtagen til ansvars- og opgavefordelingen, hvilket der også lægges op til i Sundhedsaftalen.

Der er generelt set opbakning til anbefalingen i dette afsnit. Det ville være gavnligt, hvis der yderligere kunne opfordres til at igangsætte forskning om samarbejdet mellem kommunale akutfunktioner, de praktiserende læger og hospitalernes akutfunktioner. Denne forskning kunne bidrage med viden om forebyggelse af unødvendige indlæggelser/genindlæggelser. Formulering kunne være som følger: ”At følge og anvende resultaterne af læring og forskning vedr. betjening på akutområdet, samt opfordre relevante forskningsmiljøer til at igangsætte forskning indenfor området”.

Definition af tilbud

KL og PLO har i første halvdel af 2015 udgivet et definitionspapir om midlertidige pladser. Der bør tages udgangspunkt i dette.

Kommuneklynge Midt ønsker endvidere at påpege, at overskriften ”5.3 Betjening af

akuttilbud og sygebesøg” samt overskriften ”5.3.1 Nye kommunale tilbud og kompetencer” er misvisende i forhold til teksten i afsnittene. For det første er ’plejeboliger’ og ’aflastningspladser’ ikke nye tilbud i kommunerne, hvilket antydes i teksten og af overskrifterne. For det andet er disse tilbud ikke nødvendigvis ’akutte’, da de også bliver benyttet af borgere, som har permanent behov for pleje.

Derimod er det relativt nyt, at en del kommuner har etableret fx subakutte pladser og mobile sygeplejeenheder på et mere specialiseret niveau. At flere kommuner har gjort dette, er naturligvis dels et svar på de udfordringer, som udviklingen i sygehusvæsenet stiller kommunerne overfor, men også et ønske om at forebygge indlæggelser.

Kommuneklynge Midt ser et stort behov for, at drøftelser om lægefaglig betjening af plejeboliger og aflastningspladser ikke bliver blandet sammen med drøftelser om lægefaglig betjening af akuttilbud (altså alt det midlertidige, hvor borgerne ved siden af HAR en praktiserende læge). De to drøftelser skal skilles meget mere tydeligt ad i praksisplanen, da problemstillingerne er vidt forskellige. Organiseringen af den lægefaglige betjening af kommunale akuttilbud har stor betydning for kontinuitet og sammenhæng i forløb, da borgerne som nævnt også har en praktiserende læge. Disse problemstillinger gør sig ikke gældende med hensyn til plejehjemslæger/institutionslæger.

5.3.2 Behov for lægefaglighed i de nye kommunale tilbud og plejecentre/botilbud

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der indgås samarbejdsaftaler med almen praksis om lægeordnede opgaver, der skal løses af kommunale medarbejdere (s. 31). Kommuneklynge Midt hæfter sig særligt ved, at kommunerne kan indgå samarbejdsaftaler med et færre antal læger. Kommuneklynge Midt anser det som centralt, at samarbejdsaftaler som udgangspunkt indgås med alle praktiserende læger i en kommune. Hvis der indgås aftaler med et færre antal læger, antages det, at disse læger betjener alle borgere i kommunen (jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger).

5.3.3 Modeller for lægefaglig betjening

I praksisplanen beskrives flere mulige modeller for betjening af patienter tilknyttet forskellige kommunale tilbud. Der er behov for en uddybning af beskrivelserne af modellerne, da det ikke er tydeligt, hvad forskellene mellem de enkelte modeller helt præcist er.

Kommunerne bakker op om, at det er nødvendigt, at der indgås rammeaftaler om de foreslåede modeller for lægefaglig betjening af de forskellige typer af m.m. jf. anbefalingen s.32. Kommunerne har dog følgende bemærkninger til anbefalingen:

- Det vil være gavnligt, hvis det i udgangspunkt var en forpligtigelse for alle praktiserende læger at indgå rammeaftaler for lægebetjening af de forskellige kommunale tilbud.
- Beskrivelsen af de foreslåede modeller er uklar og muligvis heller ikke udtømmende. Derfor bør formuleringen af anbefalingen blødes op, så en evt. rammeaftale ikke begrænses til at tage udgangspunkt i de beskrevne modeller. Det vurderes, at det er for tidligt at lægge sig fast på en model, da der fortsat sker megen udvikling i kommunerne inden for området.

Det bemærkes også, at den samlede model på de tre nævnte områder reelt betyder, at

der lægges op til at indgå sær aftaler, hvor borgerne ikke længere betjenes af deres egen praktiserende læge, hvis de er (1) i eget hjem hvor en sygeplejerske fra et "akut-team" er tilknyttet for en kortere periode, (2) på en midlertidig plads enten efter en indlæggelse eller uafhængigt af en indlæggelse, (3) hvis de permanent bor på plejecenter/seniorcenter eller på et bosted.

Med punkt (3) som inkluderer alle permanente kommunale botilbud udvides den samlede model til at dække langt mere end det område, der er blevet italsat som "nyt" (i form af de tilbud som ofte anvendes til nyudskrevne borgere). Det er væsentligt at holde diskussionen af borgernes ret til en læge i *midlertidige* tilbud helt adskilt fra en drøftelse af, hvorvidt man reelt skal gå tilbage til en ordning med plejehjemslæger for borgere, der *permanent* bor på et plejecenter/botilbud.

Kommuneklynge ønsker som udgangspunkt for drøftelser af forskellige modeller, at der sker en nøje overvejelse af fordele og ulemper, og at modellerne ikke blandes unødigt sammen. Jævnfør andre bemærkninger bør der være en analyse og overvejelse om, hvilke roller de forskellige aktører skal spille i sundhedsvæsnet, så der ikke udvikles uhensigtsmæssige knopskydninger, der kan risikere at betyde yderligere brud på forløb.

5.4 TILGÆNGELIGHED

Kommuneklynge Midt anser det som problematisk, at praksisplanen ikke er mere ambitiøs i forhold til beskrivelsen af tilgængelighed for alle grupper af borgere. Der kunne med fordel indsættes en hensigtserklæring om at følge FN's handicapkonvention om at fremme adgangen for personer med funktionsnedsættelse. Fx at almen praksis forpligter sig til at følge FN's handicapkonvention i 2030.

5.4.1 Definition af tilgængelighed

Kommuneklynge Midt opfordrer til, at der stilles krav om, at tilgængeligheden for bevægelseshæmmede i almen praksis forbedres.

5.4.2 Fysisk tilgængelighed

Kommuneklynge Midt ønsker også i dette afsnit, at anbefalingen gøres mere forpligtende. Formuleringen kunne være: 'Almen praksis skal løbende forbedre den fysiske tilgængelighed'.

5.4.3 Ny tilgængelighedsmærkning

Kommuneklynge Midt ser meget positivt på, at det er et mål at udbygge oplysninger om adgang for mennesker med funktionsnedsættelse på www.sundhed.dk. Der savnes dog en præcisering af, hvornår det forventes, at www.sundhed.dk er opdateret med oplysninger om tilgængelighed hos bl.a. praktiserende læger. Yderligere anbefaler kommunerne, at det bliver et krav til almen praksis at indgå i en tilgængelighedsmærkning. Kommuneklynge Midt bemærker med bekymring, at der i planområde Midt kun er svaret bekræftende på spørgsmålet om tilgængelighed for fysisk handicappede borgere i 20 % af besvarelserne.

Det nævnes i praksisplanen, at kommunerne kan indtænke egnede lokaler til almen praksis i lokalplaner og i forbindelse med opførelse af nye bygninger til kommunale sundheds- og/eller socialfaglige tilbud. Dette vil kræve en *gensidig forpligtelse* til konstruktive drøftelser og konkrete samarbejder.

5.4.4 Telefonisk tilgængelighed

Kommuneklynge Midt mener, at det er vigtigt, at almen praksis fortsat har fokus på at forbedre den telefoniske tilgængelighed. Nogle kommuner har fået adgang til akutnumre til almen praksis, som hjemmesygeplejen kan benytte. Dette er en klar forbedring, som medfører en bedre service til borgerne.

Kommunerne vurderer, at der også med fordel kan indføres en mærkning af telefonisk tilgængelighed i almen praksis på www.sundhed.dk.

5.4.5 Elektronisk tilgængelighed

Der savnes en redegørelse for, om almen praksis opfylder overenskomstens hensigt fra 2006 om elektronisk tilgængelighed. Ligeledes savnes en redegørelse for, hvilke sanktionsmuligheder regionen kan gøre brug af i de tilfælde, hvor praksis ikke overholder overenskomsten.

Praksisplanens del 4: Udvikling af det sammenhængende sundhedsvæsen

6.1 SAMARBEJDE OM BESTEMTE MÅLGRUPPER

6.1.1. Samarbejde om patienter med kronisk sygdom og den ældre medicinske patient

Forløbsprogrammer

Set fra kommunernes side er praksisplanen et godt udgangspunkt for det videre samarbejde mellem kommune og almen praksis om borgere med kronisk sygdom. Planen følger godt op på det tværsektorielle samarbejde, som det er beskrevet i forløbsprogrammerne, hvor den praktiserende læge er tovholder for patienten, og fokus er sammenhængende forløb for patienterne af høj kvalitet på tværs af sektorerne. Det er endvidere positivt, at planen anbefaler, at almen praksis indgår i arbejdet med at fastlægge konkrete mål for kvalitet og implementering af forløbsprogrammer samt indikatorer til monitorering. Den anden anbefaling i dette afsnit er relateret til at udbrede kendskabet til forløbsprogrammerne yderligere i almen praksis, hvilket også er positivt. Der ønskes dog en konkretisering af, hvorledes dette skal ske, da der allerede er blevet gjort

mange tiltag for at sikre kendskabet i almen praksis - både fra regional og kommunal side.

Tidlig opsporing af kronisk sygdom

Det er positivt, at planen anbefaler, at almen praksis indgår i det tværsektorielle arbejde med at udvikle og implementere metoder til f.eks. tidlig opsporing af begyndende sygdom eller forværring af sygdom samt til identificering af sårbarhed hos patienter med kronisk sygdom. Det er gavnligt med et øget fokus på f.eks. tidlig opsporing, identifikation af patienter med særlige behov og patienter med behov for forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser, f.eks. alkohol- og tobaksintervention forud for operation.

Det er endvidere gavnligt med fokus på information og kommunikation mellem praktiserende læge og kommunen. Det er derfor positivt, at der lægges op til samarbejde om, hvordan lægerne får kendskab til kommunens tilbud og udveksling af information om borgere. Den må gerne være systematisk, som den f.eks. kan være på Sundhed.dk, som indgår i Sundhedsaftalerne. Dette er dog først beskrevet under afsnit 6.1.2. som omhandler lungeområdet.

De to underafsnit *Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser* side 43 og *Lette henvisningsveje til sundheds- og forebyggelsestilbud* side 44, som kommer i afsnit 6.1.2 Styrket satsning på lungeområdet, bør flyttes til afsnit 6.1.1 Samarbejde om patienter med kronisk sygdom og den ældre medicinske patient, da det bør gælde mere generelt frem for kun for lungeområdet.

6.1.2. Styrket samarbejde på lungeområdet

Det vurderes, at der er behov for en omformulering af den første sætning i afsnittet (*Regeringen har i sin...*), da det skrevne kan opfattes som om, at der kun er fokus på lungesygdomme hos børn. Det antages, at afsnittet omfatter både børn og voksne.

Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser

Som nævnt tidligere ønskes det, at dette underafsnit flyttes til afsnit 6.1.1, så de dækker mere generelt frem for kun for lungeområdet.

Det er positivt, at der er fokus på, at indlæggelser af ældre borgere i mange tilfælde kan forebygges via en proaktiv indsats i et samarbejde mellem kommune og almen praksis. Det anses dog som problematisk, at det ikke er en del af anbefalingerne, at samarbejdet mellem kommune og almen praksis skal styrkes i forhold til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Det er et stort ønske fra kommunernes side, at der fortsat arbejdes med at opbygge et tættere samarbejde om de ældre medicinske patienter, som fx opholder sig på midlertidige pladser.

Lettere henvisningsveje til sundheds- og forebyggelsestilbud

Som nævnt tidligere ønskes det, at dette underafsnit flyttes til afsnit 6.1.1, så de dækker mere generelt frem for kun for lungeområdet

Kommunerne påtager sig fuldt ud forpligtelsen til at sørge for at SOFT-portalen er opdateret. Det er dog ikke kommunernes ansvar, at SOFT-portalen er let tilgængelig med

en simpel søgefunktion (s. 44). Dette ansvar bør være placeret hos Sundhed.dk. Den sidste sætning på s. 44 ønskes omformuleret, således at det fremgår, at der tilstræbes, at der for hver kommune findes så få lokationsnumre som muligt. Her kan man med fordel anvende formuleringen fra s. 65 om samme emne.

6.1.4. Samarbejde om gravide, nyfødte og børn

Praksisplanen fokuserer meget på faggruppernes samarbejde omkring de mindste børn. Når børnene starter i skole, har de fleste ikke været i kontakt med sundhedsplejen siden barnets 1 års alder, da det er almen praksis, som står for de årlige undersøgelser af børnene fra 1 – 5 år. Der ligger et udviklingspotentiale i, at almen praksis benytter sig af vejledningen fra Sundhedsstyrelsen om de ”Forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis 0 – 5 år”. Her angives, at hvis lægen vurderer, at barnet har haft sundhedsmæssige problemer, der kan få betydning for skolegangen, udarbejder lægen et notat til den kommunale sundhedstjeneste ved afslutningen af børneundersøgelsen. Dette kan videregives via korrespondancemeddelelser. Det bliver meget sjældent anvendt i dag, men det vil være af stor værdi, at det udbredes, så sundhedsplejen får bedre forudsætninger for at opspore vanskeligheder hos børnene og dermed støtte op om børnenes individuelle behov, både i forhold til barn, forældre og skole.

Styrket samarbejde om sårbare børn

Kommunerne ser meget positivt på, at der i praksisplanen er fokus på at styrke det tværsektorielle samarbejde om sårbare børn.

Opfølgningsindsatsen

Det anbefales i praksisplanen, at det undersøges, hvorvidt et styrket samarbejde mellem almen praksis og sundhedsplejen kan være med til at øge tilslutningen til vaccinationsprogrammet blandt børn i sårbare familier. Det er uklart, hvordan en styrkelse af samarbejdet mellem almen praksis og sundhedsplejen skal udmøntes for at sikre en øget tilslutning til vaccinationsprogrammet. Kommunerne ser potentiale i samkøring af data, hvorved barnets vaccinationsstatus evt. kan komme til at fremgå af sundhedsplejens e-journal. Dette ville medvirke, at sundhedsplejen kunne foretage en yderligere opfølgning på barnets vaccinationsstatus ved de lovpligtige ind- og udskolingsundersøgelser.

Tidlig opsporing af børneastma

Der er et stort behov for, at det bliver konkretiseret, hvorledes et styrket samarbejde mellem kommuner og almen praksis kan udmøntes i forhold til at understøtte tidlig opsporing af børneastma i almen praksis.

6.1.5. Samarbejde om mennesker med psykisk sygdom og mistrivsel

Der er ingen bemærkninger til dette afsnit, men det er velkomment!

6.1.7. Samarbejde på misbrugsområdet

Det er vigtigt at bemærke, at det ikke er nødvendigt for borgerne at blive henvist af almen praksis til behandling af misbrug i kommunerne. Borgerne har også mulighed for selv at henvende sig til kommunernes misbrugscentre. Dette betyder dog ikke, at

almen praksis ikke skal have kendskab til de kommunale tilbud og henvise til dem eller opfordre borgerne til at henvende sig, når det er relevant.

Det er vigtigt, at almen praksis er opmærksom på, at kommunen er visiterende myndighed i forhold til behandling, metode, intensitet og varighed. Det er endvidere vigtigt, at praksisplanen er meget præcis omkring, at almen praksis selv har behandlingsansvaret for de borgere, der er blevet afhængige af medicin, der er ordineret af egen læge – f.eks. benzodiazepin. Der ud over er det ikke alle typer behandling almen praksis må udføre i længere perioder – f.eks. ordination af metadon som substitutionsbehandling (egen læge må dog gerne ordinere metadon i længere tid, hvis det er som smertebehandling).

Kommuneklynge Midt ser gerne, at dette afsnit beskriver den særlige forpligtelse almen praksis har i forhold til at underrette borgernes hjemkommune, hvis en borger med misbrug har hjemmeboende børn eller samvær med børn.

6.2 SAMARBEJDE OM MEDICIN

6.2.2 Det fælles medicinkort

Da den underliggende aftale om oprydning i FMK først er kommet på plads i maj 2015, bør tidsperspektivet for implementeringen af FMK udskydes. Desuden bør slutdatoen for, hvornår alle parter skal være koblet på og anvende FMK, fremgå.

6.2.3 Medicingennemgang

Det anbefales i praksisplanen, at ”der i planperioden fokuseres på at afdække behovet for medicingennemgang i almen praksis”. Dette er meget velkomment, da bedre mulighed for at få foretaget en medicingennemgang (fx i forbindelse med indflytning på plejecenter) har været påtrængende længe. Der er dog bekymring for, at den ovennævnte formulering er for vag, således at der vil gå adskillige år, før der tages hul på blot at få afdækket behovet. Anbefalingen bør konkretiseres, så der tages fat på spørgsmålet primo planperioden.

6.2.4 Dosisdispensering

Det anbefales, at der tilføjes en yderligere anbefaling vedr. dosisdispensering:

- At arbejde for at gøre procedurerne vedr. dosisdispensering mere fleksible.

I et kommunalt perspektiv kunne det i visse tilfælde være en fordel, at borgerne tidligere end i dag får mulighed for at overgå til dosisdispenseringer, samt at apotekerne kan pakke dosis-pakkerne med kortere varsel.

6.3 DIGITAL KOMMUNIKATION

I praksisplanen er der fokus på vigtigheden af datadeling på tværs af sektorer. For at understøtte at borgeren oplever at være en ligeværdig samarbejdspartner i eget forløb, vurderer kommunerne, at også borgeren bør have fuld adgang til egne data.

6.3.1 Styrkelse af digitale arbejdsgange

Sikker overdragelse på tværs af sektorovergange

Der bør være fokus på at skabe et overskueligt og sikkert system, så der skabes nemt

overblik over afsendelse, modtagelse og kvitteringer i forhold til opgave og informationsinddragelse, så der ikke mistet overblik, eller beskederne opleves som spam. I forbindelse med datadeling mellem sektorer er det afgørende, at alle overholder gældende regler om at indhente informeret samtykke. Det skal være borgerens ret at bestemme selv og kunne frigøre sig fra andres definerede historie og starte på 'en frisk' hos en anden behandler.

6.3.2 Udvikling af den digitale kommunikation om bestemte målgrupper

Bedre digital kommunikation om svangre- og børneområdet

I underafsnittet *Bedre digital kommunikation på svangre- og børneområdet* angives, at almen praksis har udtrykt ønske om, at "barnets bog" gøres til et fælles kommunikationsmiddel. Ved Sundhedsstyrelsens revision af "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge" i 2011 præciseres, at barnets bog ikke kan erstatte journalen, men udelukkende betragtes som et kommunikationsredskab mellem forældrene og sundhedsplejersken, og at særlige vanskeligheder og problemer med barnet ikke skal formidles gennem barnets bog. Dette skal ske gennem personlig eller skriftlig kommunikation mellem sundhedspersonerne efter aftale med forældrene. Det vil sige, kommunikationen mellem almen praksis og sundhedsplejen skal foregå på anden vis. Hovedparten af alle de kommunale sundhedsplejerskeordninger har i dag elektronisk journal. Det betyder, at når der er forhold hos barnet/familien, som kræver kommunikation mellem sundhedsplejerske og praktiserende læge, kan det foregå via korrespondancemeddelelser, som praksisplanen også peger på, skal anvendes i den tværgående indsats.

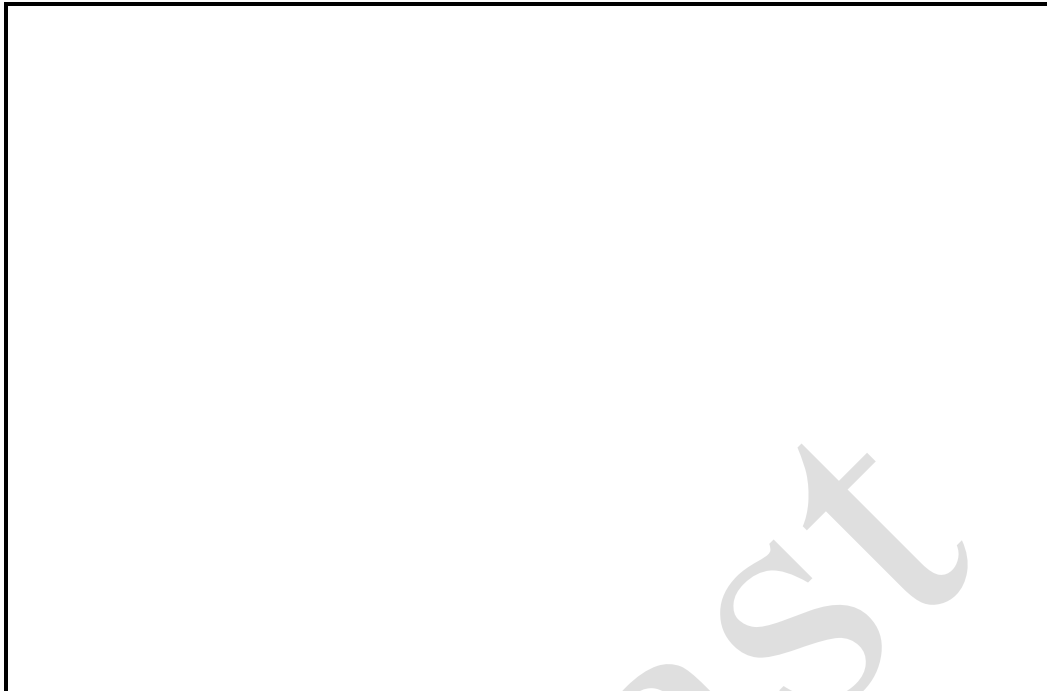
6.4 SAMARBEJDE MELLEM ALMEN PRAKSIS OG DET ØVRIGE SUNDHEDSVÆSEN

6.4.1 Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne

Det er positivt at planen sætter fokus på samarbejdet mellem almen praksis og kommuner og det tiltagende behov for, at indsatsen koordineres mellem parterne. Kommunerne støtter den skitserede opgavefordeling mellem kommunerne og almen praksis i forhold til forebyggelsesområdet, hvor kommunerne varetager den forebyggende indsats, mens almen praksis' ressourcer rettes mod identificering af behov, indledende motiverende samtale samt henvisning til kommunale sundheds- og akuttilbud. Kommuneklynge Midt mener dog, at praksis' rolle ift. kommunale akutpladser/midlertidige pladser bør være et specifikt emne, der beskrives i den del af praksisplanen, som omhandler det sammenhængende sundhedsvæsen.

Gensidig tilgængelighed mellem almen praksis og kommunerne

Det er positivt, at der i planperioden skal arbejdes på at øge den gensidige tilgængelighed mellem almen praksis og kommunerne, og at der bliver lagt vægt på, at det er et *gensidigt forpligtende ansvar*. Dette vil være med til at sikre, at borgerne kan tilbydes de bedst mulige forløb. Det er dog vigtigt, at de gældende regler om informeret samtykke overholdes.



Praksisplanens del 5: Kvalitet

Det er positivt, at en delmålsætning i praksisplanen er, at almen praksis arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling, hvilket bl.a. skal ske gennem implementering af *DDKM's* akkrediteringsstandarder for almen praksis. Dette er meget velkomment.

Øvrige kommentarer til praksisplanen eller høringen:

Kommuneklynge Midt, som består af Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Rødovre Kommune, har samarbejdet om ovenstående høringssvar til Praksisplan for almen praksis 2015–2018.

Kommuneklynge Midt anerkender det store arbejde, der ligger til grund for den nye praksisplan. Overordnet set er praksisplanen en velskrevet plan, der kobler sig fint an til Sundhedsaftale III og sætter en god ramme for almen praksis' bidrag til udviklingen af det tværsektorielle samarbejde i Region Hovedstaden.

Kommuneklynge Midt har enkelte generelle bemærkninger:

- I forbindelse med alle afsnit er der opstillet en række anbefalinger. Vi mener, at overskriften til disse afsnit bør være mere forpligtende. Det kunne være: 'Derfor vil vi i planperioden...' eller 'Handleplan for planperioden'.
- Vi anbefaler, at der udarbejdes en implementeringsplan for alle indsatserne, der er beskrevet i praksisplanen.

Klyngens kommuner afgiver dette høringssvar samlet, men der kan komme supplerende bemærkninger fra nogle kommuner.

Oversigt over antal færdigbehandlede dage i Lyngby-Taarbæk Kommune 2010-2015:

Antal færdigbehandlingsdage (65+ årige og somatik):													
	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Hele året
2010	283	330	218	80	61	104	79	96	61	63	53	55	1.483
2011	67	57	32	25	7	50	26	59	52	54	145	34	608
2012	28	51	104	82	67	186	169	14	74	198	208	59	1.240
2013	73	149	275	236	244	47	25	77	7	15	81	88	1.317
2014	27	19	87	120	103	179	105	102	72	195	247	348	1.604
2015	505	430	253	32	16	32	0						1.268

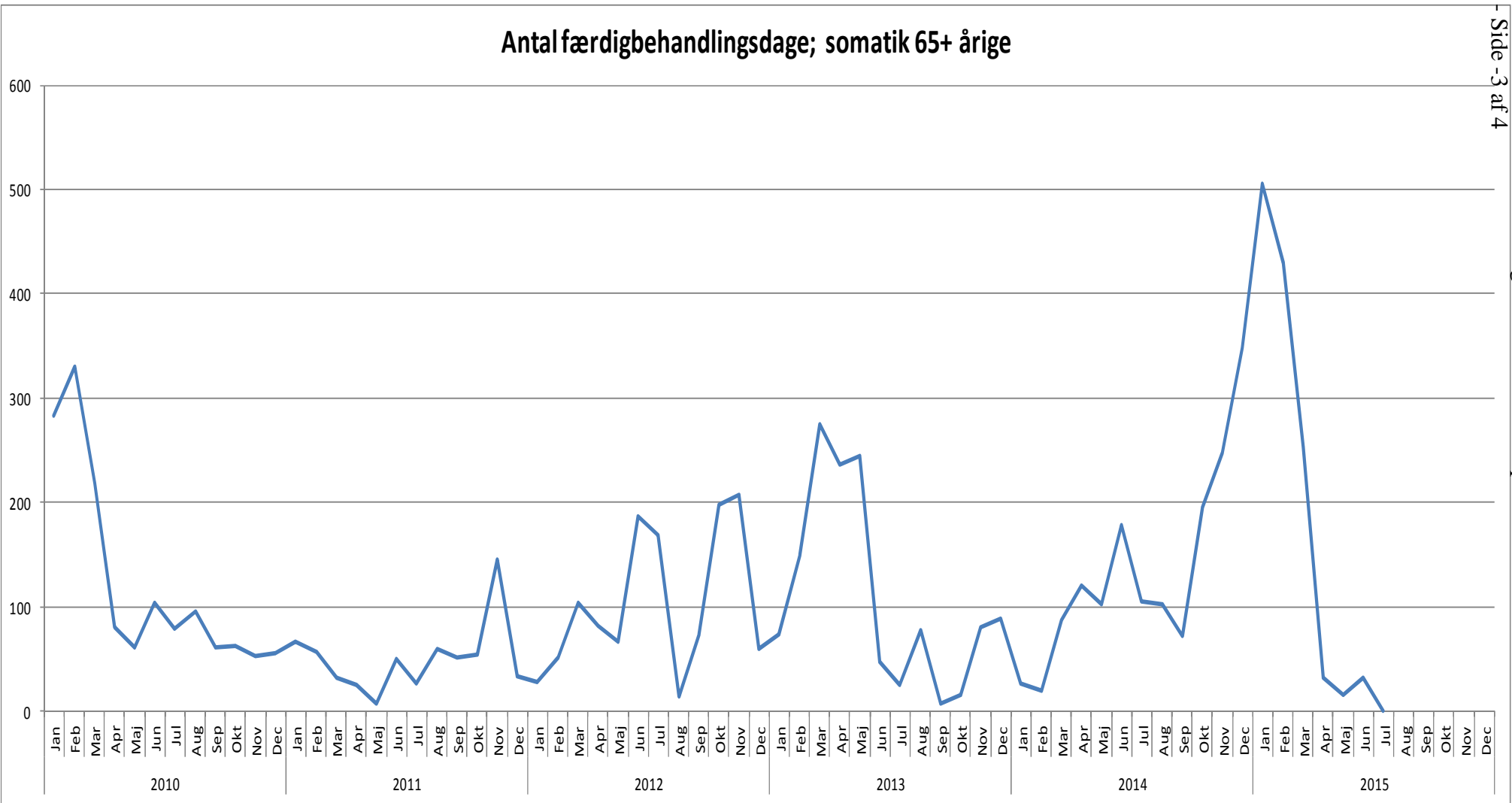
Antal færdigbehandlingsdage (alle aldersgrupper - både somatik og psykiatri):													
	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Hele året
2010	484	387	239	91	70	117	82	107	71	67	88	63	1.866
2011	113	74	32	32	7	50	26	61	54	67	145	34	695
2012	29	55	113	82	90	192	187	20	90	213	281	60	1.412
2013	76	160	290	236	262	47	27	92	29	18	81	92	1.410
2014	32	19	101	126	123	186	111	283	73	209	285	384	1.932
2015	544	434	267	33	22	33	1						1.334

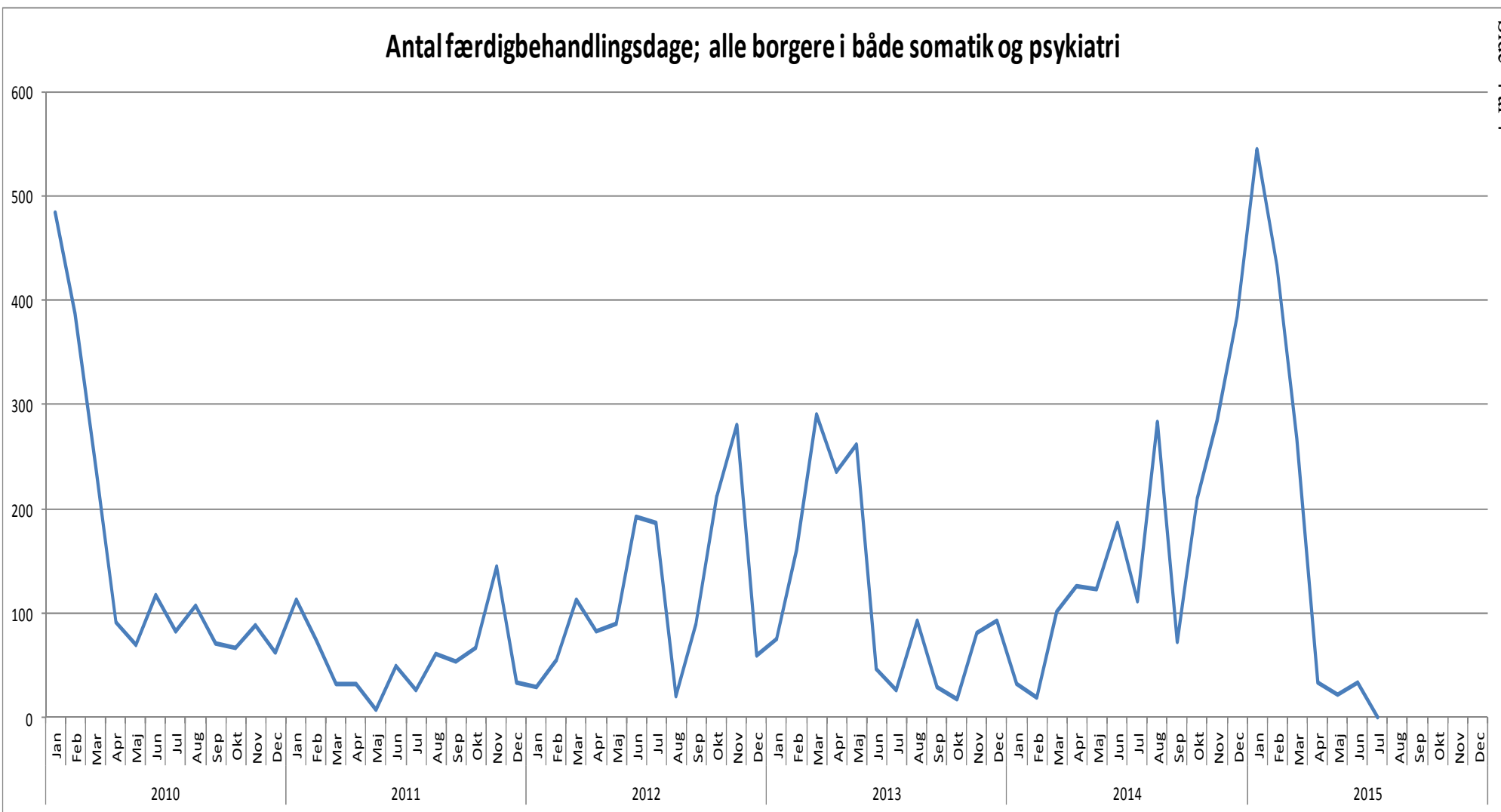
Note: Der er tale om foreløbige regnskabstal i 2015. Der kan således ske efterregistrering af data.

Oversigt over udgifter til færdigbehandlede dage i Lyngby-Taarbæk Kommune 2010-2015:

Udgifter til færdigbehandlingsdage (65+ årige og somatik):														
	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Hele året	
2010	514.777	600.270	396.542	145.520	110.959	189.176	143.701	174.624	110.959	114.597	96.407	100.045	2.697.577	
2011	122.878	104.538	58.688	45.850	12.838	91.700	47.684	108.206	95.368	99.036	265.930	62.356	1.115.072	
2012	52.388	95.421	194.584	153.422	125.357	348.006	316.199	26.194	138.454	370.458	389.168	110.389	2.320.040	
2013	138.481	282.653	521.675	447.692	462.868	89.159	47.425	146.069	13.279	28.455	153.657	166.936	2.498.349	
2014	51.786	36.442	166.866	230.160	197.554	343.322	201.390	195.636	138.096	374.010	473.746	667.464	3.076.472	
2015	985.255	838.930	493.603	62.432	31.216	62.432							2.473.868	
Udgifter til færdigbehandlingsdage (alle aldersgrupper - både somatik og psykiatri):														
	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Hele året	Budget
2010	880.396	703.953	434.741	165.529	127.330	212.823	149.158	194.633	129.149	121.873	160.072	114.597	3.394.254	2.519.888
2011	207.242	135.716	58.688	58.688	12.838	91.700	47.684	111.874	99.036	122.878	265.930	62.356	1.274.630	1.347.800
2012	54.259	102.905	211.423	153.422	168.390	359.232	349.877	37.420	168.390	398.523	525.751	112.260	2.641.852	2.668.100
2013	144.172	303.520	550.130	447.692	497.014	89.159	51.219	174.524	55.013	34.146	153.657	174.524	2.674.770	2.919.407
2014	61.376	36.442	193.718	241.668	235.914	356.748	212.898	542.794	140.014	400.862	546.630	736.512	3.705.576	2.953.000
2015	1.061.344	846.734	520.917	64.383	42.922	64.383	1.951						2.602.634	2.993.412

Note: Løbende priser. Der er tale om foreløbige regnskabstal i 2015. Der kan således ske efterregistrering af data.





Venteliste plejebolig 2010 - 2015

2010												
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Hvor mange venter samlet?				64	56	45	50	70	86	89	80	82
Demens				21	21	20	20	23	29	31	26	23
Somatisk				43	35	25	30	47	57	58	54	59
Ønsker til bolig / plads												
Specifikt				55	52	43	45	58	74	79	75	75
Ikke specifikt				9	4	2	5	12	12	10	5	7
Ledige pladser				17	0	0	14	0	0	15	0	0
Antal borgere med ønske om udenbys bolig												
I alt reelt ventende borgere på bolig i LTK												
Samlet antal plejeboliger												
Antal permanente boliger												

2011												
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Hvor mange venter samlet?	82	89	103	87	88	90	103	111	111	118	103	101
Demens	24	31	32	26	29	26	31	44	42	41	32	30
Somatisk	58	58	71	61	59	64	72	67	69	77	71	71
Ønsker til bolig / plads												
Specifikt	75	85	98	83	77	81	92	92	95	96	84	81
Ikke specifikt	7	4	5	4	11	9	11	19	16	22	19	20
Ledige pladser	11	19	10	5	15	7	14	12	14	13	26	36
Antal borgere med ønske om udenbys bolig												
I alt reelt ventende borgere på bolig i LTK												
Samlet antal plejeboliger	539	539	539	539	539	539	539	539	539	539	538	538
Antal permanente boliger	483	483	483	483	483	483	483	483	483	483	482	482

2012													
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	
Hvor mange venter samlet?	87	78	87	91	94	108	94	93	98	92	85	79	
Demens	26	26	27	29	28	35	34	33	32	33	33	28	
Somatisk	61	52	60	62	66	73	60	60	66	59	52	51	
Ønsker til bolig / plads													
Specifikt	71	62	64	66	71	80	72	73	79	76	73	65	
Ikke specifikt	16	16	23	25	23	28	22	20	19	16	12	14	
Ledige pladser	19	14	10	9	3	3	11	18	5	10	10	18	
Antal borgere med ønske om udenbys bolig													
I alt reelt ventende borgere på bolig i LTK													
Samlet antal plejeboliger	538	518	486	486	497	497	497	497	497	497	497	497	
Antal permanente boliger	482	447	447	447	447	447	447	447	447	447	447	447	

2013													
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	
Hvor mange venter samlet?	77	76	70	76	57	65	65	57	54	60	73	59	
Demens	34	33	27	22	18	17	16	24	27	33	36	30	
Somatisk	43	43	43	54	39	48	49	33	27	27	37	29	
Ønsker til bolig / plads													
Specifikt	71	72	62	64	49	54	60	51	52	53	67	54	
Ikke specifikt	6	4	5	12	8	11	5	6	2	7	6	5	
Ledige pladser	8	15	12	8	24	23	15	27	13	20	9	14	
Antal borgere med ønske om udenbys bolig						5	7		7	8	8	8	
I alt reelt ventende borgere på bolig i LTK						28	23		31	33	43	44	
Samlet antal plejeboliger	497	497	497	506	506	506	506	536	536	536	536	536	
Antal permanente boliger	447	447	447	456	456	456	456	486	486	486	486	486	

2014												
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Hvor mange venter samlet?	62	63	61	80	83	77	103	90	105	117	115	117
Demens	28	31	30	34	41	38	46	40	39	35	34	35
Somatisk	34	32	31	46	42	39	57	50	66	82	81	82
Ønsker til bolig / plads												
Specifikt	57	54	47	62	65	64	86	72	81	89	90	94
Ikke specifikt	5	9	14	18	18	13	17	18	24	28	25	23
Ledige pladser	11	12	10	11	9	6	8	3	9	9	6	9
Antal borgere med ønske om udenbys bolig	7	12	10	9	11	13	12	9	11	12	7	11
I alt reelt ventende borgere på bolig i LTK	34	35	38	43	46	44	83	65	81	90	94	95
Samlet antal plejeboliger	536	536	536	536	536	536	536	535	528	520	520	520
Antal permanente boliger	486	486	486	486	486	486	486	485	478	470	470	470

2015												
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Hvor mange venter samlet?	116	103	117	93	84	81	90	93	84			
Demens	31	32	35	35	33	35	36	41	37			
Somatisk - inkl. æp.boliger	85	71	82	58	51	46	54	52	47			
Ønsker til bolig / plads												
Specifikt	91	84	92	69	69	60	70	70	69			
Ikke specifikt	25	19	25	24	15	21	20	23	15			
Ledige pladser	12	16	6	0	4	5	3	6	6			
Antal borgere med ønske om udenbys bolig	8	8	9	5	5	5	12	8	5			
I alt reelt ventende borgere på bolig i LTK	91	77	82	61	63	66	62	65	67			
Samlet antal plejeboliger	520	527	527	527	527	527	527	527	527			
Antal permanente boliger	470	477	477	477	477	477	477	477	477			

**Driftsoverenskomst
mellem
Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune
og
den selvejende institution RustenborgHuset**

1. Parterne

Denne driftsoverenskomst er indgået mellem Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune og bestyrelsen for den selvejende institution RustenborgHuset om vilkår for det kommunale driftstilskud til Lyngby Ældrecenter.

2. Forudsætninger for driftsoverenskomsten

Driftsoverenskomsten er udformet med hjemmel i Servicelovens § 79 om generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte.

Driftsoverenskomsten tager udgangspunkt i de af kommunen vedtagne budgetter og politikker på social-, sundheds- og ældreområdet.

Kommunen kan til enhver tid træffe afgørelser, der har betydning for de mål og rammer, hvorpå driftsoverenskomsten hviler. Ved uenighed er kommunens afgørelse gældende.

3. Fysiske rammer

RustenborgHuset har til huse på Rustenborgvej 1C, 2800 Kongens Lyngby.

4. Formål

RustenborgHuset er en selvejende institution, som har til formål at drive dagcentervirksomhed for pensionister og efterlønsmodtagere i Lyngby-Taarbæk Kommune

RustenborgHuset udøver sin virksomhed med det formål at hjælpe pensionister og efterlønsmodtagere til at klare sig bedst og længst muligt i eget hjem som sunde, livsglade og aktive borgere af samfundet.

5. Målgruppe

RustenborgHusets målgruppe er pensionister og efterlønsmodtagere i Lyngby-Taarbæk Kommune.

RustenborgHusets aktiviteter er baseret på et medlemstal på ca. 500 medlemmer ved driftsoverenskomstens indgåelse.

6. Aktivitet og kapacitet

RustenborgHusets formål har et overordnet forebyggende sigte i forhold til at fremme og opretholde medlemmernes fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau,

RustenborgHusets formål opnås ved at tilbyde medlemmerne:

- sociale tilbud og derigennem sikre sociale netværk og livskvalitet med henblik på at imødegå ensomhed og isolation og tab af livsmød
- fysisk træning og dermed evnen til fysisk at kunne klare sig længst muligt i eget hjem
- aktiviteter med henblik på at understøtte muligheden for udvikling af kreative mål og interesser

Aktiviteterne sammensættes efter medlemmernes ønsker, behov og formåen.

Som led i formålsopfyldelsen indgår, at RustenborgHuset efter mulighederne benytter frivillige hjælpere til forskellige opgaver, såsom undervisning, kontoradministration, praktisk hjælp ved arrangementer, turre og rejser m.v.

Udvikling af centret herunder aktiviteter kan aftales løbende mellem Ældrecentret og Ældreservice,

7. Gensidig orientering

Lederen af Center for Sundhed og Omsorg og lederen af RustenborgHuset er forpligtede til et løbende samarbejde, samt gensidigt at informere hinanden, hvis der sker væsentlige ændringer i driftsoverenskomstens forudsætninger eller andre forhold, der på væsentlig måde ændrer mulighederne for at overholde driftsoverenskomsten.

RustenborgHuset indgår i løbende drøftelser med kommunen vedrørende nærværende driftsoverenskomst og om behovet for ændringer i tilbuddet, herunder målgruppen.

RustenborgHuset er forpligtiget til at levere alt materiale, som kommunen forespørger inden for rimelig tid.

8. Status

Der afholdes årligt to statusmøder mellem lederen af RustenborgHusets og centerchefen i Center for Sundhed og Omsorg.

I forbindelse med årets første statusmøde drøftes budget og regnskabstal, og der udarbejdes en årlig allonge til driftsoverenskomsten med beskrivelse af mål og indsats for året.

RustenborgHuset fremsender årligt status på aktiviteter og medlemstal med en beskrivelse af tilgang/afgang medlemstal. Status opgøres med navn og nummer på medlemmer. Status aflægges årligt i forbindelse med regnskabsaflæggelse og andet statusmøde.

9. Persondata

RustenborgHuset forpligter sig til at indhente og videregive CPR-numre på medlemmer til Lyngby-Taarbæk Kommune, hvor CPR-numrene er nødvendige til behandling i kommunen (fx ved opkrævning af betaling for kørsel til/fra RustenborgHuset). I de tilfælde hvor CPR-numre skal videregives til kommunen, forpligter RustenborgHuset sig til at informere medlemmet om, at CPR-nummeret vil blive videregivet til Lyngby-Taarbæk Kommune, samt hvad kommunen skal bruge CPR-nummeret til.

RustenborgHuset er forpligtet til at overholde de til enhver tid gældende regler i lov om behandling af personoplysninger ("Persondataloven") med tilhørende bekendtgørelser."

10. Løn- og ansættelsesvilkår

RustenborgHusets leder ansættes og afskediges af bestyrelsen. Ansættelse af leder kræver godkendelse af Kommunalbestyrelsen.

RustenborgHusets leder varetager den daglige ledelse og drift. Lederen ansætter selv sit personale inden for de rammer, der er fastsat i det godkendte budget.

Løn- og andre ansættelsesvilkår for RustenborgHusets personale skal fastsættes efter forhandling med de respektive faglige organisationer.

Formateret: Skrifttype: (Standard)
Times New Roman

Beregning og udbetaling af lønninger sker ved RustenborgHusets foranstaltning over institutionens regnskab.

11. Driftstilskud og regnskab

11.1. Driftstilskud

Det årlige driftstilskud udgør 1.901.700 kr. pr. år (2015). Driftstilskuddet udbetales månedsvis forud. Driftstilskuddet udbetales på baggrund af kommunens vedtagne budget for RustenborgHuset. Der ydes et ekstraordinært driftstilskud på 199.215 kr. pr. år (2015), som er betinget af en vedr. en konkret medarbejders ansættelse på særlige vilkår. På det tidspunkt, hvor den pågældende medarbejders ansættelse ophører, bortfalder det ekstraordinære driftstilskud. RustenborgHuset er forpligtet til at give meddelelse herom.

Såfremt RustenborgHuset oppebærer ekstra indtægter, kan udgifterne forøges tilsvarende.

I det årlige driftstilskud indgår budget til drift af ejendommen. Ejendomsdriften skal overgå til Center for Areal og Ejendomme, Lyngby-Taarbæk Kommune og budgettet tilpasses herefter. Det tilstræbes at overdragelsen finder sted pr. 1. januar 2016.

11.2. Regnskab

Bogholderi og regnskabsførelse varetages af RustenborgHuset. Bestyrelsen skal indsende centrets regnskab til kommunens godkendelse inden for en af kommunen fastsat frist. RustenborgHusets regnskab optages i kommunens regnskab og et eventuelt mer- eller mindreforbrug afregnes snarest muligt i det efterfølgende regnskabsår, dog senest i april.

Regnskabet udarbejdes efter de til enhver tid fastsatte retningslinjer fra kommunen og revision samt almindelig god regnskabsførelse.

Regnskabet skal være revideret af en af bestyrelsen godkendt revisor.

11.3. Overførselsadgang

RustenborgHuset følger de til enhver tid gældende regler for overførsels adgang i kommunen, dog således at eventuelt mer- eller mindreforbrug reguleres i det efterfølgende års budget. Således vil det efterfølgende års budget blive reduceret ved et merforbrug og forøget ved et mindreforbrug. Som udgangspunkt vil det fulde mer- eller mindreforbrug blive reguleret i det efterfølgende års budget, dog kan et væsentligt mindreforbrug blive helt eller delvis inddraget, såfremt mindreforbruget ikke kan forklares ud fra faktiske, objektive forhold,

12. Ekstraordinære udgifter og indtægter

Indgåelse af aftaler, der medfører ekstraordinære udgifter, f.eks. til udvidelse eller forbedringer af ejendom, ekstraordinær vedligeholdelse eller indkøb af inventar eller andre usædvanlige udgifter, kræver forudgående godkendelse fra kommunen. Tilsvarende gør sig gældende ved forhold, som medfører ekstraordinære færre udgifter eller øgede indtægter.

13. Optagelse af lån

RustenborgHuset kan ikke uden kommunens forudgående samtykke træffe beslutning om optagelse eller overtagelse af lån, ej heller ved mellemregning med andre institutioner, eller ændringer i lånevilkår,

forpligte sig ved kautioner eller anden økonomisk garanti eller foretage ændringer af vilkår for eventuelle eksisterende garantiforpligtelser eller lignende.

RustenburgHuset hæfter efter gældende dansk rets almindelige regler med sin kapital for alle institutionen påhvilende forpligtelser.

14. Indkøb og Udbud

RustenburgHuset er omfattet af retningslinjer for indkøb og udbud samt underliggende vilkår for indkøb og udbud af varer, tjenesteydelser og bygge- og anlægsopgaver.

15. Vedtægter

Den selvejende institution RustenburgHuset driver dagcentervirksomhed i overensstemmelse med nærværende driftsoverenskomst og vedtægterne for RustenburgHuset, som er godkendt af Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Ændring af vedtægter og beslutning om RustenburgHusets opløsning kan kun ske med tilslutning af mindst 4 bestyrelsesmedlemmer på 2 af hinanden afholdte bestyrelsesmøder med mindst otte dages mellemrum, jf. § 12 i vedtægterne for RustenburgHuset.

Vedtægtsændringer kræver desuden godkendelse af kommunens forvaltning,

16. Gældende love og overenskomster

RustenburgHuset skal til enhver tid overholde gældende love og bekendtgørelser m.v.

17. Opsigelse

Nærværende driftsoverenskomsten kan opsiges af begge parter med 6 måneders varsel til den 1 i en måned. I tilfælde af misligholdelse fra RustenburgHuset side kan aftalen ophæves uden varsel.

Nærværende driftsoverenskomst træder i kraft, når tiltrædelse fra Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune og RustenburgHusets bestyrelse foreligger.

For den selvejende institution
RustenburgHuset

For Lyngby-Taarbæk Kommune,
Kommunalbestyrelsen

den 2015

den 2015

Underskriftsblad til

Social- og sundhedsudvalgets protokol

Onsdag den 23. september 2015

Bodil Kornbek



Dorthe la Cour



Henrik Brade Johansen



Søren P. Rasmussen



Mette Schmidt Olsen



Finn Riber Rasmussen



Curt Købsted

