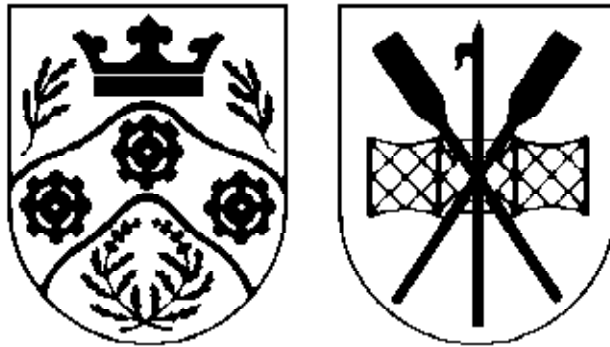


LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE



Social- og Sundhedsudvalget

Protokol

Onsdag den 6. februar 2013 kl. 14:45
afholdt Social- og Sundhedsudvalget møde i Udvalgsværelse 1/Rådhus.

Medlemmerne var til stede

Endvidere deltog:

Direktør Søren Hansen

Centerchef Dorte Vangsø Rasmussen

Centerchef Charlotte Bidsted under pkt. 4-5

Direktør Ulla Agerskov under pkt. 6-8

Centerchef Lone Nygaard Jensen under pkt. 6-8

Udvalgs koordinator Louise Angelo

INDHOLDSFORTEGNELSE

Sag nr:		Side:
01	Fremtidig organisering i Center for Træning og Omsorg .	4
02	Høring om oplæg til styrkelse af kommunens kommunikation .	8
03	Opfølgning på moderniseringsaftalen på frit valg området .	10
04	Oplæg til udmøntning af pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere .	13
05	Strategi for Frivillighed og Medborgerskab 2012-2015 .	17
06	Opfølgning på handleplan om psykisk sårbare .	20
07	Indskrivning af borgere fra andre kommuner i selvejende institutioner .	23
08	Slotsvængets Akuttilbud .	25
09	Evaluering af aktivitetstilbud til beboere på plejehjem. .	28
10	Anvendelse af skærmt teknologi - status for delprojekter .	30
11	Omsorgsboliger - indhold .	33
12	Omsorgsboliger, fem placeringsmuligheder .	36

13	Afløsning/aflastning af pårørende til borgere med demens.	38
	.	
14	Måleprogram for "Aktivitet og Træning i hverdagen" i ældreplejen.	40
	.	
15	Meddelelser til udvalgets medlemmer februar 2013	42
	.	
16	Anmodning fra gruppe (F) om optagelse af sag om kommunalbestyrelsens rolle ved tildeling af førtidspension	44
	.	

1.

Fremtidig organisering i Center for Træning og Omsorg

Sagsfremstilling

Den 16. januar 2013 behandlede Social- og sundhedsudvalget forvaltningens forslag til ny organisationsmodel for Center for Træning og Omsorg. Beslutningen blev udsat med henblik på mundtlig uddybning i februar. Sagen forelægges hermed på ny.

Social- og sundhedsudvalget behandlede den 5. december sag nr. 4 vedrørende "Fremtidig organisering i center for Træning og Omsorg" .

Af sagen fremgik, at ledelse og medarbejdere i center for Træning og Omsorg i 2. halvår af 2012 har været igennem en proces med henblik på at drøfte hvilken organisationsstruktur, der bedst løser de udfordringer, vi står overfor.

Processen har været forankret i det nyoprettede center-MED, som har nedsat en arbejdsgruppe, der er i november 2012 præsenterede fire modeller for den fremtidige struktur (udsendt til udvalgets medlemmer til decembermødet) 80 medarbejdere og ledere fra ældre- og træningsområdet drøftede fordele og ulemper ved de fire modeller på et stormøde.

Der er enighed om, at det særligt er følgende udfordringer på ældre- og træningsområdet, som den fremtidige organisering bør imødekomme.

- Implementering af paradigmeskiftet og øget fokus på aktivitet og træning
- Styrket samarbejde på tværs af træning, hjemmepleje og visitation
- Specialisering og kvalitetssikring
- Forandringsparathed
- Styrkelse af den daglige ledelse i det yderste led - især på udedelen
- Fokus på beslutningsvej i ledelsesstrukturen
- Fokus på kompetenceløft

Ledelsens anbefaling

Den centrale ledergruppe vurderer, at organisationsmodel 3 er bedst af de fire modeller, arbejdsgruppen præsenterede, understøtter håndteringen af de definerede udfordringer.

1. Det er nødvendigt at skabe bedre organisatoriske rammer for øget samarbejde på tværs især mellem træning og hjemmepleje for at løfte paradigmeskiftet bedst muligt. En fælles ledelse på afdelingsniveau vil alt andet lige sikre fokus et klarere samarbejde, som i dag først sikres koordination på afdelingschefniveau. Der er en langt større sammenfald af borgere, der både modtager træning og

hjemmepleje, end borgere, der først modtager hjemmehjælp og derefter flytter på plejehjem. En organisation, der samler træning og hjemmepleje, skaber bedre muligheder for at fokusere på koordinerede borgerforløb.

2. I dag implementeres nye kvalitetsmæssige initiativer i hjemmeplejen meget forskelligartet. Der er behov for mere ensartethed, hvilket bedre sikres ved at skille ude- og indedel fra hinanden, og samle ledelsen af udedelen under to områdeledere frem for de nuværende fire. Det samme gør sig gældende for indedelen og forventningen er, at det faglige fokus i både hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentre styrkes ved en mere konsistent og fokuseret ledelse.

3. En struktur, hvor både inde- og udedel organisatorisk placeres i to områder med hver sin områdeleder, giver mulighed for, at hver områdeleder får ansvar for særlige indsatser på tværs af de områder i henholdsvis ude- og indedel. I den nye organisationsstruktur har områdeledere driftsansvaret for henholdsvis egne hjemmeplejedistrikter og egne områdecentre. Derudover har den enkelte områdeleder ansvaret for et eller flere strategiske indsatsområder for hele henholdsvis ude eller indedelen.

Synspunkter fra MED-organisationen

Ledelsens anbefaling (udsendt til udvalgets medlemmer) har været behandlet på center-MED den 11. dec. 2012. Der blev udarbejdet logbog over medarbejdernes kommentarer fra mødet samt ledelsens respons herpå. Logbogen er udsendt til udvalgets medlemmer.

Der er opbakning til den nye struktur fra alle faggrupper i centret med undtagelse af FOA, som mener, at de udfordringer vi står overfor godt kan løses i den eksisterende struktur, hvis visitationen i højere grad kommer ud til medarbejderne i hjemmeplejen, og hvis der etableres rehabiliterende teams i hjemmeplejen (model 4).

Områdelederne har efter MED-mødet ønsket at præcisere, "at de *bedst* kan se sig selv i model 3".

Der blev på Center-MED udtrykt kritik fra de fleste medarbejderrepræsentanter i forhold til distriktsinddelingen, hvilket også fremgår tydeligt af logbogen. Ledelsen har imødekommet denne kritik og justeret distriktsopdelingen i den anbefaling til fremtidig struktur, der er udsendt til udvalgets medlemmer.

Processen det seneste halve år har skabt usikkerhed omkring det fremtidige funktionsområde for de implicerede ledere. For ikke at forlænge denne periode, er der allerede nu tilrettelagt en proces til besættelse af lederstillingerne i den nye organisation, som ligeledes har været drøftet på MED (udsendt til udvalgets medlemmer).

Processen fremadrettet

Såfremt der er politisk opbakning til ledelsens anbefaling, vil processen omkring besættelse af lederstillinger i center for Træning og Omsorg gå i gang hurtigst muligt.

Derefter vil der i regi af MED blive udarbejdet en plan for implementeringen af den nye struktur.

Det er vigtigt at tage sig tid til de afklaringer og beslutninger, der skal træffes for at sikre et optimalt resultat, så forventningen er umiddelbart, at implementeringen af den nye struktur træder endeligt i kraft inden sommerferien.

Økonomiske konsekvenser

Opgaven løses inden for rammen.

Beslutningskompetence

Økonomiudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at ledelsens forslag til en ny organisationsstruktur i Center for Træning og Omsorg anvendes som beskrevet.

Social- og sundhedsudvalget den 16. januar 2013:

Udsat til beslutning på mødet i februar, med henblik på nærmere drøftelse og dialog, herunder med relevante interessenter.

Sagen forelægges på ny.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013

Anbefalet, idet udvalget præciserer at:

- den konkrete udmøntning af organisationsændringen sker i tæt dialog med medarbejderne,
- de strategiske indsatsområder synliggøres for at undgå utilsigtet "søjletænkning", hvilket skal fremgå i organisationsdiagrammet,
- serviceteamet/madservice tilknyttes udedelen,
- den fysiske placering af områdeledere sker i dialog med ledere og medarbejdere, idet der forudsættes en vis fysisk tilstedeværelse på de enkelte plejehjem,
- samt at der skal være fokus på lederudvikling.

Social- og Sundhedsudvalget understreger, at organisationsændringen sker med henblik på at skabe en stærk sammenhængende organisering af den kommunale ydelse på området.

2.

Høring om oplæg til styrkelse af kommunens kommunikation

.

Sagsfremstilling

Økonomiudvalget drøftede den 13. december 2012 oplæg til ændret praksis for kommunikationsfaglig bistand som del af udvalgsbetjeningen (bilag). Oplægget beskriver dels, hvordan forvaltningen både forud for og efter udvalgsbehandlingen kan bistå i forhold til kommunikation af sager og beslutninger, og dels evt. talsmandsroller for borgmester og udvalgsformænd. Den ændrede praksis afviger fra det positionspapir, som blev udarbejdet som udløber af § 17, stk. 4-udvalget og i begyndelsen af indeværende valgperiode, ligesom den også bryder med den administrative pressestrategi.

Økonomiudvalget besluttede, at en aktiv politisk presseindsats forudsætter konsensus om dette blandt et givent udvalgs medlemmer, idet forvaltningen under alle omstændigheder varetager den løbende administrative formidling af og information om trufne beslutninger som led i den almindelige sagsekspedition. I den forbindelse vil borgmesteren som øverste administrative leder indgå i såvel beslutningen om relevante informationsinitiativer og formidlingen af beslutningerne, således som der allerede er praksis for. Økonomiudvalget besluttede endvidere, at emnet drøftes i alle stående udvalg, hvilket forvaltningen peger på sker med denne sag.

Økonomiske konsekvenser

Opgaven løses inden for rammen.

Beslutningskompetence

Social- og sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at oplægget til ændret praksis for kommunikationsfaglig bistand drøftes.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013

Drøftet.

3.

Opfølgning på moderniseringsaftalen på frit valg området

Sagsfremstilling

I budgetaftalen 2013-16 indgår en besparelse på 1 mio. kr. fra 2014, som skal udmøntes ved at skifte fra den nuværende godkendelsesmodel til en ny udbudsmodel på frit valgområdet, jf. moderniseringsaftalen på fritvalgområdet. Skiftet vil betyde, at kommunen forventes at ville kunne få ydelser til billigere timepriser fra de private leverandører, og samtidig betyder den ny udbudsmodel, at kommunen ikke behøver at afgive bud for fortsat at kunne være leverandør. Det vil dog også betyde, at nogle borgere vil blive tvunget til at skulle skifte leverandør, hvis de hidtil godkendte leverandører ikke vinder udbuddet.

Der findes idag reelt to modeller for tilvejebringelse af frit valg til borgerne vedrørende § 83 ydelser - praktisk hjælp og pleje i eget hjem.

1. *Udbudsmodellen:* På baggrund af et udbud (indeholdende kommunens kvalitetsstandarder) indgås der kontrakt med leverandørerne med udgangspunkt i de timepriser de har angivet i tilbuddet. Leverandørerne skal derfor ikke længere afregnes med de beregnede kommunale timepriser. Borgerne kan herefter vælge mellem de leverandører der indgås kontrakt med efter udbuddet. Herved opnås der i princippet konkurrence på både kvalitet og pris. I udbudsmodellen indgås der kontrakt med 2 - 5 leverandører. Antallet af leverandører har kommunalbestyrelsen besluttet inden udbuddet. Udbudsmodellen anvendes i sin nuværende form kun af ganske få kommuner. Ved benyttelse af udbudsmodellen skal kommunerne selv afgive bud. Vinder kommunen ikke udbuddet, risikerer kommunen efterfølgende, at skulle nedlægge egen drift indenfor en meget kort tidsramme - ulempen herved har været for stor for de fleste kommuner.

2. *Godkendelsesmodellen:* Leverandører der efterlever de kommunale kvalitetsstandarder, skal godkendes af kommunalbestyrelsen til at kunne levere frit valg ydelser. Afregningen sker udfra kommunens egne timepriser. I modellen er der derfor kun konkurrence på kvaliteten via borgerens valg og deraf følgende markedsandele. Godkendelsesmodellen anvendes i langt de fleste kommuner, også Lyngby-Taarbæk Kommune, jf. ulemperne med udbudsmodellen.

18 private leverandører er d.d. godkendt til § 83 ydelser i Lyngby-Taarbæk Kommune - der er i princippet ingen øvre grænse for antallet af leverandører.

Moderniseringsaftalen - ny udbudsmodel

Moderniseringsaftalen, og den deraf følgende ændrede lovgivning, medfører, at kommunerne kan benytte udbudsmodellen uden selv at skulle afgive bud, jf. notat om "Nye regler for frit valg og udbud på ældreområdet - hvad nu?" (bilag). Kommunerne risikerer derfor ikke længere at blive udelukket som leverandør, hvis private leverandører vinder udbuddet. Det umiddelbare potentiale i moderniseringsaftalen går derfor på, at ændre den nuværende *godkendelsesmodel* på frit valg området til en *udbudsmodel*, hvorved den nuværende afregning af private leverandører baseret på kommunale timepriser, overgår til afregning baseret på de priser, der opnås via et udbud.

Ifølge beregninger fra KL, er der herved en forventet besparelse på *20 kr. pr. time*.

Besparsen er baseret på forskellen mellem de timepriser, der var opnået i de forholdsvis få kommuner, der havde haft udbud af hjemmeplejeydelser før 2003 og de efterfølgende beregnede kommunale timepriser, der blev obligatoriske efter indførelsen af frit valg lovgivningen i 2003. Beregningsgrundlaget må derfor siges at være ret spinkelt - de 20 kr. pr. time kan vise sig at være både mere eller mindre.

I Handlekataloget 2013 er besparelsen skønnet til 1 mio. kr. fra 2014. Beregningen er baseret på de nuværende ca. 42.000 privat leverede timer pr. år og besparelsen på de 20 kr. pr. time. Markedsandelene mellem de private og den kommunale hjemmepleje er her forudsat uændret i overslagsårene.

Den egentlige besparelse vil afgøres af forskellen mellem de nuværende kommunale timepriser, de nye timepriser opnået gennem et eventuelt udbud, samt ændringen i antallet af borgere, der vælger private leverandører efter udbuddet.

Moderniseringsaftalen - perspektiver

Det præcise rationale ved moderniseringsmodellen er usikkert, men i det omfang beregningerne vedrørende besparelsen på de 20 kr. pr. time er korrekte og det efterfølgende viser sig, at de priser, de private leverandører byder ind med, måske endda ligger væsentligt under de kommunale timepriser, bliver spørgsmålet hvad perspektiverne er for kommunal leveret service på ældreområdet.

I en drøftelse af det perspektiv er det dog vigtigt at medtage eventuelle ændrede incitamentsstrukturer som udbuddene kan medføre. Eksempelvis vil det igangværende paradigeskifte på ældreområdet, træning før varig hjælp - afhængig af resultatet af udbuddet og hvordan markedsandelen måtte vise sig at blive - kræve ekstra opmærksomhed, i det omfang en privat leverandør selv skal give kommunen besked om at en borger er blevet selvhjulpnen, hvorved leverandøren reelt er med til at afvisitere en del af sin egen økonomi.

Frit valg bevis

Moderniseringsaftalen medfører også, at Kommunalbestyrelsen har mulighed for at udstede et frit valg bevis til borgere visiteret til praktisk bistand eller pleje, alá en

voucher hvor borgeren frit kan vælge hvilken som helst leverandør, der har cvr.nr. registreret virksomhed. Der er fordele og ulemper forbundet ved at benytte frit valg beviser. Udvalget vil blive forlagt særskilt sag herom i maj måned.

Økonomiske konsekvenser

Der indgår en besparelse på 1 mio. kr. i budgetaftalen 2013-16 som forventet besparelse ved at ændre udbudsmodellen på frit valg området.

Beslutningskompetence

Social- og sundhedsudvalget. Kommunalbestyrelsen skal i sidste ende godkende beslutning om antallet af leverandører og ydelsestyper, der skal indgå i et eventuelt udbud, samt længden på de eventuelle kontrakter.

Indstilling

Forvaltningen foreslår,

1. at konsekvenserne af moderniseringsaftalen drøftes
2. at der arbejdes videre med en udbudsmodel, hvor den nuværende godkendelsesmodel afløses af udbudsmodellen.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013

1. Drøftet.
2. Godkendt.

4.

Oplæg til udmøntning af pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere

Sagsfremstilling

I budgetaftalen for 2013-16 blev der afsat 1 mio. kr. årligt til ”*Pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere*” til at styrke den lokale sundhedsfremmende indsats over for udsatte og grupper med kronisk sygdom. Baggrunden for bevillingen er kommuneaftalen om kommunernes økonomi for 2013. Her blev der målrettet 300 mio. kr. til forebyggende tiltag på sundhedsområdet i kommunerne. KL anbefaler, at kommunernes indsatser især retter sig mod områderne ”styrket sygeplejeindsats” og ”tilbud og forløb til kronikere”.

Nærværende sag er forvaltningens anbefaling til, hvordan midlerne bedst kan udmøntes. Baggrunden for anbefalingerne er dels den vurderede effekt af indsatserne, dels hvordan de kan understøtte den strategiske udvikling af sundhedsområdet i relation til kommunens sundhedsstrategi og KLs intentioner på området, der er lanceret i oplægget om ”Det Nære Sundhedsvæsen” (bilag), jf. notat om ”Udmøntning af budgetbeslutning om Pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere (bilag) og notat om ”Lyngby-Taarbæk Kommunes sundhedsforbrug – udfordringer og potentialer for indsatser”, der redegør for de datamæssige baggrunde for anbefalingen (bilag).

Sidstnævnte kvantitative analyse viser, at det i Lyngby-Taarbæk Kommune giver såvel fagligt som økonomisk bedst mening at fokusere de ekstra budgetmidler til forebyggelse af (gen)indlæggelser blandt ældre borgere og en fortsat indsats for kronisk syge.

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

Et væsentligt element i KL's oplæg om ”Det nære sundhedsvæsen” er præmissen om at kommunerne i stigende grad skal arbejde efter samme principper og mål, og løfte

indsatserne som en samlet kommunal sektor. Det På den baggrund har kommunerne i KKR-Hovedstaden udarbejdet et fælles rammepapir for indsatserne, som kommunerne i regionen skal varetage (bilag). Anbefalingerne er:

1. Med udgangspunkt i sundhedsprofilerne udarbejder kommunerne en plan for implementering af grundniveauerne i de nationale forebyggelsespakker
2. Alle kommunerne skal aktivt forebygge at borgerne (gen)indlægges.
3. Alle kommunerne skal implementerer forløbsprogrammer for KOL, diabetes, hjerte-kar, kræft, demens og lænde- ryg sygdomme
4. Kommunerne skal aktivt dokumentere indsatser og følge op på, om indsatserne virker.

Lyngby-Taarbæk Kommune lever i dag i høj grad op til rammepapirets anbefalinger, jf også "Status for LTK indsatser på sundhedsområdet - status på fokusområder i rammepapiret" (bilag). Dog forpligtes kommunerne til at arbejde med implementering af forløbsprogrammerne overfor de kroniske sygdomme lænde-ryg og hjerte/kar, som kommunens i dag ikke har implementeret og hvis finansiering endnu er uafklaret. Oplæg til finansiering heraf indgår i forslag til udmøntning af "*Pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere.*"

Social- og Sundhedsudvalget vil i marts 2013 få forelagt KKR-Hovedstadens fælles rammepapir til godkendelse.

På den baggrund foreslås midlerne udmøntet til følgende tre indsatser:

Tabel 1: Oplæg til udmøntning af 1. mio. kr. til pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere.

		2013	2014	2015	
1	Etablering af fire akutpladser	400.000	400.000	400.000	
2	Udvidelse og forankring af forløbsprogrammer	450.000	450.000	450.000	
3	Udvidet rygestopindsats - primært rettet særligt mod socialt udsatte	150.000	150.000	150.000	
	I alt	1.000.000	1.000.000	1.000.000	

Forslagene dækker følgende initiativer:

1. Initiativ 1: Etablering af fire akutpladser. Lyngby-Taarbæk Kommune har potentialer ift. at forebygge indlæggelser og genindlæggelser af ældre borgere. Der foreslås derfor at oprette fire akutpladser, hvor kommunen via mere specialiserede sundhedsindsatser kan erstatte indlæggelser og genindlæggelser

med en kommunal indsats. Initiativet understøtter de øvrige udviklinger på sundheds- og ældreområdet, eksempelvis indsats om at gøre sygeplejersker bedre i stand til at opdage og screene svækkede borgere, der er i farezonen for indlæggelse. Med akutpladser kan screeningen bedre følges op med en lokal indsats. Udgiften til etablering og drift af de fire akutpladser vil være 400.000 kr. årligt.

2. Initiativ 2: Udvidelse og forankring af forløbsprogrammer til kronisk syge. Forløbsprogrammerne er målrettet kronisk syge borgere, og har fokus på rehabilitering og sygdomsmestring. Målgruppens sundhedstilstand skal forbedres, så deres generelle livskvalitet forbedres, ved at borgerne bliver i stand til at tage vare på deres egen sygdom og sundhedstilstand, og så der ikke også udvikles følgesygdomme. Kommunen har siden 2010 haft forløbsprogrammer for diabetes og KOL. Siden 2012 har kommunen haft rehabiliteringsprogram for kræft ramte og forløbsprogram for demens. I 2013 er forløbsprogrammerne for lænde- og ryglidelser samt for hjerte/karsygdomme klar til at blive implementeret. Disse indsatser indgår som forpligtende opgaver for kommunerne i KKR's rammepapir for udmøntning af "Det nære sundhedsvæsen". Der afsættes 400.000 kr. til at fastholde de eksisterende forløbsprogrammer og implementere de nye. Desuden anbefales det, at der tilføres 50.000 kr. til at udvikle forløbsprogrammernes indsats.
3. Initiativ 3: Udvidet rygestopindsats - primært rettet særligt mod socialt udsatte. Indsatser mod rygning er et af de få forebyggelsesområder med videnskabelig erfaring for sundhedsmæssige og økonomiske virkninger også på kortere sigt. Lyngby-Taarbæk Kommune har i dag rygestopforløb for voksne, ligesom Sundhedstjenesten forebygger rygestart på folkeskolerne. Det foreslås at indsatsen udvides, idet der er yderligere potentialer ikke mindst i relation til at forebygge den ulighed i sundhed, der i høj grad kan findes indenfor rygning. Eksempelvis overfor borgere på kommunens psykiatriske tilbud, hvor der typisk er mange rygere, men hvor beboerne ikke i alle tilfælde kan indgå i de nuværende forløb. Der afsættes 150.000 kr. til en udvidet indsats ift. rygestopindsatser. Indsatsen vil være i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Forslagene til udmøntning skal også ses i sammenhæng med de øvrige sundhedstiltag i Budgetaftalen for 2013-16, herunder implementeringen af ny skærmteknologi (SU5), tidlig opsporing for at undgå (gen)indlæggelser (SU6), og udvidelse af tværfagligt samarbejde på sundheds- og beskæftigelsesområdet (BE3), som alle drøftes i Social- og sundhedsudvalget primo 2013. Sidstnævnte efter drøftelse i Økonomiudvalget, da det er forankret her.

Samtidig har Lyngby-Taarbæk Kommune netop sammen med ni nabokommuner, samt Gentofte og Herlev hospitaler ansøgt Hovedstadsregionens forebyggelsespulje om midler til "Tværsektoriel netværksdannelse med fokus på forebyggelse af genindlæggelser af ældre medicinske patienter og borgere", jf. Ansøgningsskema til forebyggelsespuljen (bilag).

Endelig har forvaltningen via en omlægning af henholdsvis samarbejdsindsatsen med de praktiserende læger og kommunelægeordningen på børneområdet skabt mulighed for at ansætte en praksiskonsulent i foråret 2013, som dels skal sikre en større sammenhæng og brobygning mellem kommunens indsatser og aktører og almen praksis, dels rådgive og sparre kommunens ansatte, herunder særligt på børneområdet i forhold til de lovpligtige vejledningsopgaver på skoler og dagtilbud.

Oplægget skal ses i lyset af pointerne fra Sundhedskonferencen, jf. notat herom (bilag)

Økonomiske konsekvenser

Opgaverne løses indenfor rammerne af budgetaftalen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at forslag til udmøntning af "pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere" godkendes.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013

Udsat.

5.

Strategi for Frivillighed og Medborgerskab 2012-2015

Sagsfremstilling

Økonomiudvalget besluttede den 25. oktober 2012 (bilag) at sende forslag til Strategi for Frivillighed og Medborgerskab 2012 – 15 i høring i fagudvalg og hos foreninger og interessenter frem til den 19. december 2012.

For at sikre at alle fik mulighed for at svare blev fristen forlænget.

Frivillighedsstrategien fastlægger Lyngby-Taarbæk Kommunes vision for det frivillige arbejde i de kommende år: ”Lyngby-Taarbæk Kommune har en synlig og anerkendende kultur for at tage imod frivilliges ressourcer som aktive bidrag til værdiskabelsen i lokalsamfundet og til egen glæde.”

Strategien fokuserer på fire temaer:

1. Mere frivillighed og medborgerskab
2. Samarbejde på tværs af frivilligområdet
3. Samarbejde mellem kommunale institutioner og frivillige
4. Kommunal støtte til frivillige

Forslaget til frivillighedsstrategien er udarbejdet i et § 17,4 udvalg med repræsentanter fra de frivillige organisationer og fra kommunalbestyrelsen.

Frivillighedsstrategien har været sendt i bred høring, dels via kommunens foreningsregistre og Frivillighedscentrets foreningsregister, dels internt til alle kommunens råd og bestyrelser. Derudover er høringen annonceret via kommunens hjemmeside.

Der er i alt kommet 11 høringssvar/referater vedrørende frivillighedsstrategien. Heraf er de 6 svar fra Frivillighedscentret og de frivillige foreninger (Lyngbyguiderne, Frivillignet, Walkmandsskabet, Diabetesforeningen og RustenborgHuset), og 4 svar er fra kommunens udvalg, råd og brugerbestyrelser (Folkeoplysningsudvalget, Seniorrådet og Handicaprådet, samt forældrebestyrelsen ved Børnehuset Rævehøjen). Hertil kommer referat af Hovedudvalgsdrøftelsen den 3. oktober 2012. Alle høringssvar/referater er vedlagt som bilag.

De forholdsvis få høringssvar vurderes også som udtryk for, at der undervejs i forbindelse med udarbejdelse af strategien har været en bred inddragelsesproces med flere offentlige temamøder om strategien.

Generelt udtrykkes der i høringssvarene tilslutning til Strategien for Frivillighed og Medborgerskab, herunder kommunens anerkendelse af det frivillige arbejde og Frivillighedscentret som en centralt omdrejningspunkt i forbindelse med implementering af strategien. Dog påpeger to foreninger (LyngbyGuiderne og RustenborgHuset), at strategien er uklar og temmelig abstrakt/akademisk. Derudover er der bl.a. følgende konkrete bemærkninger til strategien:

- Tre høringssvar (Frivillighedscentret, LyngbyGuiderne og Frivillignet) påpeger særligt behovet for egnede mødelokaler og lokaler til andre aktiviteter, og finder bl.a. at lokalesituationen er utilfredsstillende og demotiverende.
- Et høringssvar (LyngbyGuiderne) efterlyser klarere betoning af de *kulturelle* foreninger i strategien, og foreslår nogle ændringer i forlængelse heraf.
- Et høringssvar (Frivillignet) udtrykker bekymring for, at kommunen gennem det frivillige arbejde fritager sig selv for forpligtelser, og foreslår nogle ændringer i forlængelse heraf. Også LyngbyGuiderne og Hovedudvalget berører denne problemstilling og nævner bl.a. at frivillighed ikke kan erstatte fagligheden.
- To høringssvar (Hovedudvalget og LyngbyGuiderne) betoner udarbejdelse af en værktøjskasse som et vigtigt redskab til at sikre, at kommunens institutioner lokalt inddrager frivillighed, herunder overvejelser om grænseflader mellem kommunens faglighed og det frivillige arbejde, arbejdsmiljøregler og forsikringer mv.
- To høringssvar (Seniorrådet og RustenborgHuset) påpeger behovet for at afstemme gensidige forventninger og kompetencefordeling i forbindelse med partnerskabsaftaler.
- Et høringssvar (Forældrebestyrelsen i Børnehuset Rævehøjen) frygter at brug af frivillige bliver en skjult besparelse, og opstiller en række kriterier for at samarbejdet skal blive succesfuldt.

Derudover er der en række sproglige og konkrete bemærkninger til strategien, som vil indgå i den afsluttende redaktion af strategien. Der henvises desuden til de enkelte høringssvar for konkrete bemærkninger.

Høringssvar fra Småbørsforum og Skoledialog eftersendes, idet de først behandler strategien på mødet den 29. januar 2013.

Der er udarbejdet en implementerings- og kommunikationsplan vedrørende frivillighedsstrategien (bilag). Planen sikrer både præsentation og offentlighed om strategien. Idet strategien i høj grad handler om at sikre en større åbenhed og inddragelse af frivillige i det kommunens serviceinstitutioner lægges der også op til en intern implementeringsproces. Planen er drøftet med Frivillighedscentret, Fællesrepræsentationen for Idrætsforeninger i Lyngby-Taarbæk (F.I.L.) og Samrådet.

Implementeringen af strategien sker i et tæt samspil med Frivillighedscentret og de frivillige organisationer. Der holdes et fælles "Kick-off" for Strategi for frivillighed

og medborgerskab 2012 – 15 sammen med Kulturstrategien og Folkeoplysningspolitikken i løbet af foråret 2013.

Der gives en årlig status på strategien i hvert fagudvalg og strategien evalueres i 2015.

Økonomiske konsekvenser

Strategien implementeres inden for den afsatte økonomiske ramme.

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. Høringssvar vedr. Strategi for frivillighed og medborgerskab 2012 – 15 drøftes.
2. Strategi for frivillighed og medborgerskab 2012 – 15 vedtages.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013

1. Drøftet.
2. Anbefalet, idet udvalget forudsætter at § 18-midlerne fortsat øremærkes til frivilligt socialt arbejde.

6.

Opfølgning på handleplan om psykisk sårbare

Sagsfremstilling

På dialogmødet om sindslidelse i november 2011 fremkom en række kritikpunkter af jobcenteret, herunder om centerets møde med og indsats for borgere med psykiske lidelser. Kritikken blev behandlet af Social- og sundhedsudvalget d. 18. januar 2012, som godkendte plan for implementering af borgernes forbedringsforslag (bilag). Planen indeholdt tre fokusområder, henholdsvis 1) tværfaglig koordination, 2) viden om borgere med psykiske lidelser og 3) konkrete indsatser/projekter. Jf. udvalgets beslutning gives her en status for implementeringen.

Ad. 1. Tværfaglig koordination

Forvaltningens fokus på at styrke den tværfaglige koordination i beskæftigelsesindsatsen har blandt andet udmøntet sig i følgende:

- Der er sat fokus på at udvikle den helhedsorienterede indsats over for borgere med psykiske vanskeligheder, blandt andet gennem projekt 'Brug for alle' samt etablering af 'Det rehabiliterende team' i forbindelse med den nye reform af førtidspension og fleksjob.
- Der er taget flere initiativer til at sikre koordinationen for den enkelte borger i overgangen fra barn til voksen. I denne forbindelse har den faglige leder for udsatte ledige i jobcenteret løbende deltaget i 'Samråd mellem barn og voksen'. Ydermere er der foretaget organisatoriske justeringer, som styrker snitfladerne i indsatsen, fx via sammenlægning af målgrupperne i Center for Social Indsats.
- Der er sat fokus på jobcenterets kommunikation til borgere i forskellige målgrupper. Beskæftigelsesindsatsen er omfattet af 'ret og pligt', hvorfor der lovmæssigt *skal* orienteres om potentielle sanktioner, når der indkaldes skriftligt til samtale. Øvelsen er at finde den rette balance mellem retmæssig henvendelse og hensyntagen til borgerens situation. For udvalgte borgere med svære psykiske lidelser har man fx i samarbejde med Center for Social Indsats gjort brug af borgerens støttekontaktperson i forhold til at læse og forstå skriftlige indkaldelser og information.
- Jobcenteret har udviklet samarbejdet med virksomhederne med henblik på at støtte fx fleksjobansatte i deres kommunikation med arbejdsgiver om deres psykiske vanskeligheder. I denne forbindelse har jobcenteret deltaget i et projekt for ledige fleksjobbere støttet af Arbejdsmarkedsstyrelsen, hvor der er udviklet særlige jobsøgningsforløb for ledige fleksjobbere.

Ad. 2. Viden om borgere med psykiske lidelser

Forvaltningens fokus på udvikling af ny viden i beskæftigelsesindsatsen – om borgere med psykiske vanskeligheder – har blandt andet udmøntet sig i følgende:

- Udvalgte medarbejdere har deltaget i et kursus udbudt af Arbejdsmarkedsstyrelsen om indsatsen over for psykisk skrøbelige samt deltaget i temadage arrangeret i samarbejde med samarbejdspartner inden for psykiatrien.
- Jobcenteret har deltaget i et kompetenceudviklingsprojekt faciliteret af Beskæftigelsesregion Hovedstaden & Sjælland om snitflader og samarbejdsrelationer mellem beskæftigelsesindsatsen, socialområdet og behandlingspsykiatrien.
- I samarbejde med Socialcenteret og Psykiatrisk Center Ballerup har jobcenteret deltaget i projekt 'Mødet i mellemrummet' – et kompetenceudviklingsprojekt med særligt fokus på dilemmaer i den tværfaglige indsats over for sindslidende.

Ad. 3. Konkrete indsatser/projekter

Forvaltningens udvikling af nye indsatser/projekter i beskæftigelsesindsatsen med fokus på målgruppen har blandt andet udmøntet sig i følgende:

- Jobcenteret og de socialpsykiatriske institutioner 'Slotsvænget' og 'Nettet' indgår i et fælles udviklingsprojekt med fokus på revalidering af psykisk sårbare. Projektet har udover den konkrete indsats haft fokus på gensidig læring.
- Jobcenteret indgår i det af Arbejdsmarkedsstyrelsen faciliterede projekt 'Brug for alle', hvor der er fokus på at udvikle den helhedsorienterede indsats for passive kontanthjælpsmodtagere blandt andet gennem tværfaglige møder med inddragelse af borgeren.
- I forbindelse med implementering af førtidspension og fleksjobreformen iværksættes en lang række indsatser, herunder nye tværfaglige ressourceforløb med fokus på den enkeltes rehabilitering og fremtidige muligheder på arbejdsmarkedet. I samme ombæring arbejdes internt med dels den organisatoriske understøtning af arbejdet med målgruppen, dels udviklingen af indsatsiden i de nye forløb.

Forvaltningen vurderer, at indsatsen for borgere med psykiske lidelser i det forgangne år har gennemgået en positiv udvikling. Udviklingen ligger naturligt i forlængelse af det stigende fokus på at integrere borgere med lav arbejdsevne på arbejdsmarkedet blandt andet med den aktuelle reform af førtidspension og fleksjob.

Økonomiske konsekvenser

Opgaven er løst inden for de allerede afsatte rammer.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at status på handleplan om psykisk sårbare tages til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013

Taget til efterretning, idet Handicaprådet orienteres.

7.

Indskrivning af borgere fra andre kommuner i selvejende institutioner

Sagsfremstilling

I løbet af 2011 og i forbindelse med igangsættelse af arbejdet med Helhedsplan for Socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune i 2012 blev det administrativt aftalt, at de selvejende institutioner Kirsten Marie og Nettet ikke skulle indskrive borgere fra andre kommuner.

Helhedsplanen forventes først i foråret 2013 at være klar med en implementeringsplan for gennemførelse af intentionerne og derfor er det endnu ikke fastlagt, hvorledes de tre boinstitutioner i kommunen skal samarbejde og hvilke målgrupper, de hver især skal kunne varetage. De to selvejende institutioner har driftsoverenskomst med Lyngby-Taarbæk Kommune med et rammebudget. I tilfælde af ledig kapacitet mangler huslejeindtægten derfor i deres samlede driftsbudget og der mangler en kommunal takstindtægt for den ledige plads. Både Kirsten Maria og Nettet har ledig kapacitet. Begge institutioner er godkendte og registreret på Tilbudsportalen.

I bekendtgørelsen om Tilbudsportalen samt godkendelse og tilsyn med private opholdssteder fremgår det, at et tilbud skal være registreret på Tilbudsportalen, og formålet med Tilbudsportalen er:

- at styrke overblikket og forbedre planlægningsgrundlaget for tilbud efter denne bekendtgørelse
- at styrke grundlaget for valgt af konkrete tilbud til den enkelte borger
- at skabe en generel åbenhed og gennemskelighed i de tilbud, der er registreret i portalen
- at skabe sammenlignelighed mellem tilbuddene, herunder mellem offentlige og private tilbud, og udgifterne til tilbuddene
- at sikre en lige konkurrence mellem private og offentlige leverandører

Bekendtgørelsen beskriver ligeledes de informationer, der skal være tilgængelige, så det er muligt for den anbringende kommune, at vurdere om borgeren er indenfor målgruppen. Informationerne er både af faglig, juridisk og økonomisk karakter. Det fremgår af Bekendtgørelsens kapitel 3, at et tilbud kun kan undtages for godkendelse, såfremt kommunen eller regionen indgår aftale om, at anvende samtlige pladser.

De to selvejende institutioner har begge ledig kapacitet, og der er ingen borger fra Lyngby-Taarbæk Kommune, der på nuværende tidspunkt kan pladsanvises og derfor har de to selvejende institutioner anmodet om, at de må indskrive borgere fra

andre kommuner, under forudsætning af at borgeren er indenfor deres målgruppe.

Det er forvaltningens vurdering, at det således ikke på det foreliggende grundlag er muligt at afvise anmodninger om optagelse af udenbys borgere på bostederne.

Borgere, der boligplaceres midlertidigt på en af de to selvejende institutioner kan efter endt ophold, enten flytte tilbage til deres oprindelige kommune eller bosætte sig i Lyngby-Taarbæk Kommune i lighed med andre borgere. Der kan være flere scenarier, når en borger flytter fra et midlertidigt botilbud til en permanent bolig. I den ene ende af skalaen kan det være, at borgeren blive en aktiv samfundsborger med fast arbejde, og i den anden ende af skalaen kan det være borgeren modtager førtidspension, boligsikring og socialpædagogisk støtte i hjemmet på grund af funktionsnedsættelse.

Når arbejdet med Helhedsplanen foreligger, vil det efterfølgende være muligt at vurdere behovet for den samlede kapacitet og hvilke målgrupper, Kommunens tre institutioner kan og skal rumme. Hvorefter der kan tages stilling til om de tre institutioner primært skal være til Lyngby-Taarbæk Kommunes borgere.

Økonomiske konsekvenser

Ingen, medmindre borgerne efterfølgende bosætter sig i Lyngby-Taarbæk Kommune og har behov for offentlige ydelser og/eller foranstaltninger.

Beslutningskompetence

Social- og sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at orienteringen tages til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013

Taget til efterretning.

8.

Slotsvængets Akuttilbud

Sagsfremstilling

Social-og sundhedsudvalget fik i januar orientering om ny vurdering af de budgetforudsætninger, der ligger til grund for at videreføre Akuttilbuddet som en del af et fleksibelt krise- og rehabiliteringsforløb. Akuttilbuddet var finansieret via satspuljemidler i perioden november 2010 til 31. december 2012. I august 2012 blev det af Social- og Sundhedsudvalget og Økonomiudvalget besluttet at videreføre Akuttilbuddet ved hjælp af besparelser på andre ydelser, jf. protokol fra mødet (bilag).

Dermed bibeholdt kommunen Akuttilbuddet som en del af et nyt fleksibelt Krise- og Rehabiliteringstilbud til borgere med behov for socialpædagogisk støtte i eget hjem i større eller mindre grad.

Ud fra et fagligt perspektiv er etableringen af et Krise- og rehabiliteringstilbud (det nye udvidede Akuttilbud) et supplement til de eksisterende tilbud, uagtet det ikke i alle situationer kan erstatte de eksisterende tilbud om socialpædagogisk støtte i borgerens eget hjem eller boligplacering i midlertidige botilbud. Herudover er Krise- og Rehabiliteringstilbuddet et godt tilbud til borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune, der har behov for støtte i en krisesituation, fx borgere som ikke iøvrigt modtager ydelser i Center for Social Indsats.

Budgetforudsætningen for at videreføre Akuttilbuddet som en del af det bredere Krise- og rehabiliteringstilbud var bl.a. at der skulle hjemtages borgere, der er boligplaceret i henhold til servicelovens § 107 om midlertidige boliger til borgere med psykiske og sociale problemer, samt socialpædagogisk støtte til borgere i eget hjem jf. servicelovens § 85.

I bilaget til sagsfremstillingen er finansieringen til driften af Krise- og rehabiliteringstilbuddet opgjort på følgende måde i forhold til forventede og potentielle besparelser på følgende måde:

Botilbud efter § 107 i egne tilbud	1.451.870 kr.
Hjemtagning af borgere § 107 fra andre kommuner	1.326.268 kr.
Bostøtte efter § 85 6 timer ugentligt	307.944 kr.
Bostøtte efter § 85 2 timer ugentligt	342.160 kr.
Færre ambulante besøg i behandlingspsykiatrien	250.000 kr.
Færre indlæggelse	279.000 kr.

Ialt

3.957.242 kr.

Driften af Krise- og Rehabiliteringstilbuddet har været budgetteret med 3.807.684 kr. årligt, hvilket var forudsat at indebære en nettomindreudgift årligt på 150.000 kr. fra 2014.

Derudover har det været en forudsætning, at der i 2013 har skullet afsættes 500.000 kr. ekstra, idet det blev forudset at man i 2013 ikke kunne omlægge indsatsen og dermed hjemtage det fulde beløb.

Det er ved nærmere undersøgelser af de borgere, der ifølge planen enten skulle have omlagt ydelserne eller skulle hjemtages, imidlertid nu vurderet, at det ikke er muligt, at substituere ydelserne i det forudsatte omfang og tempo, som forudsat, da borgerne for det første har et retsgrundlag i forhold til den ydelse de har fået bevilliget, og for det andet er der endnu ikke en tilstrækkelig mængde af borgere, der er omfattet af målgruppen for Krise- og Rehabiliteringstilbuddet, og som derfor kan visiteres til tilbuddet.

Gennem de sidste par år er der arbejdet ud fra den overordnede landstendens, at borgerne skal forblive i eget hjem med socialpædagogisk støtte jf. servicelovens § 85, og derfor er de borgere, der bevilliges et botilbud jf. servicelovens § 107 dårligere fungerende borgere end der tidligere har været tradition for, når der bevilliges botilbud. Det er derfor vanskeligere at substituere nogle af disse borgere til Krise- og Rehabiliteringstilbuddet.

Forvaltningen vurderer derfor, at det ikke er realistisk, at spare det fulde beløb i år 1 (2013). Det er dog vurderingen, at der med en længere indfasning sandsynligvis vil kunne tilvejebringes den omtalte besparelse.

Forvaltningen peger derfor på fire handlemuligheder i forhold til at sikre budgetoverholdelsen:

1. At der sker en reduktion af tilbuddet og dets dimensionering
2. At tilbuddet nedlægges. Både handlemulighed 1 og 2 har en reaktionstid, idet nedlæggelsen af tilbuddet og de afledte konsekvenser heraf ikke kan realiseres umiddelbart, hvorfor der under alle omstændigheder i 2013 formentlig vil være et merforbrug.
3. At udgifterne finansieres af mindreudgifter på andre områder, idet der dog gøres opmærksom på, at udgifterne på Center for Social Indsats' område ikke fuldt ud kan forudses på nuværende tidspunkt og dermed styres. Denne handlemulighed er derfor særdeles usikker
4. At der søges en fælles drifts- og finansieringsløsning med andre kommuner. En sådan løsning forudsætter drøftelser og en forhandlingsløsning med andre kommuner, hvorfor en afklaring heraf formentlig først vil kunne foreligge

ultimo 2013 og mest sandsynligt først fra 2014.

Det er forvaltningens vurdering, at der hurtigst muligt skal træffes en beslutning om tilbuddets fremtid, såfremt de budgetmæssige konsekvenser i 2013 og overslagsår skal håndteres og begrænses.

Der er udarbejdet en beskrivelse af det specifikke indhold af Krise- og rehabiliteringstilbuddet som anvendes til visiteringen af borgere samt et registreringskema over, hvilke borgere der frekventerer Akuttilbuddet (bilag).

Social- og sundhedsudvalget vil modtage afrapporteringer vedr. antallet af brugere og de økonomiske konsekvenser i forhold til budgetforudsætninger.

Økonomiske konsekvenser

På baggrund af udvalgets beslutning af model vil forvaltningen snarest fremlægge en sag om de præcise økonomiske konsekvenser og forslag til håndtering heraf.

Beslutningskompetence

Social- og sundhedsudvalget

Indstilling

Forvaltningen foreslår,

1. At udvalget drøfter og træffer beslutning om valg af model
2. At forvaltningen snarest fremlægger en sag om de præcise økonomiske konsekvenser og forslag til håndtering heraf.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013

1. Forvaltningen anmodes om at arbejde videre med model 1 under hensyntagen til helhedsplanen og model 4.
2. Godkendt.

9.

Evaluering af aktivitetstilbud til beboere på plejehjem.

Sagsfremstilling

Social- og sundhedsudvalget besluttede i marts 2012 i forbindelse med sag om status og udvikling på aktivitetsområdet på kommunens plejehjem, at Den Kommunale Leverandør skulle tilbyde beboere på plejehjem aktiviteter i aktivitetscentre.

Forvaltningen vurderede, at højst 25 beboere på hvert center ville benytte sig af tilbuddet, hvilket ville være muligt at prioritere og håndtere inden for den nuværende kapacitet, jf. notat af 20. december 2012 om evaluering af aktivitetstilbud for beboere på plejehjem (bilag).

Forsøget er fortrinsvis gennemført på områdecentre Bredebo og Baunehøj, da Solgården i perioden ikke har haft et aktivitetscenter på grund af byggesag og derfor var aktivitetsbrugere samt personale midlertidigt flyttet til Baunehøj. På Virumgård er der ikke etableret et aktivitetscenter, hvorfor beboerne ikke kan tilbydes aktiviteter på lige fod med andre i et fysisk aktivitetscenter. Der foregår dog naturligvis en række aktiviteter for beboerne på Virumgård tilrettelagt i de enkelte afdelinger.

På Bredebo har man inddraget beboerne i aktivitetscentrenes tilbud og her deltager 11 ud af 39 beboere to gange ugentligt. Indholdet i tilbuddene spænder bredt.

På Baunehøj har man etableret ni små gymnastikhold i afdelingerne kun for beboere og her deltager mellem 50-90 beboere ugentligt.

Solgårdens aktivitetscenter er netop genetableret med to ugentlige tilbud til beboerne.

På de andre centre er det medarbejderne i afdelingerne, der arrangerer løbende aktiviteter for beboerne.

Indsatsen har kunnet rummes indenfor den eksisterende økonomiske ramme og er bestemt et område, man ønsker at arbejde videre med på plejehjemmene. Den indførte praksis har vist sig at være til stor glæde for en del af beboerne.

Forslag til en fremtidig indsats for området vil blive indarbejdet i en udvalgssag

vedrørende "Kvalitet på Ældreområdet/aktiviteter på plejehjemmene" og forelagt Social- og sundhedsudvalget i marts 2013.

Der vil i sagen blive foreslået, hvilke tiltag, der skal etableres på alle centre og hvordan det enkelte center kan arbejde med aktivitetsområdet lokalt.

Økonomiske konsekvenser

Opgaven udføres inden for de eksisterende rammer.

Beslutningskompetence

Social- og sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at evalueringen tages til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013

Taget til efterretning.

10.

Anvendelse af skærmteknologi - status for delprojekter

Sagsfremstilling

Budgetaftalen for 2013-16 indeholder besparelser på ialt 8 mio. kr. over fire år ved øget anvendelse af skærmteknologi på sundheds- og ældreområdet. Besparelserne gennemføres gennem et projekt, hvor følgende tre områder indgår:

1. Virtuel hjemmepleje
2. Virtuel kronikerforebyggelse
3. Virtuelle opfølgende hjemmebesøg

Erfaringer udvekslet mellem Lyngby-Taarbæk, Gladsaxe, Gentofte og Rudersdal kommuner har givet anledning til, at de fire kommuner har revurderet ambitionerne i forhold til anvendelse af skærmteknologi. Erfaringerne handler bl.a. om at såvel teknologi som marked endnu er for umodent til at satse på i stor skala. I fire-kommune-samarbejdet er der på denne baggrund enighed om følgende fokus i det fortsatte arbejde med at anvende skærmteknologi:

- Fokus på flere og mindre skala afprøvninger målrettet udvalgte arbejdsprocesser og serviceopgaver.
- Arbejde med pilotforløb, hvor business case ikke vil kunne defineres fuldt ud på forhånd, men hvor afprøvning skal føre til præcisering af grundlaget for egentlige business cases.
- Medvirkning til tilpasning af velfærdsteknologiløsninger kombineret m. redesign af services og arbejdsprocesser. Det kan også involvere aktiviteter som; etablering af nye snitflader til eksisterende IT-systemer eller etablering af nye samarbejdsflader ml. kommune og region o.lign.
- Tæt videndeling om de fire kommuners tiltag. Målet er bl.a. at se, om der tegner sig mønstre i, hvad der virker, så større indkøb og udrulning evt. kan aktualiseres.

Herudover har erfaringer i Lyngby-Taarbæk Kommune vist, at det er afgørende for projektets succes, at teknologi og rationale er kendt hos både medarbejdere og ledelse.

Der ansættes en projektleder pr. 1. april 2013 til at forestå dette. Under hensyntagen til de nævnte erfaringer og en forsinkelse på tre måneder i forhold til ansættelse af projektleder, arbejdes der videre med skærmteknologi på følgende områder:

1. *Virtuel hjemmepleje*

I et tæt samarbejde med medarbejderne i ét hjemmeplejedistrikt udvælges konkrete målgrupper og serviceopgaver, hvor der ses et muligt potentiale for at anvende skærmt teknologi. Der gennemføres et eller to pilotforløb med de udvalgte målgrupper og serviceopgaver med henblik på at opnå større viden om skærmt teknologiens muligheder i hjemmeplejen, herunder hvilke kompetencer det forudsætter hos borger og medarbejder, samt hvordan det understøttes bedst organisatorisk.

2. Virtuel kronikerforebyggelse

Med Epitalet har Lyngby-Taarbæk Kommune allerede igangsat et større telemedicinsk projekt rettet mod kronikere. I første omgang er projektet rettet mod borgere med KOL, men det forventes at projektet kan udvides til også at omfatte diabetikere og borgere med hjerte/kar-sygdomme. Projektet går i drift i januar/februar 2013 og forventes at omfatte 50 borgere. Lyngby-Taarbæk Kommune indgår sammen med en række andre byer i Europa i en fælles større EU-ansøgning (ReLife) med henblik på en markant udvidelse af projektet. Der forventes svar på ansøgningen i april 2013.

3. Virtuelle opfølgende hjemmebesøg

Lyngby-Taarbæk Kommune har netop søgt den regionale forebyggelsespulje om midler til at gennemføre et projekt der tager udgangspunkt i de opfølgende hjemmebesøg. Projektet er tværsektorielt, hvor 8 andre kommuner samt Gentofte Hospital og Herlev Hospital er medansøgere. Som en del af dette projekt kan skærmt teknologi pilotafprøves.

Økonomiske konsekvenser

Der er forudsat en besparelse på netto 1,0 mio. kr. i 2013. Som beskrevet ovenfor er flere forudsætninger imidlertid forandret. Forvaltningen vurderer, at der med de nævnte initiativer vil være mulighed for at hjemtage gevinster i 2013 ved brug af skærmt teknologi, men at det næppe er realistisk at opnå den fulde besparelse på 1,0 mio. kr. i 2013. Den budgetlagte besparelse forventes imidlertid samlet set at kunne rummes inden for sundhedsområdets ramme i 2013.

Beslutningskompetence

Social- og sundhedsudvalget

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at orienteringen om arbejdet med at anvende skærmt teknologi tages til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013

Taget til efterretning.

11.

Omsorgsboliger - indhold

Sagsfremstilling

Kommunalbestyrelsen har i forbindelse med budgetaftalen 2013-16 besluttet at opføre 40 Omsorgsboliger. Denne sag indleder drøftelserne om, hvad en omsorgsbolig er og giver et overblik over tids- og procesplan. Placeringen af boligerne behandles i en særskilt sag.

Lyngby-Taarbæk Kommune kan i dag anvise til ældrebolig, beskyttede boliger og plejeboliger jf. notat om de forskellige boligformer (bilag).

Omsorgsboligerne skal udformes således, at de retter sig imod de borgere, der ikke er i stand til at klare sig i egen bolig trods hjemmehjælp fordi de har brug for øget nærhed, tryghed og tæt kontakt til andre for at minimere utryghed og angst. Omsorgsboligerne indrettes som en plejebolig med de krav der tager højde for, at der skal kunne udføres pleje til fysisk plejekrævende borgere d.v.s. særlige fysiske rammer og særlige tryghedsskabende foranstaltninger. Borgerne skal visiteres til en omsorgsbolig. Visitationen i forhold til praktisk og personlig bistand foregår, som hos de øvrige borgere der ikke bor i plejebolig, d.v.s. borgeren kan frit vælge leverandør. Herudover tænkes en tillægspakke - "omsorgspakke" hvor personale tilknyttet omsorgsboligerne skal skabe tryghed, netværk og aktiviteter for målgruppen. Omsorgsboligerne er ikke egnet til demente borgere og borgere med kognitive problemer, da målgruppen er tænkt at kunne gøre brug af omsorgsboligen, omsorgspakken og de forskellige tilbud i området. Såfremt borgerens plejebestand ændre sig f.eks. man bliver dement, er man ikke afskåret fra at søge en plejebolig. Borgeren får en lejekontrakt og har mulighed for at søge boligydelse.

Forvaltningen peger på følgende vigtige hensyn i forhold til snitfladen mellem omsorgsboligernes indhold og placering:

- Boligerne bør ligge tæt og der bør tænkes over indbyrdes placering.
- Der bør findes forskellige boligtyper, der bør også tænkes på ægteparboliger.
- De bør indrettes handicapvenlige.
- Der bør være fleksible fællesrum til forskellige formål f.eks. fødselsdag med den enkeltes familie, fællesspisning, traditioner omkring højtider, pårørende arrangementer. Der bør tænkes i aktiviteter med nærmiljøet ind, således at det bliver et sted, hvor de nærliggende institutioner bliver en del af miljøet med de ældre.
- Det er ligeledes vigtigt, at arbejde med at gøre området tiltrækkende for besøgende f.eks. foredrag, højtider, frivillighedsarrangementer, legeplads etc.

- Der bør tænkes over, at få skabt et lettere beskyttet uderum, hvor der bør tages hensyn til ældres behov som udsyn, tryghed, læforhold og oplevelser som f.eks. orangeri, fuglevolier, gangstier, hvor besøgende kan gå eller køre en tur med beboerne.
- Det skal være let at komme fra det private rum til fællesrum.
- Arkitekturen skal medvirke til at mellemrummene også medvirker til fællesskab.

Udover den visiterede hjemmepleje bør der i tilknytning til omsorgsboligerne være personale i området der er synlige. Personalet bør være med til at skabe tryghed og nærhed, og de skal være tilgængelige og opsøgende overfor beboerne og hermed medvirke til, at de ældre undgår isolation. Personalet bør også formidle kontakt til skoler/børnehaver og frivillige med det formål at skabe gensidige oplevelser og netværk.

Velfærdsteknologi bør tænkes ind, hvor det giver mening, f.eks. teknologiske følere til lys, temperatur etc., skærmteknologi til omsorgsbesøg via internet, aktivitetstilmeldinger mm.

I samarbejde med Dansk Design Center planlægges et projektforsløb omkring omsorgsboligernes indhold. Det drejer sig om et partnerskabsprojekt mellem Ældresagen (og/eller Servicestyrelsen) og Dansk Design Center og kommunen. Projektet har den enkelte ældre som omdrejningspunkt, og retter sig blandt andet mod forbedret livskvalitet for borgerne, optimale forhold og arbejdsgange for plejepersonalet samt bedre markedsmuligheder for private producerende virksomheder. Forvaltningen har valgt dette samarbejde med henblik på at trække på Dansk Design Centers erfaringer fra andre kommuner samt kreative tilgang (bilag).

Der nedsættes en styregruppe, der udarbejder en mere detaljeret tids- og procesplan. I styregruppen deltager både repræsentanter fra Center for Træning, Omsorg og fra Center for Areal og Ejendom og Seniorrådet. Byggeriet forventes afsluttet medio 2015.

Fase 1	Februar-juni	Klarhed over konceptet
	omsorgsboliger.	
	maj.	SSU får en status i løbet af
Fase 2		Byggeprogram og lokalplan
Fase 3		Opgaven udbydes
Fase 4		Byggeri

Økonomiske konsekvenser

Der er i budget 2013-16 afsat 1 mio. kr. til tryghedsskabende foranstaltninger i forbindelse med de 40 omsorgsboliger. Dette betyder, at der kan ansættes

medarbejdere med henblik på, at skabe "omsorgspakken" og der vil være mulighed for at købe forskellige tilbud f.eks arrangementer og aktiviteter.

Beslutningskompetence

Social-og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår,

1. at det overordnede oplæg om omsorgsboligernes indhold drøftes,
2. at det videre arbejde som beskrevet ovenfor godkendes.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013

1. Drøftet.
2. Godkendt.

12.

Omsorgsboliger, fem placeringsmuligheder

Sagsfremstilling

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

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

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

Arealet skal derfor kunne rumme både de 40 omsorgsboliger samt eventuelle fremtidige servicearealer. Der skal kunne opføres ca. 4.000 m², hvilket f.eks. vil kræve et grundareal på min. 8.000 m², hvis bebyggelsesprocenten er op til 50 %.

I udvalgets møde den 5. december 2012, hvor forvaltningen fremlagde en bruttoliste på 22 forskellige arealer, blev det besluttet at arbejde videre med at undersøge følgende fem lokaliseringsmuligheder:

- forslag nr. 06 (Trongårdsvej)
- forslag nr. 07 (Eremitageparken)
- forslag nr. 14 (Gasværksgrunden)
- forslag nr. 15 (Lystoftebakken)
- forslag nr. 16 (Statsskolen)

Forslagene er nærmere beskrevet i notat af 21. januar 2013, jf. bilag.

Forvaltningen har vurderet, at arealet Buddingevej 50 (Statsskolen) er det bedst egnede af de fem forslag til opførelsen af omsorgsboligerne.

Fra vedtagelse af placeringen, til boligerne er klar til indflytning, forventes en

Samlet tidshorisont på ca. 2½ år.

Tidsplanen omfatter udarbejdelse af byggeprogram, prækvalifikation og totalentreprise i EU-udbud, samt udarbejdelse af lokalplan samt evt. nødvendige kommuneplanændringer med høring og politisk godkendelse.

Sagen fremlægges i Byplanudvalget og i Social- og sundhedsudvalget den 6. februar 2013, og fremsendes til udtalelse i Seniorrådet i januar 2013.

Økonomiske konsekvenser

Den afsatte økonomiske ramme i budget 2013-16 forudsætter, at boligerne opføres på et kommunalt ejet areal.

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

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

Byggeprojektet forventes afholdt inden for disse allerede afsatte rammer.

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at der arbejdes videre med arealet i forslag 16 (Statsskolen), i forhold til etablering af omsorgsboliger.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013

Anbefalet.

13.

Afløsning/aflastning af pårørende til borgere med demens.

.

Sagsfremstilling

Social- og sundhedsudvalget har den 5. december 2012 anmodet forvaltningen om at forelægge en sag, hvor grundlaget for afløsning/aflastning for ægtefæller til demente borgere belyses, jf. notat af 16. januar 2013 om afløsning/aflastning af pårørende til demente borgere (bilag).

Kort fortalt har kommunens demensteam kontakt til 550 borgere med demens eller hukommelsessvækkelse. 110 af disse borgere bor sammen med en ægtefælle/samlever og 90 gør brug af afløsning/aflastning ved kommunens hjælp.

Ud over den aflastning, der ligger i at borgerne kan modtage ydelser til praktisk hjælp og personlig pleje, kan borgerne med demens og deres pårørende modtage forskellige tilbud om aflastning:

- Borgere med lettere demens kan modtages i aktivitetscentrene på lige fod med andre borgere.
- Borgere med sværere demens kan visiteres til samværstilbud i dagtimerne på demenscenter Borrebakken.
- Yngre borgere med demens kan komme i "Hovedsagen", et dagtilbud til yngre borgere med demens.
- Kommunen har etableret 2 rotationspladser på Solgården, hvor borgere med demens kan modtages hver 4. uge i 7 dage.
- Der er mulighed for at få et midlertidigt ophold på et af kommunens plejehjem, når en pårørende f.eks. skal på ferie, indlægges på hospital eller har weekendarbejde.
- Kommunens akutpladser på Lyngby Møllebo tilbydes også som akut aflastning, f. eks. når en pårørende akut er ved at køre træt og trænger til en pause.

Det kan være en stor belastning at passe og overvåge et familiemedlem med demens og pårørende i alle aldre efterspørger derfor afløsning i eget hjem som en mulighed. De pårørende efterspørger også en udvidet åbningstid i samværsgrupperne på Borrebakken, hvilket dog vil fordyre samværstilbuddene betragteligt med hensyn til løn og ny kørselsaftale.

Demensteamet vurderer, at ca. 25 borgere og pårørende med god effekt ville gøre brug af et evt. aflastningstilbud i eget hjem.

Økonomiske konsekvenser

Den økonomiske udgift til et sådant tilbud vil beløbe sig til 1,9 mio. kr. årligt ved gennemsnitlig 4 visiterede timer ugentligt og 3,0 mio kr. årligt ved gennemsnitlig 6 visiterede timer ugentligt til 25 borgere.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. det drøftes om forvaltningen skal arbejde videre med udviklingen af et tilbud om yderligere aflastning af pårørende til borgere med demens
2. den endelige beslutning om etablering og finansiering af et nyt aflastningstilbud drøftes i forbindelse med budgetforhandlingerne for 2014-17 eller via omprioritering af budgettet indenfor udvalgets ramme.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013

1. Drøftet.
2. Drøftet, idet forvaltningen anmodes om at udarbejde et forslag til et tilbud, der finansieres via omprioritering indenfor rammen.

14.

Måleprogram for "Aktivitet og Træning i hverdagen" i ældreplejen.

Sagsfremstilling

I relation til vedtagelsen af budget 2012 blev det besluttet, at gennemføre et paradigmeskifte på ældreområdet. Konkret blev det i februar 2012 besluttet at iværksætte paradigmeskiftet "Aktivitet og træning i hverdagen" som en 4-årig indsats om øget hjælp til selvhjælp. Indsatsen løber i perioden 1. januar 2012 - 31. december 2015.

På nuværende tidspunkt er første del af kompetenceudviklingen af samtlige medarbejdere på ældreområdet gennemført og et forslag til måleprogram for indsatsen ligger klar til ibrugtagning fra 2. kvartal i 2013.

Formålet med måleprogrammet er at følge resultat og udbytte ved implementeringen af det nye paradigme i et længere perspektiv - 3 år, med fokus på både borgerens situation/funktionsniveau, og på de virkninger det får dels på den faglige indsats, på medarbejdernes arbejdsmiljø og for kommunens økonomi på ældreområdet.

Måleprogrammet skal ligeledes fungere som et ledelsesmæssigt styringsværktøj der sikrer, at der løbende kan ske opfølgning og fastholdelse af det nye paradigme og hvor der kan ske læring på tværs af ældreplejen og hvor det bliver muligt at foretage hurtige og effektive justeringer undervejs af iværksatte indsatser. Forvaltningen følger målingerne kvartalsvist.

Endelig skal måleprogrammet anvendes i forbindelse med selve evalueringen af indsatsen, for at sikre, at der sker læring af processen samt at opnåede erfaringer dokumenteres, så andre fremtidige indsatser kan trække på disse erfaringer. Resultaterne af paradigmeskiftet forventes først at vise sig efter en længere periode, hvorfor der først er planlagt en midtvejsevaluering i løbet af foråret 2014. Den 4-årige indsats slutevalueres fra oktober - december 2015 og en evalueringsrapport forventes at ligge klar i løbet af 1. kvartal af 2016.

Måleprogrammet er opstillet i forhold til fire hovedområder, hvor der er opstillet mål, succeskriterier samt måleparametre og -metode. De fire hovedområder er Borger, Personale, Organisation/kompetenceudvikling og Økonomi. Dele af måleprogrammet forventes gennemført i et samarbejde med Metropolskolen. Metoden for denne del af måleprogrammet afventer en konkret aftale med Metropolskolen.

Der henvises til notat vedlagt sagen.

Hovedområder	Emner <i>Succeskriterier måleparametre og -frekvens målemetode</i>
Borger	Livskvalitet, helbred
	Funktionsniveau
	Motivation for at modtage trænende hjælp
Personale	Arbejdsglæde og motivation
Organisation og kompetenceudvikling	Retningsgivende mål
	Tilbage melding til visitationen
	Rehabiliterende teams
	Tværfaglig erfaringsudveksling
	Heldagsundervisning, lederudvikling og opfølgingskurser
	Handle- og kommunikationsplaner
	Konkrete faglige indsatser til borgere inde og ude
Økonomi	Visiteret tid
	Fordelingen af trænings- plejeydelser
	Antal borgere der modtager varig hjælp

Økonomiske konsekvenser

Opgaven løses indenfor de allerede afsatte rammer.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at forslag til måleprogram for "Aktivitet og træning i hverdagen" på ældreområdet tages i anvendelse.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013

Godkendt med de faldne bemærkninger.

15.

Meddelelser til udvalgets medlemmer februar 2013

.

1. Evaluering og forankring af projekt vedr. bydelsmødre

Sundhedstjenesten har i perioden den 1. november 2011 - 31. oktober 2012 uddannet 12 ressourcestærke kvinder med etnisk minoritetsbaggrund (bydelsmødre) til at udføre opsøgende arbejde blandt de mere udsatte og marginaliserede kvinder. Bydelsmødrene er blevet undervist og trænet i kommunikation og metoder til samtale, tavshedspligt og andre emner som fx kommunale instanser, sundhed, uddannelsesinstitutioner, børn og teenagere samt opdragelse, hvilket har rustet dem til at arbejde som bydelsmødre. Formålet med projektet var at skabe kontakt til kvinder med etnisk minoritetsbaggrund, som har få ressourcer og typisk bor i udvalgte boligområder. Samtidig har projektet understøttet, at kvinderne fik større viden om det danske samfund og de muligheder de har, f.eks. i forhold til institutionsvalg og kontakt til kommunen, samt om sundhed og ernæring, arbejdsmarked, foreningsliv og aktiviteter, mm. Projektet har været en succes og bydelsmødrene fortsætter deres arbejde, ligesom Sundhedstjenesten stadig støtter op om arbejdet med en kontaktsundhedsplejerske, som kan kontaktes i faglige spørgsmål og som jævnligt møder bydelsmødrene. Projektet har været støttet af kommunens integrationsråd og Ministeriet for by, bolig og landdistrikter, se vedlagte evalueringsrapport vedr. projektet.

2. Redegørelse for arbejde med socialt bedrageri

Redegørelsen forelægges økonomiudvalget.

3. Redegørelse for anvendelsen af varmtvandsbassin.

Varmtvandsbassinet på træningscenter Fortunen anvendes på alle hverdage hele året, med undtagelse af 1 uge i juli og ugen mellem jul og nytår. Bassinet anvendes langt overvejende af kommunens terapeuter i forbindelse med de kommunale træningstilbud og i mindre grad af private fysioterapeuter og FOF, som lejer bassinet. I hele 2012 har 2078 borgere, som har modtaget kommunale træningstilbud benyttet bassinet - svarende til ca. 9 personer dagligt på hverdage. Afhængig af borgernes funktionsniveau og træningstilbuddets indhold gennemføres der både individuelle træningsseancer og holdtræning, hvorfor ca. 9 personer dagligt på hverdage dækker over en variation fra 3 - 4 personer dagligt til ca. 20 personer dagligt. Herudover har et antal borgere, som har modtaget træning via de private fysioterapeuter og via FOF ligeledes benyttet bassinet. Antallet kendes ikke, idet der ikke foretages systematiske registreringer over de private tilbud.

Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013

Taget til efterretning

16.

Anmodning fra gruppe (F) om optagelse af sag om kommunalbestyrelsens rolle ved tildeling af førtidspension

.

Sagsfremstilling

Hans Henrik Madsen (F) har i mail af 23. januar 2013 anmodet om at få følgende sag optaget på dagsordenen for Social- og sundhedsudvalgets møde i februar: "Med udgangspunkt i en konkret henvendelse til kommunalbestyrelsen ønskes en drøftelse af hvordan processen om tildeling af førtidspension er, og hvilken rolle KMB spiller. Som jeg forstår lovgivningen (Pensionsloven § 17) så **skal** KMB behandle en henvendelse om førtidspension i forhold til alle de muligheder, der findes for at yde hjælp efter den sociale lovgivning, jf. § 5 i lov om retsikkerhed og administration på det sociale område."

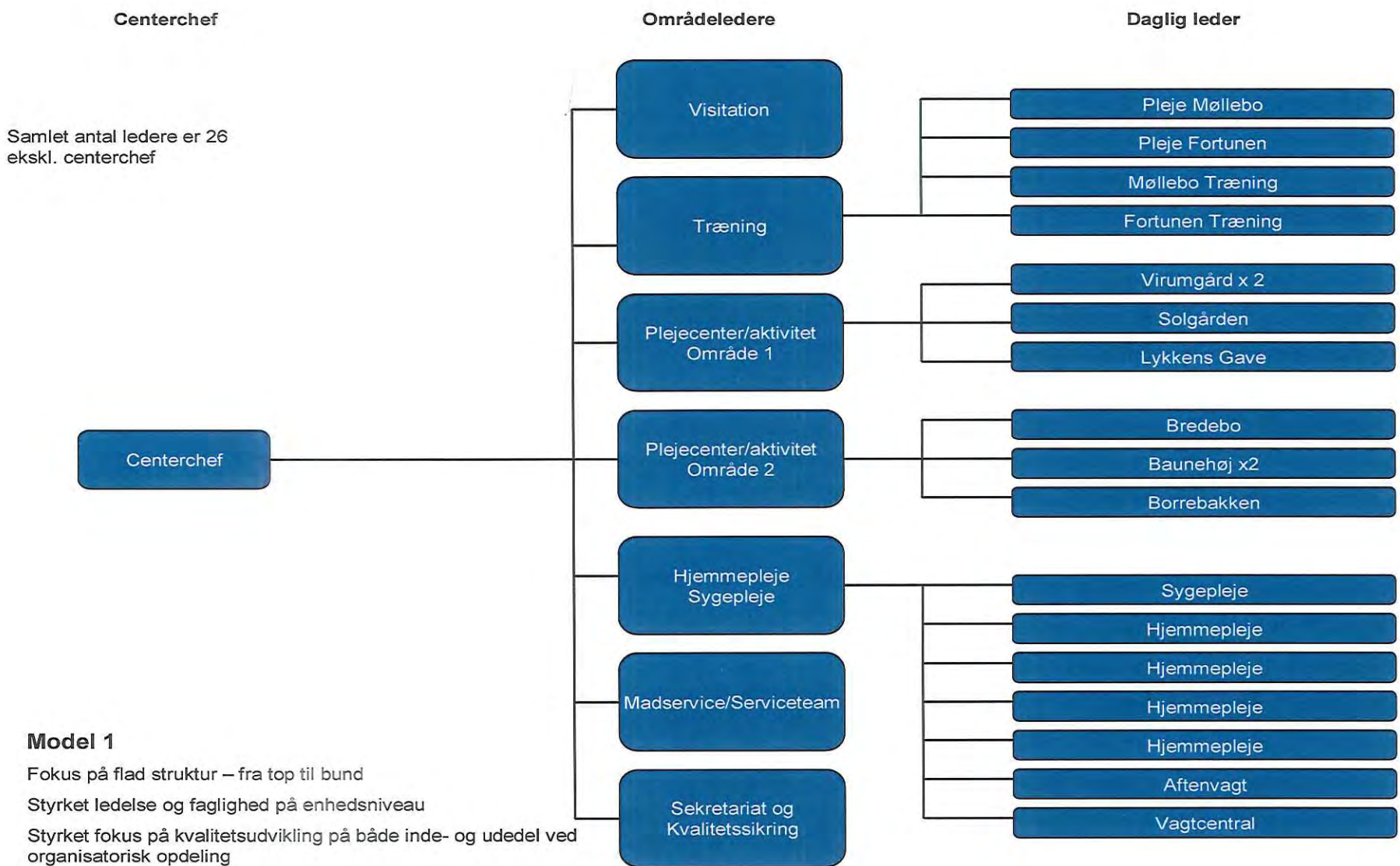
Social- og Sundhedsudvalget den 6. februar 2013

Udvalget anmoder forvaltningen om at udarbejde et notat om de retslige procedurer og instanser.

Bilag til SSUs møde den 6. februar 2013

Sag nr. 1

Bilag 1



Samlet antal ledere er 26
ekskl. centerchef

Model 1

Fokus på flad struktur – fra top til bund
 Styrket ledelse og faglighed på enhedsniveau
 Styrket fokus på kvalitetsudvikling på både inde- og udedel ved organisatorisk opdeling

I model 1 er der under Centerchefen 7 områdeledere og 19 daglige ledere (i alt 26 ledere)

<p>Model 1</p>	<p>Reorganisering i forhold til nuværende organisation: Det centrale ledelsesniveau fjernes, hvormed områdeledere refererer direkte til Centerchef Ude- og indedel skilles ledelsesmæssigt på områdelederniveau I alt er der 7 områdeledere for henholdsvis visitation, træning, plejecenter/aktivitet område 1, plejecenter/aktivitet område 2, hjemmepleje/sygepleje, madservice/serviceteam og en afdeling for kvalitetssikring og sekretariatet Sygeplejen samles i en enhed, som refererer ind til områdelederen for hjemme- og sygeplejen Hjemmeplejeenhederne udvides med to nye enheder – sygepleje og aftenvagt. Hjemmeplejeenhederne samt enhederne for sygepleje, aftenvagt og vagtcentralen refererer ind til en områdeleder for hjemmepleje og sygepleje Træningsenheder refererer ind til en områdeleder Plejecentre samles i områder med hver deres områdeleder</p>
<p>Overordnede fordele ved modellen</p>	<p>Fokus på flad struktur – fra top til bund Styrket ledelse i udedel og faglighed på enhedsniveau på tværs Styrket fokus på kvalitetsudvikling på både inde- og udedel ved organisatorisk opdeling Styrket specialisering af sygeplejen</p>
<p>Overordnede ulemper ved modellen</p>	<p>Paradigmeskiftet understøttes ikke af en ledelsesmæssig samling af træning og hjemmepleje i organisationsstrukturen Svag strategisk ledelse Kvalitetstab for assistenter Risiko for silotænkning</p>

Fordele

- Øget fokus på kvaliteten i henholdsvis hjemmeplejen og plejecentre
- Den faglige kvalitet samt ensartet service styrkes ved at skille inde- og udedel

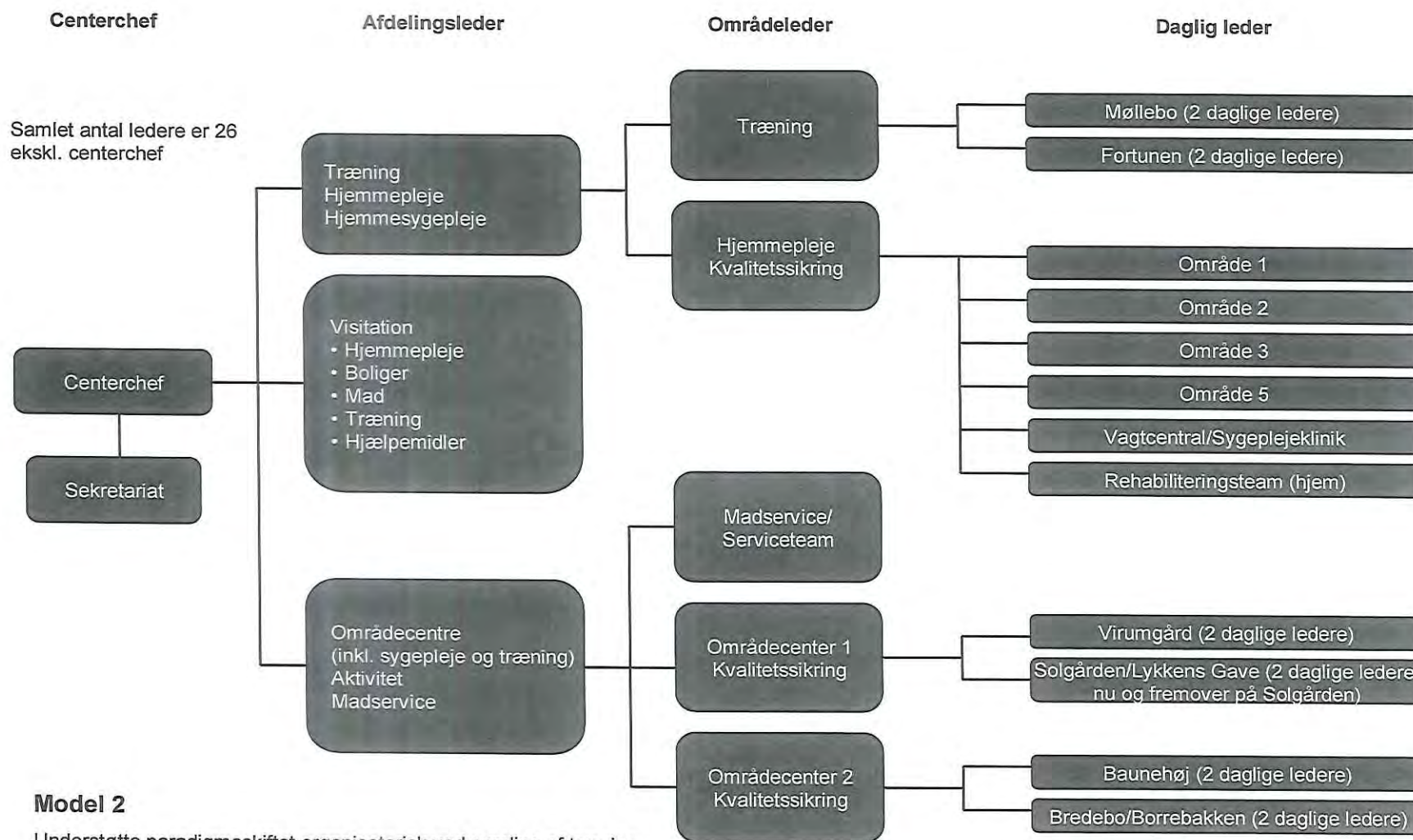
- En ledelsesmæssig samling af sygeplejen vil sikre ensartethed og ensretning
- Udskillelse af sygeplejen må forventes at styrke det sygeplejefaglige markant
- Borgerne vil opleve en mere lige tilgang til sygepleje og en mere lige/ens sygeplejeydelse ved en samlet sygepleje i hjemmeplejen

- Kortere vej for borgerne ved klager
- Kortere vej fra bund til top
- Nemmere kommunikationsveje

- Den daglige ledelse styrkes – her er udviklingspotentiale både blandt hjælpere og sygeplejersker – fordi fokus bliver mere skarpt ved at skille inde- og udedel – samt eventuelt suppleret med øget økonomisk råderum (budget afsættes særskilt til hvert område)
- Imødekommer den omvendte pæreform – øget ledelse tæt på driften – flere lederfunktioner ude i driften
- Mere synlig ledelse

Udfordringer

- Træning og hjemmepleje er hver for sig
- Når træning holdes for sig, så understøttes paradigmeskiftet ikke - i hjemmeplejen eller på plejecentre
- Hvis sygeplejen samles vil det medføre et kvalitetstab for assistenter
- Den strategiske tænkning begrænses ved at fjerne ledelsen på afdelingsniveau
- Øget behov for strategiske kompetencer på områdelederniveau
- Større tidsforbrug for områdeledere på udarbejdelse af politiske dagsordner, besvarelse af politiske spørgsmål osv, deltagelse i tværkommunale arbejdsopgaver og samarbejde med eksterne samarbejdspartnere
- Centerchefen får for mange ledelsesreferencer
- Der mangler et ledelsesled for medarbejderne – ”hvis organisering gennemføres, så vil jeg se min områdeleder mindre i hverdagen”
- De centrale ledelsesopgaver – hvor skal de løftes? Det vil medføre decentralt pres
- Den daglige ledelse bliver svag ved ferie, sygdom mv.



Model 2

Understøtte paradigmeskiftet organisatorisk ved samling af træning og hjemmepleje

Styrket ledelse og faglighed på enhedsniveau

Styrket fokus på kvalitetsudvikling i både inde- og udedel ved organisatorisk opdeling

I model 2 er der under Centerchefen 3 afdelingsledere, 5 områdeledere og 18 daglige ledere (i alt 26 ledere)

Model 2	<p>Reorganisering i forhold til nuværende organisation: Ledelsen for træning og udedel (hjemmeplejen) samles hos en afdelingsleder Ude- og indedel skilles ledelsesmæssigt på afdelings- og områdelederniveau Hjemmeplejeenhederne udvides med en ny enhed. Alle hjemmeplejeenheder refererer ind til samme områdeleder. Områdelederen koordinerer og sikre kvalitetsudvikling på tværs af enhederne Træningsenheder refererer ind til en områdeleder. Plejecentre samles i 2 områder med hver deres områdeleder med to-tre plejecentre med daglige leder under hver områdeleder.</p>
Overordnede fordele ved modellen	Understøtter paradigmeskiftet organisatorisk ved samling af træning og hjemmepleje Styrket ledelse i udedel og faglighed på enhedsniveau på tværs Styrket fokus på kvalitetsudvikling i både inde- og udedel ved organisatorisk opdeling
Overordnede ulemper ved modellen	Langt fra bund til top Kvalitetsudvikling i indedel

Fordele

- Større sandsynlighed for at det lykkes med paradigmeskift i forhold til nuværende organisation – afdelingsleder skaber i samarbejde med to områdeledere tætte samarbejdsrelationer mellem hjemmepleje og træning
- Øget fokus på borgernes forløb samt mere sammenhæng i forløbene - træning og hjemmepleje trækker samme vej – gør borgerne hurtigere selvhjulpne
- Suppleret med fokus på vedligeholdende træning på plejecentrene fx placering af en fys/ergo på hvert center (kan supplere alle modeller)
- Sandsynligheden for et rigtigt godt samarbejde mellem træning og hjemmepleje er stor
- En fælles ledelse for træning og hjemmepleje kan medføre øget kvalitet og ensartethed
- Lettere at udvikle bedre kvalitet i ydelserne overfor borgerne både i inde- og udedel (hjemmehjælp samt træning) Den enkelte ledelse har mulighed for et skærpet fokus på den del, de er ledere for
- Det højner i udedelen det sygeplejefaglige område ved et tydeligt fokus på kvalitetssikring og opfølgning og ved en mere enstrengt ledelsesstruktur
- Sikrer ensartethed i hjemmeplejen
- Sikrer koordination, samarbejde på tværs internt i både ude- og indedel ved det øget faglige fokus ved opdeling af inde- og udedel

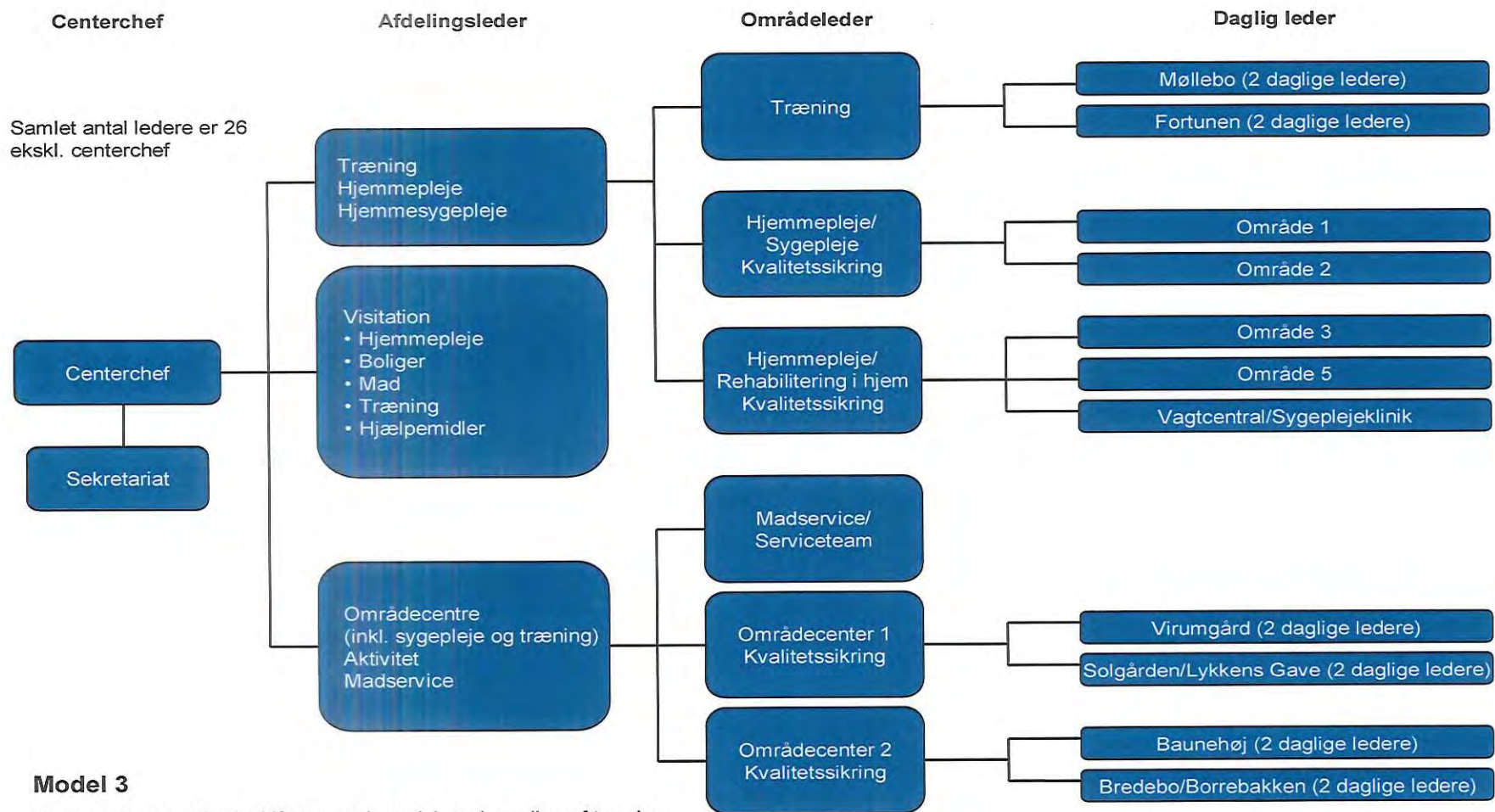
- Kortere vej for borgerne ved klage
- Kommunikationsvejene bliver nemmere på grund af det særskilte fokus på inde- og udedelen (træning + hjemmepleje)
- Imødekommer lidt mere den omvendte pæreform i forhold til den nuværende organisering – øget ledelsen tæt på driften især i udedelen
- Mere synlig ledelse
- Sikrer fokus på strategisk ledelse og helheder i en central ledergruppe

Udfordringer

- Ulempe at serviceteam ikke ligger under hjemmepleje/træning i forhold til paradigmeskiftet – det bør de – styrker fagligheden
- Kvalitetssikringen dækker kun træning og hjemmeplejen og ikke plejehjemmene
- Hvis inde- og udedel skilles kan der opstå ulighed for borgerne/beboerne i tilgangen til specialistfunktioner inden for sygeplejen
- Hvis inde- og udedel skilles, kan det måske betyde ændrede arbejdstid/vagttyper for nogle faggrupper
- Aftensygeplejerskerne (ude) bør ligges ind under vagtcentralen – større fleksibilitet og samlet sygeplejen
- Vagtcentral – mange opgaver oppe fra – hvis aftensygeplejerskerne samles der, skal ledelsen øges
- Der er ulige antal lokalassistenter i ude-grupperne
- Ansat en klinisk medarbejder i hjemmeplejen eller en klinisk områdeleder og en områdeleder med ledelsesansvar for fire hjemmeplejer
- Ikke kortere vej fra bund til top
- Øget ledelseskrav til de daglige leder
- Områdeleder på indedel kommer længere væk fra medarbejderne
- Ledelse i de yderste led styrkes ikke nok – imødegår ikke nok den omvendte pæreform
- Den daglige ledelse bliver svag ved ferie, sygdom mv.

Særsynspunkter (1 medlem af arbejdsgruppen pr. bullet)

- Vi går fra fire til to grevskaber
- En områdeleders nuværende kompetence bliver ikke udnyttet i modellen
- Hjemmeplejen kommer ikke tættere på træningsområdet og hermed ikke på et tættere samarbejde.



Model 3

Understøtte paradigmeskiftet organisatorisk ved samling af træning og hjemmepleje

Styrket fokus på kvalitetsudvikling i både inde- og udedel ved organisatorisk opdeling

I model 3 er der under Centerchefen 3 afdelingsledere, 6 områdeledere og 17 dagledere (i alt 26 ledere)

Model 3	<p>Reorganisering i forhold til nuværende organisation: Ledelsen for træning og udedel (hjemmeplejen) samles hos en afdelingsleder Ude- og indedel skilles ledelsesmæssigt på afdelings- og områdelederniveau Hjemmeplejeenhederne samt vagtcentrale/sygeplejeklinik er samlet i to områder med hver sin områdeleder. Den ene af to områdeleder har ansvar for sygpleje på tværs af de to områder. Den anden områdeleder har ansvar for hverdagsrehabiliteringen på tværs af de to områder Træningsenheder refererer ind til en områdeleder. Plejecentre samles i 2 områder med hver deres områdeleder med to-tre plejecentre med daglige leder under hver områdeleder.</p>
Overordnede fordele ved modellen	Understøtte paradigmeskiftet organisatorisk ved samling af træning og hjemmepleje Styrket fokus på kvalitetsudvikling i både inde- og udedel ved organisatorisk opdeling
Overordnede ulemper ved modellen	Langt fra bund til top Kvalitetsudvikling i indedel

Fordele

- Større sandsynlighed for at det lykkes med paradigmeskift i forhold til nuværende organisation – afdelingsleder skaber i samarbejde med de to områdeledere tætte samarbejdsrelationer mellem hjemmepleje og træning
- Øget fokus på borgernes forløb samt mere sammenhæng i forløbene - træning og hjemmepleje trækker samme vej – gør borgerne hurtigere selvhjulpne
- Suppleret med fokus på vedligeholdende træning på plejecentrene fx placering af en fys/ergo på hvert center (kan supplere alle modeller)
- Sandsynligheden for et rigtigt godt samarbejde mellem træning og hjemmepleje er stor
- En fælles ledelse for træning og hjemmepleje kan medføre øget kvalitet og ensartethed
- Lettere at udvikle bedre kvalitet i ydelserne overfor borgerne både i inde- og udedel (hjemmehjælp samt træning) Den enkelte ledelse har mulighed for et skærpet fokus på den del, de er ledere for
- Det højner i udedelen det sygeplejefaglige område ved et tydeligt fokus på kvalitetssikring og opfølgning og ved en mere enstrenget ledelsesstruktur
- Sikrer koordination, samarbejde på tværs internt i både ude- og indedel ved det øget faglige fokus ved opdeling af inde- og udedel
- Kortere vej for borgerne ved klage
- Kommunikationsvejene bliver nemmere på grund af det særskilte fokus på inde- og udedelen (træning + hjemmepleje)

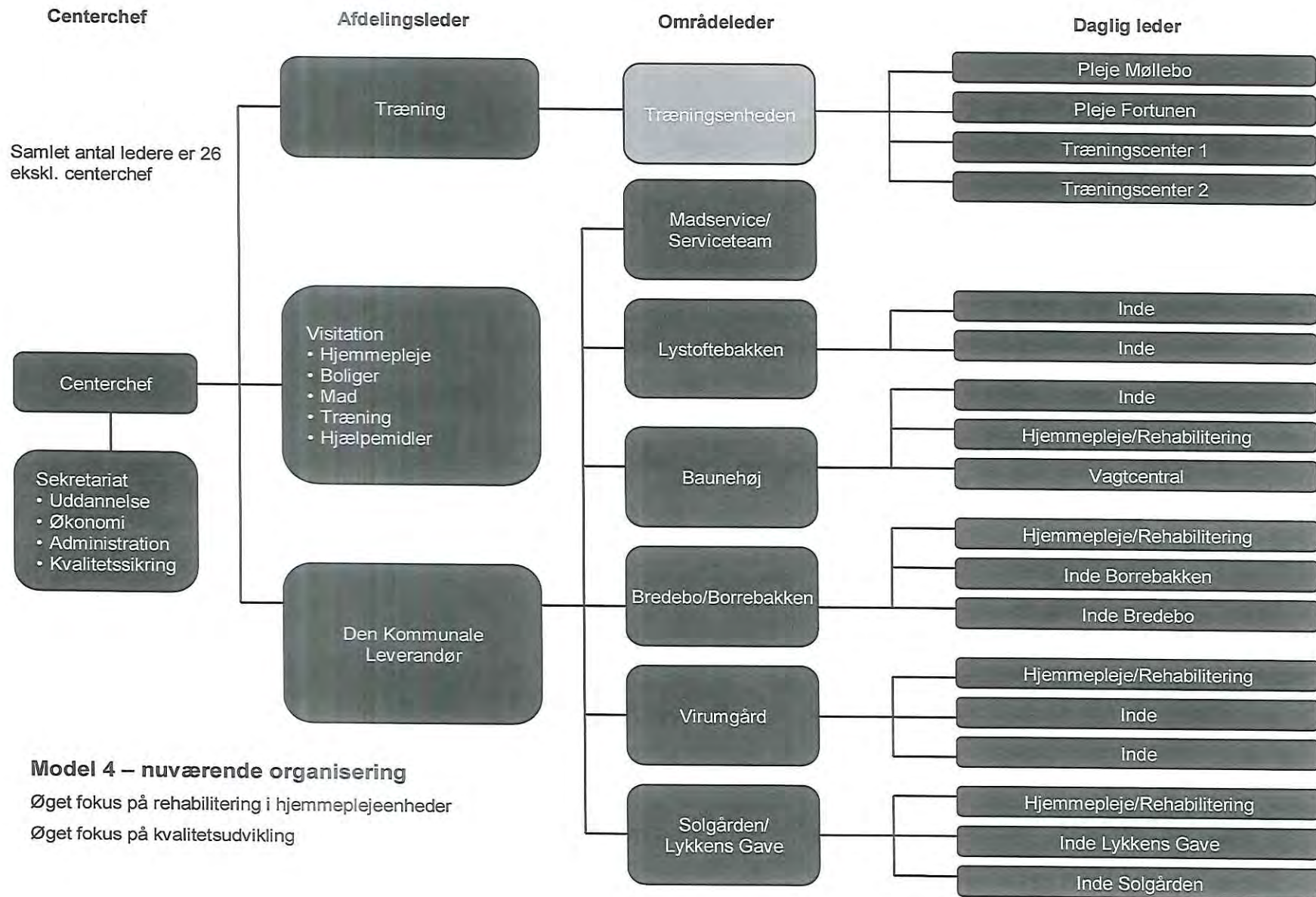
- Mere synlig ledelse
- Sikrer fokus på strategisk ledelse og helheder i en central ledergruppe

Udfordringer

- Ulempe at serviceteam ikke ligger under hjemmepleje/træning i forhold til paradigmeskiftet – det bør de – styrker fagligheden
 - Hvis inde- og udedel skilles kan der opstå ulighed for borgerne/beboerne i tilgangen til specialistfunktioner inden for sygeplejen
 - Hvis inde- og udedel skilles, kan det måske betyde ændrede arbejdstid/vagttyper for nogle faggrupper
 - Aftensygeplejerskerne bør ligges ind under vagtcentralen – større fleksibilitet og saml sygeplejen
 - Vagtcentral – mange opgaver oppe fra – hvis aftensygeplejerskerne samles der, skal ledelsen øges
 - Der er ulige antal lokalassistenter i ude-grupperne
 - Ensartethed i hjemmeplejen
 - Ansat en klinisk medarbejder i hjemmeplejen eller en klinisk områdeleder og en områdeleder med ledelsesansvar for fire hjemmeplejer
-
- Ikke kortere vej fra bund til top
 - Øget ledelseskrav til de daglige leder
 - Områdeledere på indedel kommer længere væk fra medarbejderne
 - Ledelse i de yderste led styrkes ikke – imødegår ikke den omvendte pæreform
 - Den daglige ledelse bliver svag ved ferie, sygdom mv.

Særsynspunkter (1 medlem af arbejdsgruppen pr. bullet)

- Vi går fra fire til to grevskaber
- En områdeleders nuværende kompetence bliver ikke udnyttet i modellen
- Hjemmeplejen kommer ikke tættere på træningsområdet og hermed ikke på et tættere samarbejde.



I model 4 er der under Centerchefen 3 afdelingsledere, 6 områdeledere og 17 daglige ledere (eksklusiv Lystoftebakken) – i alt 26 ledere

Model 4	Nuværende organisering Nuværende organisation suppleres med et øget fokus på rehabilitering i hjemmeplejeenhederne og på kvalitetsudvikling i forhold til nu.
Overordnede fordele ved modellen	Mere fokus på rehabilitering i hjemmeplejeenheder i forhold til nu Mere fokus på kvalitetsudvikling i forhold til nu
Overordnede ulemper ved modellen	Paradigmeskiftet understøttes ikke ved organisatorisk struktur Langt fra bund til top Uensartet service – primært i udedel Mindre ledelsesmæssigt fokus på faglighed i henholdsvis inde- og udedel

Fordele

- Rehabilitering i de enkelte hjemmeplejer vil øge fokus på træning, - måske vil nogle borgere se dette som noget positivt
- Det øgede fokus på samarbejde sikres ved et tættere samarbejde med visitation og træning ved nye samarbejdsaftaler
- En organisationsændring behøver ikke medføre bedre samarbejde – kræver kulturændring
- Et fokus på hverdagsrehabilitering i hvert område vil understøtte paradigmeskiftet, forudsat at terapeuter er en del af disse teams
- Der kommer fokus på kvalitetssikring, der kan understøtte ensartet kvalitet i ydelserne.
- Kvalitetssikring kan muligvis understøtte fagligheden i de enkelte faggrupper
- Mulighed for at kvalitetssikringen kan understøtte implementering af de ting, der søsættes
- Kendt og trygt
- At sekretariatet ligger som en stabsfunktion.

Udfordringer

- Imødekommer ikke ønsket om et tættere samarbejde mellem træning, pleje og visitation
- Kan ikke sikre en ens rehabilitering
- Understøtter ikke umiddelbart et tæt samarbejde mellem træning og hjemmeplejen
- Der er risiko for, at der fortsat vil være stor forskel for borgerne i de modtagne ydelser inden for både hjemmepleje og sygepleje, idet de enkelte områder i praksis kører meget forskelligt, - mere ensretning kan være en nødvendighed

- Monofaglige miljø kan lide under denne model
- Stadig langt fra bund til top.
- Ikke plads til nytænkning
- Er system- og kulturbevarende
- Ikke mere ledelseskraft tættest på medarbejderne
-
- Områdeledere og afdelingschefer får ikke indsnævret deres opgavespænd (i forhold til at dække både inde og ude) og der skabes således ikke nye rum til at fokusere mere entydigt på kvalitetsudvikling af de enkelte dele af centrets kerneopgaver
- Den daglige ledelse bliver svag ved ferie, sygdom mv.

Bilag til SSUs møde den 6. februar 2013

Sag nr. 2

Bilag 1, 2



Forvaltningens bistand til kommunikation af politiske beslutninger

Baggrund

På økonomiudvalgsmødet den 18. september 2012 blev udvalget forelagt et notat med beskrivelse af elementer i en styrkelse af den strategiske kommunikation i LTK. Et element heri var forslaget om at ændre praksis for, hvordan forvaltningen bistår i kommunikationen af politiske beslutninger. Nedenfor beskrives dette nærmere. Dette vil siden indgå i arbejdet med at revidere den eksisterende administrative pressestrategi, som ved senere lejlighed lægges op til politisk beslutning i ØK.

Supplerende til beskrivelsen af den ændrede praksis har udvalget ønsket en redegørelse for kommunens tilrettelæggelse af kommunikation m.h.t. organisation, målsætning, prioritering af indsatsområder, ressourceallokering samt kompetence til rådighed, bl.a. som led i den gennemførte samling af de kommunikationsfaglige ressourcer i Stab for Strategi, Kommunikation og Erhverv pr. 1. september 2012.

Formål

Formålene med at beskrive forvaltningens bistand til kommunikation af de politiske beslutninger er flere, bl.a. at:

- det sikrer større tydelighed om den administrative praksis
- det afklarer roller og ansvar både politisk og administrativt
- det medvirker til en grundlæggende styrkelse af kommunens kommunikation til interessenter, herunder borger og virksomheder
- det sikrer en hensigtsmæssig anvendelse af de kommunikationsfaglige ressourcer.

Hvad mener vi med politiske beslutninger?

Begrebet "politiske beslutninger" dækker i denne forbindelse over forskellige typer af beslutninger:

1. Beslutninger truffet i kommunalbestyrelsen, økonomiudvalget og de stående udvalg
2. Svar på henvendelser fra borger, virksomheder mv.

Nedenfor beskrives forslag til, hvordan forvaltningen bistår og hvem der er talsmand mv. i forhold til de to typer af beslutninger.

Ad 1) Praksis for bistand til kommunikation af beslutninger truffet i udvalg og kommunalbestyrelse

Siden den nye administration trådte i kraft den 1. september 2012 er der sket en omlægning af arbejdsgangene i forbindelse med udvalgsarbejdet for at sikre en forbedret politisk betjening. Den ændrede praksis i forhold til kommunikationsmæssig bistand skal ses som et element heri.

Det foreslås, at der etableres en ensartet praksis bestående af følgende elementer:

- I alle sager redegøres der i selve sagsfremstillingen for, hvilke kommunikationsmæssige aspekter og tiltag, som sagen og den indstillede politiske beslutning efter forvaltningens vurdering giver anledning til. Sagsfremstillingsskabelonen suppleres med en ny overskrift, hvor dette indsættes. Den sagsansvarlige center-/stabschef er ansvarlig for dette fremgår af sagen og hvis relevant formuleres som en egentlig indstilling.
- Kommunikationsaspektet indgår i de forudgående drøftelser, som finder sted mellem forvaltningen, udvalgsformand og næstformand på de enkelte udvalg. På formødet udpeges de udvalgssager, som der er væsentlige kommunikationsmæssige aspekter i.

**Stab for Strategi, Kommunikation og Erhverv**

- Udvalgskoordinatoren sørger for, at de udpegede sager bringes videre til drøftelse på udvalgsformandsmødet.
- Kommunikationsindsatsen på de centrale sager drøftes på udvalgsformandsmødet på baggrund af forvaltningens sagsfremstilling og evt. indstillinger. Der anlægges her en fælles væsentlighedsvurdering, som bl.a. kan basere sig på følgende kriterier:
 - Sager, som der forud for den politiske behandling har været stor opmærksomhed og debat om og hvor der er interesse for at følge sagens udvikling og endelige beslutning.
 - Sager og beslutninger, som påvirker mange enten positivt eller negativt. I forhold til sidstnævnte kan der være tale om beslutninger, som er indgribende eller forringer forholdene for borger, virksomheder eller andre.
 - Beslutninger, som har principiell karakter, herunder også enkeltssager, og som derfor vil have bred interesse og opmærksomhed.
 - Beslutninger, som vedrører det, som kan betegnes profilsager/-projekter, som har afgørende betydning for lokalområdet og derfor drøftes over en længere tidsperiode og med stor offentlig interesse.

Uanset, hvad det er for en vurdering, som ligger bag, er det modtagerperspektivet og modtagernes behov for information/kommunikation, som er styrende, bl.a. i forhold til valg vinkel, kommunikationskanal og timing. Sager, som udsættes eller oversendes til behandling i andet udvalg, vil også skulle håndteres kommunikativt, da der vil være skabt forventning om beslutning, bl.a. hos evt. involverede interessenter.

I forhold til brugen af forvaltningens ressourcer, herunder de centrale kommunikationsressourcer, vil det være de sager, som drøftes på udvalgsformandsmødet, som forvaltningen prioriterer.

Der foreslås, at der etableres en fast praksis for, hvem der er talsmand/-mænd i forskellige typer af politiske beslutninger. Hovedregler for, hvem der udtaler sig i forhold til de politiske sager og beslutninger anbefales at fordeles således:

Typen af sager/ beslutninger	Talsmand/-mænd
Sager, hvor fagudvalget har endelig beslutningskompetence	Udvalgsformand
Sager, hvor økonomiudvalgets behandling har <i>mindre</i> betydning	Udvalgsformand
Sager, hvor økonomiudvalgets behandling har <i>stor</i> betydning	Borgmester og udvalgsformand
Sager, som alene behandles i økonomiudvalget (økonomiudvalget som fagudvalg)	Borgmester
Sager, hvor kommunalbestyrelsen har endelig beslutningskompetence	Borgmester

Den foreslåede fordeling gælder både i de sager, hvor kommunen er proaktiv som led i udvalgsarbejdet og de sager, hvor pressen henvender sig og kommunen indtager en mere reaktiv rolle. Talsmandsrollen er tilknyttet udvalgets ressource og kompetence, jf. styrelsesvedtægt mv. Det gælder også i de tilfælde, hvor henvendelser drejer sig om sager indenfor udvalgets ressource, som ikke har været politisk behandlet.



Pressemeddelelser og andre typer af pressematerialer, som udarbejdes som led i udvalgsbehandlingen, lægges ud på Pol-web efter offentliggørelse m.h.p. at skabe synlighed og gennemsigtighed i dette. Pressemeddelelser vil desuden kunne findes på kommunens hjemmeside.

Ad 2) Praksis for bistand til svar på henvendelser fra borger, virksomheder mv.

Kommunen modtager henvendelser fra borger, virksomheder og øvrige interessenter, som afsenderen har krav på at få svar på indenfor en rimelig tidsfrist. Henvendelserne kan være stilet til flere, men typisk til borgmesteren, kommunalbestyrelsen eller en udvalgsformand. Uanset, hvem henvendelsen er stilet til, bistår forvaltningen i udarbejdelsen af svar på henvendelser og det anbefales her, at der etableres en ensartet praksis, som beskrevet nedenfor.

Typen af henvendelser	Godkendelse og underskriver
Henvendelsen vedrører forhold, hvor svaret kan baseres på enten lovgivning, allerede truffen politisk beslutning og administrativ praksis	Ansvarlig direktør og centerchef
Henvendelsen vedrører forhold, som <u>ikke</u> kan besvares på grundlag af lovgivning, allerede truffen politisk beslutning og administrativ praksis	Borgmester

Såfremt henvendelsen er stilet til kommunalbestyrelsen eller en udvalgsformand vil såvel brevet som svaret på dette blive sendt ud pr. mail til orientering for bestyrelsen eller udvalgsformanden. Svar på alle henvendelser vil blive lagt i mappen i politikerrummet på 2. sal.

Redegørelse om organisation, målsætning, prioritering af indsatsområder, ressourceallokering samt kompetence til rådighed

Organisation og kompetencer:

De kommunikationsfaglige ressourcer er pr. 1. september 2012 samlet i Stab for Strategi, Kommunikation og Erhverv og indgår her i et samlet internt konsulentkorps, som organisationen kan trække på. Ud af de 12 medarbejdere, som er beskæftiget i staben, er 4 beskæftiget med kommunikation i bred forstand. Stabens øvrige medarbejdere varetager indenfor både tværgående og egne projekter/områder et væsentligt (med)ansvar for kommunikationsindsatsen i forhold til fx vidensby, erhvervs- og klimaområdet. I relation til større profilprojekter er der således træk på en større del af staben end de 4 medarbejdere.

De 4 medarbejdere svarer til 3,3 årsværk, hvor kun 1 medarbejder er fuldtidsansat, mens de øvrige medarbejdere er ansat til henholdsvis 20, 32 og 34 timer. Indtil 1. oktober 2012 har der desuden været en person i jobtræning, som har varetaget kommunikationsopgaver. 3 af de 4 medarbejdere har en kommunikationsfaglig uddannelse på kandidatniveau, mens den sidste har en teknisk/grafisk uddannelse. Sidstnævnte fungerer som webmaster på ltk.dk.

Målsætning og ressourceallokering

Målsætningen bag samlingen af såvel kommunikations- som udviklingsressourcerne i staben er, at det skal bidrage til at løfte og fortløbende udvikle kompetencerne hos de pågældende medarbejdere og dermed blive en mere kvalificeret og strategisk ressource i organisationen. Ved at samle kommunikationsressourcerne ét sted kan der desuden ske en mere hensigtsmæssig arbejdsdeling/



-tilrettelæggelse og dermed ressourceudnyttelse, ligesom der udvikles fælles redskaber og praksis til gavn for hele organisationen.

Brugen af de centrale kommunikationsfaglige medarbejdere og ressourcer skal imødekomme behovene centralt, i centrene og decentralt. Opgavedelingen mellem staben og resten af organisationen i forhold til løsning af kommunikationsopgaver er endnu ikke fastlagt endeligt. Som arbejdet er tilrettelagt i dag, bruger kommunikationskonsulenterne en stor del af deres arbejdstid til at udarbejde pressemeddelelser mv. Da ressourcerne er begrænsede er det hensigten, at en større del af de centrale kommunikationskonsulenters tid skal gå med at rådgive og sparre med ledere og medarbejdere, således at de kan løfte dele af kommunikationsarbejdet selv. Her skal fortsat udvikling af fælles kommunikationsredskaber/-værktøjer bidrage til, at en større del af kommunikationsarbejdet kan ske gennem hjælp til selvhjælp. Sideløbende hermed afholdes kurser mv. som har til formål at styrke organisationens kommunikative kompetencer mere bredt. De større og mere langvarige kommunikationsopgaver og krisekommunikation vil fortsat være placeret på centralt niveau.

Staben har kontakten til og fungerer som mediernes indgang til kommunen. Derfor går også en stor del af tiden med pressebetjening og mediekontakt, særligt til lokalmedierne. Kommunen optræder her både pro- og reaktivt.

En ikke uvæsentlig del af de kommunikationsfaglige ressourcer går i dag med at vedligeholde og udvikle de kommunikationsplatforme, som kommunen ejer, dvs. hjemmeside og intranet. I forhold til intranettet er Stab for Politik og Jura ansvarlig for vedligeholdelse og udvikling af Politiker-web. Det overordnede ansvar for hjemmesiden ligger i staben, mens der på centerniveau udpeges lokalredaktører og indholdsansvarlige. Der gælder tilsvarende for intranettet. Ansvar for information via den kommunale annonce og div. håndbøger ligger også i staben.

Prioritering af indsatsområder og evt. nye tiltag

Samlingen af de kommunikationsfaglige ressourcer muliggør en fornyet prioritering og den beskrevne praksis omkring bistand til kommunikation af de politiske beslutninger skal ses som udtryk for dette. Det er forventningen, at samlingen af de pågældende medarbejdere vil styrke de faglige kompetencer og nytænkningen.

Det er vurderingen, at der kan ske en styrkelse og opkvalificering af kommunikationsarbejdet ved at knytte kommunikationen tidligere og mere systematisk til de større profilprojekter og planhøringer samt til de tilbagevendende begivenheder i løbet af året, fx budgetprocessen.

Den kommunale annonce, som lægger beslag på en stor del af driftsmidlerne på området, benyttes ikke strategisk kommunikativt i dag og her vurderes det muligt at prioritere anderledes i fremtiden. Her kan det være relevant at seke til andre kommuner, som har erfaringer med og er gået nye veje i den strategiske kommunikation. Nogle kommuner har således egne aviser, som husstands-omdeles, mens andre benytter elektroniske nyhedsbreve. Det er væsentligt, at evt. nye tiltag vurderes i forhold til effekten, da kommunens ressourcer er relativt få.

Kommunen har ikke noget klart billede af, hvordan den nuværende kommunikation, fx de tilbagevendende annoncer, virker og med hvilken effekt. Det vil således være relevant enten mere generelt eller på specifikke områder at undersøge dette nærmere. Dette kan evt. kombineres med en undersøgelse af borgers, virksomheders m.fl. opfattelse af kommunen. Det kan give nogle relevante pejlinger af, hvad borgerne lægger vægt på at vide om kommunen og hvad der har betydning for deres oplevelse af at være del af lokalsamfundet.

Oplæg til styrkelse af kommunens kommunikation
Sagsnummer: 20120510022
Oprettet: 02-12-2012
Dokumentejer: Pernille Kvarning

Dagsorden

Generel		Journalnøgle(r):	00.13.00 - P20
Emne	Oplæg til styrkelse af kommunens kommunikation		Kommunikations- og informationsvirksomhed i almindelighed, Projekter
Dokumenttype:	Beslutning fra Dagsordensystem		
Dato:	14-12-2012	Besked:	
Organisation:	Økonomiudvalget		
Navn:			
ID-Nummer:			

Udvalg: ØK Økonomiudvalget

Mødetitel: Økonomiudvalgsmøde Dato: 13-12-2012 Tid: 16:00 20:00 Punktets nummer: 16
Status : ● Åbent punkt ○ Lukket Punkt

Beslutningsstatus: Færdigbehandlet Dagsordenredaktør: Helen Jeppesen/Økonomisk/LTK

Resume:

Sagsfremstilling:

Sagsfremstilling

Økonomiudvalget drøftede den 18. september 2012 et oplæg til, hvordan kommunens kommunikationsindsats kan styrkes. I den forbindelse indgik en anbefaling om, at der som led heri ændres praksis for, hvordan forvaltningen bistår i forhold til kommunikationen af de politiske beslutninger. Det til sagen vedlagte oplæg betyder, at den hidtidige praksis, som beskrevet i begyndelsen af valgperioden og som er indlejret i den eksisterende administrative pressestrategi, ændres i relation til bl.a. talsmandsrollen. Supplerende hertil gives en redegørelse for tilrettelæggelsen af kommunikation i forhold til organisation, målsætning, prioritering af indsatsområder, ressourceallokering og kompetencer for så vidt angår de centrale kommunikationsfaglige ressourcer, som pr. 1. september 2012 er samlet

de centrale kommunikationsfaglige ressourcer, som pr. 1. september 2012 er samlet i Stab for Strategi, Kommunikation og Erhverv.

Forvaltningen peger i den forbindelse på, at sager m.v., hvorom særlig kommunikation kunne være relevant, drøftes på formøderne i forbindelse med en forestående udvalgsrunde samt drøftes på udvalgsformandsmødet for at understøtte en fælles politisk tilgang til det, hvorom der vælges særligt at kommunikere ud over den almindelige ekspedition af en given sag.

Økonomiske konsekvenser

Opgaven løses inden for rammen, og den ændrede praksis vil blive udført med de til området knyttede medarbejder- og driftsressourcer, idet det som led i den styrkede indsats omprioriteres i forhold til den nuværende brug af driftsbudgettet på kommunikationsområdet.

Beslutningskompetence

Økonomiudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at den beskrevne praksisændring indarbejdes.

Økonomiudvalget den 13. december 2012:

Et udvalg og kommunalbestyrelsen kan ved konsensus blandt medlemmerne foranledige pressekontakt ud over forvaltningens mere formidlende og administrative informationsvirksomhed med afsæt i de truffe beslutninger.

Emnet behandles til drøftelse i fagudvalgene i februar 2013.

Bilag til SSUs møde den 6. februar 2013

Sag nr. 3

Bilag 1



Nye regler for frit valg og udbud på ældreområdet – hvad nu?

Pjece udarbejdet til Kommunaløkonomisk Forum 2013.



Reglerne for frit valg og udbud på ældreområdet er ved at blive ændret.

Kommunalbestyrelsen vil stadig være forpligtet til at tilvejebringe et frit valg af leverandør for de borgere, der er visiteret til praktisk hjælp, personlig hjælp og pleje og madservice i eget hjem (§ 83 i serviceloven).

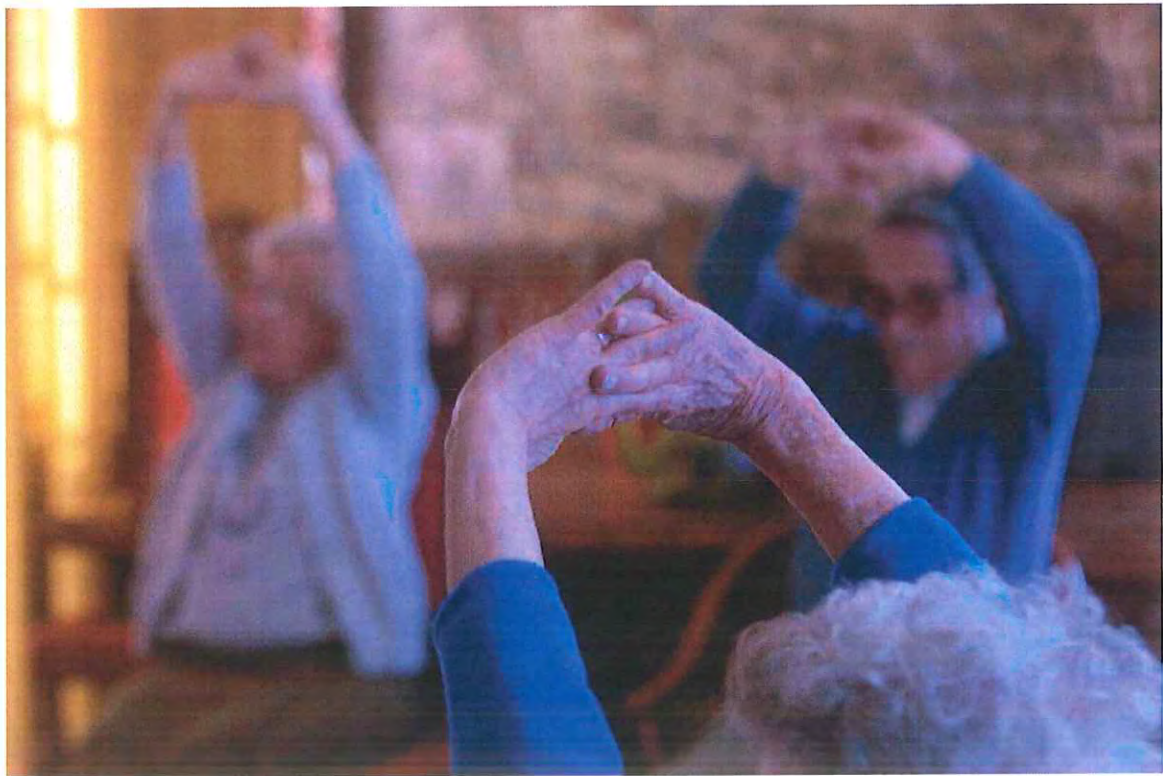
Men fremover kan kommunalbestyrelsen tilvejebringe det frie valg gennem udbud efter de almindeligt gældende udbudsregler og/eller udstedelse af fritvalgsbeviser til borgerne.

Ændringerne følger af Moderniseringsaftalen 2013, som indgår i aftalen om kommunernes økonomi for 2013. Potentialet i de nye regler er beregnet til 132 mio. kr.

Pjecen beskriver baggrunden for og indholdet i de nye regler. Pjecen bygger på regeringens udkast til lovforslag fra september 2012.

KL informerede kommunerne om de nye regler på to informationsmøder i oktober 2012. På baggrund af spørgsmål og kommentarerne på møderne har KL rettet henvendelse til Social- og Integrationsministeriet med henblik på at få præciseret dele af lovforslaget. Det forventes, at disse præciseringer vil blive indarbejdet i forbindelse med reglernes endelige udformning.

De nye regler skulle være trådt i kraft den 1. januar 2013, men lovforslaget er endnu ikke fremsat. Lovforslaget forventes fremsat primo 2013 med ikrafttrædelse umiddelbart herefter.



Status på borgernes frie valg

De eksisterende regler om frit valg trådte i kraft i 2003. Borgernes valg af leverandør har siden udviklet sig meget forskelligt.

I 2011 modtog 45 pct. af borgerne praktisk hjælp og/eller madservice fra en privat leverandør, mens det tilsvarende tal for den personlige hjælp og pleje var 5 pct.

I 2011 havde 5 pct. af borgerne valgt en privat leverandør til levering af personlig hjælp og pleje

De tal skal sammenholdes med, at 80 pct. af de visiterede timer omfattede personlig hjælp og pleje i 2011.

Ni år efter reglernes ikrafttrædelse leverer de private leverandører således kun et meget begrænset antal timer på fritvalgsområdet, fordi næsten alle borgere vælger den kommunale leverandør til at levere den personlige hjælp og pleje.

Det skyldes ikke mindst en stor tilfredshed (91 pct. i 2011) med den kommunale leverandør blandt modtagerne af personlig hjælp og pleje.

Men det skyldes også, at markedet for personlig hjælp og pleje til forskel fra markedet for praktisk hjælp ikke er særligt veludviklet i en del kommuner. Der er ikke ret mange private leverandører, der finder det rentabelt at tilbyde personlig hjælp og pleje.

Det hænger tæt sammen med de særlige udbudsregler, der blev indført på ældreområdet sammen med reglerne om frit valg.

De hidtidige regler for frit valg og udbud

Siden reglerne om borgernes frie valg blev indført i 2003, har kommunerne været forpligtet til at tilvejebringe det frie valg efter en af tre nedenstående modeller:

- *Godkendelsesmodellen* – kommunen offentliggør prisbetingelser og kvalitetskrav, hvorefter den private leverandør retter henvendelse til kommunen om godkendelse. Godkendes leverandøren indgår denne på lige fod med den kommunale leverandør, og borgeren kan frit vælge mellem leverandøralternativerne.
- *Udbudsmodellen* – kommunen udbyder en eller flere ydelser i et distrikt eller i hele kommunen. Kommunen kan byde på opgaven på lige fod med de private leverandører. Det frie valg etableres ved, at kommunen vælger to til fem leverandører, som borgeren kan vælge imellem. Kommunen kan kun fortsætte som leverandør, hvis kommunens kontrolbud er blandt de bedste.
- *Udbud under godkendelsesmodellen* – efter et udbud overdrages opgaven til én leverandør, der er hovedleverandør i kontraktperioden (det kan være kommunen, hvis kommunens kontrolbud vinder). Det frie valg etableres ved, at private leverandører kan blive godkendt efter de samme pris- og kvalitetsbetingelser som hovedleverandøren.

Hvis kommunen har ønsket at tilvejebringe det frie valg gennem udbud, har kommunen således *både* været underlagt de almindeligt gældende udbudsregler *og* pålagt at anvende de særlige udbudsmodeller.

Kravet om at anvende disse udbudsmodeller har betydet, at kommunen ikke har været sikker på at kunne fortsætte som leverandør, hvis kommunen har ønsket at afprøve markedet i forhold til både kvalitet og pris.

97 af landets 98 kommuner anvender en godkendelsesmodel til at tilvejebringe borgerne det frie valg inden for personlig hjælp og pleje

Den manglende sikkerhed for at kunne fortsætte som leverandør er i særlig grad en udfordring på ældreområdet som følge af kommunernes forpligtelse til at stille et beredskab til rådighed.

Det er derfor ikke overraskende, at alle kommuner med en enkelt undtagelse har valgt at anvende en godkendelsesmodel til at tilvejebringe borgerne det frie valg inden for personlig hjælp og pleje.

Og det er heller ikke overraskende, at det særligt er i forhold til den personlige hjælp og pleje, at de private leverandører er tilbageholdende med at lade sig godkende som leverandører.

Den udbredte anvendelse af godkendelsesmodellen betyder, at der stort set ikke er priskonkurrence på fritvalgsområdet

For plejeopgaven er mere kompleks end den praktiske hjælp, der samtidig er mere fleksibel at planlægge. Det stiller krav om sikkerhed for et vist kundegrundlag og dermed plejemængde, hvis forretningen skal være rentabel.

Den sikkerhed kan kommunen ikke tilbyde med godkendelsesmodellen. Dels kan der blive godkendt nye leverandører. Dels er det ikke tilladt at samle opgaver på tværs af fritvalgsområdet og det øvrige ældreområde i ét udbud – fx et plejecenter og den personlige hjælp og pleje i hjemmeplejen eller madservice på plejecentrene og madservice i hjemmeplejen.

De nye regler for frit valg og udbud

Med de nye regler vil kommunerne kun være underlagt de almindeligt gældende udbudsregler i tilvejebringelsen af det frie valg.

Derudover får kommunerne mulighed for at tilvejebringe det frie valg gennem udstedelse af fritvalgsbeviser.

Det giver mulighed for at organisere ældreområdet på helt nye måder og bruge udbud som et aktivt effektiviseringsredskab og et redskab til at bringe de private leverandørers ideer til udvikling i spil.

I dag er innovationen på ældreområdet kun i sjældne tilfælde initieret af private leverandører. Projekter om hverdagsrehabilitering, forebyggelse af indlæggelser, faldforebyggelse, indførelse af velfærdsteknologi og integration mellem pleje og hjemmesygepleje er typisk kommunalt drevne.

Udbud efter de almindeligt gældende udbudsregler

Et udbud efter de almindeligt gældende udbudsregler indebærer:

- At kravet om at anvende specifikke udbudsmodeller i forbindelse med udbud bortfalder
- At kommunen kan beslutte at fortsætte som leverandør efter et udbud – det skal blot fremgå af udbudsmaterialet
- At kommunen kan beslutte, hvilke ydelser der skal indgå i et udbud – jf. boks 1
- At kommunen kan beslutte, hvor mange leverandører (minimum to) borgerne kan vælge imellem – jf. boks 2
- At kommunen kan fortsætte som i dag med at anvende en godkendelsesmodel

Boks 1. Eksempler på kombinationer af opgaver i udbud med de nye regler

- Et plejecenter samt personlig pleje og praktisk hjælp i hjemmeplejen
- Hjemmepleje og træning
- Madordninger – på tværs af ældreplejen, skoler og øvrige institutioner
- Tøjvask på tværs af hele kommunen – hos de ældre og på institutionerne
- Personlig pleje, hjemmesygepleje samt delegeret sygepleje
- Personlig pleje og praktisk hjælp i hjemmeplejen kombineret med tilbud om et servicebevis til vareindkøb og levering
- Praktisk hjælp, madservice, tøjvask og indkøb

Opmærksomhedspunkter:

- Hvis der indgår et plejecenter i udbuddet, vil det give den private leverandør et sikkert kundegrundlag – det gør leverandøren i stand til at skærpe prisen på ydelserne i hjemmeplejen.
- Samling af flere ydelser i ét udbud giver volumen – men det stiller samtidig større krav til de private leverandører.
- Volumen i et udbud i form af flere ydelser resulterer ikke nødvendigvis i skærpede priser – ydelserne skal have en sammenhæng, så de private leverandører opnår stordriftsfordele.

Boks 2. Overvejelser om antallet af leverandører

- Antallet af leverandører er en afvejning af effektive priser over for omfanget af borgernes valgfrihed.
- Borgernes mulighed for at vælge mellem flere leverandører vil mindske de private leverandørers sikkerhed for kundegrundlaget. Det vil afspejle sig i prisen.
- Udbydes et plejecenter fx sammen med ydelserne i hjemmeplejen, vil det have betydning for prisen, om:
 - o Der gennemføres en udbudsproces, hvor der vælges én privat leverandør (ved siden af den kommunale leverandør)
 - o Der gennemføres en udbudsproces, hvor der vælges én privat leverandør (ved siden af den kommunale leverandør), og hvor andre private leverandører efterfølgende kan blive godkendt til at levere ydelser i hjemmeplejen til den samme pris som den private "hovedleverandør".

Beslutter kommunen at fortsætte med at anvende en godkendelsesmodel, realiseres potentialet i de nye regler ikke. Fordi der ikke opnås konkurrence om prisen.

Som det fremgår af boks 3, vil der fx være 80 mio. kr. at spare hvert år, hvis de hjemmehjælpstimer, der i dag leveres af private leverandører, blev leveret efter udbud og ikke efter en godkendelsesmodel med en kommunalt fastsat timepris.

Potentialet i de foreslåede regler realiseres ikke, hvis borgernes frie valg fortsat tilvejebringes gennem en godkendelsesmodel

Og øges andelen af timer leveret af private leverandører med blot fire pct., vil det yderligere give en årlig besparelse på 25 mio. kr.

Dertil kommer de administrative lettelser ved, at der ikke længere skal udregnes timepriser og godkendes leverandører.

Boks 3. Potentialet ved priskonkurrence

Kommunerne tildelte 30,7 mio. hjemmehjælpstimer i 2011.

20 pct. af timerne omfatter praktisk hjælp og 80 pct. af timerne personlig hjælp og pleje.

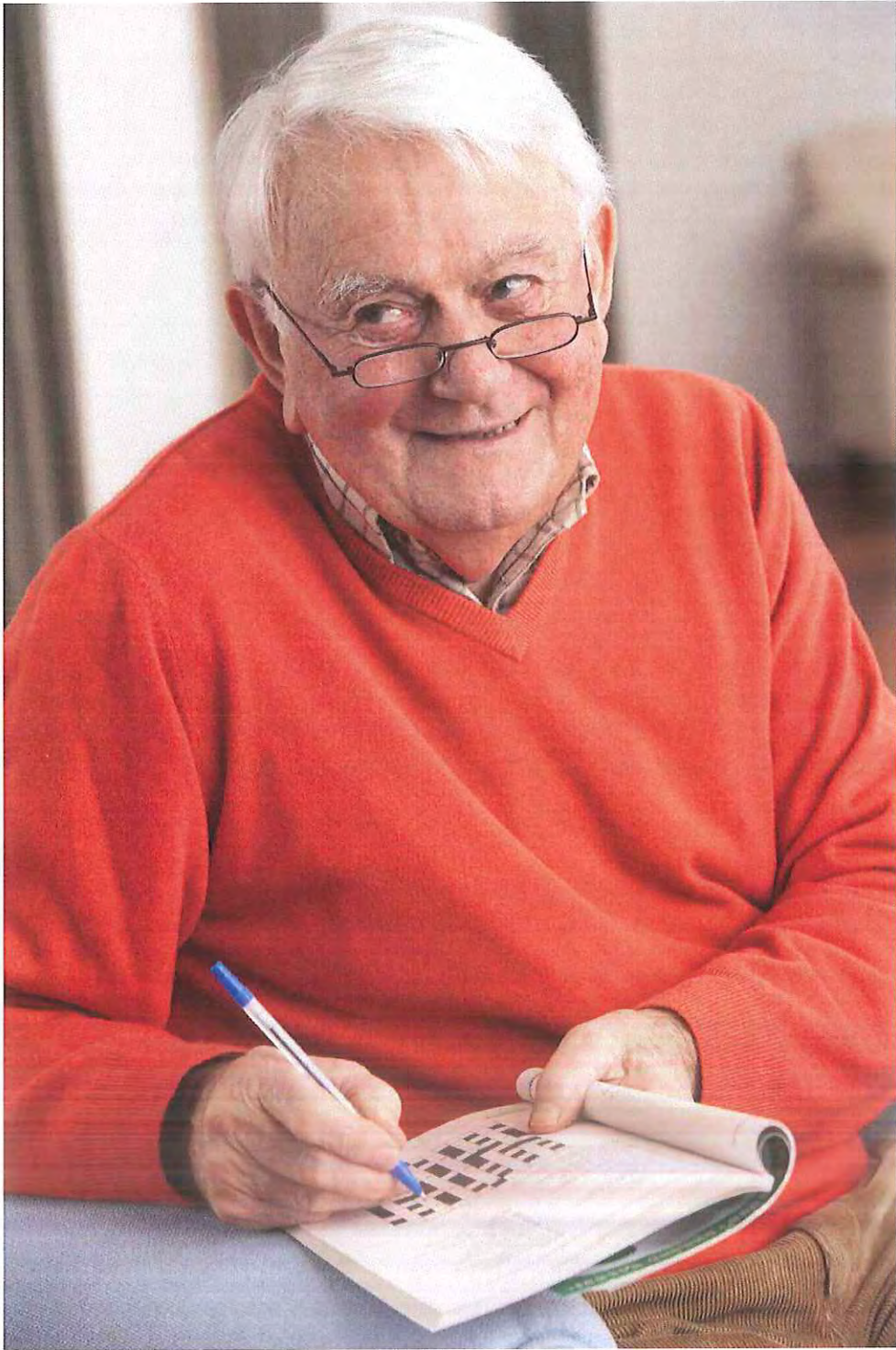
45 pct. af timerne inden for praktisk hjælp udføres af private leverandører, mens det tilsvarende tal inden for personlig pleje er 5 pct.

Da de nuværende regler om frit valg blev indført i 2003, skønnes det, at prisen pr. hjemmehjælpstime steg med 20 kr. i de kommuner, der havde udbudt opgaven (fordi kommunerne overgik til godkendelsesmodellen og dermed afregnede de private leverandører efter den kommunale timepris).

Hvis det antages

- At timeprisen tilsvarende vil falde med 20 kr. ved brug af udbud i forhold til den kommunalt fastsatte timepris
- At antallet af visiterede timer fordeler sig ligeligt, hvad enten man modtager hjælpen fra en kommunal eller privat leverandør

vil der årligt kunne spares 80 mio. kr. ved at skabe priskonkurrence gennem udbud.



Udstedelse af fritvalgsbeviser

Det er kommunalbestyrelsen, der beslutter, om borgerne skal tilbydes et fritvalgsbevis.

Med et fritvalgsbevis i hånden skal borgeren indgå aftale med en cvr-registreret virksomhed om levering af de ydelser, borgeren er visiteret til.

Til forskel fra den eksisterende servicebevisordning kan borgeren ikke vælge en privat person til at udføre hjælpen.

Fritvalgsbeviset afløser den eksisterende servicebevisordning

Det betyder, at kommunen ikke længere skal påtage sig de administrative opgaver, der er forbundet med borgerens varetagelse af arbejdsgiveransvaret.

Udstedelsen af fritvalgsbeviser kan træde i stedet for tilvejebringelsen af det frie valg gennem udbud – herunder en godkendelsesmodel – hvis fritvalgsbeviset udstedes til alle de borgere, der er berettigede til den pågældende ydelse. Det kunne fx være indkøb eller madservice.

Fritvalgsbeviser kan også være et supplement til brugen af udbud, hvis kommunalbestyrelsen ønsker at øge borgernes valgfrihed – fx inden for praktisk hjælp. Som tidligere beskrevet vil usikkerhed om kundegrundlaget dog alt andet lige indvirke på de priser, de private leverandører byder ind med i en udbudssituation.

Kommunen kan træffe beslutning om, at en borger ikke kan modtage praktisk hjælp, personlig hjælp og pleje samt madservice i eget hjem via et fritvalgsbevis – fx hvis borgeren vurderes at være ude af stand til at håndtere fritvalgsbeviset som følge af demens.

Fritvalgsbeviser kan både supplere og erstatte udbud

I disse tilfælde har borgeren krav på at få hjælpen i form af et kommunalt tilrettelagt tilbud som følge af kommunens forsyningsforpligtelse.

Overvejelser vedrørende udstedelsen af fritvalgsbeviser

Der knytter sig en række udfordringer af økonomisk og styringsmæssig karakter til anvendelsen af fritvalgsbeviser:

- Den praktiske hjælp og personlige hjælp og pleje har udviklet sig til ydelser, der bør tænkes sammen med fx sygepleje, træning, forebyggelse og sundhedsfremme. Det betyder, at de medarbejdere, der løser opgaverne, skal have kompetencen til at løse dem inden for alle disse områder. Medarbejderen skal samtidig have en viden, der muliggør en tidlig intervention i et forløb, hvis borgernes tilstand forværres. I modsat fald kan konsekvensen være unødige funktionstab hos borgerne, der kan føre til flere indlæggelser. Der er ingen sikkerhed for, at den leverandør, borgeren vælger, besidder disse kompetencer.

- Fritvalgsbeviser kan pålægge kommunen øget administration, da borgeren kan vælge mellem et ubegrænset antal leverandører. Det kan øge kommunens tilsynsforpligtelse og være en udfordring i det løbende samarbejde mellem leverandørerne og kommunen – fx i forhold til den løbende dokumentation af borgers tilstand.

Hvordan realiseres potentialet i de nye regler?

Det kræver en strategisk afklaring at realisere potentialet i de nye regler.

Afklaringen må basere sig på en vurdering af potentialet ved at fortsætte med en godkendelsesmodel sammenholdt med potentialet i udbud af hele eller dele af opgaveløsningen – eventuelt kombineret med brug af fritvalgsbeviser.

Der kan ikke formuleres ét svar på, hvordan potentialet i de nye regler realiseres bedst muligt. Og der kan ikke opstilles én model for, hvilke ydelser det giver bedst mening at udbyde, eller hvilke ydelser der bør indgå i et udbud.

Udnyttelsen af mulighederne i de nye regler kræver en strategisk afklaring i den enkelte kommune

Potentialet vil blandt andet afhænge af ældreområdet's nuværende organisering, markedsforholdene, medarbejderforhold og andre lokale forhold.

Da kun én kommune hidtil har valgt at benytte sig af andet end godkendelsesmodellen på fritvalgsområdet, er erfaringerne med udbud på fritvalgsområdet meget begrænsede.

Når potentialet i de nye regler skal vurderes, er der derfor ikke modeller, priser eller andre nøgletal fra kommuner med udbudserfaring at sammenligne sig op imod.

Når de nye regler træder i kraft, kan kommunerne fortsætte uændret med at tilvejebringe borgerne det frie valg gennem den eksisterende godkendelsesmodel, mens potentialet i de nye regler vurderes.



For yderligere information om de nye regler for frit valg og udbud på ældreområdet:

Karen Marie Myrndorff, chefkonsulent i KL's center for Social og Sundhed, tlf.: 33 70 34 89, kmm@kl.dk

Anders Brøndum, chefkonsulent i KL's Økonomiske Sekretariat, tlf.: 33 70 33 55, anb@kl.dk

Bilag til SSUs møde den 6. februar 2013

Sag nr. 4

Bilag 1, 2, 3, 4

NOTAT

Om

Status for LTK indsatser på sundhedsområdet - status på fokusområder i rammepapiret

Baggrund

I det rammepapir, KKR-Hovedstaden har udarbejdet på baggrund af KLs oplæg om Det nære sundhedsvæsen, opstilles fire målsætninger for de indsatser, kommunerne skal løfte

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

For hver målsætning opstiller rammepapiret indsatser, som kommunerne forpligtes til at implementere i 2013. Overordnet set vurderes det, at Lyngby-Taarbæk Kommune kan implementere rammepapirets målsætninger, under forudsætning af at der afsættes midler til implementering af nye forløbsprogrammer.

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

I det følgende beskrives status for Lyngby-Taarbæk Kommunes indsatser på de tre fagområder, der indgår i rammepapiret.

Ad. 1 Indsatser til aktivt at forebygge at borgerne (gen)indlægges

Grundlæggende lever Lyngby-Taarbæk Kommune op til rammepapirets målsætninger, men der er fortsat behov for udvikling indenfor målsætningernes rammer.

Arbejdet med at forebygge indlæggelser af den ældre medicinske patient sker ad flere spor i Center for Træning og Omsorg. Disse spor understøtter på forskellig måde udviklingen af en forebyggelsesfilosofi. En væsentlig grund til, at der skal sættes på en forebyggelsesfilosofi er, at en akut indlæggelse, især for ældre borgere, er en stor omvæltning og forstyrrelse i den daglige rytme.

Der arbejdes med følgende fire spor:

1. En faglig styrkelse af specialistfunktionerne på sygeplejeområdet (sårpleje, palliation, kol, diabetes, ernæring, kontinens) og præcisering af deres funktion set i forhold til primærsygeplejerskernes funktion.
2. Fokus på sygeplejens opgaver. Sygeplejeopgaverne i kommunerne har ændret sig i takt med at hospitalernes accelererede forløb. Den kommunale sygepleje skal i dag håndtere koordinerende opgaver, kliniske opgaver og psykosociale opgaver som den ikke skulle for bare få år siden. Derfor er det nødvendigt at vurdere, om nogle arbejdsgange skal ændres samt hvor der kan skabes intern opgaveglidning mellem faggrupper.
3. Understøtte medarbejderne med konkrete redskaber og kompetenceudvikling, der gør dem bedre i stand til at observere borgerens tilstand og adfærd og reagere ved observation af risikable ændringer.
4. En styrket kvalitet i sygeplejen. Kvalitet handler dels om at sikre, at indsatserne er fagligt funderede og dels om, at der sikres en systematisk opfølgning på indsatserne. Den opgaveglidning, der er sket fra hospital til kommune de seneste år, er sket ad-hoc uden at kompetencer, viden og back-up er fulgt med sygeplejeopgaverne ud. Der er derfor fokus på at skabe klarhed over opgavernes indhold gennem kliniske retningslinjer, procedurer og checklister.

Ad 2. Tilbud til borgere med kronisk sygdom

Lyngby-Taarbæk har fuldt ud implementeret forløbsprogrammerne for KOL, diabetes, demens og kræft, som rammepapiret opstiller som målsætning i 2013.

Den anden grundmålsætning er, at kommunerne påbegynder implementering af forløbsprogrammer for lænde-ryg samt hjerte/kar. Implementeringen heraf forudsætter, at der tilføres midler til indsatsen. Indsatsen indgår i forslag om udmøntning af budgetbeslutning om *"Pulje til sundhedsfremme i forhold til udsatte og kronikere"*.

Ad 3. Indsatser i den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse

I 2013 rummer rammepapiret tre indsatser, hvor af to relaterer sig til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Sundhedsstyrelsen har lavet forebyggelsespakker indenfor en række sundhedsområder med klare anbefalinger for de indsatser, kommunerne bør prioritere frem for andre. Konkret skal kommunerne være skarpere på at sikre et strukturelt fundament for sundhedsindsatsen, frem for at lave mere specialiserede indsatser med en mere usikker effekt.

Center for Sundhed og Kultur arbejder pt. med en kortlægning af kommunens status ift. forebyggelsespakkernes anbefalinger på grundniveau. På den baggrund vil Udviklings- og Strategiudvalget samt Social- og Sundhedsudvalget i april måned få oplæg for status af implementering af kommunens Sundhedsstrategi, samt oplæg til status og implementering af forebyggelsespakkerne.

Den sidste målsætning gælder implementering af "træning før hjælp", som Center for trænings og omsorgs hverdagsrehabiliterende indsats "Aktiv træning i hverdagen" er dækkende for. På dette punkt lever kommunens til fulde op til målsætningen allerede i dag.

Ad 4. Dokumentation af indsatser og effektmåling

Rammepapiret fokuserer på, at kommunerne aktivt skal dokumentere deres sundhedsindsatser, samt at kommuner og regioner sammen skal fælles indikatorer informationsgrundlag på tværs af kommunerne.

Lyngby-Taarbæk Kommune ansatte i foråret 2012 en sundhedsøkonom, som i dag er placeret i Center for sundhed og Kultur. Indsatsen skal sikre at kommunen følger op på indsatser og hele tiden prioriterer indsatserne i forhold til udviklingen i borgernes sundhedsprofil og sundhedsforbruget.



Region
Hovedstaden

Koncern
Plan og Udvikling

Enhed for
Kommunesamarbejde

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Opgang Blok B
Telefon 38 66 50 00
Direkte 38 66 61 07
Web www.regionh.dk

Ref.: Caltrine Ørskov Kølbaek

Dato: 27. november 2012

Ausøgningskema til Forebyggelsespuljen 2013

1	Ansøger	Formandsskabet under Samordningsudvalg MIDT
2	Medansøger	
3	Hvor er projektet forankret?	Herlev Hospital, Medicinsk Afd. O Gentofte Hospital, Medicinsk Afd. C Lyngby-Taarbæk, Ballerup, Furesø, Gladsaxe, Gentofte, Herlev, Egedal, Rodovre, og Rudersdal kommuner
4	Kontaktperson/projektleder	Navn: Finn Ronholt, ledende overlæge Medicinsk Afd. O, Herlev Hospital Telefon: 38 68 38 68 Direkte 38 68 13 13 Mail: Finn.Roenholt@regionh.dk Og Mona van Gaever Larsen, Sundheds- og myndighedschef, Rudersdal Kommune Telefon: 46 11 50 20 Mail: MI@rudersdal.dk
5	Juridisk ansvarlig	Navn: Finn Ronholt, ledende overlæge Medicinsk Afd. O Adresse: Herlev Hospital Medicinsk Afdeling O Herlev Ringvej 2730 Herlev Telefon: 38681313 Mail: <i>finn.roenholt@regionh.dk</i> Dato: <i>14/1-2013</i> Underskrift: <i>Finn Ronholt</i>
6	Projektets titel	Modningsprojekt: Tværsektoriel netværksdannelse med fokus på forebyggelse af genindlæggelser af ældre, medicinske borgere / patienter

7	Kort beskrivelse af projektet (7-10 linjer) for uddybning henvises til skema om projektoplysninger	<p>Projektet er et modningsprojekt, hvori Herlev og Gentofte Hospitaler, 9 kommuner samt praktiserende læger gennem en kontrolleret undersøgelse afprøver om genindlæggelser af medicinske borgere / patienter over 65 år kan forebygges ved en øget medinddragelse af borger / patient samt en styrket tværsektorielle indsats omkring den enkelte borger / patient. Etableringen af et velfungerende og formaliseret tværsektorielt samarbejdsorgan, som sikrer de nødvendige kompetencer til forebyggelse af genindlæggelser, er derfor en essentielt del af projektet.</p> <p>Gennem det tværsektorielle samarbejdsorgan og systematisk risikoscreening af borgeren / patienten ved udskrivning og mulighed for inddragelse af hospitalslægekompeterer i de opfølgende hjemmebesøg forventes en reduktion i antallet af genindlæggelser.</p>
8	Ansøgte beløb	881.320 kr.
9	Projektets forventede varighed	Start: 1.3.2013 Slut: 28.2.2014
10	Er der ansøgt eller bevilget støtte fra anden side?	Nej
11	Totalt budget for projektet fordelt på år	Beløb: 1.380.267 kr. i 2013 Beløb: 326.054 kr. i 2014 Budget i alt: 1.706.320 kr.
12	Heraf kommunal finansiering	Beløb: 687.500 kr. i 2013 Beløb: 137.500 kr. i 2014 Medfinansiering i alt: 825.000 kr.

Projektoplysninger

1	<p>Projektets formål:</p> <p>Projektet har til formål at forebygge genindlæggelser af medicinske patienter over 65 år. Projektet er et modningsprojekt, hvori det afprøves om genindlæggelser af ældre medicinske borgere / patienter kan forebygges ved følgende indsatser knyttet til den enkelte borger / patient:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Systematisk screening for risiko for genindlæggelse inden eller i forbindelse med udskrivning. Borgerens / patientens egen vurdering af risiko for genindlæggelser indgår som et parameter i screeningsredskabet. 2) Tværsektoriel netværksdannelse omkring de borgere, der identificeres som værende i risikogruppen. Netværket skal bestå af praktiserende læge, primærsygeplejerske og hospitalslæge. Projektet skal afklare den mest hensigtsmæssige organisering af dette netværk og hospitalslægens specifikke rolle i forbindelse med det opfølgende hjemmebesøg i umiddelbar forlæn-
---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

gelse af udskrivningen.

Projektets resultater danner fundament for et opfølgende projekt hvor screeningsmetoden og netværksmodellen udvides til at omfatte flere målgrupper.

Fundamentalt for projektets succes er en styrket samarbejdsmodel mellem de deltagende parter, medicinske afdelinger på Herlev og Gentofte hospitaler, de 9 kommuner i Samordningsudvalg Midt, samt praktiserende læger. Derfor indgår etableringen af et velfungerende og formaliseret tværsektorielt samarbejdsorgan, som sikrer de nødvendige kompetencer til forebyggelse af genindlæggelser som en selvstændig komponent i projektet.

Baggrund

Medicinske patienter over 65 år med flere diagnoser og komplekse forløb udgør en voksende borger / patientgruppe med et stort behandlingsbehov, såvel i kommunerne som i almen praksis og på hospitalerne. En stor andel af disse borgere / patienter indlægges og genindlægges, hvilket er en stor belastning for den enkelte og optager mange ressourcer i sundhedsvæsenet. I 2011 blev der fra de 9 kommuner således genindlagt 1.636 medicinske patienter ud af i alt 18.200 udskrevne medicinske patienter over 65 år på henholdsvis Herlev og Gentofte hospital. Udskrivelserne fra de medicinske specialer fordeler sig med 10.775 fra Herlev Hospital og 7.425 fra Gentofte Hospital.¹

Oplægget til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient² viser, at der er et stort behov for at kunne identificere de patienter, som kræver en særlig opmærksomhed og indsats for at forebygge yderligere forværring og undgå forebyggelige genindlæggelser.

Samstemmende lægges der også i såvel Danske Regioners oplæg "Det Hele Sundhedsvæsen" som i Kommunernes Landsforenings udspil "Det Nære Sundhedsvæsen" op til øget og mere kvalificeret samspil mellem det specialiserede og det nære sundhedsvæsen, og til at borgerens ressourcer inddrages.

Det er et område, hvor et mere smidigt samarbejde forventes at resultere i både rettidig og høj kvalitet i behandlingen, øget tryghed for borgeren og økonomiske gevinster.

Der er gennem projekter i Glostrup og Vestklyngen i Region Midtjylland skabt evidens for at opfølgende hjemmebesøg har effekt på nedbringelse af genindlæggelser og giver besparelse i forhold til den kommunale hjemmepleje.³

Opfølgende hjemmebesøg anbefales derfor i Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient. De 9 kommuner i Planområde Midt har implementeret ordningen, dog er der potentiale for at understøtte og systematisere ordningen, specifikt i forhold til samarbejdet med de praktiserende læger. Blandt de 9 deltagende

¹ Tal fra e-sundhed.

² Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen, NSI. 2012. *Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient*

³ DSI, Notat, 2011, *Forebyggelse af indlæggelser. Oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter*

	<p>kommuner er der forskellige erfaringer med hvordan de praktiserende læger har modtaget ordningen og ønsker at deltage i de opfølgende hjemmebesøg.</p> <p>Dette modningsprojekt adskiller sig fra den nuværende brug af opfølgende hjemmebesøg ved dels systematisk at screene den ældre medicinske borger / patient før eller ved udskrivningen samt iværksættelsen af opfølgende hjemmebesøg <i>inden</i> borgeren / patienten udskrives med henblik på at sikre at besøget ligger i umiddelbar forlængelse af udskrivningen. Dels kvalificeres de opfølgende hjemmebesøg med direkte og subakut adgang til hospitalslægekompetence, hvor der vurderes behov herfor. Desuden afprøves om ordningen kan skabe forpligtende samarbejde og være platform for et styrket tværsektorielt samarbejde læge- og plejefagligt.</p>
2	<p>Projektets mål:</p> <p>Projektet mål er at</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afdække om projektets indsatser kan reducere antallet af genindlæggelser med brug af en kontrol og en forsøgsgruppe. • Udvalge screeningsredskab til identifikation af risikoparametre for genindlæggelse af ældre medicinske patienter på Herlev og Gentofte Hospitaler • Anvende redskabet på 250 ældre medicinske patienter • Igangsætte og gennemføre opfølgende hjemmebesøg med deltagelse af / adgang til hospitalslægekompetencer, hvor der er behov for dette. Besøget aflægges i umiddelbar forlængelse af udskrivning hos de borgere / patienter, der identificeres som værende i risiko for genindlæggelse • Udvikle og afprøve en model for tværsektoriel netværksdannelse om den enkelte borger / patient.
3	<p>Projektets målgruppe:</p> <p>Projektets målgruppe er den medicinske patient / borger over 65 år indlagt på Gentofte eller Herlev Hospital, der udskrives til eget hjem med praktisk eller personlig hjælp eller til midlertidigt ophold på plejehospital i en af de 9 deltagende kommuner.</p> <p>Projektets øvrige målgrupper er hospitalspersonale, alment praktiserende læger og sygeplejersker i hjemmeplejen.</p>
4	<p>Beskrivelse af det tværsektorielle samarbejde</p> <p>Projektet skaber tværsektorielt samarbejde omkring forebyggelse af genindlæggelser af den medicinske borger / patient over 65 år mellem Medicinske afdelinger på henholdsvis Herlev og Gentofte Hospital, kommunerne i Planområde Midt: Lyngby-</p>

	<p>Taarbæk, Ballerup, Furesø, Gladsaxe, Gentofte, Herlev, Egedal, Rødovre, og Rudersdal, samt de deltagende borgeres praktiserende læger.</p> <p>Projektledelsen forankres på Herlev Hospital med sikring af at projektlederen fysisk er til stede forholdsmæssigt på Herlev og Gentofte Hospital. Derudover vejleder projektlederen de deltagende kommuner, samt koordinerer og sikrer projektets fremdrift.</p>
5	<p>Metodebeskrivelse</p> <p>Der ansættes projektleder til udarbejdelse af detaljeret projektdesign med udgangspunkt i nedenstående:</p> <p><u>Indsats 1: identifikation af risiko for genindlæggelse inden eller i forbindelse med udskrivning</u></p> <p>Projektet bygges op med anvendelse af en interventions- og en kontrolgruppe i forhold til vurdering af effekt på forebyggelse af genindlæggelser.</p> <p>Patienter født på lige dato tilbydes intervention efter udskrivelse. Patienter født på ulige dato udskrives på vanlig vis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikation af projektets målgruppe (interventionsgruppe og kontrolgruppe) • Udvælgelse og afprøvning af et vurderingsredskab med henblik på systematisk at kunne definere risikoparametre for genindlæggelser. <p>Projektgruppen udvælger det screeningsredskab, der skal afprøves, definerer kriterier for udvælgelse af deltagere i projektet og har ansvaret for at rekruttering gennemføres hos det relevante personale.</p> <p>Projektgruppen afholder kick-off møde med introduktion til projektet og det udvalgte screeningsredskab. Derefter afholdes opfølgende møder med kort frekvens for at sikre projekts fremdrift og løse eventuelle udfordringer.</p> <p><u>Indsats 2: opfølgende hjemmebesøg med inddragelse af speciallægeressourcer i umiddelbar forlængelse af udskrivningen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tværsektoriel netværksdannelse omkring de borgere som er i risiko for genindlæggelse, bestående af primærsygeplejeske, praktiserende læge og hospitalslæge. • Med baggrund i det valgte vurderingsredskab til identifikation af risiko for genindlæggelse, anmodes praktiserende læge og hjemmesygepleje om at foretage opfølgende hjemmebesøg i borgerens hjem / plejehjem i umiddelbar forlængelse af udskrivelsen.

- For borgere, hvor der er behov for at hjemmesygeplejersker og praktiserende læge suppleres af speciallægekompetence sker dette gennem fælles hjemmebesøg eller konference om borgeren. Behovet herfor vurderes ved udskrivelsen og efter primærsygeplejerske og praktiserende læges vurdering.

Projektets forankring og fremdrift sikres gennem projektlederens tætte opfølgning og tilstedeværelse i de respektive medicinske afdelinger på de to hospitalet.

Dataindhentning:

Projektkoordinatoren indhenter via de kommunale elektroniske omsorgssystemer information om den sundhedsfaglige indsats som iværksættes på foranledning af det opfølgende hjemmebesøg, eks. handleplaner.

Oplysning om indlæggelser, forbrug af kommunale ydelser samt besøg hos praktiserende læge for de involverede borgere indhentes via registre.

Borgernes oplevelse af sammenhæng og opfølgning i behandlingen afdækkes ved kvalitative interviews af udvalgte projektdeltagere.

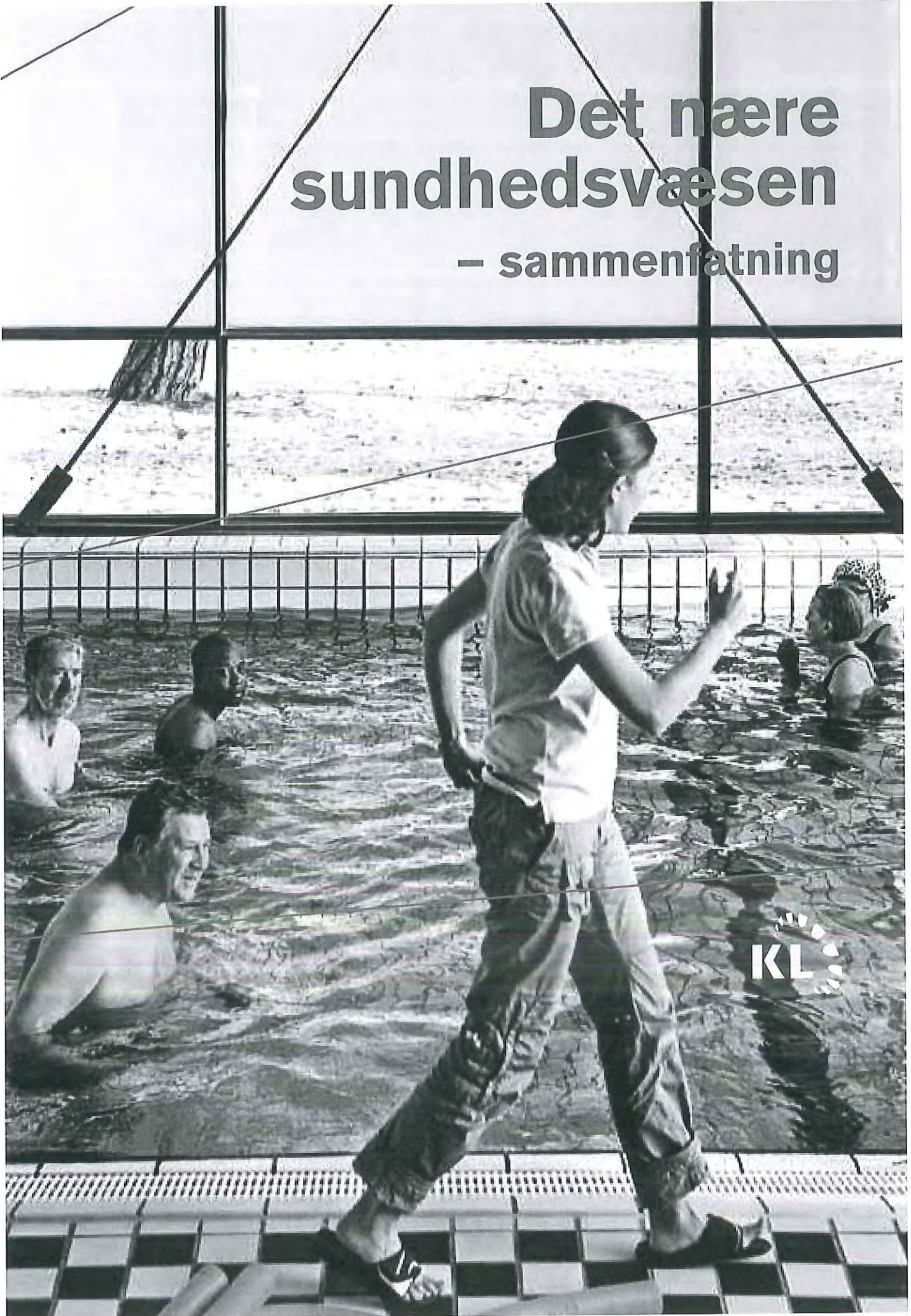
Som nævnt danner projektets resultater fundament for et opfølgende projekt hvor screeningsmetoden og netværksmodellen udvides til at omfatte flere borger / patientmålgrupper. Det opfølgende projekt har som overordnet formål at reducere forebyggelige genindlæggelser, sikre sammenhæng og koordination i indsatsen imellem sektorerne i behandlingen af den medicinske borger / patient over 65 år, samt sikre den bedste udnyttelse af sundhedsvæsenets samlede kompetencer.

6	<p>Dokumentation af opnåelse af målene/resultaterne</p> <p>Der foretages en kvantitativ effektmåling af interventionen gennem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udfyldte screeningsredskaber • Antal genindlæggelser i interventionsgruppe og kontrolgruppe • Antal gennemførte opfølgende hjemmebesøg med / uden deltagelse af speciallæge • Data om øvrige forbrug af kommunale ydelser samt besøg hos praktiserende læge <p>Der foretages en kvalitativ effektmåling gennem kvalitative interviews med</p> <ul style="list-style-type: none"> • udvalgte borgere • sygehuspersonale • kommunale sygeplejersker <p>Konklusionerne samles i en afsluttende rapport.</p>
7	<p>Plan for evaluering</p> <p>Der foretages ved projektets afslutning en intern evaluering af projekts målopfyldelse samt projektets forløb.</p>

	<p>Formålene med evalueringen er at vurdere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projektets effekt på forebyggelige genindlægger - med udgangspunkt i antal genindlæggelser fra 2011 - og dermed grundlaget for et opfølgende projekt med en udvidet målgruppe • Opsamle og formidle operationaliserbare resultater, der kan udbredes til andre • Om metoden giver borgeren oplevelse af sammenhæng og medindflydelse • Om det tværsektorielle samarbejde har fået en fungerende platform og er blevet styrket samt belyse eventuelle barrierer, som der skal tages højde for i et opfølgende projekt • Fokusgruppeinterview af hospitalspersonalet og kommunale sygeplejersker om oplevelse af screeningsredskabets anvendelighed i praksis
8	<p>Hvordan formidles projektet og de opnåede erfaringerne til andre?</p> <p>Projektet formidles både internt og eksternt.</p> <p>Internt formidles projektet løbende hos de deltagende aktører igennem nyhedsbreve, intranet og i relevante mødefora.</p> <p>Eksternt formidles projektets resultater via faglige netværk til samarbejdspartnere i kommuner, almen praksis og på hospitalerne, gennem deltagelse i konferencer og via pressemeddelelser til interesseorganisationer og lokale og nationale medier</p> <p>Derudover beskrives projektet på de deltagende aktørers hjemmesider.</p>
9	<p>Beskrivelse af forankringen af projektet og videreførelse efter projektperioden.</p> <p>Projektet forankres med en projektkoordinator på Herlev Hospital, Medicinsk afdeling O.</p> <p>Projektet refererer til Samordningsudvalg MIDT.</p> <p>En styregruppe sammensættes med repræsentanter fra de to medicinske afdelinger på Herlev og Gentofte Hospital, de to deltagende kommuneklynger og praksiskoordinatorerne i Samordningsudvalg Midt.</p> <p>En projektgruppe med repræsentanter fra de 9 deltagende kommuner, de medicinske afdelinger fra de to hospitaler samt repræsentant for de praktiserende læger nedsættes med projektlederen som formand.</p> <p>Hver kommune har lokale arbejdsgrupper med repræsentation fra myndighed og drift.</p> <p>Modningsprojektet genererer ny viden om effekten af screeningsredskabet, udvidede opfølgende hjemmebesøg og modellen for det tværsektorielle samarbejde om den ældre medicinske borger / patient. Dette danner fundament for et opfølgende projekt, hvor resultaterne implementeres som integreret redskab i hjemmeplejen, hos praktiserende læger og hospitalspersonale.</p>

Det nære sundhedsvæsen

– sammenfatning



Forord

Hvordan skal vi indrette vores sundhedsvæsen, så vi får mest sundhed for pengene? Det er et spørgsmål, som flere og flere er optagede af, ikke mindst i en situation med økonomisk smalhals de næste mange år. KL og kommunerne har et bud på svaret i dette udspil om det nære sundhedsvæsen. For der er god grund til at lede efter nye svar.

Trods en markant stigning i de ressourcer, der hvert år bliver brugt på sundhedsvæsenet, så halter danskernes folkesundhed fortsat langt efter de øvrige nordiske lande. Og vi har ikke råd til fortsat blot at øge udgifterne til den specialiserede behandling på sygehusene. Derfor er det nødvendigt at forebygge, at så mange danskere får brug for behandling

Kommunernes bud på en ny sundhedspolitik tager udgangspunkt i, at der er brug for at vende den hidtidige logik på

Det nære sundhedsvæsen

© KL 2012

Tekst: KL

Grafisk design: Karen Krarup

Foto: Thomas Søndergaard

Tryk: Rosendahls-Schultz Grafisk A/S

ISBN: 978-87-92907-02-8

ISBN: 978-87-92907-03-5-pdf

hovedet. Der er brug for at satse på en forebyggelsesfilosofi frem for en indlæggelsesfilosofi, og der er brug for at integrere sundhed i ældrepleje, beskæftigelsesindsats, daginstitutioner og skoler. Det vil kræve, at det nære sundhedsvæsen prioriteres på en helt anden måde end hidtil.

Sundhedsfremme og forebyggelse skal være et centralt element i en ny sundhedspolitik. Der er brug for klare mål og større ambitioner, hvis vi skal sikre befolkningen et langt og produktivt liv.

Det handler om langt mere end borgerrettet forebyggelse. Med flere ældre og flere med kroniske sygdomme vil der i stigende omfang være behov for nære sundhedstilbud til dem, der bliver syge. For det giver ikke mening at indlægge og behandle alle på specialiserede og ofte fjerntliggende sygehuse. Borgerne skal i videst muligt omfang behandles i deres

nærområde af kommunerne og almen praksis – i det nære sundhedsvæsen. Det skal forebygge indlæggelser og medvirke til, at ressourcerne anvendes bedre.

Vi vil have et bedre og mere omkostningseffektivt sundhedsvæsen. Derfor skal flere opgaver løses i det nære sundhedsvæsen. Det forudsætter, at regeringen og Folketinget er indstillet på en omprioritering af ressourcerne. Kommunerne er klar til at tage ansvar og kommer nu med et samlet bud på, hvordan vi kommer videre i arbejdet for et sundere Danmark.

God læselyst!

Jan Trøjborg
Formand

Kristian Wendelboe
Administrerende direktør

Sammenfatning

Formålet med dette udspil er at skitsere en strategi for etableringen af et stærkt nært sundhedsvæsen. Udspillet vil være et pejlemærke for KL og kommunernes arbejde på sundhedsområdet i de kommende år og danne grundlag for den fremadrettede dialog med staten og regionerne om fremtidens nære sundhedsvæsen.

For at sikre mest mulig sundhed for pengene er der behov for en ny satsning på at forebygge indlæggelser. Derfor skal der langt mere fokus på den rehabiliterende og patientrettede forebyggelse og på at styrke den specialiserede sygeplejeindsats. Det vil betyde, at flere kan hjælpes derhjemme og i det nære, og at færre får behov for at blive indlagt eller genindlagt. Det frigør ressourcer i sygehusvæsenet.

Udspillet giver en række bud på, hvordan man i det nære kan udvikle sammenhængende rehabiliterings- og sygeplejeydelser, og peger på, hvordan samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis samt sygehusene kan udvikles med henblik på at løse sundhedsopgaven mere effektivt. Desuden understreger

udspillet nødvendigheden af, at de nære sundhedsydelser tænkes sammen med tilgrænsende velfærdsområder som ældrepleje, socialpsykiatri, beskæftigelsesindsatsen, daginstitutioner og skoler.

Visionen for det nære sundhedsvæsen

KL og kommunerne har en vision om at udvikle et nært sundhedsvæsen, hvor kommuner på tværs af forvaltningsområder arbejder sammen med almen praksis om at give danskerne *et sundere, længere liv, som leves aktivt og produktivt uden sygdom og begrænset funktionsevne.*

Visionen for det nære sundhedsvæsen

Det nære sundhedsvæsen:

- Er borgerens indgang til sundhedsvæsenet
- Fremmer borgernes sunde livsstil og forebygger sygdom
- Forebygger indlæggelse gennem levering af almen og specialiseret sygepleje, genoptræning, rehabilitering og selvtræning
- Understøtter behandling af borgeren i og nær borgerens eget hjem
- Understøtter borgerens mulighed for at tage hånd om egen sygdom, blandt andet gennem brug af uddannelse og moderne teknologi
- Skaber sammenhæng mellem kommuner, almen praksis og sygehusvæsenet for at sikre sammenhæng i patientforløb
- Arbejder evidensbaseret og kvalitetsorienteret.

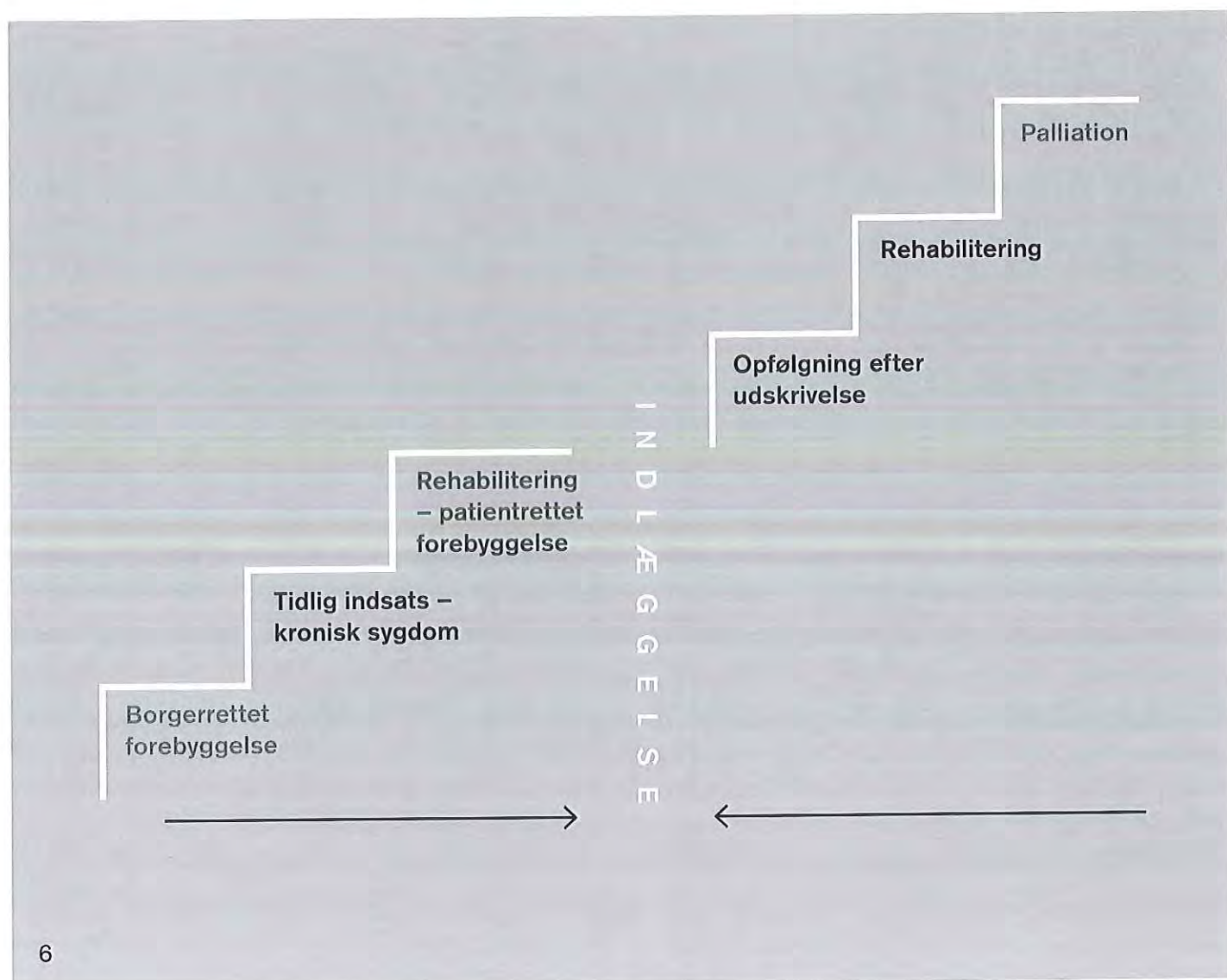
Et sundt liv starter hos borgeren selv – i borgerens dagligdag og nærmiljø. Derfor er kommunerne også det naturlige udgangspunkt for det nære sundhedsvæsen. Kommunerne har mulighed for at levere sammenhængende tilbud på tværs af velfærdsområderne, hvilket ikke alene forbedrer borgernes sundhed, men også sikrer, at borgere med sygdom kan komme hurtigt tilbage til arbejdslivet og familielivet. Samtidig har kommunerne – i samarbejde med almen praksis – en unik mulighed for at aflaste sygehusene gennem patientrettede rehabiliteringstilbud i borgerens nærmiljø.

Styrket fokus på den patientrettede og rehabiliterende indsats

Mange opfatter kommunernes sundhedsindsats som synonym med borgerrettet forebyggelse, der blandt andet omfatter strukturelle indsatser og tilbud i forhold til kost, rygning, alkohol og motion. Men kommunernes sundhedsindsats er langt mere end det. Mange kommuner arbejder i dag med at udvikle patientrettede indsatser, der fungerer som egentlige

alternativer til indlæggelser og genindlæggelser, ligesom der arbejdes med rehabiliterende indsatser i alle dele af sygdomsforløbene.

Nedenfor er de forskellige typer af kommunale indsatser og deres tilkobling til en eventuel indlæggelse på sygehuset illustreret.



Omprioritering inden for de eksisterende økonomiske rammer

Foruden at illustrere bredden i de kommunale sundhedsopgaver illustrerer figuren også, at kommunernes indsatser kommer tættere og tættere på selve indlæggelsen (illustreret ved pilene). Jo flere med kronisk sygdom, jo flere ældre medicinske patienter og jo kortere indlæggelsestider, desto større bliver behovet for, at kommunernes aktiviteter i grænselandet til sygehusvæsenet styrkes. Det handler om tidlig opsporing af borgere med kronisk sygdom, hverdagsrehabilitering og rehabiliterende patientrettet forebyggelse. Og det handler om den specialiserede sygeplejefaglige opfølgning og den brede genoptrænings- og rehabiliteringsindsats, der skal tage hånd om borgerne, der udskrives hurtigere fra sygehuset. Samtidig skal kommunerne stadig have fokus på sundhedsfremme og den borgerrettede forebyggelse, ikke mindst børn og unges sundhed, så sygdom og behov for sundhedsydelse i videst muligt omfang reduceres fremadrettet.

Som følge af blandt andet den demografiske udvikling vil der i fremtiden være et betydeligt pres på udgifterne i sundhedsvæsenet. Med den aktuelle samfundsøkonomiske situation vil der imidlertid ikke være mulighed for at imødegå udgiftspreset med udgiftsstigninger i samme omfang som tidligere. Derfor vil der være et stort behov for at forebygge indlæggelser og for at udvikle sundhedsvæsenet, så opgaverne løses på laveste effektive omkostningsniveau (LEON).

Kommunerne ønsker et bedre, ikke et dyrere sundhedsvæsen. Skal sundhedsudgifterne nedbringes eller bare holdes konstante, er der behov for en omstilling af sundhedsvæsenet. En omstilling, der kræver, at sygehuse, praktiserende læger og kommuner arbejder sammen om at nedbringe indlæggelsesfrekvensen.

En sådan omstilling forudsætter en omprioritering af ressourcerne i det samlede sundhedsvæsen og en nyindretning af in-citamentene. Finansieringsmodellen bør indrettes, så den tilskynder til at reducere indlæggelsesfrekvensen og aflaste sygehusene med alternative og billigere indsatser i det nære sundhedsvæsen.

Kvalitet i det nære sundhedsvæsen

Den styrkede rolle på sundhedsområdet forpligter kommunerne må derfor i lighed med den øvrige del af sundhedsvæsenet løbende udvikle kvaliteten og standardisere ydelserne på tværs af landet. Det bør ske, når der er evidens for, at bestemte måder at løse opgaver på giver den bedste effekt.

Kommunerne ønsker at intensivere kvalitetsarbejdet, så borgerne, uanset hvor de bor, kan forvente sundhedsydelser af høj kvalitet. Konkret vil kommunerne arbejde ud fra følgende målsætninger:

- *Kommunerne vil samarbejde for at skabe tilstrækkeligt befolkningsunderlag til, at opgaver kan løftes til det rette kvalitetsniveau.*
- *Kommunerne ønsker at arbejde efter standarder og kliniske retningslinjer på områder, hvor der er evidens.*
- *Kommunerne vil arbejde mere systematisk med at dokumentere og evaluere effekten af de kommunale indsatser på sundhedsområdet.*
- *Kommunerne ønsker, at staten og universiteterne prioriterer forskningen i de nære sundhedsydelser højere.*

Den ældre medicinske patient

Kommunerne ønsker, at en langt større del af indsatsen over for de ældre medicinske patienter løftes i det nære sundhedsvæsen. Både fordi det er til gavn for borgerne, og fordi det er billigere for samfundet. Der er i dag en række opgaver, der flytter fra sygehuse til kommuner som følge af udviklingen på sygehusene.

Kommunernes vision er, at de ældre medicinske patienter i højere grad plejes og behandles i det nære sundhedsvæsen. Mange ældre medicinske borgere kan behandles i eget hjem, og det vil ofte være et bedre tilbud for dem, da de undgår transport, ventetider og eventuelt indlæggelser. En stærk behandling af ældre medicinske patienter skal blandt andet sikres gennem specialiserede sygeplejefunktioner, rehabilitering og egenomsorg, brug af telemedicin samt samarbejde mellem sygehus, kommuner og almen praksis om tilbud i nærmiljøet med inddragelse af lægefaglig kompetence mv.

Hvis denne vision skal indfries, kræver det en ny prioritering. Der er behov for på langt mere systematisk vis at prioritere de nære sundhedstilbud og dermed spare de ældre medicinske patienter for dyre, unødvendige (gen)indlæggelser, som hverken de ældre eller samfundet har gavn af. Det er et fælles ansvar for politikere i staten, regionerne og kom-

munerne, hvis det skal lykkes. Efter KL's opfattelse vil det kræve, at nedenstående anbefalinger indfries:

- *Alle kommunerne skal have en styrket indsats i forhold til de ældre medicinske patienter.*
- *Der skal etableres flere forsøg med shared care-modeller, hvor kommuner, almen praksis og sygehuse arbejder sammen.*
- *Kommunerne skal systematisk arbejde sammen med almen praksis om de ældre medicinske patienter.*
- *Kommunerne skal øge anvendelsen af telemedicin og velfærdsteknologi i relation til de ældre medicinske patienter.*
- *Brugen af kliniske retningslinjer for ældre patienter skal øges.*
- *Der skal udvikles fælles kliniske retningslinjer for hjemmesygeplejen.*
- *Der skal udvikles en fælles stratificeringsmodel for ældre medicinske patienter.*

Borgere med kroniske sygdomme

Det er nødvendigt med kommunale indsatser rettet mod borgere med kronisk sygdom. KL og kommunerne mener, at en større del af indsatsen over for de kronisk syge kan håndteres i det nære sundhedsvæsen. Mange borgere med kronisk sygdom kan – når de er udredt og sat i behandling – monitoreres og hjælpes til at håndtere egen sygdom i det nære. Hvis det skal lykkes, kræver det imidlertid standarder for patientrettede forebyggelsestilbud, klart defineret samarbejde mellem de kommunale og regionale sundhedsaktører og styrket fokus på egenomsorg og rehabilitering. Det er på tide at satse på en ny model, hvor

man går fra at lade "de tusind blomster blomstre" til nationale satsninger, der skal sikre en effektiv nær kronikerindsats. Derfor mener KL, at:

- *Alle kommuner bør have mulighed for at tilbyde forløb til borgere med diabetes type 2, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjerte-kar-sygdom.*
- *Sundhedsstyrelsen bør udvikle en model for kommunale rehabiliteringstilbud på tværs af diagnoser.*
- *Sundhedsstyrelsen bør tage initiativ til, at der udvikles en national model for stratificering af kronisk syge, som også omfatter borgerens egenomsorgsevne.*
- *Kommunerne skal have fokus på rehabilitering og prioritere indsatsen for kronisk syge på tværs af de kommunale velfærdsområder.*
- *Kommunerne og almen praksis skal arbejde systematisk med at identificere borgere i særlig risiko for udvikling af kronisk sygdom.*
- *Praktiserende læger skal henvise relevante borgere til kommunale patienttilbud.*
- *De kommende sundhedshuse og sundheds- og akuthuse skal rumme en integreret indsats rettet mod kronisk syge.*

Borgere med behov for genoptræning

Kommunerne ønsker en ny vision for rehabiliterings- og genoptræningsområdet. Der er langt mere viden om området i dag, end da man flyttede opgaven til kommunerne, og der er de senere år kommet en stigende erkendelse af det store potentiale, som en helhedsorienteret genoptrænings- og rehabiliteringsindsats har. Der er god evidens for, at træning har effekt på funktionsniveauet for psykiatriske patienter, ligesom kræft- og hjertepatienter har brug for en langt mere helhedsorienteret rehabiliteringsindsats, som foruden det fysiske element også indeholder elementer, som skal bringe patienten tilbage til arbejdsmarkedet og det almindelige samfundsliv.

Der er behov for en ny satsning på genoptræning og rehabilitering, fordi borgere, der ikke får tilstrækkelig genoptræning og rehabilitering, risikerer at få komplikationer og yderligere sygdom eller måske ende på førtidspension. Det er hverken til gavn for den enkelte eller for samfundsøkonomien.

Kommunerne er klar til at påtage sig opgaven og arbejde systematisk med at kvalitetsudvikle og styrke området. Men det kræver en national satsning og et politisk ønske om at prioritere området. Næste skridt er at skabe sammenhæng, integrere træning og rehabilitering i andre velfærdsområder og arbejde mere systematisk med kvalitet. Det vil kræve, at nedenstående anbefalinger indfries:

- *Alle skal have afklaring om deres genoptræningsforløb inden for én uge.*
- *Kommunerne skal have mere fokus på vedligeholdende og forebyggende træning.*
- *Kommunerne skal lade træning og fysisk aktivitet spille en større rolle i øvrige indsatser.*
- *Kommunerne skal udvikle fælles kliniske retningslinjer for genoptrænings- og rehabiliteringsområdet.*
- *Sundhedsstyrelsen skal vurdere, om der er genoptræningsopgaver, hvor der bør stilles særlige krav til volumen og specialkompetencer på området.*
- *Sundhedsstyrelsen skal udvikle systematisk kvalitetsmonitorering på genoptræningsområdet.*

Børn og unge

Barneårene danner i vidt omfang grundlaget for den sundhedstilstand, vi kommer til at leve med senere i livet. Børns opvækstvilkår har betydning for de muligheder, barnet som voksen vil have for at få et sundt liv. Det er målet, at alle børn får et solidt grundlag for at lykkes i deres liv.

Det er i barne- og ungdomsårene, at sunde vaner generelt grundlægges. Kommunerne skal fremme sunde vaner hos børn og unge – ikke mindst i forhold til rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet. Det handler først og fremmest om at skabe sunde rammer i børnenes hverdagsliv i daginstitutioner, skoler og på fritidsområdet.

Samtidig skal kommunerne have særlig fokus på børn, der ikke trives, og børn, som vokser op i sårbare og udsatte familier.

På en række områder er det nødvendigt at skabe et velfungerende samarbejde med almen praksis og det øvrige regionale sundhedsvæsen om børn og unges sundhed, og i forhold til svangreomsorgen bør kommunerne spille en større rolle end i dag. Derfor anbefaler KL:

- *Kommunerne bør overtage ansvaret for svangreomsorgen efter udskrivelse i ukomplicerede forløb.*
- *Sundhedstjenesten skal have en større rolle i forhold til børn i førskolealderen.*
- *Kommunernes indsats i forhold til udsatte familier skal opprioriteres, og samarbejdet internt og med almen praksis skal styrkes.*
- *Kommunerne skal fortsat prioritere forebyggelsesindsatsen rettet mod børn og unge.*
- *Kommunerne og regionerne bør gennemføre forsøg med tilbud til overvægtige børn og forsøg med shared caremodeller til behandling af svær overvægt blandt børn.*
- *Regeringen skal sikre forskning i og forsøg med metoder til at fremme mental sundhed blandt børn og unge.*

Borgere med psykiske sygdomme

Psykiske lidelser rammer et stort antal mennesker, og det har både store personlige og samfundsøkonomiske konsekvenser. De senere år har man erfaret, at det rent faktisk er muligt at komme sig eller lære at leve med selv svær psykisk sygdom.

Visionen og målet for kommunerne handler derfor i dag om forebyggelse og rehabilitering, således at også borgere med psykiske lidelser får mulighed for at have egen bolig, komme i job og uddannelse og opretholde socialt netværk.

Kommunerne spiller i dag en større rolle i forhold til borgere med psykiske lidelser og dobbeltdiagnosticerede, der – ikke mindst på grund af omlægninger i behandlingspsykiatrien – har behov for støtte og behandling i eller nær eget hjem. Det kræver imidlertid, at der skabes bedre sammenhæng mellem den kommunale og regionale indsats samt mere veldefinerede tilbud. KL foreslår:

- *Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen skal i fællesskab initiere, at der udarbejdes forløbsprogrammer for indsatsen målrettet borgere med psykiske lidelser.*
- *Regeringen skal sikre kommunale tilbud, som kan hindre unødvendige (gen)indlæggelser.*
- *Kommunerne skal opprioritere sundhedsfremme på psykiatriområdet, herunder træning.*
- *Regionerne skal leve op til deres behandlings- og udredningsansvar over for borgere med lettere psykiske lidelser for at hindre udstødning fra arbejdsmarkedet.*
- *Kommunerne og regionerne skal i fællesskab styrke deres indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder.*

Sundhedsfremme og forebyggelse

Stadig flere får livsstilsbetinget kronisk sygdom. Hvis denne udvikling skal vendes, eller vi i det mindste vil forsøge at forhindre, at udviklingen løber løbsk, skal der sættes på sundhedsfremme og forebyggelse. Det er et stort arbejde for kommunerne, der fortsat må orientere sig mod at tænke sundhed ind i hele kommunen, at etablere sunde rammer til alle borgere og tilbud til borgere med særlige behov og i stigende grad sætte mål for indsatsen.

Kommunerne kan og skal yde en betydelig indsats i alle forvaltningsområder for at skabe sunde rammer for borgernes hverdag og arbejde sundhedsfremmende

i alle kontakter med borgerne. Ligeledes skal kommunerne i indsatser rettet mod borgere med særlige behov arbejde på tværs og sikre sammenhæng i indsatsen. Med kommunernes ansvar for sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaverne er der et stort potentiale for bedre sundhed i befolkningen.

Kommunerne efterspørger dog betydelig mere retning og mål i forhold til den borgerrettede forebyggelse fra centralt hold. Når der er tydelighed omkring, hvad der skal gøres og hvordan, er kommunerne parat til at yde deres. Derfor anbefaler KL:

- *Kommunerne skal fortsat arbejde intensivt med sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatsen.*
- *Alle kommuner skal implementere grundlæggende indsatser på forebyggelsesområdet.*
- *Regeringen skal tage initiativ til, at der etableres nationale mål for danskernes folkesundhed.*
- *Regeringen skal gennemføre initiativer, der har effekt på befolkningens sundhed.*
- *Sundhedsstyrelsen skal sikre monitoringsværktøjer på forebyggelsesområdet.*

Telemedicinske løsninger i kommunerne

Anvendelse af telemedicinske løsninger betyder, at mange besøg på sygehusafdelinger, i ambulatorier og hos egen læge kan erstattes af behandling, pleje og monitorering i hjemmet. Telemedicin kan blandt andet anvendes til de store kroniske sygdomme som hjerte-kar-sygdom, diabetes og KOL.

Telemedicin rummer store potentialer for at fremme patienternes involvering i egen pleje og omsorg (patient empowerment), ligesom telemedicin rummer potentialer for at skabe bedre sammenhæng i behandlingen på tværs af sektorer. Endelig muliggør telemedicin, at behandlingsopgaver kan løses på laveste effektive omkostningsniveau i kommunerne, typisk af hjemmepleje og hjemmesygepleje med inddragelse af specialister på sygehuse eller praktiserende læger.

I kommunerne er der villighed til at satse markant på telemedicin og velfærdsteknologi. Telemedicin er det elektroniske fundament for det nære sundhedsvæsen og rummer potentialerne til at bringe specialisterne til borgeren – og ikke omvendt. Derfor er der fremadrettet behov for mere systematik og styring.

Derfor ser KL følgende behov:

- *Kommunerne skal udvikle en fælles strategi for telemedicin.*
- *Telemedicinske ydelser skal udvikles under hensyntagen til, at borgerne har flere sygdomme samtidig.*
- *Hjemmesygeplejen skal have et kompetenceløft, i takt med at telemedicinske løsninger udrulles.*
- *Staten skal udvikle en incitamentsmodel for telemedicin, hvor pengene følger borgeren.*
- *Staten skal sikre standardisering af telemedicinske værktøjer.*
- *Staten skal udvikle standarder og infrastruktur i kommunerne.*

Kommunernes samarbejde med almen praksis

Samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis er i dag ikke effektivt nok i forhold til løsningen af flere og ofte mere komplekse sundhedsfaglige problematikker knyttet til den enkelte borger. Mange kommuner oplever, at samarbejdet ikke udvikler sig hurtigt nok, og dette synspunkt deles også ofte af de lokale læger selv.

Efter en periode, hvor udfordringerne især har bestået i at acceptere hinandens forskellige betingelser og måder at arbejde på, så er der nu en mere udbredt konsensus om, at det især er forpligtelse til fælles mål og procedurer, en hensigtsmæssig struktur i almen praksis, klarere aftaler og tættere relationer, der er vejen frem til et mere effektivt samarbejde. Målet er især at udnytte begge parter viden om den enkelte borger for at opnå bedst mulig sammenhæng mellem den lægelige behandling og kommunens ydelser. For at opnå forpligtelse og tættere relationer mellem kommuner og almen praksis anbefaler KL følgende:

- *Almen praksis skal være forpligtet af sundhedsaftalerne.*
- *Regionernes Lønnings- og Takstnævn skal i den kommende overenskomst præcisere almen praksis' opgaver i forhold til kommunerne.*
- *Regionernes Lønnings- og Takstnævn bør overveje, hvordan praktiserende læger kan anvende mere tid på samarbejdet med kommunerne.*
- *Kapaciteten i almen praksis bør på sigt øges.*
- *Regeringen bør sikre offentlig anlægsinvestering for at få en hensigtsmæssig struktur i almen praksis.*
- *Lægedækningen bør være mere ensartet i alle dele af landet.*

Sundhedsfaglige kompetencer i kommunerne

Opgaveglidning og opgaveflytning fra sygehusene til kommunerne på ældre- og sundhedsområdet betyder, at kommunerne løser flere og mere komplekse behandlings- og plejeopgaver. De nye og mere komplekse faglige krav betyder, at de kommunale medarbejders faglige kompetencer er udfordret på mange områder.

Det drejer sig om kliniske faglige kompetencer inden for eksempelvis palliation, hjemmedialyse, forebyggelse, psykiatri og andre former for kompleks pleje og behandling. Men også om andre kompetencer som fx sundhedspædagogik, viden om rehabilitering, skriftlig og faglig dokumentation, håndtering af forløb med og brug af velfærdsteknologiske og telemedicinske løsninger samt viden om sammenhængende og koordinerede forløb.

Kommunerne har brug for flere sundhedsfaglige kompetencer til at løfte sundhedsopgaverne systematisk og i overensstemmelse med eksisterende eller kommende retningslinjer. Det kræver flere sundhedsfaglige medarbejdere, der har en relevant uddannelse, der matcher kommunernes sundhedsopgaver. Kommunerne får også brug for flere lægefaglige kompetencer, der især vil komme fra almen praksis og i nogen grad fra sygehusafdelinger. Derfor anbefales følgende:

- *Kommunerne skal vurdere sammensætningen af medarbejdere på sundhedsområdet i forhold til en ændret opgave.*
- *Staten og kommunerne skal i fællesskab gennemføre et eftersyn af de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser.*
- *Kommunerne får brug for flere lægefaglige kompetencer, der primært stilles til rådighed af almen praksis.*

Styring, dokumentation og evaluering

Sundhedsindsatsen i kommunerne skal fokuseres dér, hvor den har størst effekt. Mest sundhed for pengene kræver styring og viden om effekten af indsatsen og viden om, hvordan forskellige typer af indsatser bedst implementeres. Kommunernes styring af sundhedsområdet vanskeliggøres i dag af en række elementer.

Kommunernes opgaver og udgifter på sundhedsområdet afhænger direkte af regionernes praksis. Hvis region og sygehus beslutter at hæve aktiviteten på sygehusene, påvirker det kommunernes opgaver og dermed også de kommunale

udgifter. Men kommunerne har ingen indflydelse på de beslutninger, der har direkte konsekvens for deres opgaver.

Styringen vanskeliggøres endvidere af begrænsede styringsredskaber. Der mangler i dag et overblik og et evidensbaseret grundlag for, hvilke indsatser der virker. Det vanskeliggør prioriteringen.

For at styrke kommunernes styring af sundhedsindsatsen anbefales det, at:

- *Sundhedsaftalerne skal være et mere forpligtende planlægningsværktøj.*
- *Kommunerne skal have indflydelse på sygehusplanlægningen, når den har konsekvens for de kommunale opgaver.*
- *Regeringen skal sikre etablering af et nationalt videnscenter for det nære sundhedsvæsen.*
- *Kommunerne skal til analyseformål have adgang til data om indsatser på tværs af velfærdsområder.*
- *Regionerne skal levere indikatorer og nøgletal til kommunerne og fx Sundhedskoordinationsudvalg som baggrund for den kritiske dialog mellem sygehuse og kommuner.*
- *Kommunerne skal udarbejde styringsanalyser og incitamenter på tværs af velfærdsområder.*

Finansiering af det nære sundhedsvæsen

Der vil i fremtiden være et betydeligt pres på udgifterne i sundhedsvæsenet. Denne udvikling betyder, at der er et stort behov for at udvikle sundhedsvæsenet, så opgaverne løses på laveste effektive omkostningsniveau (LEON), og så forebyggelige indlæggelser undgås.

Men skal det lykkes, kræver det, at vi får vendt filosofien i sundhedsvæsenet om. Målsætningen bør være, at finansieringen og incitamenterne understøtter et fokus på kvalitet og effekt af sundhedsindsatsen frem for alene på kvantitet og behandlingsaktivitet på sygehusene. Der er derfor behov for en omlægning af finansieringsmodellen på sundhedsområdet.

De nuværende incitament er indrettet på at sende flere og flere patienter hurtigere og hurtigere igennem systemet. Det bliver et mål i sig selv at øge aktiviteten. I stedet bør incitamenterne indrettes mod at reducere indlæggelsesfrekvensen og aflaste sygehusene med alternative og billigere indsatser. Det bør være et mål, at andelen af ældre medicinske patienter og patienter med kroniske lidelser på sygehusene over en årrække reduceres.

Derfor anbefaler KL:

- *Der bør indføres en forebyggelsesfilosofi frem for en indlæggelsesfilosofi.*
- *Der bør aftales håndfaste mål for reduktion af indlæggelsesfrekvenserne. Disse måltal bør ledsages af en økonomisk mekanisme, der tilbagefører gevinsten til kommunerne.*
- *En andel af meraktivitetspuljen bør omprioriteres til indsatser i det nære sundhedsvæsen.*
- *Pengene følger opgaven – der indføres en planlagt opgaveglidning.*
- *Der skal indføres incitament til at udbrede fælles alternativer til indlæggelse på tværs af regioner og kommuner.*
- *Eventuel vækst i sundhedsudgifterne skal prioriteres til udbygning af forebyggelsesindsatsen og det nære sundhedsvæsen.*
- *Der skal indføres en mere differentieret medfinansiering.*



Se filmen „Det nære sundhedsvæsen“



KL
Weidekampsgade 10
2300 København S

R E F E R A T
af
KL's Sundhedskonference

Tilbage melding fra KL's Sundhedskonference 15. januar 2013

Den 15. februar 2013 afholdt KL den årlige Sundhedskonference, hvor 800 politikere og embedsmænd drøftede årets tema "Fælles retning i det nære sundhedsvæsen". Fra LTK deltog én fra SSU, Gitte Kjær-Westermann, og tre fra forvaltningen.

Anny Winther (herefter AW), formand for KL's Social- og Sundhedsudvalg, indledte konferencen med at fastslå, at kommunerne nu skal gå i samlet flok fra visionen formuleret i det nære sundhedsvæsen til handling, hvor vi på tværs af kommunerne efterlever de fælles mål, der indgår i KKR's udspil på området (det i sagen nævnte "rammepapir").

Samtidig opfordrede AW kommunerne til at blive bedre til at sikre sammenhæng internt i deres service over for borgerne – specielt i forhold til de svageste grupper, hvor sundhed, beskæftigelse og social indsats bør sammentænkes.

Endelig mente AW, at kommunerne bør lære af de kommuner, der lykkes med at samarbejde med de andre to ben i sundhedstrekanten, sygehusene og den almene lægepraksis. Nogle kommuner er særligt gode til at overkomme de eksisterende barrierer i samarbejdet med regionerne.

Pia Kürstein Kjellberg (herefter PKK) fra KORA (Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning) præsenterede i sit indlæg erfaringer med det nære sundhedsvæsen i England, erfaringerne fra Danmark samt gav en perspektivering på, hvad vi kan lære af disse erfaringer.

I England har man siden 2010 satset massivt på "reablement" – dvs. systematisk indsats for at gøre borgerne i stand til at klare sig selv ved at lære eller genlære færdigheder, der er nødvendige for daglig livsførelse og som er tabt som følge af sundhedsproblemer og/eller øgede støt-tebehov. Reablement er en fælles betegnelse for en indsats, der har til formål at maksimere individets uafhængighed, som bygger bro mellem sundheds- og sociale sektoren og som både kan inkludere services fra kommune, almen praksis og sygehus.

Fra centralt hold er der i England investeret mere end 1 mia. £, som er overført til decentrale enheder. Reablementtiltagene omfatter både "home care-reablement", dvs. efter sygehusindlæggelse og ved indgang til hjemmeplejen og andre former for "intermediate care", dvs. midlertidige pladser, akutteams ved udskrivelse, telemedicinske løsninger i hjemmet, mm.

I den danske kontekst fremhævede PKK følgende tre interventioner i forhold til det nære sundhedsvæsen, som har en dokumenteret effekt: Opfølgende hjemmebesøg, hverdagsrehabi-

litering og træning som hjælp. Af andre interessante kommunale tiltag, som dog endnu ikke har dokumenteret effekt, fremhævede PKK midlertidige pladser, udadgående akutteams og forsøg med telemedicin.

I perspektivering understregede PKK, at vi i Danmark savner en national strategi vedrørende det nære sundhedsvæsen, og at der er meget stor variation mellem kommunernes tilbud på sundhedsområdet. Dette medvirker til en svær genkendelighed af kommunerne som sundhedsaktør, både i forhold til borgerne og i forhold til sygehusene/den almene praksis.

I Peter Thistlethwaites (herefter PT) indlæg blev de engelske erfaringer med ”integrated care” yderligere foldet ud. Den centrale pointe er, at ved at tænke helhedsorienteret i sundhedsindsatsen, opnås en bedre effekt for borgeren samtidig med, at der samlet set bliver brugt færre ressourcer. Dvs. hvor ydelserne er organiseret med borgerens behov i centrum, hvor de forskellige sundhedsaktører deler viden, og hvor organisatoriske, herunder it-mæssige barrierer ikke virker forstyrende.

PT fremlagde forskellige former for dokumentation for sine synspunkter og gav en meget praksisnær beskrivelse af, hvordan man i en kommune i Sydengland har organiseret sin ”integrated care”. Samtidig advarede PT mod at tro, at der findes én standardmodel, der er virksom alle steder – ifølge PT er det nødvendigt at genopfinde hjulet lokalt.

Vivian Buse (herefter VB) fra Københavns Kommune og Hans Perrild (HP) fra Bispebjerg Hospital gav en præsentation af deres erfaringer med at opbygge en tværsektoriel udredningsenhed, hvis formål er at forebygge indlæggelser for den ældre medicinske patient, samt at forbedre det tværsektorielle samarbejde generelt, herunder det lægefaglige samspil mellem kommune og hospital. VB og HP redegjorde for den tværsektorielle udredningsenheds placering, funktion og organisering samt for de første evalueringresultater. I forhold til økonomi ser det ud til, at etableringen af enheden indebærer besparelser for kommunen, men mistede DRG-indtægter for hospitalet, idet enheden rent faktisk har nedbragt antallet og omfanget af indlæggelser. I deres fælles konklusion fastslog de, at den nye enhed har forbedret samarbejdet og har skabt bedre patientforløb for borgerne og mere sammenhæng i indsatsen.

Sundheds- og forebyggelsesminister Astid Kragh (AK) lagde i sin tale stor vægt på problemerne med uligheder i sundhedsvæsenet. AK bebudede, at regeringens sundhedsudspil, der kommer til foråret, vil have stor fokus på bekæmpelse af ulighed, på forebyggelse og på et sammenhængende sundhedsvæsen. AK gjorde sine forventninger til kommunerne tydelige, bl.a. på baggrund af regeringens økonomiaftale med kommunerne, hvor der varigt blev afsat 300 mio. kr. pr. år samt, at regeringen netop har bevilliget 13 mio. kr. til et center for forebyggelse, som placeres i KL-regi.

Henning Langberg (HL) fra Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, fremlagde en stor mængde data, der illustrerer udfordringen for de samlede sundhedsvæsen de kommende år – dvs. flere ældre, flere borgere med kroniske sygdomme, mere specialiserede sygehuse, flere behandlingsmuligheder, mv. HL gav eksempler på, at forskellige typer af intervention fra kommunen kan dokumenteres at have en positiv effekt på service- og udgiftsniveauet – HL’s eksempler var hentet fra hverdagsrehabilitering og tværsektoriel koordineret indsats til arbejdsfastholdelse af rygpatienter. HL’s hovedpointe var, at der er behov for mere forskning og evaluering af, hvilke indsatser på sundhedsområdet der er virksomme, og at

kommunerne skal blive meget bedre til at iværksætte og efterspørge evidensbaseret viden, som produceres af universitetssektoren.

Bilag til SSUs møde den 6. februar 2013

Sag nr. 5

Bilag 1 – 14

Frivillighedsstrategi

Sagsfremstilling

Kommunalbestyrelsen besluttede den 31. oktober 2011 at nedsætte et § 17,4 udvalg, der fik til opgave at udarbejde et forslag til en ny frivillighedsstrategi for Lyngby-Taarbæk Kommune. Kommissoriet fremgår af vedlagte bilag. § 17,4 udvalget fik herudover til opgave at belyse og overveje hvorvidt midlerne til frivilligt socialt arbejde, folkeoplysningens start- og udviklingsmidler samt de boligsociale midler, lovligt og med fordel kan samtænkes og indgå som økonomisk støtte til bredere frivillige aktiviteter.

Der blev desuden nedsat en følgegruppe bestående af repræsentanter fra frivillighedsområdet til at bidrage med ideudvikling og afprøvning.

§ 17, 4 udvalget har i alt holdt 5 møder og der er i udvalgets regi afholdt to temamøder den 20. februar og 14. maj 2012, med deltagelse af interessenter fra de frivillige foreninger og relevante kommunale aktører i Lyngby-Taarbæk Kommune.

§ 17, 4 udvalget færdiggjorde deres arbejde på mødet den 27. august 2012 og har til Kommunalbestyrelsen fremsendt udvalgets forslag til *Strategi for frivillighed og medborgerskab 2012 – 15* samt Notat om mulighederne for at samtænke kommunens puljer og fonde.

På mødet den 27. august anbefalede §17, 4 udvalget:

"

- At Kommunalbestyrelsen godkender Strategi for frivillighed og medborgerskab i Lyngby-Taarbæk Kommune, således at strategien sendes i høring i fagudvalg og hos foreninger og interessenter.
- At Kommunalbestyrelsen drøfter udvalgets anbefaling om at bevare eksisterende puljer og fonde."

I henhold til kommissoriet for §17, stk. 4-udvalget refererer udvalget til Økonomiudvalget.

Forvaltningen anbefaler, at Frivillighedsstrategien sendes i høring frem til den 19. december 2012 med henblik på endelig godkendelse i Kommunalbestyrelsen i januar måned. Det forventes at høringen tilrettelægges således at fagudvalgsbehandlingen sker i januar 2013 således at høringssvarene kan indgå i fagudvalgenes behandling.

I henhold til kommissoriet vil § 17, 4 udvalget have løst opgaven, når udvalget har færdiggjort arbejdet med at udarbejde forslag til frivillighedsstrategi. Udvalget har derfor udført sin opgave med afleveringen af ovennævnte to produkter.

Økonomiske konsekvenser

Arbejdet udføres inden for de økonomisk afsatte rammer.

Beslutningskompetence

Økonomiudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at Økonomiudvalget tager stilling til § 17,4 udvalgets anbefaling om at

1. godkende *Strategi for frivillighed og medborgerskab 2012 – 15*, således at strategien sendes i høring i fagudvalg og hos foreninger og interesser som beskrevet ovenfor.
2. bevare eksisterende puljer og fonde.

Økonomiudvalget den 25. oktober 2012:

Ad 1)

Godkendt at sende i høring.

Ad 2)

Udsat.

NOTAT

om

Skitse til Kommunikations- og implementeringsplan for Strategi for frivillighed og medborgerskab 2012-15

Forud for vedtagelsen af Strategi for frivillighed og medborgerskab er der udarbejdet følgende skitse til en Kommunikations- og Implementeringsplan.

Strategi for frivillighed og medborgerskab 2012-15 er forankret i Lyngby-Taarbæk Kommunes Center for Sundhed og Kultur, men den skal løftes på tværs af kommunens centre og institutioner. Derfor vil der blive etableret en tværgående administrativ vidensteam, som for til opgave at sikre at strategien implementeres i kommunens sektorer og fagområder og løbende udvikles. Planen vil blandt andet blive beskrevet og udmøntet i direktionens og de kommunale institutioners årlige virksomhedsplaner.

Samtidig ses Frivillighedscentret som en central aktør i forbindelse med implementeringen af strategien. Det er aftalt med Frivillighedscentret, at der primo 2013 indgås en samarbejdsaftale herom. Strategien vil desuden i tråd med strategiens fokus på dialog og samarbejde med frivillige, blive løbende drøftet med de frivillige foreninger. For at fastholde Strategiens implementering holdes halvårlige møder med Frivillighedscentret, Fil og Samrådet.

Der holdes et fælles "Kick-off" for Strategi for frivillighed og medborgerskab 2012 – 15 sammen med Kulturstrategien og Folkeoplysningspolitikken i løbet af foråret 2013.

I 2015 gennemføres en evaluering af strategiens handlinger og aktiviteter.

Nedenfor er oplyst en plan for de konkrete initiativer inden for hvert af de 4 temaer, der allerede er beskrevet i strategien.

Tema 1: Mere frivillighed og medborgerskab snitflader til

Delmål	Aktiviteter	Deltagere	Tid	Ansvarlig
Løbende evaluere og Erfaringsindsamle	- Oprette et tværgående administrativt vidensteam, som får til opgave at implementere, forankre og udvikle Frivillighedsstrategien, herunder sikre at kommunens erfaringer med frivilligt arbejde bliver delt og dokumenteret.	Relevante fagpersoner i kommunens velfærdsektorer og centre	Forår 2013	Center for Sundhed og Kultur/Stab for Strategi, Kommunikation og Erhverv
Udvikle samarbejds- og partnerskabsmodeller	- Udvikle model for samarbejdsaftale mellem Kommunens institutioner og frivillige Indgå årlig samarbejdsaftale ml. Lyngby-Taarbæk Kommune og Frivillighedscentre	Vidensteamet for Frivillighed og Frivillighedscentret.	Forår 2013 Januar/Februar	Center for Sundhed og Kultur Center for Sundhed og Kultur/ Frivillighedscentret
Rådgive, understøtte og udvikle frivilliges initiativer og ideer	Frivillighedscentret har særligt til opgave at rådgive, understøtte og udvikle frivilliges initiativer og ideer. I samarbejde med Frivillighedscentret og de frivillige foreninger skabes arrangeres forskellige kommunikationsfora som: - Dialogmøder - Konferencer - Temaarrangementer - Workshops - "Mødested" for frivillige	Frivillighedscentret Alle interesserede foreninger og frivillige	Løbende indsats	Frivillighedscentret Center for Sundhed og Kultur/ Frivillighedscentret
Nem adgang til information omkring frivillighed i kommunen	- Oprette en fælles indgang på kommunens hjemmeside med Link til Frivillighedscentret - Samle viden om frivillighed - Udpege kontaktpersoner	-	Februar 2013	Center for Sundhed og Kultur/Stab for Strategi, Kommunikation og Erhverv

Tema 2: Samarbejde på tværs af frivilligområdet

Delmål	Aktiviteter	Deltagere	Tid	Ansvar
Etablere netværk i tæt samarbejde med Frivillighedscentret og foreningslivet	I samarbejde med Frivillighedscentret og de frivillige foreninger skabes forskellige kommunikationsfora som fx: - Dialogmøder - Konferencer - Temaarrangementer - Workshops - "Mødested" for frivillige	Alle	Løbende	Frivillighedscentret/ Center for Sundhed og Kultur
Arrangere forskellige kommunikationsfora	Se ovenfor	Alle	Løbende	Frivillighedscentret

Tema 3: Samarbejde mellem kommunale institutioner og frivillige

Delmål	Aktiviteter	Deltagere	Tid	Ansvarlig
Udvikle samarbejdet mellem kommunale institutioner og frivillige	- Udarbejde model for en overordnet samarbejdsaftale ml. de kommunale institutioner og frivillige -Udarbejde en værktøjskasse til modtagelse, forventningsafstemning, uddannelse mv.	Vidensteamet for frivilligt arbejde i samarbejde med Frivillighedscentret	I 2013	Center for Sundhed og Kultur
Udvikle nye aktiviteter og tilbud via nye former for partnerskaber	Deltagelse af institutioner og frivillige i vidensteams og kommunikationsfora.	Vidensteamet for frivilligt arbejde i samarbejde med Frivillighedscentret		Center for Sundhed og Kultur

Tema 4 Kommunal støtte til frivillige

Delmål	Aktiviteter	Deltagere	Tid	Ansvarlig
Udvikle frivilligområdet i tæt samarbejde med Frivillighedscentret og foreningerne	Løbende dialog samt kontinuerlige aftalmøder	FC, F.I.L., Samrådet og CSK	Løbende	Center for Sundhed og Kultur
Skabe en indgang for frivillighed i kommunen	Med den nye administrative organisation er kontakten og administrationen af de frivillige foreninger samlet i Center for Sundhed og Kultur Aktiv deltagelse i udvikling af kommunens hjemmeside og koordinering af viden om frivillighed		2012	Center for Sundhed og Kultur
Gennemgå ressourceanvendelsen på området og benytte samarbejdsaftaler og partnerskaber mere strategisk	Etablere en samlet oversigt over kommunens forskellige samarbejder med frivillige og mulighederne for at samordne disse Skabe større synlighed om kommunens puljer, herunder anvendelse og formål		Forår 2013	Center for Sundhed og Kultur



LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE

STRATEGI FOR FRIVILLIGHED OG MEDBORGERSKAB 2012-2015

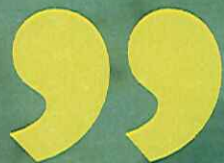


Indhold



Forord	3
Indledning	4
Udfordringer	6
Vision	8
Tema 1 • Mere frivillighed og medborgerskab	12
Tema 2 • Samarbejde på tværs af frivilligområdet	14
Tema 3 • Samarbejde mellem kommunale institutioner og frivillige	16
Tema 4 • Kommunal støtte til frivillige	18
Fra strategi til handling	19

Forord



Det er med stor glæde, at Kommunalbestyrelsen kan præsentere Lyngby-Taarbæk Kommunes nye Strategi for frivillighed og medborgerskab. Det er den første strategi kommunen har udarbejdet for frivillighed og medborgerskab på tværs af sektorområder og på tværs af frivillighed i og uden for kommunen.

Kommunalbestyrelsen besluttede i oktober 2012, at der skulle udarbejdes en ny strategi for frivillighed og medborgerskab, og der blev nedsat et §17.4-udvalg til at løse opgaven. Udvalget bestod af poli-

tikere og repræsentanter for de frivillige, og der blev tilknyttet en følgegruppe med 10 frivillige fra forskellige foreninger og projekter. Strategien er udarbejdet af §17.4-udvalget i tæt dialog med følgegruppen og på baggrund af input fra to borgermøder.

Målgruppen for strategien er både aktører på frivilligområdet og alle andre borgere i kommunen.

Det vil sige frivillige i de eksisterende foreninger, pårørende, selvorganiserede frivillige, studerende, seniorer og øvrige borgere.

Kommunalbestyrelsen har som ambition, at strategien bliver et afsæt for, at vi i Lyngby-Taarbæk Kommune kan engagere civilsamfundet i løsningen af de velfærdsudfordringer, vi står over for.

Vi værdsætter den store frivillige indsats, som allerede bliver gjort, og vi ønsker fremover et øget samarbejde med frivillige omkring udførelse og udvikling af de kommunale velfærdsopgaver.

Det er vores intention, at strategien skal være med til at styrke frivillighed og medborgerskab nede fra, hvor borgernes initiativer og motivation er den vigtigste drivkraft.

Søren P. Rasmussen
Borgmester

Indledning

Aktive og engagerede borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune

Lyngby-Taarbæk Kommune værdsætter de mange aktive og engagerede borgere, der tager initiativ og udviser medborgerskab og på den måde skaber livsværdi og bidrager til fællesskabet.

Der er i dag en mangfoldighed af frivillige initiativer og aktiviteter i Lyngby-Taarbæk Kommune. Frivilligheden udledes inden for både de sociale foreninger, idrætsforeninger, børne- og ungdomsforeninger, kulturelle foreninger og gennem selvorganiseret frivillighed. Den frivillige indsats foregår både i og uden for kommunalt regi i børnehuse, skoler, ældrecentre, på biblioteket, i boligforeninger, patientforeninger og så videre.

Byen er et knudepunkt for uddannelse, handel og videnbaserede virksomhed med mange ressourcestærke engagerede borgere.

Derfor har vi et stærkt fundament for, at kommunen i samarbejde med frivillige kan udvikle den fremtidige velfærd og borgerdrevne aktiviteter gennem nye samarbejdsformer. Det er kommunens ambition fortsat at støtte og motivere endnu flere borgere til at samarbejde på kryds og tværs om aktiviteter og tilbud både på egen hånd og i samspil med kommunale institutioner.

Frivillighed kan ikke bestilles

Den frivillige indsats udvikles i fællesskaber med afsæt i den enkeltes motivation, og frivillighed kan ikke beordres eller bestilles af kommunen. Frivillige kan være motiveret af selve aktiviteten fx som fodboldtræner, af socialt engagement eller af det at gøre en forskel.

Frivillighed er kendetegnet ved, at den frivillige oplever glæden ved at gøre en forskel, indgå i fællesskaber, have medindflydelse og opleve personlig udvikling.

Gennem det frivillige arbejde skabes der flere aktiviteter og tilbud til borgerne, og sammenhængskraften i samfundet styrkes. Kommunens rolle i forhold til frivillighed er at hjælpe til med at gøre det lettere at blive og være frivillig, udbrede viden om frivillighed, sikre dialog mellem frivillige, og at indgå i ligeværdige samarbejdsrelationer med de frivillige.



I Lyngby-Taarbæk Kommune **forstår** vi frivillighed som aktiviteter, der bliver udført af personer af **egen drift**. Det vil sige, at de uden pålæg eller ydre tvang **beslutter** sig for at yde en frivillig, **ulønnet** indsats.

Indsatsen eller det **frivillige** arbejde kan udføres af enkeltpersoner, af foreninger eller af private virksomheder mv.

FRIVILLIGHED

Medborgerskab handler om at tage del i samfundet. Det handler om at **kende** sine rettigheder, **respekttere** andres og tage **medansvar** for og bidrage til det fællesskab, man er en del af.

Aktive borgere er **rygraden** i velfærdsstaten. Borgerens eget ansvar skal derfor understreges og **tænkes** ind i den måde, vi leverer og udvikler **velfærd** på, da den offentlige sektor ikke alene kan levere **løsninger** på alle borgerens behov.

MEDBORGERSKAB OG AKTIVE BORGERE

Civilsamfund bruges som en fælles betegnelse for de **aktive** grupperinger, som eksisterer og **uafhængigt** af privatsfæren, erhvervslivet og det offentlige. Civilsamfundet er vanskeligt at **afgrænse**, og ofte går aktiviteterne på tværs af de forskellige områder.

Civilsamfundet er fx foreninger, **netværk**, fodboldklubber og aktive medborgere i boligområder og **frivillige** i organisationer.

CIVILSAMFUND

Udfordringer

Globaliseringen har skabt en konkurrence-situation, hvor vores forestillinger om velfærdsstatens formål, opgaver og beret-tigelse har ændret sig.

**Det er blevet nødvendigt,
at have fokus på, at der kræves
noget af den enkelte,
og at finde effektive måder
at løse opgaverne på,
så vi kan overleve i
den globale konkurrence.**

Det kræver, at vi som samfund prioriterer og træffer etiske valg, når hensynet til at yde det bedste står over for hensynet til at yde det mest effektive. Vi skal sammen finde svar på dilemmaer som: Hvilke op-gaver skal vi prioritere, at det offentlige skal løse, og hvordan kan civilsamfundet bidrage, og hvilke opgaver skal markedet løse?



Tre politiske udfordringer

Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune har udpeget tre politiske nøgle-udfordringer i arbejdet med at sikre en større inddragelse af civilsamfundet i kom-munen. Udfordringerne er blevet identifi-ceret på baggrund af kommunens erfarin-ger fra projektet "Kommunen og Civil-samfundet" og med afsæt i de velfærds-udfordringer, som kommunen forventer fremover.

Hvordan styrker vi medborgerskab i Lyngby-Taarbæk Kommune?

Lyngby-Taarbæk Kommune oplever lige-som andre danske kommuner et pres fra demografiudviklingen, stigende forvent-ningskrav til velfærdsydelse og et strammere økonomisk råderum. Derfor er der behov for, at vi i fællesskab træffer essentielle beslutninger om bærende værdier, og hvilke forventninger, vi bør have til hinanden i fremtidens velfærdssamfund.

Velfærdsstatens udvikling er afhængig af, at vi finder nye løsninger, hvor borgerne er aktive og i centrum, når vi tænker, leverer

Morten Bøgelund,
skoleleder på Engelsborgskolen:

Forældre eller bedsteforældre hjælper fx med **sociale** og faglige projekter.

Vi er ikke så interesserede i at have frivillige til at male og feje mv. Her møder vi en af **grænsefladerne**, som endnu ikke er gennemdrøftet. Frivilligt arbejde skal **ikke** overtage regulært arbejde.

og udvikler velfærd. Det kræver, at vi engagerer civilsamfundet i endnu højere grad, så opgaver ikke fortsat flyder fra privatsfæren til det offentlige. Vi skal i fællesskab nytænke velfærdsydelserne med respekt for fagligheden og for de frivilliges motivation og ønsker.

Frivillighed i periferien eller i kernen af kommunale opgaver?

Kommunens opgaver er mangeartede og hører under forskellige lovgivninger. Derfor er det svært at fastlægge en entydig grænse for, hvor det frivillige arbejde stopper, og hvor det faglige arbejde tager over i forhold til de kommunale opgaver.

Det skal dog slås fast, at Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at frivillige skal supplere de kommunale velfærdsydelser. Kommunen vil arbejde på at udvikle nye modeller for samarbejde, hvor frivillige borgere, foreninger, virksomheder og uddannelsesinstitutioner sammen kan finde innovative løsninger.

Projektet "Kommunen og Civilsamfundet" viste, at ansvarsfordeling og inddragelsesgrad udvikles over tid via en løbende forventningsafstemning mellem frivillig og kommune. Derfor er der behov for rammer, der giver mulighed for at etablere en ligeværdig dialog og forventningsafstemning mellem den enkelte kommunale enhed, de frivillige og de faglige organisationer.

Hvordan får vi flere frivillige initiativer?

Der findes allerede mange frivillige blandt kommunens borgere, som gerne vil yde et stykke frivilligt arbejde til gavn for fællesskabet.

Vi vil opfordre til mere frivillighed, og vi vil støtte de frivilliges motivation og virkelyst i og uden for kommunalt regi. I praksis betyder det, at alle borgere skal kunne drage nytte af kommunens tilbud om rådgivning til frivillige. Det gælder både den unge, der arbejder frivilligt som led i sin ungdomsuddannelse, den ældre veluddannede, som ønsker fortsat at bidrage, enkeltpersoner og organiserede frivillige i foreninger.

Kommunen vil inddrage borgerne i brugerdrevne innovationsprocesser, hvor vi sammen finder velfærdsløsninger, som både involverer kommunale institutioner, frivillige og den enkelte bruger og borger.

Vision

Det er kommunens vision, at Lyngby-Taarbæk Kommune har en synlig og anerkendende kultur for at tage imod frivilliges ressourcer som aktive bidrag til værdiskabelsen i lokalsamfundet og til egen glæde.

Lyngby-Taarbæk Kommune finder det værdifuldt at:

- **Borgere tager medansvar** og bidrager til værdiskabelsen i lokalsamfundet og til egen glæde
- **Frivillighed** er en positiv kraft, der på forskellig vis knytter kontakter mellem mennesker, skaber netværk og værdi til fællesskabet
- **Frivillighedsområdet** i Lyngby-Taarbæk er kendetegnet ved åbenhed og engagement
- **Samarbejder** mellem kommunen og frivillige (enkeltperson eller foreninger) bygger på anerkendelse, tillid og respekt for hinandens opgaver og roller
- **Frivillige** er velkomne og indgår naturligt i den kommunale opgaveløsning, hvor samarbejdet løbende udvikles og de frivilliges indsats anerkendes som værdifulde bidrag.



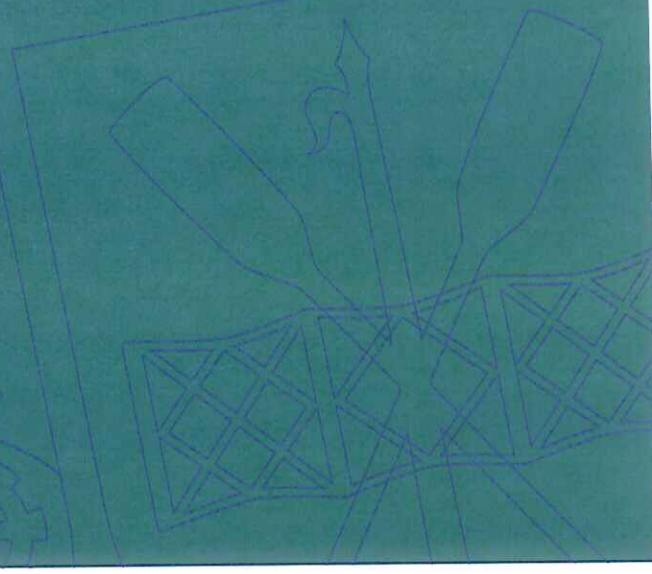
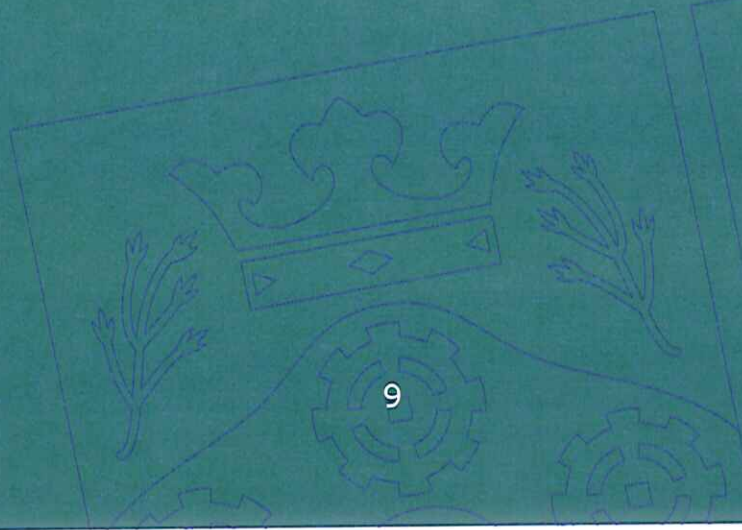
**Shorok Thani, frivillig Bydelsmor,
projekt Bydelsmor
Lyngby-Taarbæk Kommune:**

Mit arbejde som frivillig betyder rigtigt meget for mig, fordi jeg **hjælper** kvinderne til at hjælpe sig selv og deres **familie** og børn. Det er sådan jeg **bidrager** til det danske samfund; at hjælpe med at **integrere** udenlandske familier i samfundet.



VISION

Det er kommunens vision,
at Lyngby-Taarbæk Kommune har
en **synlig** og **anerkendende** kultur for
at tage imod **frivilliges** ressourcer som **aktive** bidrag
til værdiskabelsen i **lokalsamfundet**
og til egen glæde.



Nikolaj Drivsholm,
frivillig træner i fodboldklubben B82:

Jeg **håber** mit frivillige arbejde vil give de drenge, jeg **træner** de samme **positive** oplevelser med **sporten**, som jeg selv havde, da jeg var mindre, og at det samtidig vil give dem **mod** på selv at træde til som **frivillig**, når de bliver ældre.

Mette Møller Jensen,
frivillig, Lyngby Frivillignet

Ud over en **personlig** tilfredshed med at få en modtagelse af en elev, der råber af glæde "Mette, vi fik 10" i fx tysk, så håber jeg at kunne bidrage dels med **eksakt viden** om fagene dansk, engelsk, tysk, fransk og samfundsforhold, dels med at skabe større **forståelse** mellem danskere og vore nye medborgere.

Morten Frouvne Vincentz,
frivillig i skolebestyrelse,
Fuglsangårdsskolen:

Jeg tror ikke, jeg kan lade være.
Altid har jeg haft en **lyst** til at bidrage eller **deltage**, der hvor jeg befandt mig.

Johannes Vedtofte,
frivillig i Sorgenfrigaards
Grundejerforening,
Støtteforeningen
Paradisets Venner m.fl.:

Frivilligt arbejde er at tage medansvar for **medmennesker**.
Du træffer et valg - et **tilvalg** - andre får glæde af din indsats og du møder og **mærker** stor glæde og **taknemmelighed**.

Værdier

De bærende værdier for Lyngby-Taarbæk
Kommunes støtte til og samarbejde
med frivillige borgere og foreninger er:

Anerkendelse

Tillid

Respekt

Medansvar

Glæde



Tema 1 • Mere frivillighed og medborgerskab

Mål • Mere frivillighed
- flere frivillige og nye former
for frivillighed i Lyngby-Taarbæk
Kommune

Lyngby-Taarbæk Kommune vil fremme frivillighed og medborgerskab, og involvere aktive borgere og frivillige i udvikling og nytænkning af de kommunale velfærdsopgaver. Vi vil arbejde for at gøre det frivillige arbejde mere synligt og anerkendt som væsentlige bidrag til fællesskabet.

Samarbejde med frivillige og aktive borgere på alle kommunale institutioner

Kommunen skal invitere frivillige og borgere til at samarbejde om udvikling af innovative løsninger på de fremtidige velfærdsudfordringer. Det sker ved at alle kommunale institutioner er åbne over for at sætte flere initiativer i gang, hvor frivillige tænkes ind.

Der skal ske en løbende evaluering og erfaringsindsamling, som kommunen kan bruge som grundlag for at udvikle samarbejds- og partnerskabsmodeller med frivillige om tilbud på tværs af de kommunale områder.

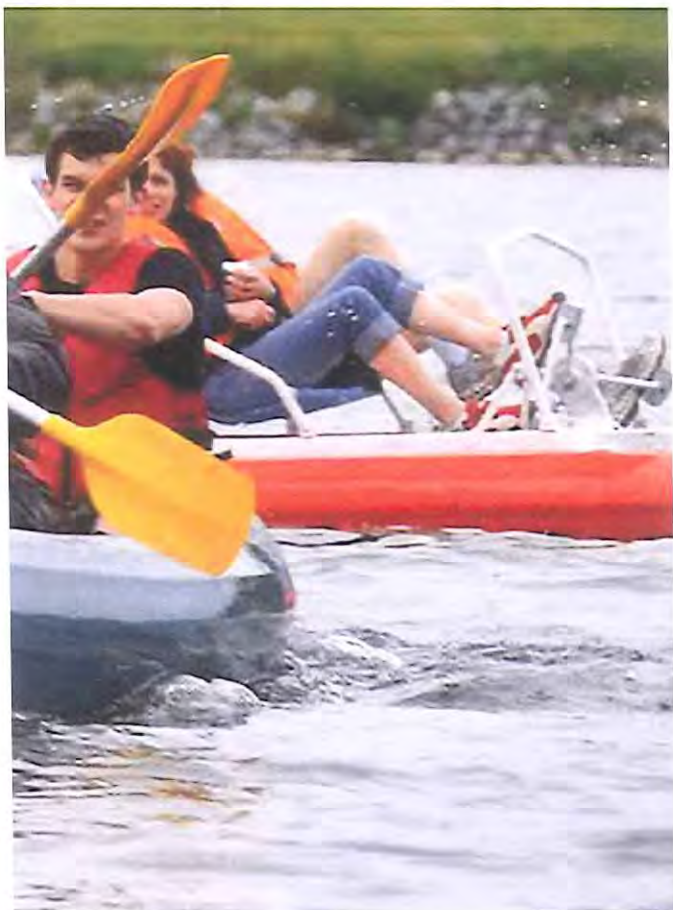
Kommunens borgere informeres om frivillighed

Kommunale medarbejdere skal yde rådgivning, der understøtter og udvikler frivilliges initiativer og idéer, som kan gavne borgerne og fællesskabet i kommunen.

Borgernes mulighed for at deltage i frivilligt arbejde skal tænkes ind i eksisterende informationsmateriale.

Det kan fx ske via kommunens velkomstpakke til nytilflyttere, informationsmateriale til pårørende på kommunens institutioner, information til 65-årige seniorer, på kommunens hjemmeside og i samarbejde med den boligsociale indsats.





Gitte Kiærulff,
frivillig i projekt Ungementor
Lyngby-Taarbæk Kommune:

Jeg har **valgt** at være frivillig,
da jeg har det ekstra **overskud**,
det kræver at give til andre.
Jeg håber, at jeg kan give nogle
af mine **erfaringer** videre
og hjælpe andre på vej.

Nem adgang til information om frivillighed

Det skal være nemt for borgerne at finde oplysninger om frivillighed i Lyngby-Taarbæk Kommune. Derfor etableres der én fælles indgang til frivilligt arbejde på Lyngby-Taarbæk Kommunes hjemmeside.

Siden kan drives og vedligeholdes i samarbejde med frivillige.

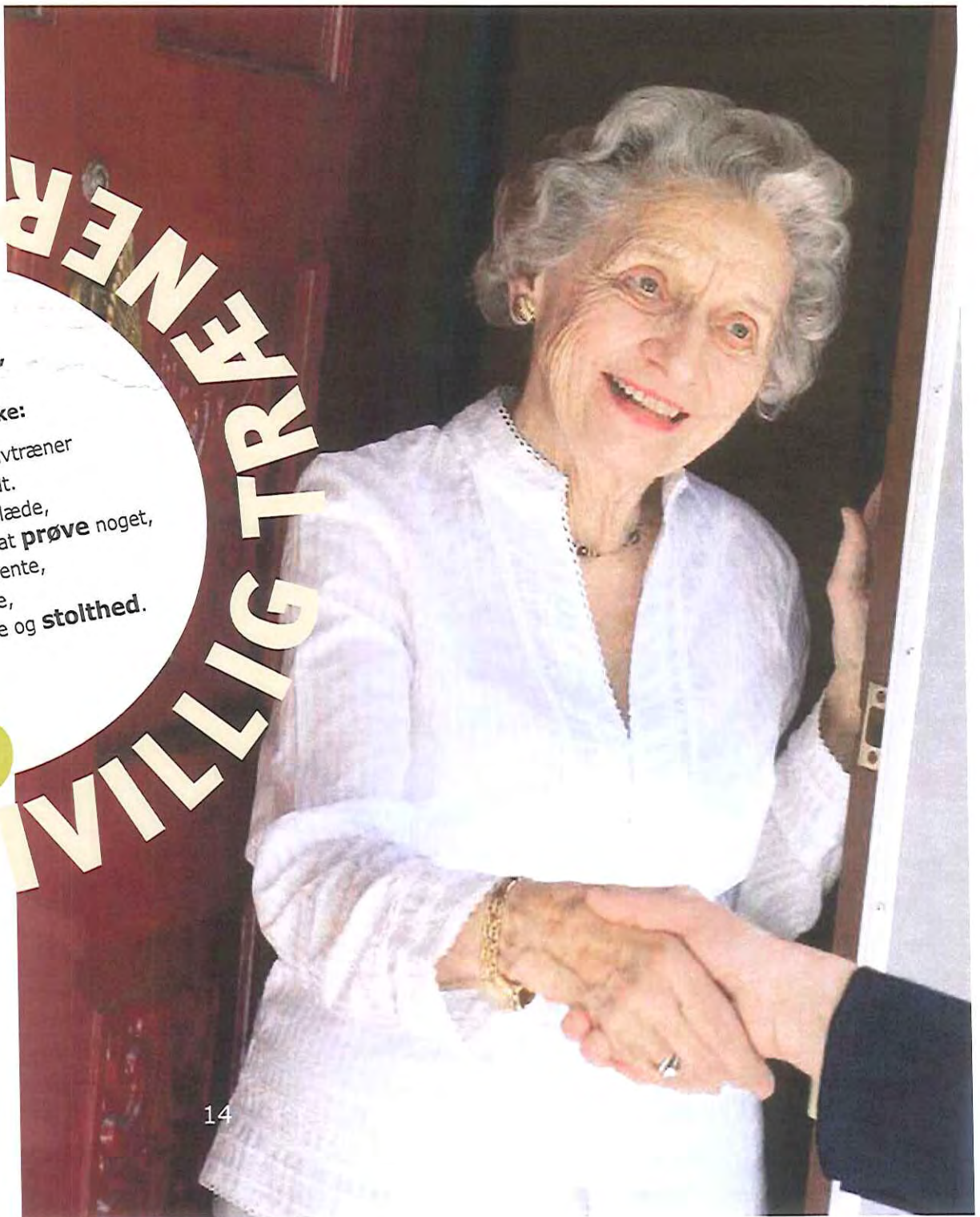
Fra hjemmesiden linkes der til Frivilligcenteret i Lyngby-Taarbæk Kommune, som er en vigtig indgang til oplysninger om frivilligt arbejde i kommunen.

Birgitte Pontoppidan,
frivillig træner,
Selvtræning din styrke:

Mit arbejde som frivillig selvtræner
er bare **super** godt.

Det er en fantastisk glæde,
når man får nogen på holdet til at **prøve** noget,
som de slet ikke mente,
de kunne klare,
og så se dem **lyse** af glæde og **stolthed**.

CITAT FRIVILLIG TRÆNER





Tema 2 • Samarbejde på tværs af frivilligområdet

Mål • Øget fokus på samarbejdsrelationer, koordination og netværk på tværs af frivillighedsområdet.

Lyngby-Taarbæk Kommune vil styrke et koordineret samarbejde på tværs af hele frivilligområdet, hvor kommunen og frivillige har mulighed for at dele erfaringer og hjælpe hinanden med at skabe opmærksomhed omkring frivillige, og den værdi aktiviteterne tilfører borgerne. Herigennem kan der skabes innovative løsninger og nye samarbejdsformer.

”
**Monica Munch,
frivillig fra LyngbyGuiderne,
Lyngby Lydavis,
Lyngby Kunstforening m.fl.:**

Jeg har hele **livet** været frivillig.
Derfor valgte jeg at **udvide**
mine **frivillige** aktiviteter,
da jeg i 2009 gik på folkepension.
”

Netværksdannelser på tværs af frivillighedsområdet og kommunen
Kommunen sætter fokus på at etablere netværk i tæt samarbejde med Frivilligcenter Lyngby-Taarbæk. Netværkene skal være fora for idéer og udvikling af aktiviteter.

Der skal samtidig afprøves forskellige former for elektronisk kommunikation, som understøtter videndeling blandt frivillige, og som kan sprede gode resultater og erfaringer.

Dialogmøder

Der afholdes som minimum et årligt dialogmøde mellem kommune, frivillige og interesserede borgere, hvor der drøftes udviklingsmuligheder på frivillighedsområdet samt potentialer og udfordringer i det eksisterende samarbejde.

Tema 3 • Samarbejde mellem kommunale institutioner og frivillige

Mål • Åbne og samarbejdsparate kommunale institutioner i Lyngby-Taarbæk Kommune

I Lyngby-Taarbæk Kommune supplerer de frivillige kommunens professionelle personale til gensidig glæde og gavn for brugere og borgere. Frivillige løser hovedsageligt opgaven som medmennesker, mens personalet primært løser opgaven som fagpersoner og myndighedspersoner.

Kommunen er åben over for at udvikle samarbejdet med frivillige om nye opgaver eller forsøg med helt nye typer af frivillighed på de kommunale institutioner.

Værktøjskasse til samarbejde mellem frivillige og kommunale institutioner

Kommunen skal være åben over for samarbejde med frivillige gennem konkrete initiativer og projekter på de kommunale institutioner, hvor vi bygger videre på institutionernes mangeårige erfaringer, og har særligt fokus på at inddrage de pårørende.

For at understøtte de kommunale institutioners samarbejde med frivillige udarbejdes en værktøjskasse med redskaber blandt andet til modtagelse, forventningsafstemning og samarbejde med frivillige samt svar på ofte stillede spørgsmål om frivilligt arbejde på kommunens institutioner.

Forsøg med nye partnerskaber

Kommunen vil åbne op for nye former for partnerskaber med frivillige foreninger og frivillige aktører, så vi sammen kan udvikle nye aktiviteter og tilbud. Frivillige skal i

højere grad inviteres ind i planlægning af kommunale arrangementer, hvor frivillige kan bidrage med kultur- og idrætsoplevelser, viden og erfaringer til fælles gavn for kommune, deltagere og de frivillige selv.

**Winnie Sophia Nielsen,
leder i Børnehuset Bulderby:**

Vi har haft frivillige, aktive **forældre** og forældreforeningen i gennem en lang **årrække**, og det vil vi også have om 10 år. Det er en del af institutionens **identitet**, kultur og **tradition**.

ÅBNE og RUMMELIGE kommunale institutioner

Projektet "Kommunen og Civilsamfundet" viste, at samarbejdet med frivillige skal være solidt forankret på institutionen gennem en løbende dialog om rammerne for samarbejdet og med respekt for, at frivillige er frivillige, og at de er der af lyst.

Dialogen bør tage afsæt i spørgsmål som:
"Hvad kan og må frivillige?" og
"Hvor starter fagligheden?"
og medvirke til en anerkendelse af den frivillige indsats.

Den enkelte institution bør tænke samarbejdet med frivillige ind i deres overordnede værdier og strategier, og lade de frivilliges iagttagelser bidrage til faglig refleksion og kvalitetsudvikling på institutionen.

I projektet "Kommunen og Civilsamfundet" blev følgende succesparametre for et vellykket samarbejde identificeret:

- Kvalificeret og **engageret** ledelse
- **Klarhed** omkring rammer, roller og ansvar
- **Forankring af det frivillige arbejde.** De frivillige skal være en del af hverdagen i den kommunale institution, men afskærmet for snærende strukturer og fortrolige oplysninger
- **Synlighed**, betydningen af samspillet skal synliggøres
- **Bredde og mangfoldighed** i den frivillige indsats fx køn, alder og opgaver.



Tema 4 • Kommunal støtte til frivillige

Mål • Kommunal støtte til den mangfoldige frivilligheds-kultur.

Lyngby-Taarbæk Kommune vil støtte op om den eksisterende brede palet af frivillige initiativer og aktiviteter, og medvirke til at udvikle de frivilliges aktiviteter og kreativitet på de frivilliges egne præmisser.

Udvikling af samarbejdet med Frivilligcenter Lyngby-Taarbæk
Frivilligcenter Lyngby-Taarbæk er et centralt omdrejningspunkt i rekrutteringen af frivillige på hele frivillighedsområdet, og i at have det løbende overblik over frivillighed i Lyngby-Taarbæk Kommune. Derfor skal kommunen og Frivilligcentret samarbejde systematisk om at udvikle frivilligområdet.

Styrket praksis for samarbejde med frivillige

Kommunens opgaver på frivillighedsområdet er samlet ét sted. Dermed er der skabt én indgang til kommunen for borgere og foreninger. Den fagspecifikke dialog mellem de frivillige og kommunen

Borgere og foreninger skal opleve en enkel og gennemsækelig ansøgningsproces, og der skal afprøves forskellige modeller for en mere borgerdrevet tildeling af midler til aktiviteter og tilbud.

sker fortsat med den fagrelevante enhed i kommunen.

Kommunen gennemgår ressourceanvendelsen på hele frivillighedsområdet, og vil benytte samarbejdsaftaler og partnerskaber mere strategisk i forhold til at fremme øget frivillighed.

Samarbejdet med foreninger efter folkeoplysningsloven er ligeledes beskrevet i kommunens folkeoplysningspolitik.





Fra strategi til handling

Strategien omfatter perioden 2012 til 2015 og har snitflader til kommunens kommende folkeoplysningspolitik, ældrestrategi og strategi for borgerinddragelse.

Strategien er forankret i kommunens Center for Sundhed og Kultur, men den skal løftes på tværs af kommunens centre og institutioner. Den skal ud og drøftes blandt kommunens ansatte og sammen med frivillige. Samtidig skal der udarbejdes en plan, der sikrer, at strategien bliver omsat i handlinger. Planen vil blandt andet blive beskrevet og udmøntet i direktionens og de kommunale institutioners årlige virksomhedsplaner.

Helt i tråd med strategiens fokus på dialog og samarbejde med frivillige, vil frivillige løbende blive inviteret ind i implementeringen af strategien.

I 2015 gennemføres en evaluering af strategiens handlinger og aktiviteter.



Lyngby-Taarbæk Kommune
Kultur- og Fritidsforvaltningen
Toftebæksvej 12
2800 Kongens Lyngby

Tlf. 45 97 30 00
info@ltk.dk
www.ltk.dk

Baggrund for Strategi for frivillighed og medborgerskab

Lyngby-Taarbæk Kommune besluttede i 2008 at være med i et udviklingsprojekt om nye veje i inddragelsen af frivillige i den kommunale opgaveløsning i samarbejde med Lundgårdskonsulenterne og tre andre kommuner. Formålet med projektet var at få afprøvet nye måder for inddragelse af frivillige i kernen af den kommunale opgaveløsning. Projektet er afsluttet og evalueret i starten af 2011.

Film om de lokale projekter kan ses her:

[link](#)

I anledning af frivillighedsåret i 2011 og som opfølgning på Lundgårdprojektet blev der i august 2011 afholdt et seminar for Kommunalbestyrelse, forvaltning samt repræsentanter for frivillighedsområdet. På seminaret blev erfaringerne fra Lundgårdprojektet drøftet, og der blev set på muligheder og perspektiver for det frivillige arbejde i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Film fra seminaret kan ses her:

[link](#)

Frivilligcenter Lyngby-Taarbæk
Toftebæksvej 8
2800 Kgs. Lyngby
2070 8033
info@ltk-frivilligcenter.dk



Onsdag d. 12. december 2012

Frivilligcenter Lyngby-Taarbæks høringssvar til udkast til frivilligstrategi

Da Frivilligcentret selv har været repræsenteret i både 17, 4 udvalg og i følgegruppen, har vi allerede givet vores synspunkter til kende undervejs, og vil derfor gøre dette høringssvar kort.

Det er positivt, at Frivilligcenter Lyngby-Taarbæk beskrives som et centralt omdrejningspunkt, og at der lægges op til at vi og Kommunen skal samarbejde systematisk om at udvikle frivilligområdet. Hvordan det bedst lader sig gøre indenfor de fysiske og økonomiske rammer, ser vi frem til at diskutere som del af arbejdet med at udarbejde en samarbejdsaftale.

Som vi også har gjort opmærksom på undervejs i 17, 4 udvalget, vil vi gerne påpege, at lokalesituationen af mange i det frivillige arbejde opleves som utilfredsstillende og demotiverende. Udover at Frivilligcentrets lokaleforhold sætter begrænsninger for vores egne aktiviteter, så er det samme tilfældet for de mange foreninger og grupper, der benytter sig af vores lokaler uden for vores åbningstid. Og nok så meget de foreninger og grupper, som vi må sige nej til, fordi der ikke er plads i bookingkalenderen. Det er vores opfattelse, at mange foreninger og grupper bruger uhensigtsmæssigt mange ressourcer på at få adgang til egnede lokaler. På dette område ville der for alvor kunne rykkes i forhold til at gøre det lettere at være frivillig.



Lyngby-Taarbæk Kommune,
Center for Sundhed og Kultur
Toftebæksvej 12
2800 Lyngby

Lyngby, 12. december 2012

Hørings svar til Lyngby-Taarbæks forslag til Frivillighed og medborgerskab.

LyngbyGuiderne har følgende kommentarer til teksten:

Strategien har nogle uklarheder, fordi den er temmelig abstrakt. Der er fx. ingen klarhed over hvad der menes med **velfærdsydelser/velfærdsopaver**. Den gentagne betoning af de frivilliges indsats på velfærdsområdet kan let forstås som indsats på det sociale område og svækker derfor det kulturelle.

Vi ser frem til at der bliver udgivet en værktøjskasse, som også er målrettet til medarbejdere i de kommunale institutioner og anerkendes/tilpasses af de frivilliges foreninger.

Specifikke kommentarer:

Forordet:

- I forordet omkring målgruppen mangler ordet **boligforeninger**. Det ønsker vi tydeliggjort overalt i strategien, da vi af og til savner opbakning herfra til integrationsindsatsen.
- Sætningen "... omkring udførelsen og udviklingen af kommunale velfærdsopgaver..." ønskes suppleret med **og kulturelle tilbud**.

Side 4, kommunens rolle:

- Beskrivelsen af kommunens rolle i samspillet med frivillige er i store træk godt nok, men der mangler noget meget væsentligt, nemlig at **rammerne** for at udføre det frivillige arbejde skal være i orden! **Kommunens rolle skal være at sørge for økonomisk tilskud til de frivillige aktiviteter og egnede lokaler, som kan benyttes til sammenkomster, hvor frivillige kan afholde forskellige aktiviteter som undervisning, leg og spil - samt indeholder lokaler med faciliteter til frivilliges administrative opgaver.**

Side 7, 1.spalte:

- Efter ordet *velfærdsydelse*erne: Her bør der være tilføjet
- **"...og kulturelle tilbud."**
- Efter sætningen "*.. med respekt for fagligheden..*" bør tilføjes "
- **og borgernes retssikkerhed og tryghed."**

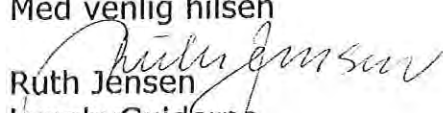
Side 8, punkt 4 - VISION:

- Der skal stå **samarbejdet** – en trykfejl?

Side 8, punkt 5:

- Frivillige er velkomne ser vi gerne omformuleret til:
- **Frivillige indgår naturligt i den kommunale opgaveløsning og anerkendes som selvstændige samarbejdspartnere, der udvider, udvikler og forøger de kommunale opgaveløsninger, uden for de forpligtelser som retligt påhviler kommunen og uden at gå professionelle fagligt i bedene.**

Med venlig hilsen


Ruth Jensen
LyngbyGuiderne

Kongens Lyngby den 11.12.2012

Center for Sundhed og Kultur
Toftebæksvej 12,
2800 Kgs. Lyngby
att.: Jens Erik Brandt Fischer

Hørings svar til Lyngby-Taarbæks forslag til "Strategi for Frivillighed og Medborgerskab 2012-15"

Lyngby FrivilligNet ser det som meget positivt, at kommunen gennem ovennævnte dokument klargør sin holdning til det frivillige arbejde og udtrykker sin anerkendelse af dette arbejde. Lyngby FrivilligNet har i øvrigt følgende bemærkninger til teksten:

I forordet:

Er det ikke en misforståelse at skrive "i og uden for kommunen" ?

Under Indledning:

Vi mener, at Frivilligcentres arbejde ikke fremgår tilstrækkeligt tydeligt og foreslår derfor følgende formulering i 2. afsnit:

Det nuværende Frivilligcenter har hidtil været det sted, hvor mange potentielle frivillige har fundet frem til den eller de aktiviteter, som den enkelte har interesse for.

Under UDFORDRINGER:

Afsnittet om "Frivillighed i periferien eller i kernen af kommunale opgaver? – 2. afsnit: Det skal dog slås fast, at

Vi ser gerne følgende formulering: ... at Lyngby-Taarbæk kommune ønsker, at frivillige KAN supplere de

Lyngby FrivilligNet har en generel bekymring for, at kommunen igennem det frivillige arbejde fritager sig selv for sine forpligtelser.

Under VISION

Afsnittet ser vi gerne omformuleret således:

”Det er kommunens vision, at Lyngby-Taarbæk Kommune har en synlig og anerkendende kultur og ser de frivilliges ressourcer som aktive bidrag til.....”

Under”Lyngby-Taarbæk kommune finder det værdifuldt at..... Under sidste prik, ser vi gerne følgende formulering:

Frivillige er velkomne og KAN indgå naturligt i den kommunale.....

Under TEMA 4 – MÅL – Kommunal støtte.....:

Lyngby FrivilligNet ser gerne, at følgende sætning tilføjes:

”Flere møder med frivillige i Lyngby-Taarbæk kommune har vist, at den kommunale støtte i første række bør udmøntes i, at de frivilliges foreninger kan råde over egnede mødelokaler (m/toilet, køkken, edb m.m.)”

Med venlig hilsen
Bjarne Olsen
Formand



Hørings svar til Frivillighedsstrategi - Walkmandskabet
Sagsnummer: 20121110240
Oprettet: 10-12-2012
Dokumentejer: Jens Erik Brandt Fischer

Modtaget

E-post

Emne:

Hørings svar til
Frivillighedsstrategi -
Walkmandskabet

Oprettet:

10-12-2012

Dokumentdato:

10-12-2012

Fysisk placering:

Modtager

E-post: Jens Erik Brandt Fischer/SOCIAL/LTK

Journalnøgle(r):

27.15.12 - P22 Frivilligt socialt
arbejde, Politikker

Besked:

Tekst:

Fra: Jens Erik Brandt Fischer/SOCIAL/LTK

Dato: 10-12-2012 10:30:23

Til: Jens Erik Brandt Fischer/SOCIAL/LTK@LTK

Emne: Vs: SV: Frivillighedsstrategi høringssvar

----- Videresendt af Jens Erik Brandt Fischer/SOCIAL/LTK den 10-12-2012 10:31 -----

Fra: Michala Eich <michala@klamer.com>
Til: "frivilligcenter.ltk@gmail.com" <frivilligcenter.ltk@gmail.com>, "sundhedkultur@ltk.dk" <sundhedkultur@ltk.dk>
Dato: 07-11-2012 12:48
Emne: SV: Frivillighedsstrategi høringssvar

Prøver igen uden punktum i sundhedskultur.dk !

Fra: Michala Eich

Sendt: 7. november 2012 12:45

Til: 'frivilligcenter.ltk@gmail.com'; 'sundhedkultur@ltk.dk.'

Cc: Michala Eich

Emne: Frivillighedsstrategi hørings svar

Hermed mine sparsomme kommentarer på et fint projekt. Jeg tænker på at det er lidt langt, måske giver nogle op undervejs? Mon det kan kortfattes lidt?

Venlig hilsen

Michala Eich



Walkmand-formand!

1.

Er han 11 år??

Philip Buenaventura,
11-årig assistenttræner
i fodboldklubben B82:

Det er sjovt at **glæde** andre
og **børnene** har det sjovt...

2.

Meget vigtigt del, at det skal være nemt, men også en god ide, at man kan få et let tilgængeligt chatforum og "opslagstavle". Måske har vi en walkman, som har fået dårligt ben og ikke kan gå mere, så kan vi via chatforum finde et andet frivillighedsrum, hvor han passer ind, men måske kan vi også finde en frivillig walkman til erstatning af ham...

Nem adgang til information om frivillighed

Det skal være nemt for borgerne at finde oplysninger om frivillighed i Lyngby-Taarbæk Kommune. Derfor etableres der én fælles indgang til frivilligt arbejde på Lyngby-Taarbæk Kommunes hjemmeside. Siden kan drives og vedligeholdes i samarbejde med frivillige.

Fra hjemmesiden linkes der til Frivilligcenteret i Lyngby-Taarbæk Kommune, som er en vigtig indgang til oplysninger om frivilligt arbejde i kommunen.

3. God ide med dialogmøder!

Netværksdannelser på tværs af frivillighedsområdet og kommunen

Kommunen sætter fokus på at etablere netværk i tæt samarbejde med Frivilligcenter Lyngby-Taarbæk. Netværkene skal være fora for idéer og udvikling af aktiviteter.

Dialogmøder

Der afholdes som minimum et årligt dialogmøde mellem kommune, frivillige og interesserede borgere, hvor der drøftes udviklingsmuligheder på frivillighedsområdet samt potentialer og udfordringer i det eksisterende samarbejde.

2012-11-07 michala eich



Høringssvar til Frivillighedsstrategi - Diabetesforeningens Bestyrelse
 Sagsnummer: 20121110240
 Oprettet: 03-01-2013
 Dokumentejer: Jens Erik Brandt Fischer

Modtaget

E-post

Emne: Høringssvar til
 Frivillighedsstrategi -
 Diabetesforeningens
 Bestyrelse

Oprettet: 03-01-2013

Dokumentdato: 07-11-2012

Fysisk placering: GoPro

Journalnøgle(r): 27.15.12 - P22 Frivilligt socialt
 arbejde, Politikker

Besked:

Afsender

Center for Sundhed og Kultur - Frivillighed

Tekst:

Jeg sender igen med forhåbentligt rigtigt adr.

From: [Dagny Jensen](#)

Sent: Wednesday, November 07, 2012 9:47 PM

To: ch.bi@ltk.dk

Subject: svar på rapport

Hej.

Jeg har desværre ikke deltaget i mødet vedr strategi til handling.

Men min formand har bedt mig komme med en kort kommentar alligevel.

Det bliver en generel betragtning.

Frivillighed har stor betydning indenfor børne og ung arbejde, og kunne vel i princippet også have det inden for ældre området, hvor der idag især er et stigende behov, bl a. inden for IT-området.

Vigtigt at frivilligheden ikke erstattes af fagligheden.

LTK 's vision lyder godt.

mvh

Dagny Jensen

Medlem af diabetisforningen's bestyrelse i LTK

HØRINGSSVAR vedr. Strategi for Frivillighed og Medborgerskab 2012-15

I RustenborgHuset blev der den 5. december 2012 holdt et møde for husets frivillige, hvor bl.a. Frivillighedsstrategien blev diskuteret. Ud af husets i alt 33 frivillige deltog 15 frivillige samt undertegnede.

Følgende er en opsummering af kritikpunkter:

Vi er opmærksomme på, at en "strategi" befinder sig på et indholdsmæssigt overordnet plan. Dette taget i betragtning, er vi alligevel af den opfattelse, at strategien er for lang og gentagende, den kunne sagtens forkortes med 1/3 uden at det vil gå ud over budskabet. Formuleres mere præcist, hvor pointer trækkes frem, og citater/eksempler der er mere konkrete. Kan derved gøres til mere vedkommende læsning.

En yderst vigtig problematik, der nævnes i strategien, er at frivillighed skal supplere og ikke erstatte de kommunale velfærdsydelser. Samt at der skal udvikles nye modeller for samarbejde. Frivillige er "bange" for at komme til at tage opgaver og altså arbejdet fra medarbejderne. Og denne bekymring synes at gå begge veje. Det kunne være en ide at komme dette endnu mere i forkøbet i strategien ved at citere udtalelser fra medarbejdere, der har positive erfaringer med samarbejdet med frivillige. Medarbejdere der ser det som en lettelse og berigelse at arbejde sammen med frivillige. Og ikke kun lederudtalelser. Det var måske især oplagt med udtalelser fra medarbejdere i ældrepleje-sektoren og folkeskolelærere, der har seniorer til at hjælpe i lektiecafeer mm. For de frivillige er det meget afgørende, at det daglige ansvar er placeret hos de ansatte. Altså godt med afstukne rammer, uden at disse bliver for dikterede og begrænsede. En hårfin balance.

Strategien bærer præg af at være skrevet "af akademikere, for akademikere". Vi går ud fra, at strategien skal henvende sig til alle borgere.

På side 7 (3. Spalte) nævnes "den ældre veluddannede" - hvorfor den "veluddannede" hvorfor ikke bare den ældre?

Ligeledes side 7: De færreste ved, hvad der menes med "brugerdrevne innovationsprocesser".

På side 18 bliver man i tvivl om Frivillighedscentrets egentlige rolle.

For mange intetsigende fotos.

Dorthe Minna Hansen /centerleder

RustenborgHuset

- Samvær & Aktiviteter for Seniorer i Lyngby



Høringssvar til Frivillighedsstrategi - Folkeoplysningsudvalget
Sagsnummer: 20121110240
Oprettet: 28-01-2013
Dokumentejer: Jens Erik Brandt Fischer

Modtaget**Protokol**

Emne: Høringssvar til
Frivillighedsstrategi -
Folkeoplysningsudvalget

Journalnøgle(r): 27.15.12 - P22 Frivilligt socialt
arbejde, Politikker

Besked:

Oprettet: 13-12-2012

Dokumentdato: 13-12-2012

Fysisk placering: GoPro

Afsender

Center for Sundhed og Kultur - Frivillighed

Tekst:

Høringssvar fra Folkeoplysningsudvalget.doc

Sagsfremstilling

Økonomiudvalget i Lyngby-Taarbæk Kommune besluttede den 25. oktober at sende forslag til Strategi for frivillighed og medborgerskab 2012 – 15 i høring i fagudvalg og hos foreninger og interessenter. Udkast til Frivillighedsstrategien vedlægges.

Frivillighedsstrategien fastlægger Lyngby-Taarbæk Kommunes vision for det frivillige arbejde i de kommende år: "Lyngby-Taarbæk Kommune har en synlig og anerkendende kultur for at tage imod frivilliges ressourcer som aktive bidrag til værdiskabelsen i lokalsamfundet og til egen glæde."

Strategien sætter fokus på fire temaer:

1. Mere frivillighed og medborgerskab
2. Samarbejde på tværs af frivilligområdet
3. Samarbejde mellem kommunale institutioner og frivillige
4. Kommunal støtte til frivillige

Forslaget til frivillighedsstrategien er udarbejdet i et såkaldt § 17,4 udvalg med repræsentanter fra de frivillige organisationer og fra kommunalbestyrelsen.

Høringssvar skal senest den 19. december 2012 sendes til Lyngby-Taarbæk Kommune, Center for Sundhed og Kultur, Toftebæksvej 12, 2800 Kgs. Lyngby eller til sundhedkultur@ltk.dk. Frivillighedsstrategien og høringssvarene drøftes i Lyngby-Taarbæk Kommunes politiske fagudvalg i januar 2013. Strategien forventes endeligt godkendt primo 2013.

Økonomiske konsekvenser

Strategien implementeres inden for den økonomiske ramme.

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at Folkeoplysningsudvalget drøfter og eventuelt afgiver høringssvar vedr. *Strategi for frivillighed og medborgerskab 2012 – 15*.

Folkeoplysningsudvalget den 12. december 2012:

Udvalget udtrykte tilfredshed med processen og produktet, og at strategien skal samtænkes med folkeoplysningspolitikken.

11

SENIORRÅDET
I
LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE

HØRINGSSVAR

19.12.2012

Kommunen har bedt Seniorrådet om et høringssvar vedrørende **strategi for frivillighed og medborgerskab**.

Seniorrådet har drøftet oplægget og anbefaler kommunalbestyrelsen, at gå videre med det nye tiltag.

Vi gør især opmærksom på ældreområdet, hvor mødet mellem ansatte og frivillige let kan give anledning til uoverensstemmelser.

Seniorrådet skal i den forbindelse bemærke, at det for ældreområdet især er nødvendigt at afstemme forventninger og kompetencefordeling og at det bliver præciseret mundtligt og/eller skriftligt ved indgåelse af partnerskabsaftaler.

Seniorrådet har endvidere noteret sig, citat: ".... at frivillige løbende vil blive inviteret til implementeringen af strategien."

På Seniorrådets vegne

Aase Steffensen

Høringssvar
vedr.
Strategi for Frivillighed og Medborgerskab 2012-2015

Handicaprådet har følgende bemærkninger:

Det er en flot formuleret strategi med nogle gode visioner og en klart formuleret målsætning.

Kgs. Lyngby den 23. januar 2013

Høringsvar – Strategi for frivillighed og medborgerskab 2012-15

Forældrebestyrelsen i Rævehøjen er positive overfor det udspil, der præsenteres i materialet "Strategi for frivillighed og medborgerskab 2012-15".

Det er positivt at læse om alle de gode erfaringer, der er med frivilligt arbejde i kommunen, og de mange visioner der er for at styrke dette i fremtiden.

Når vi alligevel reagerer i form af dette høringsvar, skyldes det flere forhold. For det første studser vi over formuleringen "*...vi ønsker fremover et øget samarbejde med frivillige omkring udførelse og udvikling af de kommunale velfærdsopgaver*". Denne skepsis skyldes formentlig vores erfaringer som forældre til børn i kommunen. Vi har de seneste år oplevet et misforhold mellem de visioner, der præsenteres fra kommunens side og den virkelighed af konstante besparelser vi oplever. Brug af frivillige bør ikke være en skjult besparelse på kommunens velfærdsopgaver.

Vi oplever som sagt et børne- og ungeområde, som er sparet ned til sokkeholderne, hvorfor vi burde tage imod frivillig arbejdskraft med kyshånd. Inden vi tager imod den udstrakte hånd, vil vi gerne diskutere rammerne for, hvordan et samarbejde med frivillige skal forløbe, for at det skal være til glæde for institutionen og den frivillige.

Materialet "Strategi for frivillighed og medborgerskab 2012-15" beskriver i Tema 3, hvordan kommunen ønsker et frugtbart samarbejde mellem kommunens institutioner og frivillige. Desværre er det ret ukonkret, i hvilken form kommunen tænker sig at et sådan samarbejde kan indgås.

Vi har nogle kriterier, der bør opfyldes for, at et samarbejde mellem vores institution og frivillige bliver en succes for begge parter:

- Den frivillige skal indgå i et længere forløb eller løse en tidsafgrænset opgave. Det kræver ressourcer at "oplære" den frivillige, og ressourcer er sparsomme. Børnene skal opleve den frivillige som en del af institutionen, hvorfor et forløb skal være af en vis varighed. Vi ønsker ikke "gennemtræk" af frivillige.
- Den frivillige skal have en børneattest
- Den frivillige må ikke være erstatning for det faste personale
- Institutionens ledelse skal til enhver tid kunne opsige samarbejdet, hvis det ikke fungerer

Vi ser frem til de videre diskussioner af dette, så strategien kan blive en succes.

På vegne af Rævehøjens forældrebestyrelse

Iben Plate

25. januar 2012

Høringssvar vedr. frivillighedsstrategi

Forældrebestyrelsen i Børnehuset Spurvehuset fremsender hermed sine kommentarer til LKT's frivillighedsstrategi.

Strategien indeholder mange flotte ord, men savner efter vores mening en klar målsætning samt information om, hvilket konkrete initiativer kommunen ønsker at tage.

Hvis forvaltningen ønsker input fra forældrebestyrelserne i dagtilbuddene, har vi brug for at vide, inden for hvilke rammer der skal opstå frivillighed, og hvordan strategien tænkes konkret at skulle udmønte sig på dagtilbudsområdet.

Med venlig hilsen

Forældrebestyrelsen
Børnehuset Spurvehuset

Kgs. Lyngby 25. januar 2013

Til Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune

Høringssvar vedr. Frivillighedsstrategi

I Børnehuset Drivhusets bestyrelse har vi sammen set på Frivillighedsstrategien i LTK for 2012-2015. Generelt tager vi meget positivt imod denne strategi og det glæder os at LTK vil hjælpe institutionerne med at gøre det lettere at indgå med de frivillige.

De fire punkter i Frivillighedsstrategien:

1. Mere frivillighed og medborgerskab

- N/A

2. Samarbejde på tværs af frivilligområdet

- N/A

3. Samarbejde mellem kommunale institutioner og frivillige

- Fra Drivhusets synspunkt er det essentielt at det frivillige arbejde altid betragtes som supplerende og aldrig vil blive betragtet som en del af en institutions normering. Som I selv fremhæver skal de frivillige i LTK supplere kommunens professionelle personale til gensidig glæde og gavn for brugere og borgere. Denne deling betragter vi som central, når vi sætter børnene i fokus.
- Det vækker stor glæde hos os i Drivhuset at Frivillighedsstrategien sætter fokus på at gøre det lettere for institutionerne at bruge frivillige. I denne forbindelse vil vi se frem til at 'den frivillige værktøjskasse' står klar til brug. I forbindelse med at indlede samarbejde med frivillige har vi tidligere været udfordret i forhold til, hvad vi som institution bør forholde os til, hvilket vi forventer at værktøjet i jeres kasse vil belyse.

3. Kommunal støtte til frivillige

- N/A

Vi ser frem til at arbejdet med frivillige i fremtiden bliver lettere.

Med venlig hilsen

Bestyrelsen i Børnehuset Drivhuset



Brede d. 25.januar 2013

Høringssvar angående strategi for frivillighed og med borgerskab:

Hattedamer i børnehaverne nej tak!

Vi ser med stor bekymring på muligheden og risikoen for at for ikke-uddannede men velmenende frivillige skal være med til at udvikle vores børn og deres hverdag.

En børnehave skal leve op til krav om bla. pædagogernes kompetencer og brug af læreplaner. Dette er ikke foreneligt med brug af frivilliges arbejdskraft.

Der er forsøgt på flere hospitaler i regionen at bruge frivillige medarbejdere fra røde kors. Dette har resulteret i fejl såsom at patienter der fastede fik vand at drikke.

Vi er bekymret for om der kan fejl i forhold til vores børn, ved brug af frivillige.

Samtidig mener vi at en folder med personlige citater og sparsomme konkrete forslag gør det svært at sige hverken ja eller nej til strategien

Med venlig hilsen og på vegne af forældrebestyrelsen i børnehuset Troldebo

Helle Hougaard Nielsen
Bestyrelsesformand.

Center for Sundhed og Kultur,
Lyngby-Taarbæk Kommune

Kgs. Lyngby d. 29. januar 2013

Hørings svar vedr. Strategi for Frivillighed og Medborgerskab 2012-2015

Som udgangspunkt, er vi i Forældrebestyrelsen for Dansk Røde Kors Børnehaven enige i, at frivillighed kan være både værdiskabende og gavnligt for lokalsamfundet. Men vi er bekymrede for Lyngby-Taarbæk Kommunes tiltag indenfor området, da det bliver fremlagt som en del af endnu en spareplan og endvidere er Strategien meget ukonkret på visse punkter.

Vi kan i Forældrebestyrelsen godt se, at frivillige kan komme med et stort bidrag i forbindelse med kulturelle og sportslige arrangementer og tiltag, men bestemt ikke indenfor kommunale institutioner som Vuggestuer og Børnehaver – med mindre kommunens idé er, at lade de frivillige være ekstra hænder og ikke en besparelse af ansatte.

Vi er som forældre ikke interesserede i, at frivillige skal komme og overtage de ansattes job. Og hvor går i øvrigt grænsen mellem det at være frivillig og påtage sig reelt arbejde?

Vi forældre i institutionerne i Lyngby-Taarbæk Kommune påtager os allerede en stor del af frivillighed/reelt arbejde. Vi hjælper med at reparere og vedligeholde legepladser, samt hovedrengøring og indvendig vedligeholdelse for at frigøre midler fra Børnehavens meget stramme budget. Vi gør det gerne for vores børns og de ansattes velbefindende og sikkerhed, men frivillighed bør have en grænse. Der bør ligeledes være en grænse for hvor meget Kommunen bliver ved med at tænke spareplaner på Institutionsområdet.

Det bedes uddybet i strategien:

- hvilke typer institutioner kommunen påtænker at frivillige skal hjælpe til i og i hvilket omfang
- er frivillige påtænkt som kun værende forældre med børn i institutionen eller også fremmede udefra
- og hvis det også er fremmede udefra, hvad gøres der så for at tilsikre at disse frivillige ikke har andre hensigter i forhold til børnene
- Hvilke "hænder" skal lede de frivillige i det daglige arbejde – for de ansatte har travlt nok
- at få defineret hvor grænsen går mellem frivillighed og ulønnet arbejde
- Hvad den økonomiske ramme er og hvorfra den kommer

Kommunen skriver på side 9: "Lyngby-Taarbæk Kommune har en synlig og anerkendende kultur for at tage imod frivilliges ressourcer som aktive bidrag til værdiskabelsen i lokalsamfundet og til egen glæde."

Vi i Forældrebestyrelsen må så spørge: Til Kommunens egen (spare) glæde eller Borgernes glæde?

Med venlig hilsen
På vegne af Forældrebestyrelsen i Dansk Røde Kors Børnehaven



Katrine Bang Termansen



Til Center for Sundhed og Kultur

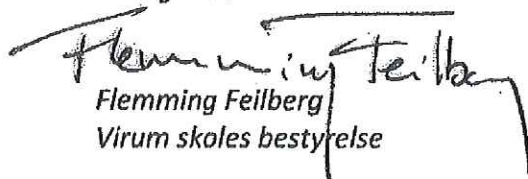
29. januar 2013

Virum Skoles Bestyrelse fremsender høringssvar for materialet "Strategi for frivillighed og medborgerskab 2012 – 15".

Den tilsendte folder har en flot, pæn opsætning/layout og beskriver nogle gode hensigter og rammer, men mangler dog nogle konkrete handlingsplaner.

Vi hilser Strategien velkomme, om end vi efterlyser en mere klar definition af opgavefordelingen mellem kommunale institutioner (herunder skoler) og frivillige for at imødekomme det bedste rammer.

Venlig hilsen


Flemming Feilberg
Virum skoles bestyrelse

Virum Skole
Skolebakken 9
2830 Virum

Tlf. 45 28 44 20
Fax 45 85 74 75

virum@ltk.dk
www.virumskole.dk



**Lyngby-Taarbæk
Kommune**

Hørings svar: Frivillighedsstrategi

30. januar 2013

Vuggestuen Garantien

Lundtoftevej 89

Tlf. 45 28 59 60 - mobil 51 48 90 31



Sagsfremstilling

Økonomiudvalget i Lyngby-Taarbæk Kommune besluttede den 25. oktober at sende forslag til Strategi for frivillighed og medborgerskab 2012 - 15 i høring i fagudvalg og hos foreninger og interessenter. Udkast til Frivillighedsstrategien vedlægges.

Frivillighedsstrategien fastlægger Lyngby-Taarbæk Kommunes vision for det frivillige arbejde i de kommende år: "Lyngby-Taarbæk Kommune har en synlig og anerkendende kultur for at tage imod frivilliges ressourcer som aktive bidrag til værdiskabelsen i lokalsamfundet og til egen glæde."

Strategien sætter fokus på fire temaer:

1. Mere frivillighed og medborgerskab
2. Samarbejde på tværs af frivilligområdet
3. Samarbejde mellem kommunale institutioner og frivillige
4. Kommunal støtte til frivillige

Svar:

Vuggestuen Garantien forældrebestyrelse har læst og diskuteret indholdet af Frivillighedsstrategien på bestyrelsesmøde d. 14. januar 2013 - nedenstående er resultat af vores diskussion.

Generelt: det er et godt tiltag og mål at skabe grobund for mere frivillighed blandt kommunens borgere og foreninger. Brochuren/oplægget er overskueligt og statements fra de nuværende frivillige fungerer godt.

Forslag/kommentarer:

1. Som medborger:

Der mangler helt basal kontaktinformation. Hvis man, når man har læst brochuren og indholdet har "fanget" en medborger, er det vigtigt personen ikke skal stå tilbage med en masse praktiske spørgsmål omkring

- a. Hvor man kan henvende sig
- b. Er der frivilligt arbejde, der kræver særlige kvalifikationer
- c. Er der minimumskrav man skal leve op til, så som ren straffeattest mv.
- d. Hvis man ikke selv har nogle idéer, men gerne vil donere noget tid, er der så en oversigt over foreninger, organisationer mv. der gerne vil have frivillige

2. Som organisation (fx vuggestue):

- a. Må man som organisation stille krav til frivilliges kompetencer
- b. Omkring sikkerhed i en institution både for børnene, de ansatte og de frivillige, vil der så være særlige regler for de frivillige
- c. Er der begrænsninger for hvad man må bede en frivillig om at udføre - hvilke opgaver ser man fx en vuggestue kunne give en frivillig

Med venlig hilsen

Lena Larsen

Bestyrelsesmedlem for Vuggestuen Garantien
På vegne af vuggestuen Garantien forældrebestyrelse



Engelsborgskolen den 30. januar 2012

Høringssvar vedr. Strategi for Frivillighed og Medborgerskab 2012 – 15

Skolebestyrelsen på Engelsborgskolen kan støtte den foreslåede strategi.

Vi har allerede i 2010 etableret en "forældrebank", hvor forældre kan tilmelde sig, hvis de har særlige kompetencer, de kan bidrage med. Se vedhæftede infobrev til skolens forældre til orientering.


Derudover har vi 2-3 pensionister tilknyttet som hjælper 1-2 gange ugentligt i lektiecafé, særlig i forhold til 0. klasserne og tosprogede elever.

Det er vigtigt, at i det omfang der inddrages frivillige i skolearbejdet, skal det være som noget ekstra, det må under ingen omstændigheder træde i stedet for ordinært arbejde.

Dertil kommer, at der alt andet lige skal bruges ressourcer på at inddrage frivillige, bl.a. administrativt og til introduktion til de pågældende.

Når det er sagt, mener vi, det er et plus at forældrene inddrages, da det styrker samarbejdet mellem skole og hjem.

Med venlig hilsen


Mette Nissen
Skolebestyrelsesformand



Engelsborgskolen 28. april 2011

Kære forældre

Sidste år lancerede vi vores forældrebank med dertilhørende flyer, hvor man kunne tilmelde sig. Mange har tilmeldt sig, men der er stadig plads til flere.

Forældrebanken går i al sin enkelthed ud på, at man som forældre kan byde ind med kompetencer, som skolen kan trække på i forhold til undervisning og fritidsaktiviteter. Man tilmelder sig ikke til noget fast, men kan blive ringet op, hvis en klasse eksempelvis arbejder med et emne eller et tema, som man har kompetencer inden for.

På nuværende tidspunkt har vi eksempelvis en stylist, som kan holde oplæg omkring mode, en cykelsmed, som gerne vil komme og lære børnene at lappe cykler i SFO, en EU ekspert, som gerne vil holde oplæg i samfundsfag osv.

Det er rigtig dejligt at opleve det store forældreengagement I alle udviser i det daglige og i forbindelse med Forældrebanken. Samarbejdet mellem skole og hjem er hjørnестenen i den danske folkeskole, og noget af det der gør Engelsborgskolen til noget særligt.

I menupunktet "Samarbejde" på skolens hjemmeside – www.en-ltk.dk - kan man finde en flyer, som forklarer Forældrebanken, og hvis man har lyst til at være med i banken, skal man sende en mail til vores IT vejleder Niki Danvad n_wint@mac.com. Niki vil efterfølgende oprette det i vores Forældrebank. Man kan også printe en flyer, udfylde den og give sit barn den med i skole.

Forældrebanken er naturligvis fortrolig i den forstand, at det udelukkende er skolens personale, der har adgang i at søge i banken.

Såfremt der er spørgsmål til Forældrebanken, er I velkommen til at kontakte undertegnede.

Med venlig hilsen

Morten Bøgelund Andersen
Skoleleder

Lyngby-Taarbæk kommune

Center for sundhed og kultur

30. januar 2013

Høringssvar Strategi for Frivillighed og Medborgerskab 2012 - 15

Klub Lyngbys bestyrelse bakker op om frivillighedstanken.

Dog mener vi, det er vigtigt at have for øje, at i det omfang frivillige inddrages i arbejdet i klubberne skal det være i forbindelse med noget ekstraordinært. Det skal ikke blot være ekstra hænder og slet ikke erstatning for ordinært arbejde.

Med venlig hilsen



Mette Nissen

Formand Klub Lyngby

Udtalelse vedrørende "Strategi for frivillighed og medborgerskab 2012-2015"

Skolebestyrelsen fra Sorgenfriskolen er positivt stillet overfor den anerkendelse og værdsættelse, man fra kommunens side giver den store frivillige indsats, der bliver udført rundt om i kommunen. Det er positivt, at man vælger at støtte op om det frivillige arbejde, med netværksdannelse på tværs af frivillighedsområdet, dialogmøde mellem kommune og de frivillige. Samtidig er det positivt, at man vil gøre brug af den ressourcemasse der ligger i de frivilliges viden og erfaring.

Vi kan kun nikke anerkende til, at man fra kommunens side ønsker, at øge følelse af medborgerskab og at borgerne i kommunen skal føle medansvar for fælleskabet.

Vi skal dog indskærpe, at brugen af frivillige på ingen måde må gå ud over tildelingen af ressourcer til de kommunale institutioner og at den viden og uddannelse som det professionelle personale har, ingenlunde kan erstattes med frivillig arbejdskraft. Brugen af frivillige i skoler og dagtilbud, må være "lidt ekstra flødeskum" eller "det ekstra krydderi", som sagtens kan undværes i den daglige drift, men hvor de frivillige kan bidrage med fortællinger fra en anden tid, en ekstra håndsrækning i lektiecafeen eller måske som makker i et slag 31.

På vegne af skolebestyrelsen på Sorgenfriskolen

Tanya Brösen

Formand

Lyngby-Taarbæk Kommune
Att. Økonomiudvalget
Rådhuset
2800 Kongens Lyngby

PMF

Pædagogiske assistenter &
PædagogMedhjælperes
Fagforening, afdeling 1

Søborg, den 28. januar 2013

Hermed PMF afd. 1' høringsvar til Økonomiudvalgets "Høring af Frivillighedsstrategi":

- **Ansatte løser opgaver, der er nedfældet i lovgivningen (fx serviceloven), og har ansvaret for at opgaverne løses på en måde, der svarer til borgernes rettigheder**
Arbejdet på velfærdsinstitutionerne bygger på en lang dansk tradition udviklet gennem lovgivningen i mere end et halvt århundrede. Grundelementerne er faglighed, retssikkerhed og respekt for det enkelte menneske. Øjeblikkelige og fremtidige udfordringer af velfærdssamfundet må ikke krænke disse grundprincipper.
- **Frivillige kan ikke overtage ansvar, der er nedfældet i lovgivningen**
At civilsamfundet skal mere på banen betyder ikke, at ansvaret for institutionernes lovbundne opgaver kan flyttes fra professionelle til frivillige. Tværtimod er det afgørende at fastholde alle lovbestemte opgaver – fra det organisatoriske til det individuelle i relation til den enkelte borger – hos professionelt personale, der er ansat til det.
- **Frivillige udfører opgaver, hvor der ikke kræves visitation eller registreringer**
Opgaverne som de frivillige påtager sig er opgaver, der ikke konkret er nedfældet i lovgivningen, men som defineres i samarbejde med det ansatte personale. Frivillige udfører opgaver, som altså ikke umiddelbart er ydelser borgerne har retskrav på. Derfor er der ikke visitation i forbindelse med den frivillige indsats, ligesom der ikke føres journal.
- **Frivillige respekterer ansattes faglige kompetencer**
Frivillige kender deres rolle som frivillige og respekterer, at de ansatte har faglige kompetencer, som de ikke skal udfordre, selvom de frivillige eventuelt har egne faglige erfaringer på området.

- **Ansatte anerkender, at frivillige får mulighed for at yde en indsats, som ansatte ikke får mulighed for, specielt med hensyn til det omsorgsmæssige**

Grænsen mellem den faglige indsats, der er nedfældet i lovene og det omsorgsmæssige, der er en naturlig del af beskæftigelsen på institutionerne, er flydende. Man kan derfor ikke adskille det omsorgsmæssige fra det faglige for det ansatte personale. Derimod er den frivillige indsats kun på det ikke-faglige omsorgsmæssige område, hvilket ansatte anerkender, og det betyder, at den del af den omsorgsmæssige indsats som ansatte ikke har mulighed for at inddrage, i nogen grad udføres af frivillige.

- **Frivillige kan ikke pålægges referatpligt i forhold til borgerne**

Fortroligheden mellem borgerne og den frivillige må ikke krænkes ved at kræve referater eller rapporter i forbindelse med kontakten. Formidling af informationer om borgerne fra de frivillige kan kun ske efter klart udtrykt samtykke fra borgeren. Frivillige har naturligvis pligt til underretning i henhold til lovgivningen fx i forhold til børn. Frivillige bør drøfte særlige problematiske situationer omkring svigt, misrøgt, overgreb eller lignende med ansatte, de er i kontakt med. Frivillige der arbejder med børn og unge bør have en børneattest på lige fod med ansatte.

- **Der udarbejdes aftaler for frivillige på hver enkelt institution, der passer til institutionens vilkår**

Klare retningslinjer er afgørende for, om den frivillige indsats får den tilsigtede betydning. Derfor skal der – udover en række almindelige retningslinjer – udarbejdes konkrete regler for, hvordan det frivillige arbejde udføres på den konkrete institution. Reglerne aftales mellem ledelsen, de ansatte og den frivillige eller dennes organisation.

Venlig hilsen

Tony Trondhjem Sørensen



REFERAT af møde i Hovedudvalget

Data om mødet Dato: 2. oktober 2012 Tid: Kl. 08.00-09.30 Sted: Udvalgsvær. 1, Rådhuset, 1. sal	Mødedeltagere: Ledelsesrepræsentanter: Kommunaldirektør Tim Andersen Direktør Søren Hansen Direktør Ulla Agerskov Personalechef Zita Korsholm Personalerepræsentanter: Fuldmægtig Leif Luxhøj-Pedersen Social- og sundhedsassistent Britta Markussen Pædagogmedhjælper Jonna Rønne Specialarbejder Jørgen H. Olsen Overlærer Ole Porsgaard Pædagog Peter Winding Sygeplejerske Susanne Schmidt Magister Lise Skjøt-Pedersen Arkitekt Jørn Ipsen Specialarbejder Sussie Johansen Gæster Borgerrådgiver Mette Skov Sigersmark deltog i mødet under punkt 3. Referent: Kontorchef Kim Bjernvig Afbud fra: Direktør Bjarne Holm Markussen Social- og sundhedshjælper Heidi F. Matthiasen
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dagsorden	Referat
1. Dagsorden	Dagsorden blev godkendt.
2. Godkendelse af referat fra mødet den 7. september og referat af fællesmødet med Økonomiudvalget den 17. september 2012	Referatet fra mødet den 7.9.2012 blev godkendt. <i>Der var følgende bemærkninger til referatet af fællesmødet med Økonomiudvalget den 17.9.2012:</i> Jonna uddybede sine bemærkninger omkring det uhensigtsmæssige i - hvis bestyrelserne i institutionerne skal bestemme - hvor ble-besparelsen skal tages af institutionernes budget. Det var blot et eksempel på hvad der kunne ske, hvis der senere besluttes rammebesparelser indenfor dagtilbuddene. Peter havde følgende rettelse til referatet vedr. hans bemærkninger omkring indførelse af fællesdistriktsledelse på tværs af skoler, klub og dagtilbud (SK13). "Lagde vægt på at de, hvis de i virkeligheden gerne ville den vej, så skulle udvise mod og gøre det".



	<p>Referatet fra fællesmødet med Økonomiudvalget den 17.9.2012 blev herefter godkendt.</p> <p>Hovedudvalget evaluerede kort fællesmødet med Økonomiudvalget den 17.9.2012. Forskellige synspunkter blev fremført omkring mødeform, mødeforberedelse m.m. Tim foreslog, at Hovedudvalget afholder et strategiseminar i løbet af januar måned 2013. Hovedudvalget tilsluttede sig dette.</p>
3. Præsentation af den nye borgerrådgiver	<p>Tim bød velkommen til kommunens nye borgerrådgiver Mette Sigersmark.</p> <p>Mette præsenterede sig og omdelte pjecen "Borgerrådgiveren bygger bro mellem borger og kommune". Henviste også til den nye hjemmeside: www.ltk.dk/borgerraadgiver.</p> <p>Med udgangspunkt i den omdelte pjece gennemgik Mette hvad borgerrådgiveren kan og hvad borgerrådgiveren ikke kan.</p> <p>Mette gav en status på hendes virke som borgerrådgiver den første måned (september 2012), herunder henvendelsesårsager samt rådgivning og vejledning. Fik 34 henvendelser fra borgere i LTK i løbet af september måned.</p> <p>Derudover er der givet tilbud til alle centerchefer om besøg. Har allerede været på besøg i flere centre.</p> <p>Omkring whistleblower-ordningen blev det oplyst at vi lige nu er i en opstartfasen. Borgerrådgiverens rolle skal nærmere beskrives inden ordningen kan iværksættes.</p> <p>Tim foreslog, at når der foreligger et oplæg omkring borgerrådgiverens rolle ved whistleblower-ordningen drøftes dette i Hovedudvalget. Hovedudvalget tilsluttede sig dette - oplæg forventes forelagt Hovedudvalget på ordinært møde i december 2012.</p> <p>Susanne spurgte til udarbejdelse af skriftlige rapporter om borgerrådgiverens arbejde. Mette oplyste, at det indtil videre er aftalt at hun mødes 4 gange årligt med Økonomiudvalget, hvor hun skal afgive en mundtlig redegørelse. Der vil blive udarbejdet en årsrapport. Årsrapport vil være tilgængelig på hjemmesiden.</p>
4. Status på budget 2013 - 2016	<p>Tim oplyste, at Økonomiudvalget holder møde senere i dag, jfr. den politiske budgetproces i 2012 vedr. budget 2013 - 2016.</p> <p>Økonomi- og Indenrigsministeriet har tildelt LTK en andel af den centrale ramme til skatteforhøjelser i 2013 på i alt 37,2 mio. kr. Dette beløb indgår nu i budgetdrøftelserne. Budgetforhandlingerne er dog endnu ikke afsluttet.</p>



<p>Bilag <i>Tids- og handleplan ved budgetvedtagelser, der medfører personalereduktioner i Lyngby-Taarbæk Kommune (2013) var udsendt sammen med dagsordenen</i></p>	<p>Tim fremhævede, at der ikke siden sidste møde i udvalget er kommet nogen nye overraskelser i kommunens økonomiske situation, der trækker i den forkerte retning.</p> <p>Zita henviste til det udsendte bilag "Tids- og handleplan ved budgetvedtagelser, der medfører personalereduktioner i Lyngby-Taarbæk Kommune (2013)". Påpegede at der primært er tale om redaktionelle ændringer.</p> <p>Fremhævede videre, at centrene/stabe har ansvaret for at sikre undersøgelse af omplaceringsmulighed i hele perioden for de individuelle opsigelsesvarsler. Center for Økonomi og Personale/HR og Personalejura, vil følge <i>alle</i> afskedigelser til udløb med henblik på at sikre, at omplaceringsmulighederne undersøges før evt. ledigblivende stillinger opslås ledige ved offentligt stillingsopslag.</p> <p>Endelig blev det oplyst, at et bilag er udgået (bilag 4 Gennemførelse af påtænkte afskedigelser eller påtænkte vilkårsændringer for et antal medarbejdere).</p> <p>Ellers er rammerne det samme i drejebogen som tidligere.</p> <p>Leif lagde vægt på den gode dialog, når evt. personalereduktioner skal udmøntes, jfr. rammerne i drejebogen. Centrene/stabe skal være særlig opmærksomme ved afskedigelse eller omplacering af ansatte i eget center, når der samtidigt er ledige stillinger i andre centre/stabe.</p> <p>Hovedudvalget principgodkendte herefter Tids- og handleplan ved budgetvedtagelser, der medfører personalereduktioner i Lyngby-Taarbæk Kommune (2013). Justering af tids- og handleplan vil blive foretaget af Center for Økonomi og Personale/HR og Personalejura, når den endelige budgetvedtagelse foreligger.</p> <p>Afslutningsvis blev der mindet om, at der afholdes orienteringsmøde om det vedtagne budget for medlemmerne af Hovedudvalget og Område MED-udvalgene onsdag den 10.10.2012 kl. 9.00 – 10.00.</p>
<p>5. Strategi for frivillighed og medarbejderskab</p> <p>Bilag <i>Strategi for frivillighed og medborgerskab i Lyngby-Taarbæk Kommune 2012 - 2015 var udsendt sammen med dagsordenen</i></p>	<p>Ulla henviste til det udsendte bilag "Strategi for frivillighed og medborgerskab i Lyngby-Taarbæk Kommune 2012-2015".</p> <p>Orienterede om baggrunden for udarbejdelse af en ny strategi for frivillighed og medborgerskab i LTK. Det er den første strategi kommunen har udarbejdet for frivillighed og medborgerskab på tværs af sektorområder og på tværs af frivillighed i og uden for kommunen.</p>



Gennemgik oplæg til ny strategi med særlig fokus på at brede frivillighedsbegrebet ud samt 4 konkrete temaer. Det er kommunens ambition fortsat at støtte og motivere endnu flere borgere til at samarbejde på kryds og tværs om aktiviteter og tilbud både på egen hånd og i samspil med kommunens institutioner.

Det blev præciseret, at kommunens rolle – i forhold til frivillighed – er at hjælpe til med at gøre det lettere at blive og være frivillig, udbrede viden om frivillighed, sikre dialog mellem frivillige, og at indgå i ligeværdige samarbejdsrelationer med de frivillige.

Det er planen, at strategien vil blive forelagt Økonomiudvalget og fagudvalg på møder senere i oktober 2012. Herefter forventes oplægget at blive sendt i høring, herunder drøftelse i MED-systemet.

Der vil tillige blive udarbejdet en værktøjskasse, når MED-systemet skal drøfte strategien.

Jørgen satte fokus på brug af frivillige kontra de professionelle. Fint med en værktøjskasse og lokal drøftelse i MED-systemet. Husk fokus på primære opgaver kontra sekundære opgaver.

Sussie påpegede særlige problemstillinger omkring arbejdsmiljøregler og forsikringer ved brug af frivillige på kommunens arbejdspladser. Tim svarede, at en beskrivelse af disse forhold vil indgå i værktøjskassen.

Leif fremhævede den lokale dialog, hvor der i givet fald kommer frivillige. De frivillige må dog ikke erstatte nuværende arbejdskraft.

Susanne gjorde gældende, at grænsefladerne er forskellige fra område til område. Opgaverne til frivillige bør defineres og drøftes lokalt.

Tim spurgte til hvordan skal vi organisere os, hvis vi skal have succes med det frivillige brede og nære arbejde.

Peter var enig i, at vi skal forholde os konkret til anvendelse af frivillige på kommunens arbejdspladser. Der er en gensidig ansvarlighed – der er tale om et godt papir.

Susanne kunne godt forestille sig brug af frivillige omkring forebyggelsesinitiativer.

Sussie mindede om, at vi skal huske at holde fokus på fagligheden omkring opgavevaretagelsen.

Tim fremhævede, at strategien lægger op til et større udviklingsarbejde på tværs af sektorerne, hvor de frivillige skal supplere de kommunale velfærdsydelser.



	<p>Ulla opsamlede fra de forskellige synspunkter og fremhævede enkelte bekymringspunkter, der vil indgå i det videre udviklingsarbejde. Strategien er landet et fornuftigt sted og skal dels behandles politisk, dels sendes i høring og drøftes i MED-systemet.</p> <p>Med de faldne bemærkninger tog Hovedudvalget punktet til efterretning.</p>
<p>6. Årlig arbejdsmiljødrøftelse</p> <p>Bilag <i>Notat af 12.9.2012 om årlig arbejdsmiljødrøftelse i Hovedudvalget var udsendt sammen med dagsordenen</i></p>	<p>Punktet blev udsat til næste møde af tidsmæssige årsager.</p>
<p>7. Eventuelt</p>	<p>Intet.</p>

Referatet er godkendt digitalt af formand og næstformand før udsendelse.

Tim Andersen

Leif Luxhøj-Pedersen

Bilag til SSUs møde den 6. februar 2013

Sag nr. 6

Bilag 1

NOTAT
om

Håndtering af forbedringsforslag fra dialogmødet om psykisk sygdom

I det følgende beskrives forvaltningens forslag til håndtering af de udfordringer og kritikpunkter, som deltagerne i dialogmødet om psykisk sygdom fremsatte på dialogmøde mandag den 21. november 2011. Notatet tager udgangspunkt i de hovedpointer, som fremkom på dialogmødet, og som fremgår af referatet af mødet, som Social- og Sundhedsudvalget tidligere har fået tilsendt.

Indledningsvist beskriver notatet forslag til konkrete indsatser, som Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår iværksat at på "den korte bane". Dernæst beskrives forslag til handlinger, som er mulige at forfølge, men som forudsætter politisk stillingtagen. I vedlagte bilag beskrives lovgivningen på beskæftigelsesområdet og LTK's beskæftigelsesrettede tilgang, da denne vil være rammesættende for de tiltag, der foreslås iværksat.

Forslag til handling nu og her, på "den korte bane"

Hvad sagde borgerne – i korte træk?

I forbindelse med dialogmødet efterspurgt flere borgere berørt af psykisk sygdom en mere koordineret indsats samt en øget viden – især blandt medarbejderne i Jobcentret -, om hvad det vil sige at have en psykisk sygdom. Det blev også tilkendegivet, at kravet om at udfylde en ressourceprofil kan være ydmygende, når man er syg. Nogle fleksjobansatte efterlyste mere hjælp til at forklare en arbejdsgiver, hvilken betydning deres psykiske lidelse har for arbejdsevne og skånebehov. Endelig blev der ytret forhåbning om en bedre intern kommunikation i kommunen, således at man som borger ikke skal gentage sin historie, hver gang man møder en ny af kommunens medarbejdere.

Hvad vil kommunen gøre?

På baggrund af forbedringsforslagene vil kommunen sætte processer og tiltag i gang både i Jobcentret og i Socialcentret.

I Jobcentret foreslås et styrket fokus på de tre overordnede indsatsområder vedrørende:

1. Tilgangen og behovet for øget tværfaglig koordinering.
2. Øge medarbejdernes viden om mennesker med psykiske sygdomme set i relation til arbejdsmarkedet.
3. Konkrete indsatser/projekter til gavn for målgruppen.

I det følgende beskrives i hovedtræk, hvilke konkrete handlinger som foreslås igangsat.

Ad 1. Tilgangen og den tværfaglige koordinering i kommunen

Indsatsområdet handler om, at kommunen overordnet set vil fremme en koordineret og helhedsorienteret indsats for borgere berørt af psykisk sygdom.

Kommunen vil:

- Styrke fokus på at spotte de borgere, der har behov for en mere helhedsorienteret indsats og/eller en individuelt skræddersyet indsats, men dog bevare sin "standardindsats", således det ikke skaber unødigt klientgørelse for den øvrige hovedpart af ledige, der kan klare sig selv.
- Sikre en mere koordineret indsats, når unge bliver 18 år og borgerens sag overdrages.
- Forebygge u hensigtsmæssige samtaler i Jobcentret, når det vurderes at borgeren grundet sin psykiske sygdom ikke er i stand til at gennemføre en samtale.

- Evt. inddrage ressourcepersoner i det omfang det vil være relevant som fx borgerens støttekontaktperson.
- Være opmærksom på at støtte de fleksjobansatte, der har brug for hjælp til at forklare en arbejdsgiver, hvilken betydning deres psykiske lidelse har for deres arbejdsevne.

Ad 2. Øge medarbejdernes viden om mennesker med psykiske sygdomme set i relation til arbejdsmarkedet

Indsatsområdet handler om at sørge for at medarbejderne har den fornødne baggrundsviden om psykiske sygdomme set i relation borgerne og deres muligheder for at komme ud på arbejdsmarkedet.

Kommunen vil:

- Efteruddanne arbejdsmarkedsrådgiverne og virksomhedskonsulenter på et særligt tilrettelagt kursus med det formål at forbedre medarbejdernes forudsætninger for at være opmærksom på borgere med psykiske sygdomme og hjælpe borgerne til at opnå og bevare tilknytning til arbejdsmarkedet. Kursusforløbene afholdes af Arbejdsmarkedsstyrelsen og udbydes igen til foråret, hvor Jobcenteret vil forsøge af få pladser til de medarbejdere, der endnu ikke har været på kursus.
- Jobcenteret har givet tilsagn om at medvirke i forsøgsindsats, hvor der søges midler i Forebyggelsesfonden (søges af pp-clinic) til at medarbejdere i jobcenteret kan få supervision fra psykiatere og psykologer i forhold til den konkrete beskæftigelsesrettede indsats for borgere med psykiske lidelser.
- "Jobcenteret deltager i kompetenceudvikling sammen med Socialcenteret og Psykiatrisk Center Ballerup i projektet "Mødet i mellemrummet", hvor der bl.a. arbejdes med dilemmaer i den tværfaglige indsats for sindslidende"

Ad. 3 Konkrete indsatser/projekter til gavn for målgruppen

Indsatsområdet handler om iværksættelse af helt konkrete projekter over for målgruppen, som bidrager til, at der ydes en ordentligt og respektfuld service.

Kommunen vil:

- I foråret vil i foråret 2012 tage initiativ til at udvikle et tilbud i tæt samarbejde med bl.a. Slotsvænget og Nettet. Forløbet er under udvikling, men grundstene vil være en kombination af undervisning, praktiske optræningsforløb i virksomhed tilknyttet specialuddannede mentorer parallelt med indsats fra Socialcenteret. I den forbindelse vil der blive planlagt kursusdag for Socialcenter og Jobcenteret for at udbrede tilgangen og kendskabet til recovery-tilgangen og viden om psykiske lidelser.

Hvad kræver politisk prioritering?

Hvad sagde borgerne – i korte træk?

I forbindelse med dialogmødet foreslog dialogmødets deltagere bl.a. at:

1. Politikerne kan stå for at lave en café for målgruppen, herunder fælles aktiviteter også for pårørende.
2. Politikerne kan understøtte psykisk syges mulighed for at indgå sociale fællesskaber fx gennem idrætsaktiviteter.
3. Politikerne kan overveje i højere grad at besøge de sociale institutioner for at lære borgere berørt af psykisk sygdom at kende.

Hvad kan kommunen gøre? – oplæg til politisk prioritering

Med afsæt i ovenstående foreslår forvaltningen, at Social- og Sundhedsudvalget drøfter og tager stilling til nedenstående forslag om at:

1. Tage stilling til, om den planlagte café på Slotsvænget bør gøres tilgængelig for en bredere målgruppe end kun botilbuddets beboere og øvrige brugere.
 - a. Forvaltningen foreslår, at Social- og Sundhedsudvalget drøfter mulighederne nærmere, i sammenhæng med den politiske behandling af renoveringsprojektet.
 - b. Baggrunden for ovenstående forslag er, at der i forbindelse med den kommende renovering af Slotsvænget er planer om at etablere en café. Slotsvængets ledelse ser gerne, at caféen gøres tilgængelig for bred kreds af brugere af psykiatrien, herunder beboere på Slotsvænget, hjemmeboende borgere og borgere, som benytter Slotsvængets akuttilbud. Hensigten er, at cafeen kan være et sted for socialt samvær, arrangementer og fælles aktiviteter.
2. At Social- og Sundhedsudvalget opfordrer til, at flere tager initiativ til frivilligt socialt arbejde, som sigter mod at muliggøre sociale fællesskaber og netværk for målgruppen som fx tilbud om idræts- eller kulturaktiviteter.
3. Social- og Sundhedsudvalget holder et udvalgsmøde årligt på et af kommunens tilbud for borgere med psykisk sygdom.

Bilag – lovgivning og den beskæftigelsesrettede tilgang

Lovgivningen

Formålet med beskæftigelseslovgivningen er at bistå ledige og sygemeldte til hurtigt og effektivt at komme i beskæftigelse, således at de kan forsørge sig selv og deres familie. Derudover skal Jobcentret støtte de personer, der på grund af begrænsninger i arbejdsevnen eller på grund af sygdom, har særlige behov for hjælp til at kunne vende tilbage til arbejdsmarkedet, herunder udnytte deres (rest)arbejdsevne.

Systemet bygger grundlæggende på ret og pligt, hvilket betyder at retten til ydelser er betinget af pligten til at møde til samtaler og deltage i tilbud der er tilrettelagt ud fra den enkelte borgers og arbejdsmarkedets behov.

Jobcentrets indsats er ifølge lovgivningen begrænset til at omhandle den beskæftigelsesrettede del for at sikre fokus herpå, mens borgerens økonomi og sociale behov skal håndteres i afdelinger adskilt fra Jobcentret. I Lyngby-Taarbæk Kommune ligger denne indsats bl.a. i Socialcentret og BFF.

Lovgivningen lægger op til en beskæftigelsesindsats, hvor løbende jobsamtaler og relevante aktive tilbud er vigtige og nødvendige for alle de borgere, der modtager midlertidige forsørgelsesydelse. Formålet er, at fremme borgerens mulighed for at udnytte sine arbejdsmuligheder, fremme selvforsørgelse og sikre et tilstrækkeligt udbud af arbejdskraft – det gælder også borgere med psykiske lidelser. Lovgivningen forpligter desuden Jobcentret til at have fokus på borgeres ressourcer frem for barriererne og udarbejde ressourceprofilen i samspil med borgeren, som et lovpligtigt grundlag for at tilrettelægge og bevilge indsatsen for borgere med nedsat arbejdsevne.

I situationer, hvor borgeren skønnes at have behov for en helhedsorienteret indsats fx i form af tilbud via Serviceloven, skal Jobcentret rette henvendelse fx til Socialcentret om, at der evt. iværksættes en social eller behandlingsmæssig parallelindsats til beskæftigelsesindsatsen og Jobcentret skal i samspil Socialcentret og andre sikre den bedst mulige koordinering af indsatsen.

Den beskæftigelsesrettede tilgang i Lyngby-Taarbæk Kommune

I Lyngby-Taarbæk Kommune udvikler forvaltningen beskæftigelsesindsatsen i retning af at gøre borgeren ansvarlig for eget liv og forsørgelse og inddrage borgerens egne ressourcer i beskæftigelsesindsatsen. Det betyder, at indsatsen løbende nytænkes i forhold til de forskellige målgrupper, men redskaberne i indsatsen er lovbestemte og kan ikke fraviges, hvilke for nogle målgrupper kan opleves som uflexibelt. Bl.a. gælder dette for rettidige jobsamtaler og aktive tilbud til alle borgere, der modtager midlertidig, offentlig forsørgelse.

Borgerens skånebehov tilgodeses i sammenhæng men tilrettelæggelsen af det beskæftigelsesrettede tilbud. Det er dog samtidig Jobcentrets erfaring, at langt de fleste borgere har ressourcer, der kan udvikles i forhold til en deltagelse på arbejdsmarkedet og at også borgere med psykiske sygdomme ofte får positive oplevelser af deres egen formåen ved at deltage i aktive tilbud bl.a. i lokale virksomheder. I relation hertil samarbejder medarbejdere fra Jobcentret, Socialcentret, Slotsvænget og Nettet om at kombinere beskæftigelsesrettede og sociale foranstaltninger. Herved udbredes viden om den centrale rehabiliteringstankegang inden for socialpsykiatrien og Whole Life tilgangen, hvor det at komme sig har sammenhæng med den enkeltes mulighed for at tage aktiv del i samfundslivet - og i forlængelse heraf - at kunne deltage på arbejdsmarkedet.

I forhold til tilgangen til ledige og sygemeldte er der dog tegn på, at der et paradigmeskifte undervejs, hvor der i stigende grad er fokus på at inddrage borgere og igangsætte en beskæftigelsesindsats, som bygger på tillid, dialog og samspil. Desuden har regeringen fremsat lovforslag om "bedre vilkår for ledige", der bl.a. betyder, at kravene til ledige med andre problemer end ledighed, blødes op i forhold til hyppigheden af gentagen aktivering, således at kravet ikke er aktivering hver 6. måned, men i stedet hver 12. måned. Formålet er at jobcentre i højere grad får frihed til at tilrettelægge en aktiv indsats, der i højere grad er individuelt skræddersyet til den enkelte frem for standardiseret.

Bilag til SSUs møde den 6. februar 2013

Sag nr. 8

Bilag 1

Ydelsesbeskrivelse

Rehabiliteringsforløb i Krise- og rehabiliteringstilbuddet

Krise- og rehabiliteringstilbuddets rehabiliteringsforløb er en helhedsorienteret, målrettet og intensiv indsats i en kort periode, som er etableret fortrinsvis med udgangspunkt i servicelovens §85. Målgruppen for rehabiliteringsforløbene tangerer og kan svare til målgruppen for §107. Hensigten med rehabiliteringsforløbene er at etablere en støttemulighed som er så fleksibel og intensiv, at borgeren kan forblive i eget hjem.

Mål med ydelsen

Målet med rehabiliteringsforløbene at:

- Støtte borgeren i at kunne fastholde sin bolig og bevare eller genetablere en tilknytning til lokalsamfundet, herunder arbejdslivet
- Støtte borgeren i at udvikle forskellige metoder til at håndtere nogle af de situationer, som tidligere har ført til indlæggelse i behandlingspsykiatrien
- Støtte borgeren i at sætte mål for livet og i at arbejde på at realisere målene

Målgruppe

Målgruppen for rehabiliteringsforløbene er mennesker som på grund af psykisk lidelse og/eller særlige sociale problemer har en betydeligt nedsat funktionsevne og store vanskeligheder ved at klare sig i egen bolig og i samfundslivet, og som har behov for en særlig massiv indsats i en kortere periode for at kunne klare sig i egen bolig.

Visitation

Center for Social Indsats i Lyngby-Taarbæk Kommune er visitationsmyndighed for rehabiliteringsforløbene. I visitationen fastlægges mål samt plan for evaluering af målopfyldelse for rehabiliteringsforløbene.

Fysiske rammer

Rehabiliteringsforløbene er forankret på Slotsvænget i Bondebyen i Kgs. Lyngby. En del af støtten vil blive ydet i borgerens eget hjem, men der er mulighed for at bruge Slotsvængets fysiske rammer i forbindelse med gruppe- og kursusaktiviteter, ligesom det er muligt at benytte overnatningsmulighederne i Akuttstilbuddet på Slotsvænget

Pædagogisk tilgang

Rehabiliteringsforløbene bygger på en viden om at mennesker med sindslidelser kan komme sig, og at de kan hjælpes og støttes på mange forskellige måder i en individuel proces mod at få et bedre liv.

Konkrete ydelser og omfang

Rehabiliteringsforløb er en kombination af planlagte forløb og hjælp og støtte, når behovet opstår uplanlagt. Denne kombination skal støtte op om at borgeren kan forblive i egen bolig, selvom behovet for støtte er stort.

Den planlagte støtte vil primært blive ydet i dagtimerne som en kombination af individuel støtte og gruppebaserede forløb.

Med udgangspunkt i borgerens §141 handleplan og Lyngby-Taarbæk Kommunes kvalitetsstandarder udarbejder Krise- og rehabiliteringstilbuddet i samarbejde med borgeren en pædagogisk plan for den socialpædagogiske indsats i rehabiliteringsforløbet.

Individuel støtte

Støtten vil blive ydet af brugerens kontaktpersoner ud fra den pædagogiske plan som bruger og kontaktperson har lagt. Der kan fx ydes:

- **Praktisk hjælp og omsorg:** Hjælp til at dække behov for mad, hygiejne, hvile og tryghed samt til at udvikle kompetencer til selv at overtage funktionerne.
- **Støtte til behandling:** Støtte til adgang til psykiatrisk behandling, tandlæge, fysioterapi, læge mm. Medicinadministration eller hjælp til selv at administrere medicinen. Støtte til at få indsigt i og forholde sig til virkninger og bivirkninger ved medicinen.
- **Støtte til forståelse og mestring:** Støtte og sparring i forhold til personlige udviklingsprocesser, målsætninger og recovery gennem samtaler om beboerens situation og muligheder. Mulighed for at inddrage konkrete metoder og arbejdsredskaber.
- **Støtte til aktivt hverdagsliv:** Støtte til deltagelse i undervisnings-, fritids- og beskæftigelsesaktiviteter samt til etablering af kontakt til lokalsamfundet og andre netværk.

Øvrige gruppebaserede tilbud

De øvrige ydelser som indgår i rehabiliteringsforløbet har karakter af tilbud til borgerne i form af aktiviteter, projekter, undervisning og selvhjælpsgrupper. Medarbejdernes rolle er at udvikle tilbud som matcher de konkrete borgeres behov, at synliggøre tilbuddene og at støtte og motivere til deltagelse. Tilbuddene kan fx være gruppeforløb om emner og redskaber som

- Personcentreret planlægning
- Livshistorie, mening og forståelse
- Håndtering af angst, depression, stemmer m.m.

Brugeren vil desuden have mulighed for at deltage i Slotsvængets tilbud i dag- og aften timerne. Brugeren kan også spise på Slotsvænget for et mindre beløb som de selv betaler.

Akutte behov

Der er adgang til akut hjælp og støtte døgnet rundt. Hvis der opstår situationer hvor brugeren ikke er tryk ved at sove hjemme, tilbydes mulighed for overnatning og støtte. Brugeren kan desuden altid ringe til Krise- og rehabiliteringstilbuddet.

Opfølgning og evaluering

Rådgiveren i Center for Social Indsats er ansvarlig for handleplanen efter SEL 141 og for at indkalde til statusmøder mindst hver tredje måned. Rehabiliteringstilbuddet indgår i samarbejde med rådgiveren om at følge op på og eventuelt justere målsætningerne for indsatsen.

Ydelsesbeskrivelse

Socialpædagogisk støtte i Krise- og rehabiliteringstilbuddet

Socialpædagogisk støtte i Krise- og rehabiliteringstilbuddet er etableret med udgangspunkt i Lov om social service § 85.

Mål med ydelsen

Målet med den socialpædagogiske støtte er at borgeren udvikler eller vedligeholder kompetencer til at klare et liv i egen bolig og deltage i samfundslivet.

Målgruppe

Målgruppen for socialpædagogisk støtte er mennesker som på grund af deres psykiske lidelse og/eller særlige sociale problemer har en betydeligt nedsat funktionsevne og som har store vanskeligheder ved at klare sig i egen bolig og deltage i samfundslivet.

Visitation

Center for Social Indsats i Lyngby-Taarbæk Kommune er visitationsmyndighed for socialpædagogisk støtte. I visitationen fastlægges mål samt plan for evaluering af målopfyldelse for den socialpædagogiske støtte.

Fysiske rammer

Den socialpædagogiske støtte ydes i borgerens eget hjem og relevante steder i lokalmiljøet, som relaterer til de mål, der er opstillet i handleplanen.

Pædagogisk tilgang

Den pædagogiske tilgang bygger på en viden om, at mennesker med sindslidelser kan komme sig, og at de kan hjælpes og støttes på mange forskellige måder i en individuel proces mod at få et bedre liv.

Konkrete ydelser og omfang

Den socialpædagogiske støtte ydes primært på hverdage i dagtimerne. Antallet af ATA-timer fremgår af visitationen.

Med udgangspunkt i borgerens §141 handleplan og Lyngby-Taarbæk Kommunes kvalitetsstandard udarbejder Krise- og rehabiliteringstilbuddet i samarbejde med borgeren en pædagogisk plan for den socialpædagogiske indsats.

Støtten ydes af borgerens kontaktperson ud fra den pædagogiske plan, som borger og kontaktperson har lagt. Der kan fx ydes støtte til:

- **Udvikling og vedligeholdelse af færdigheder:** Hjælp til selv at udvikle evner til fx at dække behov for mad, hygiejne, overskuelighed, hvile og tryghed.
- **Forståelse og mestring:** Støtte og sparring i forhold til personlige udviklingsprocesser, målsætninger og recovery gennem samtaler om borgerens situation og muligheder. Mulighed for at inddrage konkrete metoder og arbejdsredskaber med henblik på mestring af de problemer som forårsager funktionsnedsættelsen.
- **Struktur og overblik i hverdagen:** Hjælp til at finde en struktur der understøtter borgers ønsker for livsudfoldelse, og finde måder at bevare struktur og overblik på.

- **Håndtering af behandling:** Støtte til håndtering af egen behandling samt kontakt med sundhedsvæsenet. Støtte til at få indsigt i og forholde sig til egen sundhed, herunder virkninger og bivirkninger ved eventuel medicinsk behandling.
- **Styrkelse af netværk:** Støtte til at etablere og fastholde sociale kontakter, relationer til pårørende mm. Støtte til at undgå social isolation.
- **Aktivt hverdagsliv:** Støtte til at håndtere undervisnings-, fritids- og beskæftigelsesaktiviteter samt til etablering af kontakt til lokalsamfundet og andre netværk.
- **Planlægning af økonomi og kontakt til offentlige myndigheder:** Støtte til budgetlægning samt udvikling af færdigheder til håndtering af daglig økonomi, post og kontakt til offentlige myndigheder
- **Personlig koordination:** Støtte til at håndtere samarbejdsrelationer til forskellige behandlings- og støtteinstanser samt andre relevante samarbejdspartnere (herunder evt. arbejdsgiver eller uddannelsessted)

Brugeren vil desuden have mulighed for at deltage i Krise- og rehabiliteringstilbuddets tilbud i dag- og aften timerne. Brugeren kan også spise på Slotsvænget for et mindre beløb som de selv betaler.

Opfølgning og evaluering

Rådgiveren i Center for Social Indsats er ansvarlig for handleplanen efter SEL 141 og for at indkalde til statusmøder.

Registrering af henvendelser i Krise- og rehabiliteringstilbuddet

1. Henvendelsesdato:

Tidspunkt:

2. Er borgeren fra Lyngby-Taarbæk Kommune

Ja

Nej

3. Borgerens cpr.nr.:

4. For borgere der ønsker at være anonyme

- Kvinde (*sæt kryds*)
- Mand (*sæt kryds*)
- Alder (ca.)

5. Har borgeren tidligere henvendt sig i Akuttilbuddet?

- Ja (*sæt kryds*)
- Nej (*sæt kryds*)
- Ved ikke (*sæt kryds*)

6. Borgernes beskæftigelsessituation

- Er borgeren i almindelig lønnet beskæftigelse (*sæt kryds*)
- Er borgeren selvstændig erhvervsdrivende (*sæt kryds*)
- Er borgeren under uddannelse (*sæt kryds*)
- Borgeren modtager pension (*sæt kryds*)
- Borgeren er hjemmegående og forsørges af ægtefælle/samlever (*sæt kryds*)

7. Modtager borgeren i forvejen tilbud i Socialpsykiatrien i LTK?

Hvis ja - angiv med kryds nedenfor hvilke tilbud, der er tale om

- §85 (socialpædagogisk støtte)
- §103 (beskyttet beskæftigelse)
- §104 (aktivitets- og samværstilbud)
- §107 (midlertidigt botilbud)
- §108 (længerevarende botilbud)
- Andet – angiv hvilket:

Nej (*sæt kryds*)

Ved ikke (*sæt kryds*)

8. Modtager borgeren beskæftigelsestilbud og/eller økonomiske ydelser i Jobcenteret?

Ja (*sæt kryds*)

Nej (*sæt kryds*)

Ved ikke (*sæt kryds*)

9. Modtager borgeren behandling for stof- eller alkoholmisbrug?

Ja (*sæt kryds*)

Nej (*sæt kryds*)

Ved ikke (*sæt kryds*)

10. Modtager borgeren psykiatrisk behandling?

- Ja (*sæt kryds*)
- Nej (*sæt kryds*)
- Ved ikke (*sæt kryds*)

11. Angiv hovedårsagen til henvendelsen (*sæt kun et kryds nedenfor*)

- Angst/nervøsitet (*sæt kryds*)
- Ensomhed (*sæt kryds*)
- Stress
- Økonomiske probl. (*sæt kryds*)
- Selvdestruktiv adfærd (*sæt kryds*)
- Sociale problemer
- Fysiske overgreb (*sæt kryds*)
- Seksuelle overgreb (*sæt kryds*)
- Alkoholmisbrug (*sæt kryds*)
- Indlæggelse (*sæt kryds*)
- Andet – angiv hvilket
- Nedtrykthed (*sæt kryds*)
- Sorg (*sæt kryds*)
- Søvnløshed (*sæt kryds*)
- Tvangstanker (*sæt kryds*)
- Selvmordstanker (*sæt kryds*)
- Konflikter i familie/netværk (*sæt kryds*)
- Psykiske overgreb (*sæt kryds*)
- Stofmisbrug (*sæt kryds*)
- Problemer m. medicin (*sæt kryds*)
- Behandlingsmuligheder (*sæt kryds*)

12. Angiv evt. sekundær(e) årsag(er) til henvendelsen (*sæt et eller flere kryds nedenfor*)

- Angst/nervøsitet (*sæt kryds*)
- Ensomhed (*sæt kryds*)
- Stress (*sæt kryds*)
- Økonomiske probl. (*sæt kryds*)
- Selvdestruktiv adfærd (*sæt kryds*)
- Sociale problemer
- Fysiske overgreb (*sæt kryds*)
- Seksuelle overgreb (*sæt kryds*)
- Alkoholmisbrug (*sæt kryds*)
- Indlæggelse (*sæt kryds*)
- Andet – angiv hvilket
- Nedtrykthed (*sæt kryds*)
- Sorg (*sæt kryds*)
- Søvnløshed (*sæt kryds*)
- Tvangstanker (*sæt kryds*)
- Selvmordstanker (*sæt kryds*)
- Problemer i familie/netværk (*sæt kryds*)
- Psykiske overgreb (*sæt kryds*)
- Stofmisbrug (*sæt kryds*)
- Problemer m. medicin (*sæt kryds*)
- Behandlingsmuligheder (*sæt kryds*)

13. Hvordan blev hjælpen til borgeren ydet? (*sæt et eller flere kryds nedenfor*)

- Akut krisehjælp pr. telefon (*sæt kryds*)
- Akut krisehjælp i borgerens eget hjem (*sæt kryds*)
- Akut krisehjælp ved personligt fremmøde i Akuttilbuddet (*sæt kryds*)
- Akut krisehjælp - borgeren overnatter i Akuttilbuddet (*sæt kryds*)

14. Hvilke aftaler blev truffet med borgeren?

- Kontakten afsluttes - borgeren klarer sig uden yderligere kontakt (*sæt kryds*)
- Der blev truffet aftale om yderligere samtaler (*sæt kryds*)
- Der blev truffet aftale om at lave en kriseplan (*sæt kryds*)
- Det blev truffet aftale om netværksmøde (*sæt kryds*)
- Andet – angiv hvilket:

Bilag til SSUs møde den 6. februar 2013

Sag nr. 9

Bilag 1

N O T A T
om
evaluering af aktivitetstilbud for beboere på plejehjem.

På Social- og sundhedsudvalgsmøde i marts 2012 blev en sag om status og udvikling på aktivitetsområdet på kommunens plejehjem godkendt. Det blev besluttet, at Den Kommunale Leverandør skulle tilbyde beboere på plejehjem aktiviteter i aktivitetscentrene.

Forsøget er fortrinsvis gennemført på områdecentrene Bredebo/Borrebakken og Baunehøj, da Solgården i perioden ikke har haft et aktivitetscenter på grund af byggesag og derfor var aktivitetsbrugere samt personale midlertidigt flyttet til Baunehøj. På Virumgård er der ikke etableret et aktivitetscenter.

Bredebo:

På Bredebo har 11 ud af 39 beboere gjort brug af tilbud i aktivitetscenter 2 gange ugentligt. Aktivitetscentret planlægger derudover udflugter for beboerne 2 gange månedligt for ca. 6 beboere pr. gang.

Beboerne deltager i tilbud med siddende dans, musik, quiz, sjov og bevægelse, litteratur, sang og musik samt socialt samvær.

Borrebakken:

På Borrebakken deltager ingen beboere fast i samværsgrupperne, da dette tilbud retter sig mod udeboende borgere og er et plejehjemsforebyggende tilbud, der ikke kan rumme flere deltagere.

Samværsgrupperne arrangerer fælles aktiviteter for borgere udefra og beboerne 4 gange månedligt. Aktiviteterne rummer banko, fællessang, dansecafé, salmesang ved en præst.

Derudover er der fællesarrangementer i forbindelse med alle højtider samt besøg af Lyngby Ældrekor, Luciaoptog, slå katten af tønde m.m.

Borrebakken har på årsbasis 20 forskellige tilbud og arbejder målrettet med at integrere hele paradigmeskiftet i de daglige gøremål således, at de bliver mere aktivitetsprægede.

De aktivitetsprægede gøremål kan være dække og rydde borde, lægge klude sammen, gå ud med skrald, vaske op, vande blomster m.m.

Alle beboere som har lyst deltager i tilbuddene.

Baunehøj:

På Baunehøj har beboerne ikke rigtig vist interesse for at komme i aktivitetscentret, da de synes, at ligge langt væk fra deres boliger.

I stedet har medarbejderne i aktivitetscentret så arrangeret 1 aktivitet pr. alle 9 delinger 1 gang ugentligt, mest med gymnastik på programmet. Her deltager 5-10 beboere pr. afdeling pr. uge, d.v.s. mellem 50 og 90 beboere ugentligt.

Gymnastiktilbuddet er så populært, at det vil blive udvidet til 2 gange ugentligt pr. 1. januar 2013.

Ligeledes vil der pr. 1. januar 2013 blive forsøgt etableret tilbud i aktivitetscentret alene for beboere 2 gange ugentligt til mere kreative aktiviteter som maling, smykkefremstilling, knytning m.m.

Solgården:

Brugere og medarbejdere er netop flyttet tilbage til Solgården og her er startet 2 beboerhold i aktivitetscentret 2 gange ugentligt med deltagelse af 8-10 beboere.

Derudover tilbydes 1-2 større arrangementer månedligt, hvor beboere kan deltage i f.eks. banko, gudstjeneste og musikarrangementer.

Solgården har stor tradition for at arrangere aktiviteter i selve afdelingerne, hvad de også har gjort i forsøgsperioden.

Virumgård, Solgården og Lykkens Gave:

På disse centre arrangerer medarbejderne i afdelingerne ugentlige/månedlige/sæsonbetonede aktiviteter af samme karakter som i de andre centre.

Indsatsen som beskrevet, har kunnet rummes indenfor den eksisterende økonomiske ramme og er bestemt et område, man på plejehjemmene ønsker at arbejde videre med. Med udgangspunkt i de foreløbige erfaringer, vil forslag om en fremtidig indsats på området blive indarbejdet i en udvalgssag vedrørende "Kvalitetsforbedring på Ældreområdet/aktiviteter på plejehjemmene" og forelagt på udvalgs møde i marts 2013.

Elisabeth Millang

Bilag til SSUs møde den 6. februar 2013

Sag nr. 11

Bilag 1, 2

NOTAT

om

Bilag 1 til SSU sag vedr. Omsorgsboliger - indhold

Bilag 1.

Ældreboliger:

Borgerne der bor i ældreboliger visiteres af kommunens visitatorer til praktisk hjælp og personlig pleje, som borgere der bor i almindelige boliger. Borgeren kan herefter frit vælge leverandør, privat eller kommunal.(I henhold til Servicelovens §83)

Ældreboligerne deles op i 2 kategorier.

Kategori 1 – Ældrebolig – Handicapindrettet bolig- til borgere med betydelig nedsat gangfunktion og afhængighed af et gangredskab.

Kategori 2 – Ældrebolig – Ældrevenlig bolig – til borgere med mindre ganghandicap eller andre årsager til særligt behov for anden bolig gennem kommunen.

Boligerne tildeles af Ældrerådgivere efter fastsatte kriterier

Beskyttede boliger:

Borgerne der bor i beskyttede boliger visiteres til praktisk bistand og personlig pleje af Lystoftebakkens visitator. Borgeren får hjælpen af Lystoftebakkens personale. Borgeren har personale tæt på i boligområdet.

Borgerne visiteres til boligerne af Visitationsudvalget

De kommende Omsorgsboliger:

Borgerne der bor i omsorgsboliger visiteres af kommunens visitatorer til praktisk hjælp og personlig pleje som borgere der bor i almindelige boliger. Borgeren kan herefter frit vælge leverandør, privat eller kommunal jvf. §83 .Udover praktisk hjælp og personlig pleje tilbydes ”Omsorgspakken”.

Omsorgsboligerne er ikke tænkt til målgruppen af demente borgere.

Boligerne er handicapvenlige.

Boligerne bevilliges af Visitationsudvalg.

Plejeboliger:

Borgerne der bor i plejeboliger har personale om sig hele døgnet og har et massivt plejebestandsbehov. Boligerne er handicapvenlige og personalet tager sig af beboerne i forhold til pleje/aktivitet og sociale arrangementer. Medarbejderne på stedet fortager en individuel visitation i forhold til hjælpebehovet og der udarbejdes en individuel handleplan.

Boligerne er opdelt i somatiske (almindelige ældre)- og demensafsnit.

Borgerne visiteres til boligerne af Visitationsudvalget.

Lone Wettergren

10. december 2012

Side 1

PROJEKTANSØGNING

Design hæver livskvaliteten blandt ældre - fokus på produkter og serviceydelser i fremtidens plejeboliger, som støtter op om hjemlighed

PROJEKTTITEL: Hjemlighed i plejeboliger

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	side
2. Baggrund	side
3. Designprojekt og proces	side
4. Output	side
5. Projektdeltagere og rollefordeling	side
6. Resultat- og effektmål	side
7. Tidsplan og budget	side

BILAG:

BILAG 1: Oversigt over kommuner og plejehjem, som har vist interesse for projektet.

1. Indledning

Regeringen har, som et led i aftalen med forligspartierne af 28. januar 2010 om Globaliseringspuljen vedr. innovation og iværksætteri, afsat 2 mio. kr. årligt til etablering af designpartnerskaber. Det fremgår af aftalen, at:

"Der afsættes en pulje på 2 mio. kr. årligt i 2010-12 til etablering af partnerskaber om anvendelse af design i forbindelse med løsning af store samfundsudfordringer, fx på miljø- og sundhedsområdet. Partnerskaberne skal have fokus på udvikling af produkter og serviceydelser med kommercialiserings- og eksportpotentiale inden for det pågældende område."

Partnerskabsprojektet herunder beskrevet udvikler konkrete designdrevne ideer og koncepter til fremtidens plejeboliger, som kan forbedre livskvaliteten for de ældre, skabe optimale arbejdsforhold for personalet og samtidig bidrage til, at plejeboliger opleves som et attraktivt sted for besøgende. Faktorer som hjemlighed, værdighed, selvstændighed, selvhjulpethed og aktivitet skal gå hånd i hånd med arbejdsmiljø, hygiejne, tid og økonomi.

Partnerskabsprojektet etableres mellem Ældresagen (og/eller Servicestyrelsen) og Dansk Design Center og løses derudover i et offentlig privat samarbejde, hvorfor mindst 2-3 virksomheder, mindst 2-3 kommuner og 1 designvirksomhed deltager.

Projektet har den enkelte ældre som omdrejningspunkt. Det er målet at udvikle koncepter på produkt- og serviceydelser, som er kommercialiserbare og brugerorienterede, dvs.:

- øget livskvalitet for borgerne
- optimale forhold og arbejdsgange for plejepersonalet
- bedre markedsmuligheder for private producerende virksomheder

Der fokuseres på *indhold* i plejeboligen og derfor ikke på selve arkitekturen.

2. Baggrund

Den af regeringen nedsatte Ældrekommission lancerede primo 2012 en række anbefalinger til, hvordan vi i Danmark i langt højere grad kan understøtte plejehjemsbeboernes livskvalitet og selvbestemmelse.

"Alt for meget sker uden at inddrage beboerne. Plejen skal tage udgangspunkt i den enkelte ældre. De skal ikke behandles ens. Og endelig er der alt for mange beboere, der keder sig. Der sker for lidt, så beboerne kommer til at føle sig isolerede og ensomme." (Bjarne Hastrup, Adm. direktør, Ældresagen og formand for Ældrekommissionen).

"Alder er blevet mindre vigtig for identiteten. Aldring er ikke længere et ur, der mekanisk tikker frem mod forfald og sygdom. Nye seniorer bryder det stereotype ældrebillede trods: "vi er lige så individuelle og forskellige som alle andre. Vi vælger bolig efter livsstil og værdier, og vi kan og vil betale." (fra "Alle tiders boliger – boligpolitisk debatoplæg" fra Ældresagen).

Fremtidens ældre ønsker mere af livet, herunder bedre boligforhold (kilde: Kommunernes Landsforening (KL)). Selv om mange ældre står på venteliste til plejeboliger, oplever en del kommuner, at mange af deres plejeboliger står tomme. Én af årsagerne er, at de ikke opfylder de ældres forventninger om og krav til en bolig. Størrelsen nævnes som en væsentlig faktor, blandt andet set i lyset af, at boligen i stadig større udstrækning med tiden bliver en arbejdsplads for forskellige typer af plejepersonale. Beliggenhed vægtes højt. Ældre vil gerne have adgang til have, der skal være tilgængelig for familie og pårørende, mulighed for aktiviteter og caféliv, og så skal læge og apoteket være inden for rækkevidde.

Ældre er mennesker med nye behov – mange kan ikke det, de kunne tidligere, og de får langsomt eller hurtigt brug for pleje. Men det ændrer ikke på, at de forsat har høje krav til livets indhold og tilbud; til boligens funktionalitet og hjemlighed, muligheder for socialt samvær, forbrugsgoder og ikke mindst involvering i de beslutninger, der skal tages. Mennesker med plejeb behov ønsker fortsat at være "herre i eget hus". Mennesker, som vælger en plejebolig, skal fortsat behandles som ligeværdige medmennesker, der fortsat kan mange ting og som ikke blot er patienter, selv om de måske har særlige behov for hjælp, pleje og omsorg. Hvis situation kræver, skal pårørende kunne have mulighed for at tage positive tilvalg på deres kæres vegne, og personalet skal ikke mindst have et arbejdsmiljø, som gør det let og økonomisk forsvarligt at udføre de opgaver, der skal til.

Der er således et stort behov for at udvikle nye serviceydelser og produkter, som kan styrke de ældres oplevelse af hjemlighed samtidig med, at deres forskellige behov for blandt andet selvhjulpethed, rehabilitering, aktivering og forebyggelse tænkes ind.

For at sikre den nødvendige oversættelse mellem på den ene side design-koncepter og på den anden side de ældre behov og præferencer på plejeområdet gennemføres projektet i et samarbejde mellem Ældresagen (og/eller Servicestyrelsen) og Dansk Design Center. Ældresagen (og/eller Servicestyrelsen) er en vigtig partner i dette projekt, da de både har indgående kendskab til udgangspunktet for projektet samt interesse i områdets udvikling.

3. Designprojekt – og proces

Visionen for partnerskabet er:

At få klarlagt og skabt ideer og koncepter for løsninger og services til den næste generation af plejeboliger, der bliver så attraktive at:

- boligens faciliteter og rammer matcher beboernes livstadiet og plejeb behov.
- pårørende har mulighed for samvær med beboerne, herunder mulighed for at besøge og at indgå i beboerens hverdag.
- de ældre har lyst til at bo i plejeboligerne og føler stolthed ved den nye bolig.
- personalet gerne vil arbejde der og oplever arbejdsglæde.

Der tegner sig derfor behov for at projektet:

- Revurderer udgangspunktet for produkter og serviceydelser til ældre; at designe produkter og løsninger, som er inkluderende i stedet for det modsatte.
- Designe løsninger til boliger, som matcher et ældrepublikums behov, og som er æstetiske og moderne og med til at understrege, at målgruppen ikke er patienter - men mennesker.
- Designer helhedstænkte systemer, som engagerer og imødekommer pårørende, beboere og personale.
- Skaber arbejdsmiljøer, der medfører stolthed og muligheder for service- og plejepersonale.

Målet er kort sagt at designe konkrete, fleksible, attraktive ideer og koncepter, som private og offentlige virksomheder på en enkel måde kan få overleveret og viderebearbejde til færdige prototyper, der kan sættes i produktion eller udvikles som nytænkte servicekoncepter.

Projektet vil ligesom foregående designpartnerskabsprojekter gennemføres på baggrund af en design-dreven tilgang, hvor der tages udgangspunkt i faserne i DDC's Design Drevne innovationsmodel (DIN).

Udgangspunktet er etablering af et designdrevet *mindset*. Her er afsæt i brugernes behov, en holistisk tilgang til problemfeltet, fremtidsperspektiver på kort og på lang sigt, samt multidisciplinært samarbejde afgørende faktorer for en designdrevet innovationsproces.

1. Projektdefinition

Projektdefinition består af et de-brief af projektansøgningen, hvor projektets partnere præciserer roller, udarbejder en detaljeret tidsplan, samt planlægger rekrutteringsfasen.

DDC tidsforbrug: 40 timer

2. Rekruttering

Henholdsvis 3 kommuner og 3 virksomheder samt (1) designvirksomhed skal deltage i projektet mhp. at udvikle ideer og koncepter.

En bruttoliste over kommuner og virksomheder er defineret i fase 1 projektdefinition.

Dansk Design Center udvælger i samarbejde med Danish Design Association, hvilke 3 designvirksomheder, som inviteres til at byde på opgaven.

DDC tidsforbrug: 130 timer

3. Tilrettelæggelsen af designprocessen

I samarbejde med den valgte designvirksomhed tilrettelægges designprocessen. Dvs. at i denne fase planlægges elementerne i designresearch, herunder hvordan researchen skal gennemføres. Derudover planlægges den 2-dags workshop, som omfatter såvel ide- og konceptudvikling.

DDC tidsforbrug: 40 timer

4. Designresearch

Designresearch omfatter:

- en kortlægning af eksisterende viden indenfor problemfeltet
- interviews med centrale videnspersoner og interessenter
- observationer af brugergrupper

Resultatet af denne fase er en præsentation af viden samt (evt.) en række personas, som tilsammen beskriver de behov som brugerne har (Hvem brugerne er, afdækkes i forbindelse med designresearch). Viden og personas udgør fundamentet for ide- og konceptudvikling.

DDC tidsforbrug: 40 timer

5. Ide- og konceptudviklings workshop.

Fase 5 består af en koncentreret 2 dags-workshop, hvor alle projektdeltagere (såvel kommuner, virksomheder og centrale videnspersoner) deltager. Dansk Design Center har stor erfaring med at gennemføre designprocesser i samarbejde med designvirksomheder. En væsentlig erfaring er, at når alle væsentlige (for problemfeltet) aktører er tilstede samtidig, viden identificeret og pre-analyserede forud for ideudviklingen og processen (ide- og konceptudviklingsmetoder og værktøjer) nøje tilrettelagt, er det muligt på forholdsvis kort tid at udvikle innovative og implementerbare ideer og koncepter.

Resultatet af denne fase er et ide- og konceptkatalog.

DDC tidsforbrug: 90 timer (2 projektledere, 2 kommunikationsmedarbejdere)

6. Bearbejdning

I denne fase bearbejder designvirksomheden det ide- og konceptkatalog, som er udviklet på den 2 dags-workshop. Ideer og koncepter beskrives yderligere og visualiseres således, at de kan danne grundlag for en reel videreudvikling, som kan resultere i implementering. Vigtigt for bearbejdelse er ligeledes, at ideer og koncepter bliver præsenteret på en måde, så de bliver forståelige og tilgængelige for en bredere gruppe af interessenter (kommuner og virksomheder).

DDC tidsforbrug: 30 timer

7. Præsentation

Der afholdes et 2-3 timers gå-hjem møde / mini seminar, hvor de bearbejdede ideer og koncepter præsenteres. Dels for projektdeltagerne, men også for en større gruppe af medarbejdere fra de involverede kommuner og virksomheder mhp at bidrage til en større forankring og kick starte en forandringsproces.

DDC tidsforbrug: 50 timer

8. Videnspredning

Ideer og koncepter udsendes til en udvalgt gruppe af relevante virksomheder og kommuner, lægges op på div. hjemmesider (herunder DDC og Ældresagen) og endeligt gennemføres der en aktiv presseindsats.

DDC tidsforbrug: 80 timer

4. Output

Målet for "Hjemlighed i plejeboliger" er at udvikle ideer, koncepter og løsningsforslag, som en række kommuner på den ene side ønsker at aftage og som en række virksomheder på den anden siden kan se et forretningspotentiale i at udbyde.

Udbyttet vil således være at finde på mange planer:

- Private virksomheder: nye markedsmuligheder for produkter og serviceydelser til plejebolig-området.
- Borgeren - den enkelte ældre får bedre muligheder for boliger, som er hjemmelige samtidig med at boligerne understøtter deres behov for hjælp.
- Kommuntalt: Nye løsninger, som møder de ældres behov for hjemlighed og uafhængighed samtidig med, at boligheder understøtte arbejdsvilkår for kommunes plejepersonale.
- Politisk: indsigt i reelle udfordringer og muligheder, når der skal tages beslutninger på ældreområdet.

Det konkrete output: Når "Hjemlighed i plejeboliger" er afsluttet står vi med et ide- og konceptkatalog, som beskriver mulige løsninger og som det står hhv. de medvirkende kommuner og virksomheder frit for at udvikle og implementere. Kataloget indeholder endvidere en handlingsplan for, hvordan koncepter og ideer kan implementeres.

5. Projektdeltagere

Ældresagen og/eller Servicestyrelsen

Dette afsnit opdateres, når partnerskabet med en af den ovenstående er indgået.

Dansk Design Center

Kort om DDC

Projektlederansvaret ligger hos DDC. DDC står for ansøgning, afrapportering og budgetafklæggelse over for Erhvervsstyrelsen. Endvidere står DDC for at organisere den designdrevne innovationsproces og er procesfacilitator i designprojektet. DDC vil stå som garant for udvælgelse af de deltagende virksomheder og kommuner samt sikre, at industriens organisationer orienteres og eventuelt inddrages.

DDC fungerer som uvildig part, som bindeleddet mellem alle interessenter i projektet og understøtter organisering, undersøgelse og ledelse af samarbejdet mellem organisationer og virksomheder. DDC medvirker således til at skabe nye løsninger ud fra en designtilgang.

Endvidere sikrer DDC, at viden opsamles og dokumenteres. DDC varetager formidlingen af de indhentede resultater fra designprocessen til en bredere skare af interessenter. Dette vil ske ved observation og demonstration af viden under procesforløbet. Videreformidling vil ske gennem løbende dokumentation og markedsføring på hjemmeside, gennem pressearbejde, og ved afvikling af et mindre seminar for relevante stakeholders.

Designvirksomhed

Designvirksomhedens primære opgave vil være at gennemføre den designdrevne proces ud fra et designbrief, herunder research & analyse samt ide- og konceptudvikling. Designvirksomheden vil have en fremtrædende rolle i hele processen og ved præsentation af resultater.

Designvirksomheden udvælges i samarbejde med Danish Design Association.

Virksomheder og kommuner (udbydere og aftagere)

Mindst 2-3 virksomheder og 2-3 kommuner deltager i projektet.

Såvel virksomheder som kommuner får mulighed for at deltage i en designdreven proces og får derved indsigt i og adgang til både metoder, værktøjer og ikke mindst mulige løsninger.

Virksomheder og kommuner bidrager med egne timer. Virksomheder og kommuners rolle bliver at bidrage med viden og erfaringer samt deltage aktivt i workshops og møder i de enkelte faser med det formål, at løsningsforslagene er innovative, rammer behovene (både hos borgere, kommuner og virksomheder) og er implementerbare. Kommunerne bidrager med deltagere, som repræsenterer relevante afdelinger og ansvarsområder ift. at skabe indsigt og teste teser.

Virksomheder:

De medvirkende private virksomheder vil gennem forløbet få indblik i de muligheder, der ligger i at inddrage designkompetencen i forretningsudviklingen, herunder få indsigt i udbytte af brugerinddragelse, få idéer til nye forretningsområder, få redskaber til at arbejde med produktudvikling fremadrettet og få indsigt i DIN-modellen, som bidrager med øget innovationshøjde, træfsikkerhed og implementering.

Projektet vil således søge at præcisere det kommercielle potentiale, de involverede virksomheder står over for. Virksomhederne, der inviteres til at deltage, skal efter afslutning af projektet være i stand til at anvende den opnåede viden til at designe og udtænke førende løsninger og produkter til fremtidens velfærdssamfund, videreudvikle prototyperne samt udvikle yderligere produkter og ydelser med commercialiserings- og eksportpotentiale inden for området.

Kommuner:

De medvirkende kommuner, der også repræsenterer aftagersiden, vil ligeledes få indsigt i designkompetencens styrker, herunder i den værdiskabelse, der ligger i brugen af design som metoder til at komme tættere på borgernes behov. Det er DDC's forventning, at inddragelse af aftagersiden i projektet vil være med til at styrke det privat/offentlige samarbejde efterfølgende, herunder forbedre afsætningsmulighederne.

Der er allerede etableret dialog med en række kommuner. Kommunerne, som har vist positiv interesse, er Frederiksberg, Lyngby-Tårnbæk, Hillerød og Egedal kommune.

Væsentligt er det, at kommunerne, som indgår i projektet, har planer om at bygge nye plejecentre og/eller renovere eksisterende, og at de er villige til at involvere personer fra såvel ledelse som drift.

BILAG 1: Oversigt over kommuner og plejehjem, som har vist interesse for projektet.

Det væsentligste output er dog, at de involverede virksomheder får adgang til designede og innovative koncepter, som det står dem frit for at føre videre til en egentlig udvikling og produktion.

Referencegruppe

Der etableres endvidere en referencegruppe bestående af relevante for problemfeltet nationale aktører. Aktører kan være KL, Servicestyrelsen, Erhvervsstyrelsen o.lign. Referencegruppens primære opgave er at bidrage med viden og erfaringer samt bidrage til en national forankring og udbredelse.

Følgende mål vil blive opfyldt i designdemonstrationsprojektet:

Tilsagnsvilkår

- Projektet gennemføres i partnerskab med Ældresagen og/eller Servicestyrelsen
- Projektet gennemføres i samarbejde med mindst 2-3 virksomheder
- Projektet gennemføres i samarbejde med mindst 2-3 kommuner

Resultatmål

- 80% af de deltagende virksomheder og kommuner skal være meget tilfredse eller tilfredse med projektet, herunder dokumentere deltagernes generelle tilfredshed med at deltage i projektet, projektets relevans, aktualitet etc.
- Udvikling af ide- og konceptkatalog for produkter og serviceydelser, som bidrager til hjemlighed i plejeboliger.
- DDC og Ældresagen (og/eller Servicestyrelsen) skal udbrede viden og resultater til interessenter om projektets resultater og bidrage til at vise, at design og design tænkning kan være med til at løse større samfundsmæssige udfordringer.

Effektmål:

- Involverede kommuner får en plan for, hvad og hvordan kommunen kan omsætte projektets anbefalinger i hver enkelt kommunes egen kontekst og i et samarbejde med en privat virksomhed.
- Præsentere en af projektgruppen prioriteret plan for, hvordan hele eller dele af de i projektet udviklede løsninger tages videre til en test/udviklingsfase med henblik på efterfølgende implementering i minimum 2 af de deltagende kommuner.
- Ud fra prioriteret plan skabe mulighed for at mindst 1 af de i projektet udviklede løsninger tages videre til en test/udviklingsfase med henblik på efterfølgende produktion med 1 dansk virksomhed.
- Projektets resultater bliver omtalt i relevante medier (on- og offline) samt i relevante foraer samt danske såvel som internationale seminarer og workshops med henblik på vidensdeling.

DDC skal endvidere foranledige, at de samfundsmæssige og kommercielle effekter (fx løsningskoncepter for fremtidens plejeboliger, som internationalt vil brande Danmarks velfærdsmodel for ældre med henblik på øget salg af danske virksomheders produkter og services) omtales og promoveres.

7. Tidsplan og budget

Nedenfor følger tidsplan og samlet budget.

MODEL IND HER!!!!

Budget

	timer	produktionsomkostninger	I alt
Dansk Design Center	500 timer	60.000 kr	310.000 kr
Ældresagen			50.000 kr
Designvirksomhed			140.000 kr
I alt			500.000 kr

10. december 2012

Side 9

BILAG 1: Oversigt over kommuner og plejehjem, som har vist interesse for projektet.

DDC har markedsført projektet ved Velfærdens Innovationsdag i januar og på DDC.dk. Følgende parter har vist interesse for deltagelse: Odsherred Kommune, Egedal Kommune, Lyngby-Tårnbæk Kommune, Gribskov Kommune, Hillerød Kommune, Holbæk Kommune, Forenede Care, Domus Arkitekter og Schneider Electric.

DDC har været i telefonisk kontakt med alle de ovennævnte og præsenteret dem for designdemonstrationsprojektet samt proces og krav for deltagelse. Alle er fortsat meget interesseret i at få opstartsmøder med henblik på at blive inddraget mere og at få indsigt i processen.

Bilag til SSUs møde den 6. februar 2013

Sag nr. 12

Bilag 1, 2

N O T A T
om
Omsorgsboliger, fem placeringsmuligheder

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

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

Arealet skal derfor kunne rumme både de 40 omsorgsboliger samt eventuelle fremtidige servicearealer. Der skal kunne opføres ca. 4.000 m², hvilket f.eks. vil kræve et grundareal på min. 8.000 m², hvis bebyggelsesprocenten er op til 50 %.

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

Fra vedtagelse af placeringen, til boligerne er klar til indflytning, forventes en samlet tids-horisont på ca. 2½ år.

Tidsplanen omfatter udarbejdelse af byggeprogram, prækvalifikation og totalentreprise i EU-udbud, samt udarbejdelse af lokalplan med høring og politisk godkendelse.

Den afsatte økonomiske ramme i budget 2013-16 forudsætter, at boligerne opføres på et kommunalt ejet areal.

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

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

I udvalgets møde den 5. december 2012, hvor forvaltningen fremlagde en bruttoliste 22 forskellige arealer, blev det besluttet at arbejde videre med følgende fem placeringsmuligheder:

- forslag nr. 06 (Trongårdsvej)
- forslag nr. 07 (Eremitageparken)
- forslag nr. 14 (Gasværksgrunden)
- forslag nr. 15 (Lystoftebakken)

- forslag nr. 16 (Statsskolen)

Forslagene i nummerrækkefølge uddybes herunder:

Forslag nr. 06 (Trongårdsvej)

Ejerforhold: Lyngby-Taarbæk Kommune

Planforhold: Offentlig service: kommunal og statslig service, skoler, uddannelse, forskning samt institutioner for børn, unge og ældre. Arealet er frikøbt Kbh. jord.

Nærhed til kollektiv transport: busforbindelse og senere letbane

Indkøbsmuligheder: ikke i nærområdet (afstand til indkøb ved Lyngbygårdsvej ca. 950 m)

Vurdering: Jf. det planarbejde, der er udført og de indkomne forslag til helhedsplan for området, vil det være muligt at opføre 40 omsorgsboliger med udvidelsesmuligheder i området, uden at arealet omkring Trongårdsskolen ændrer karakter. Der skal i byggeriet tages særligt hensyn til støj fra motorvej.

Forslag nr. 07 (Eremitageparken)

Ejerforhold: Lyngby-Taarbæk Kommune

Planforhold: Offentlig service: kommunal og statslig service, skoler, uddannelse, forskning samt institutioner for børn, unge og ældre.

Areal registreret som affaldsdepot, kan derfor kun bebygges efter regionens godkendelse.

Nærhed til kollektiv transport: Busforbindelse og senere letbane

Indkøbsmuligheder: ja

Vurdering: Mulighed for at opføre 40 omsorgsboliger med udvidelsesmuligheder.

Der skal i byggeriet tages særligt hensyn til støj fra motorvej, ligesom det er en udfordring, at arealet er kortlagt med en såkaldt V2 forurening, som kan medføre væsentlig risiko for ekstraudgifter dels til miljøundersøgelser og dels til oprensning af arealet, før det er muligt at få regions godkendelse til at bygge boliger.

Forslag nr. 14 (Gasværksgrunden)

Ejerforhold: Lyngby-Taarbæk Kommune

Planforhold: Del af regionalt center med butikker og andre centerlignende funktioner, detailhandel, anden publikumsorienteret service, boliger, kontor, liberalt erhverv samt offentlige formål

Nærhed til kollektiv transport: Busforbindelse samt nærhed til S-station, Nærumbanen og senere letbane

Indkøbsmuligheder: ja

Vurdering: Kommunens arealer vest for Lyngby Storcenter er kun lidt sammenhængende og skal derfor indgå i en større plan for området for, at det kan være muligt at opføre 40 omsorgsboliger. På arealet ligger to privatejede ejendomme samt lokaler der huser bl.a. kommunens centrale tandklinik på Toftebæksvej 8. Der er de seneste fem år brugt 3,1 mio. kr. på vedligeholdelse af bygningen på Toftebæksvej 8. Det er en særskilt udfordring, hvis der skal findes andre lokaler til bl.a. tandplejen.

Arealet skønnes at kunne rumme 40 omsorgsboliger, hvis der bygges i højden. Senere etablering af evt. servicearealer skønnes mere tvivlsom, og skal i givet fald undersøges nærmere.

Planmæssigt vurderes området ikke som det mest egnede til omsorgsboliger, idet denne anvendelse ikke understøtter de visioner, der er sat for området i bl.a. "Grønt Lys" og "Vidensby 2020", som beskriver en anvendelse en intensiv udnyttelse med f.eks. boliger til bl.a. udenlandske medarbejdere, besøgende, studerende og andre borgere.

Forslag nr. 15 (Lystoftebakken)

Ejerforhold: EGV-fonden

Planforhold: Offentlig service: Kommunal og statslig service, skoler, uddannelse, forskning samt institutioner for børn, unge og ældre.

Nærhed til kollektiv transport: Busforbindelse og nærhed til Nærumbanen

Indkøbsmuligheder: Ja

Vurdering: Privatejet områdecenter. Forslaget om at bygge en ekstra etage kræver tekniske undersøgelser af, hvorvidt bygningen er egnet hertil, og udløser krav til flere p-pladser på grunden, hvilket er en udfordring.

Desuden vil der skulle genhuses et større antal beboere samtidigt under byggeriet, idet bl.a. etablering af køkken og badeværelser vil kræve tømning af boligerne i de to underliggende etager.

Det bemærkes, at der ikke umiddelbart kan anvendes boliger til en sådan genhusning, da kommunens udbygningsplan på plejeboligområdet forventes afsluttet i foråret 2014, med alle nye plejeboliger taget i anvendelse til bl.a. beboerne fra Lykkens Gave og Borrebakken.

Ældrefagligt vurderes omsorgsboligerne vanskeligt at kunne realiseres som et nyt tiltag, hvis den fysiske placering ligger sammen med en eksisterende plejeboligbebyggelse.

Der er rettet skriftlig henvendelse til bestyrelsen for såvel EGV-fonden som Lystoftebakken I/S om deres interesse i evt. udvidelse af antallet af boliger.

Lystoftebakkens bestyrelse vil den 21. januar 2013 afholde ekstraordinært bestyrelsesmøde herom.

Der foreligger ikke svar fra ejeren EGV-fonden, som i givet fald vil skulle finansiere byggeriet, om interesse i sagen.

Umiddelbart kan Lystoftebakken I/S ikke opføre almene ældreboliger, medmindre de kan etablere en almen boligorganisation.

Såfremt boligerne opføres med anden privat finansiering, vil de kommende beboere ikke kunne opnå den fordelagtige boligydelse, som kun kan ydes til almene ældreboliger.

Kommunen har ikke anvisningsret til privatfinansierede boliger – uanset om disse er ældreegnede. Der *kan* indgås aftale med ejeren om anvisningsret, men det medfører samtidig hæftelse for evt. tomgangsleje af boliger.

Planmæssigt vurderes, området at fremstå som fuldt udbygget og med en række kvaliteter i kraft af bebyggelsens fine gårdrum og haver, samt de indbyrdes tilpassede bygningsvolumener i max. 2 etager i overensstemmelse med lokalplanen for området.

Forslag nr. 16 (Statsskolen)

Ejerforhold: Lyngby-Taarbæk Kommune

Planforhold: Offentlig service: kommunal og statslig service, skoler, uddannelse, forskning samt institutioner for børn, unge og ældre.

Nærhed til kollektiv transport: Busforbindelse og senere letbane med stop på Jernbaneplassen (ca. 650 m fra Statsskolen).

Indkøbsmuligheder: Ikke i nærområdet (ca. 550 – 600 m til hhv. Netto/bager/tankstation på Nybrovej/Engelsborgvej og bager/kiosk mv. på Ulrikkenborg Plads)

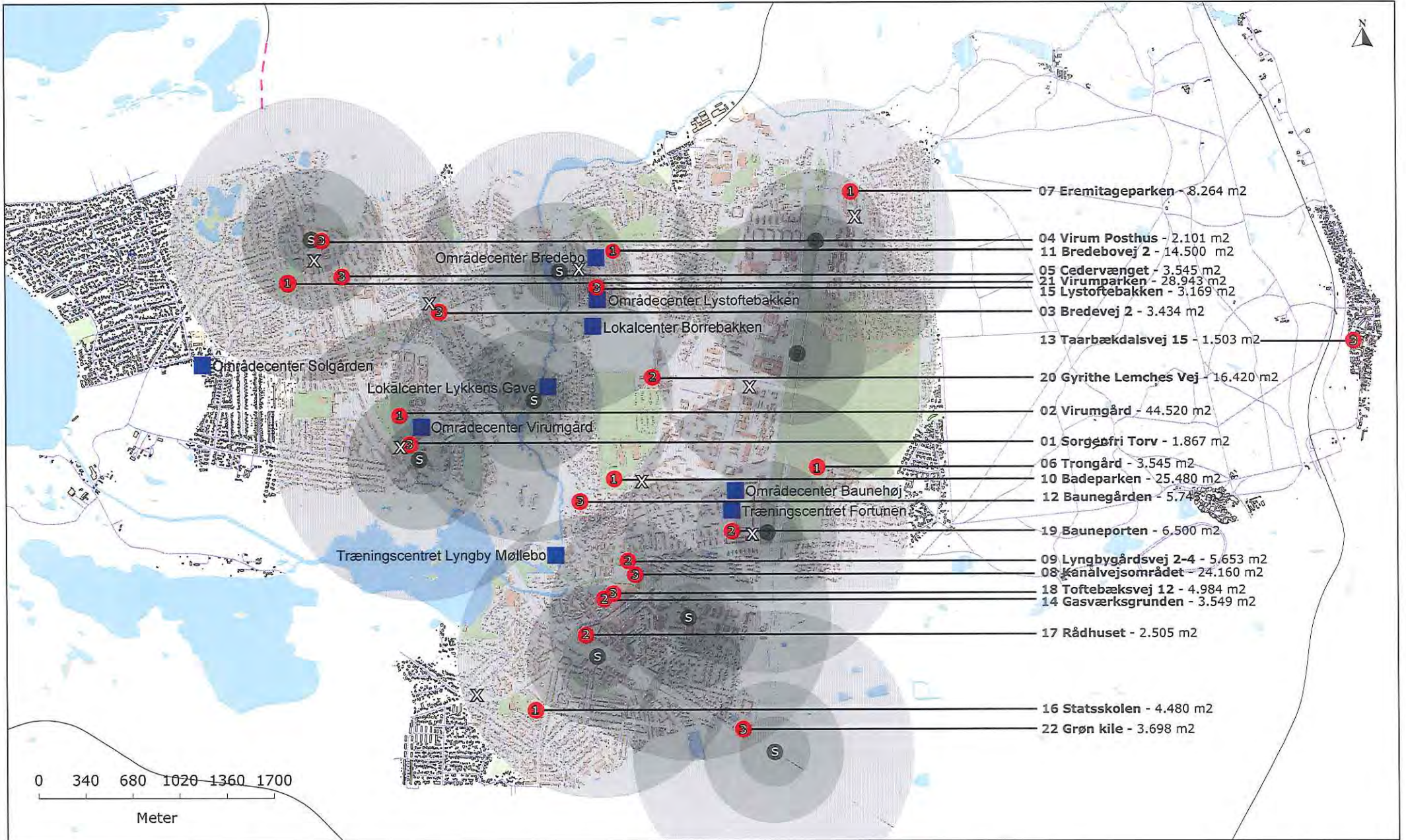
Vurdering: Der er udarbejdet indledende skitse til placering af omsorgsboliger – for alene at vurdere mulighederne på grunden. Hovedhuset vurderes foreløbigt at kunne rumme 24 boliger og fællesarealer. Desuden skønnes det muligt at etablere 14 boliger i én etage i gården. Placering og udformning af disse er også på et skitse-mæssigt niveau.

Bygning og areal har tidligere indgået i sagen om et sundhedshus i kommunen. Her var det vurderet, at der på grunden kunne etableres ca. 1.000 m² yderligere i max tre etager.

Nye boliger på arealet vil skulle udformes og placeres, så der tages højde for støj fra Budingevej.

Et evt. senere behov for etablering af servicearealer bør ses i sammenhæng med øvrige kommunale arealer i området, hvor den tidligere gymnastiksalsbygning, som p.t. anvendes på handicapområdet, evt. kan indgå.

Planmæssigt vurderes placeringen som god. Der skal arbejdes videre med forslag til bebyggelse på grunden i forhold til den eksisterende bebyggelse, samtidig med at der tages højde for boligernes lysforhold og udearealer.



Ⓢ Station Ⓢ Planlagt letbanestation

● mulige placeringer af omsorgsboliger i Lyngby-Taarbæk Kommune

■ Områdecenter og hjemmeplejeenhed

⊗ Inkøbsmuligheder

○ 300m - afstand til indkøb og kollektiv trafik
 ○ 600m - stationsære kerneområder
 ○ 1200m - øvrig stationsære områder

① Opfylder betingelser

② Opfylder delvist betingelser

③ Opfylder ikke betingelser

Bilag

oversigtskort

Bilag til SSUs møde den 6. februar 2013

Sag nr. 13

Bilag 1, 2

NOTAT

om

afløsning/aflastning af pårørende til borgere med demens.

Hvor mange får i dag afløsning/aflastning?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Forslag til forbedret støtte i hjemmet

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

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

Økonomi:

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

Andet

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

Elisabeth Millang

Bilag til SSUs møde den 6. februar 2013

Sag nr. 14

Bilag 1

NOTAT

om

Forslag til måleprogram for "Aktivitet og Træning i hverdagen" - hverdagsrehabilitering på ældreområdet.

Baggrund

Lyngby-Taarbæk Kommune har siden 2009 gennemført 2 projekter på ældreområdet med det formål at undersøge effekten af en målrettet træningsindsats på borgernes grad af selvhjulpethed.

Det første projekt "Træning før varig hjælp" handlede om at tilbyde borgere med et lettere behov for hjælp, der for første gang ansøgte om hjælp, et genoptræningsforløb med henblik på igen at kunne varetage opgaven selv, frem for at være afhængig af passiv hjælp fra kommunen. Effekten af projektet viste sig at være så god, at Social- og Sundhedsudvalget fra 2011 valgte at gøre projektets indhold til gældende som permanent praksis i kommunen (jf. SSU 16.11.2010). Dette serviceniveau fremgår af de politisk vedtagne kvalitetsstandarder.

Det andet projekt "Træning i selvhjulpethed" handlede om at undersøge mulighederne for også at gøre borgere med behov for hjælp til lettere personlig pleje selvhjulpne. Også dette projekt viste sig at have en stor effekt. Udover den menneskelige gevinst for den enkelte borger har kommunen opnået en økonomisk besparelse på 3 mio. kr. som følge af de nye praksis (jf. kommunal bestyrelsens beslutning ifm. budget 2011).

Begge projekter affødte et øget fokus på hjælp til selvhjælp i hele Ældreservice og et ønske om i højere grad at arbejde ud fra en rehabiliterende tilgang helt overordnet. Det vil blandt andet sige, at kommunens medarbejdere hele vejen rundt skal medvirke til at forebygge yderligere sygdom eller forværring af evnen til at fungere i eget liv samt at højne borgerens oplevelse af eget helbred.

Politisk var der et tilsvarende ønske om at fremme indsatsen yderligere for at gøre kommunens ældre borgere mere selvhjulpne (jf. budget 2012). Konkret blev det besluttet, at iværksætte et paradigmeskift på ældreområdet (1), (2), som en 4-årig indsats om øget hjælp til selvhjælp. Indsatsen løber i perioden 1.1.2012 – 31.12.2015 og indeholder

- En videreudvikling af det arbejde der allerede er igangsat gennem de tidligere projekter, dvs. tilbud om tidsbegrænsede terapeutiske træningsydelser nu blot til nye målgrupper og i relation til nye typer ydelser
- Kompetenceudvikling af alle medarbejdere på ældreområdet i forhold til at tænke vejledning, støtte og træning til borgerne ind, før de hhv. visiterer til hjælp eller for hjemmeplejens vedkommende, før de selv udfører opgaverne for borgeren

Paradigmeskiftets hovedformål er:

- at styrke den ældre borger til i højere grad at mestre egen tilværelse
- at skabe mulighed for at den ældre borger forbedrer sin livskvalitet
- at udskyde det tidspunkt, hvor den ældre får behov for offentlig hjælp og støtte

- at ændre medarbejdernes opfattelse af det kommunale tilbud om hjælp fra kompenserende hjælp til et rehabiliterende tilbud
- at opnå en reduktion i antallet af visiterede timer

Forventninger til paradigmeskiftet

Resultaterne af den ændrede tilgang til borgerne efter implementeringen af paradigme-skiftet forventes, at medføre en anden fordeling af ydelser til borgere som modtager hjælp i de kommende år. Det forventes således, at fordelingen af trænings- og plejeydelser vil ændre sig, så der vil blive en stigning af træning og midlertidig hjælp og et fald i varig praktisk hjælp og pleje set i forhold niveauet ultimo 2011.

Herudover forventes det, at der vil være målbare forbedringer i borgerens, funktionsniveau og livskvalitet, ligesom der er en forventning om at der bliver færre borgere som modtager ydelser og der vil ske et fald i antal visiterede timer.

I relation til medarbejderne forventes det, at paradigmeskiftet vil give blandede reaktioner. For nogle vil det være meget tilfredsstillende og for andre vil det være en udfordring. Forventningen er, at modstanden vil være størst i opstarten og på sigt forventes en stigende arbejdsglæde, som vil kunne være med til at nedbringe sygefraværet.

De økonomiske forventninger til paradigmeskiftet er, at man via kompetenceudvikling af ældreområdet medarbejdere, forventer at øge borgernes selvhjulpethed, svarende til at der i gennemsnit vil kunne spares 10 minutters hjemmehjælp pr. borger pr. uge hos i alt 2.200 borgere. En besparelse svarende til 6,6 mio.kr. årligt. Besparelsen forventes indhentet gradvist over en 4-års periode fra 2012 – 2015 i takt med at kompetenceudviklingen bliver gennemført, kulturændringen slår igennem og andelen af borgere, som opnår yderligere selvhjulpethed stiger.

1.000 kr	2012	2013	2014	2015
Udgifter	3.200	-1.550	-2.900	-4.260
Indtægter	0	0	0	
I alt	3.200	-1.550	-2.900	-4.260

(Jf. SSU 07.12.2011, SSU 08.02.2012 og SSU14.03.2012).

Disse forventninger ligger i tråd med resultater og forventninger fra andre kommuner, der de senere år har arbejdet med og gennemført lignende indsatser.

Formål

Formålet med måleprogrammet er, at følge resultat og udbytte ved implementeringen af det nye paradigme på ældreområdet i et længere perspektiv - 3 år, med fokus på både borgerens situation/funktionsniveau, de virkninger det får dels på den faglige indsats, på medarbejdernes arbejdsmiljø og for kommunens økonomi på ældreområdet. Måleprogrammet skal ligeledes være et ledelsesmæssigt styringsværktøj, der sikrer, at der løbende kan ske opfølgning og fastholdelse af det nye paradigme og hvor der kan ske læring på tværs af ældreplejen og hvor det bliver muligt at foretage hurtige og effektive justeringer undervejs af iværksatte indsatser.

Måleprogrammet skal tillige anvendes i forbindelse med selve evalueringen af indsatsen Aktivitet og Træning i hverdagen, der skal sikre, at der sker læring af processen samt at særlige opnåede erfaringer dokumenteres, så andre fremtidige indsatser kan trække på disse erfaringer.

Målgruppe

Måleprogrammet retter sig mod alle borgere som søger om hjælp 1. gang og mod alle borgere som allerede modtager hjælp.

Herudover retter det sig mod de organisatoriske, økonomiske og personalemæssige forhold på ældreområdet – både ift. ledere og til medarbejdere.

Tidsplan

Resultaterne af paradigmeskiftet forventes først at vise sig efter en længere periode, hvorfor der først gennemføres en egentlig midtvejsevaluering af indsatserne i løbet af foråret 2014. Den 4-årige indsats slutevalueres fra oktober – december 2015 og en evalueringsrapport forventes at ligge klar i løbet af 1. kvartal af 2016.

Nærværende måleprogram iværksættes med virkning fra 1.4.2013 og resultaterne fra udvalgte dele af måleprogrammet vil efter nærmere aftale kvartalsvis blive forelagt ”Ledelse på tværs”, som er hovedansvarlig for gennemførelsen af hele paradigmeskiftet.

Første gang dele af måleprogrammet vil blive forelagt ”Ledelse på tværs” efter 2. kvartal 2013.

Model

Måleprogrammet opstilles i forhold til 4 hovedområder, hvor der opstilles mål, succeskriterier samt måleparametre og -metode. De 4 hovedområder er Borger, Personale, Organisation/Kompetenceudvikling og Økonomi.

Dele af måleprogrammet gennemføres i et samarbejde med Metropolskolen, for at få belyst borgernes oplevelser af paradigmeskiftet via en interview-undersøgelse. Design og metode for denne del af måleprogrammet afventer en konkret aftale med Metropolskolen.

Hovedområde	Mål	Succeskriterier	Måleparametre og -frekvens	Målemetode
Borger	1. At andelen af borgere som vurderes deres livskvalitet som god, deres eget helbred som godt og som ønsker at modtage aktiverende eller trænende hjælp stiger 3. At borgere som 1. gang søger om hjælp og som modta-	1. God livskvalitet 70% Eget helbred godt 55% Ønsker at modtage aktiverende hjælp 50% 3. Kriterier opstilles sammen	1. Spm i afsnit 5- ”Selvhjulpethed” i Livsstilsundersøgelsen, 15. juni 2012 som forventes gentages i 2015. ¹ 3. Måling af funktions-	1. Opfølgning på livsstilsundersøgelsen i 2015. Undersøgelse i samarbejde med Metropol Indarbejde særlige spm både i de centrale/ decentrale kval.kontroller og ifm BDO’s tilsyn 3. Journal-audit <i>Metode fastlægges</i>

¹ Der er endnu ikke truffet en konkret politisk beslutning om at gentage Livsstilsundersøgelsen.

	ger træning før varig hjælp og borgere som modtager <u>aktivitet og træning i hverdagen</u> genvinder deres funktionsniveau helt eller delvist.	<i>med træningsenheden</i>	niveau før og efter træning. Primo 2013 og samme gruppe igen i 2015.	<i>sammen med træningsenheden</i>
Personale	1. At ansatte (medarb. og ledere) oplever større arbejdsglæde og motivation gennem kompetence-udvikling og tværfagligt samarbejde og føler sig klædt på til at udføre opgaverne.	1. 50% af medarbejderne oplever større arbejdsglæde og motivation ved udgangen af 2013. 60% ved udgangen af 2014 og 80% ved udgangen af 2015.	1. Den enkelte medarbejders svar på spm. om de oplever større arbejdsglæde.	1. Spm. indgår obligatorisk i de kommende APV-us. som gennemføres hvert 3. år i alle områder. Indarbejde spm i den kommende lederevalueringundersøgelse (2 spm. om arbejdsglæde og at føle sig klædt på, udarbejdes sammen med Metropol.)
Organisation og kompetence-udvikling	1. At visitationen ifm. visitation til ydelser har defineret retningsgivende mål 2. At der sker tilbagemelding fra leverandørerne til visitationen om borgere i eget ,som har behov for mindre hjælp. 3. At der er etableret rehabiliterende team(s) og ambassadørfunktioner i ældreplejen. 4. At der er etableret en struktur for tværfaglig erfaringsudveksling på tværs af områderne. 5. At alle medarbejdere og ledere har gennemført den planlagte undervisning og lederudvikling	1. Med udgangen af 2013 har 50% af alle borgere retningsgivende mål. 100% i 2014. 2. At visitationen Ved 2. kvrt.2013 modtager mindst 40 tilbagemeldinger pr. måned. Ved udgangen af 2013 mindst modtager 50 tilbage-meldinger. Ved 2. kvartal i 2014 mindst 50 tilbagemeldinger. Ved udgangen af 2014 mindst 20 tilbagemeldinger. 3. Team(s) og ambassadørfunktioner fungerer senest med udgangen af 2.kvt 2013. 4. At der sker tværfaglig erfaringsudveksling ved udgangen af 2. kvartal 2013. 5. Samtlige ansatte i center for træning og omsorg har gennemført heldagsundervisning med udgangen af april måned 2013. Alle ledergrupper har gennemført lederudviklingsprogrammet i løbet af 2013. Alle basisedarb., sygepl og terapeuter har gennemført	1. <i>Fastlægge måleparametre sammen med visitationen. Opgøres årligt.</i> 2. Antal henvendelser. Månedsvist opgjort. 3. antal rehab.teams og organiseringen af ambassadører i områderne. Der gøres status efter 2. kvrt. i 2013. 4. Antal "events" pr. område/på tværs af områderne. 5. antal deltagere på heldagsundervisningen i 2013 og Antal på opfølgings-kurserne i 2014. Antal coachingsforløb i ledergrupperne.	1. Journal-audit. <i>Metode fastlægges sammen med visitationen.</i> 2. Visitationen fastlægger opgørelsesmetoden. 3. Gennemgang af organiseringen v/udviklingsmedarbejdere. 4. Gennemgang af organiseringen i hvert område og opgørelse af antal "events". 5. Manuel opgørelse af antallet af deltagere v/udviklingsmedarbejdere. Registrering af de enkelte ledergruppers lederudviklingsforløb.

	<p>6. At alle områder arbejder systematisk med lokale handle- og kommunikationsplaner for paradigme-skiftet</p> <p>7. at der er udarbejdet konkrete faglige indsatser ift. aktivitet/træning i hverdagen for den enkelte borger som er dokumenteret i pleje- og omsorgssystemet og fremgår af planen som ligger i borgerens hjem.</p>	<p>opfølgingskurserne senest med udgangen af 1. kv. 2014</p> <p>6. At alle ledergrupper løbende udarbejder og justerer planer med inddragelse af de lokale MEDudvalg.</p> <p>7.1 At 70% af handleplanerne for pl.hj.beboere er aktive og handlingsorienterede i 2013, 90% i 2014 stigende til 100% i 2015.</p> <p>7.2 Der er opsat mål og plejeplaner for indsatsen ift. de hjemmeboende borgere med følgende succesrate: 2013: 30% 2014: 40% 2015: 60%</p>	<p>6. Antal udarbejdede planer samt antal dagsordningspunkter i de lokale MEDudvalg.</p> <p>7.1 <i>Parametre som skal måles fastsættes i samarbejde med områderne (inde)</i></p> <p>7.2 <i>Parametre som skal måles fastsættes i samarbejde med områderne (ude)</i></p>	<p>6. Gennemgå referater og registrere at planerne har været gennemgået. Gennem dialog på "Ledelse på tværs"-møderne.</p> <p>7.1 BDO tilsyn indarbejder spm og check ifm de lovpligtige tilsyn på plejehjem.</p> <p>7.2 journal-audit. Metode fastlægges sammen med områderne</p>
Økonomi	<p>1. At der sker et fald i den samlede visiterede tid sv.t. de økonomiske forudsætninger.</p> <p>2. At fordelingen af trænings- og plejeydelser ændre sig, så der er en stigning af træning og midlertidig hjælp og et fald i varig praktisk hjælp og pleje.</p> <p>3. At antallet af borgere der modtager varig hjælp falder</p>	<p>1. Den visiterede tid falder med 2½ minut/ borger/uge i 2013, stigende med 2½ minut pr. år til i alt 10 min. pr. borger i 2016.</p> <p>2. <i>Kriterier fastsættes i samarbejde med visitation og områder</i></p> <p>3. Den %-vise andel af ældre over 65 år som modtager varig hjælp falder fra 19,6% i 2012 til 17% i 2013, 16% i 2014 og til 15% i 2015.</p>	<p>1. Opgørelse af den samlede visiterede tid kvartalsvis (sum og gs. tid)</p> <p>2. %-vise fordeling af ydelserne opgøres kvartalsvis.</p> <p>3. Antal borgere som modtager varig hjælp opgøres kvartalsvis.</p>	<p>1. Statistikudtræk fra Uniq med visiterede timer.</p> <p>2. Statistikudtræk fra Uniq.</p> <p>3. Statistikudtræk fra Uniq.</p>

Litteratur

1. Nyt paradigme – aktivitet/træning i hverdagen.
Lyngby-Taarbæk: Bilag til Social- og sundhedsudvalgets møde februar 2012.
2. Poulsen S, Rydstrøm R. Projektbeskrivelse. Aktivitet/træning i hverdagen.
Lyngby-Taarbæk: Ældresevice. Februar 2012.
- 3.

Kjellberg PK. Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune.
devaluering: Notat udarbejdet til Fredericia Kommune.
København: Dansk Sundhedsinstitut. 2010.

1. 1.

4.

Kjellbert J, Ibsen R. Økonomisk evaluering af Længst mulig i eget liv i Fredericia Kommune.
København: Dansk Sundhedsinstitut. 2010.

5.

Greiffenberg, N. Projektbeskrivelse version 1.1. Evaluering af implementering af REHAB.
Gladsaxe: Trænings- og plejeafdelingen, TOP. August 2011.

6.

Tonnesen M, Sørensen JB, Henriksen KN. Grib hverdagen, slutevaluering.
Aarhus Kommune: Sundhed og omsorg. 2012.

Susanne Hansen

Bilag til SSUs møde den 6. februar 2013

Sag nr. 15

Bilag til meddelelsepunkt 1 og 3

Ministeriet for by, bolig og landdistrikter

EVALUERINGSRAPPORT

Formål

Evalueringsrapporten skal give viden om resultater af de projekter, der støttes via tilskud fra ministeriet for by, bolig og landdistrikter. Resultatet af indsatserne skal danne grundlag for en øget kvalitet af de sociale tilbud.

Krav

Skemaet **skal** udfyldes elektronisk og sendes som en vedhæftet fil i en mail til puljeadministrationen. I emnefeltet skrives **kun** journalnr.

Hvis der sendes evalueringsrapporter for flere projekter, deles deres journalnumre af semikolon.

Mailadressen er: puljer@mdbl.dk

Regnskaber med mere skal sendes via almindelig post eller til mailadressen puljer@mdbl.dk.

Rapporten skal have et omfang på 6-10 sider.

Generelle oplysninger

<p>Projektets titel: Bydelsmødre i Lyngby-Taarbæk Kommune - en indsats for at nå udsatte og isolerede kvinder med anden etnisk baggrund.</p>	<p>Kontaktperson (er) og person, der har udfyldt skemaet:</p>																		
<p>Journalnummer: 11/32171</p>	<p>Navn: Bente M Vinten, koordinator Karen Helene Wulff, udviklingskonsulent</p>																		
<p>Pulje (udfyldes kun for ansøgningspuljer): Kvindeprogrammet (finanslovskonto § 18.32.15.44)</p>	<p>Gadenavn, nr. : Rustenborg vej 2A Postnr. & By: 2800 Kgs. Lyngby</p>																		
<p>Ansøger: Lyngby-Taarbæk Kommune, Social- og Sundhedsforvaltningen og Børne- og Fritidsforvaltningen</p>	<p>Tlf. nummer: 24 20 93 53</p>																		
<p>Ansvarlig for tilskuddet: Arife Tozan, Finans og Regnskab Pernille Fabricius, leder af Sundhedstjenesten</p>	<p>CVR-nr.: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>1</td><td>7</td><td>1</td><td>5</td><td>3</td><td>1</td><td>1</td></tr></table> eller CPR-nr.: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p>	1	1	7	1	5	3	1	1							-			
1	1	7	1	5	3	1	1												
						-													
<p>Påbegyndt: d. 01 / 11 år: 2011</p>																			
<p>Afsluttet: d. 31 / 10 år: 2012</p>																			

Tilskuddets størrelse: 110.000 kr

Rapporttype:

- Afsluttende
 Årsrapport

Projektår for rapport:

2011-2012

1	<p>Resumé</p> <p><i>Hvad var projektets overordnede problemstilling og overordnede emne?</i> Projektet ønsker at støtte udsatte kvinder med etnisk minoritetsbaggrund så de bliver mere trygge ved og bekendt med at deltage i samfundet. Projektet rekrutterer ressourcestærke kvinder med etnisk minoritetsbaggrund, der taler dansk ud over andre sprog, og som typisk er i arbejde. Disse kvinder uddannes til 'bydelmødre' og opsøger og besøger de mere udsatte kvinder og tilbyder: samtale om de emner, der er væsentlige for kvinderne; brobygning eller henvisning til rette sted for kvindens spørgsmål; netværk - inddragelse i eller henvisning til aktiviteter og kontakt med andre. Den isolation, ensomhed og mulige utryghed eller uvidenhed de mere udsatte kvinder befinder sig i brydes ved at bydelmødrene bruger deres egne erfaringer, sprogkunderskaber og bydelmoder-uddannelse til at hjælpe kvinderne til at hjælpe sig selv som aktive borgere.</p>
2	<p>Beskriv projektets formål:</p> <p><i>Hvilket problem skal projektet løse?</i> Formålet med projektet er, at skabe kontakt til kvinder med etnisk minoritetsbaggrund, som har få ressourcer og typisk bor i udvalgte boligområder og understøtte, at kvinderne får større viden om det danske samfund og de muligheder de har f.eks. i forhold til institutionsvalg og kontakt til kommunen, samt andre emner som sundhed og ernæring, arbejdsmarked, foreningsliv og aktiviteter. Der uddannes 12 ressourcestærke kvinder med etnisk minoritetsbaggrund (bydelmødre), som kan lave opsøgende arbejde blandt de omtalte mere udsatte og marginaliserede kvinder. Bydelmødrene gennemgår et uddannelsesforløb og bliver undervist og trænet i kommunikation og metoder til samtale, tavshedspligt og andre emner som kommunale instanser, sundhed, uddannelsesinstitutioner, børn og teenagere og opdragelse som alt sammen ruste dem til at arbejde som bydelmødre. Bydelmødrene forventes at aflægge 150 besøg/samtaler med udsatte kvinder. Der etableres en opfølgingscafé for bydelmødrene for løbende at støtte deres arbejde. Endelig gennemføres en evaluering af projektet med opsamling af resultater og erfaringer.</p> <p><i>Er der sket afvigelse i projektets formål?</i> Nej</p> <p><i>Hvis Ja, oplys hvorfor og hvordan?</i></p>
3	<p>Beskriv projektets målgruppe:</p> <p><i>Hvem er målgruppen?:</i> ressourcestærke kvinder med etnisk minoritetsbaggrund og udsatte kvinder med etnisk minoritetsbaggrund</p> <p><i>Hvor stor er målgruppe?</i> Der bor godt 1850 kvinder med ikke-vestlig baggrund i Lyngby Taarbæk Kommune, heraf 1150 i alderen 20 - 49 år. 635 er i arbejde. 254 på offentlig forsørgelse (Kilde: Dk statistik og jobindsats.dk). Projektet søger 10-12 ressourcestærke kvinder til uddannelse som Bydelmødre, og målsætter 150 besøg til udsatte kvinder (der er ikke i projektbeskrivelsen sat mål for hvor mange kvinder, der skal besøges)</p>

Er der i projektperioden sket afvigelser i målgruppen og dennes størrelse? nej

Hvis Ja, oplys hvorfor og hvordan?

Hvor mange brugere er der i projektet?

12 kvinder er uddannet som Bydelsmødre.

Der er foretaget 104 besøg.

71 kvinder har modtaget besøg af en bydelsmor.

Hvor mange af hvert køn? Hankøn 0 Hunkøn 12 + 71 = 83

3 Beskriv projektets resultater:

Hvilke resultater har projektet nået?

12 bydelsmødre, dansktalende og med anden etnisk baggrund er uddannet og aktive som bydelsmødre. De er alle stadig aktive.

71 kvinder er besøgt - i alt 104 antal besøg

8 café møder er afholdt

Hvis ikke alle forventede resultater er nået, oplys da årsagen hertil:

Der er foretaget 104 besøg af de forventede 150 besøg. Uddannelsen som bydelsmødre blev afsluttet i 23. maj. Det tidspunkt, hvor bydelsmødrene skulle fortsætte deres virke efter endt uddannelse kom således til at falde sammen med, at det blev sommer og sommerferie i juni og juli og ramadanen faldt i august - det vil sige en lang periode, hvor mange er ude at rejse eller holder fri.

Der har således effektivt kun været perioden fra slut august til slut oktober for bydelsmødrene at arbejde i efter endt uddannelse. Det nødvendige arbejde med at lave PR og udbrede kendskabet til bydelsmødrene kunne først for alvor genoptages de sidste 2 måneder af projektperioden, hvor gruppens fokus også kom til at ligge på at danne foreningen og planlægge projektets bæredygtighed efter projektperiodens afslutning.

Hvilke forandringer har projektet medført for målgruppen?

Bydelsmødrene er stolte af deres uddannelse og glade for den hjælp og støtte, de nu kan give med større sikkerhed (på grund af deres uddannelse og foreningen) til andre kvinder.

Hvor mange brugere oplever, at der er sket en forandring i deres situation?

Her er et par eksempler på brugernes oplevelse af forandring:

En kvinde fortæller, at bydelsmoderen har fortalt hende om forskellige muligheder for kontoer i banken og hvordan man i banken kan oprette en fælleskonto med sin mand. Kvinden siger, at før vidste hun ingenting om dette og kunne kun forlade sig på, hvad hendes mand sagde. Nu har hun en egen viden og kan snakke med, og nu har de orden i deres ting og betaler deres regninger.

En anden beretning er en kvinde, der er i arbejde, men er i fare for at miste det, da hendes danske sprog er dårligt. Bydelsmoderen snakker med hende om at gå på sprogskole igen. Kvinden afslår men efter flere samtaler får bydelsmoderen motiveret hende og går med hende på VUC og skriver hende op til et nyt kursus

og bydelsmoderen lover, at følge med hende, så hun til sin tid kan finde eksamenslokalet.

Bydelsmødrene fortæller, at mange samtaler drejer sig om det vigtige ved at blive færdige med sprogskolen, fordi så har man mulighed for at tage en uddannelse bagefter - det er finanskrisetid og man kan ikke vide hvordan det er med at få arbejde, men derfor er det alligevel godt at kunne tage en uddannelse.

4 **Beskriv de centrale aktiviteter i projektet:**

Hvilke aktiviteter har projektet udført for at opnå formålet?

- Rekruttering af bydelsmødre: koordinator gjorde et grundigt arbejde for at komme i kontakt med mulige kandidater til bydelsmødre forud for informationsmødet. Hun fik personlig kontakt med mulige kandidater gennem boligforeningerne og andre frivillige foreninger i kommunen udover at informationsmødet blev annonceret i lokalavisen og ved opslag i boligforeninger, institutioner og bibliotek.

- Planlægning og afholdelse af undervisningsforløb for bydelsmødre: der var god opbakning fra forskellige services i kommunen og andre foreninger om at bidrage til undervisningen. Bydelsmødrene har været meget stabile i deltagelse i uddannelse og øvelser og forløbet blev afsluttet med uddeling af diplom for bestået uddannelse med deltagelse af borgmesteren og formand for integrationsudvalget i Lyngby-Taarbæk kommune.

- Oplysning og udbredelse af information om bydelsmødrene: i forbindelse med uddannelsesprogrammet og opstart af projektet er der blevet informeret bredt om projektet på tværs af de kommunale forvaltninger, dagsinstitutioner, jobcenter, socialforvaltning, SSP, skole, hjemmesygeplejen, sundhedsplejen og gennem bibliotek og boligforeninger.

- Besøg hos udsatte kvinder. Der er i opstartsfasen ofte tale om, at de kvinder, der bliver besøgt er nogen, bydelsmødrene kommer i kontakt med i deres boligområde, familie/netværk eller arbejdsplads. Enkelte er henvist fra f.eks. sundhedsplejerskerne. Der er tit tale om flere besøg/samtaler med den samme kvinde - fordi f.eks. motivation til at tage en beslutning kan tage tid.

- Cafe for bydelsmødre: koordinator har mødtes med bydelsmødrene hver 14. dag i alt 8 gange. På disse møder har bydelsmødrene og koordinator delt erfaringer og planlagt næste skridt.

- Etablering af forening: denne aktivitet var ikke beskrevet i projektet, men det blev indlysende for koordinator og bydelsmødrene, at det var et vigtigt skridt for at forankre projektet og gøre det organisatorisk bæredygtigt efter projektperiodens afslutning. Bydelsmødrenes Landsorganisation har været en væsentlig samarbejdspartner i denne proces.

Er der sket afvigelser i forhold til de planlagte aktiviteter?

Oplys hvorfor og hvordan:

Alle de i projektdokumentet beskrevne aktiviteter er gennemført.

Dertil har koordinator sammen med bydelsmødrene og Sekretariatet for Bydelsmødre taget skridt til at stifte projektgruppen som en social forening d. 24.9.12. Dette skridt til at sikre forankringen af projektet og dets videreførelse og organisatoriske bæredygtighed var ikke beskrevet i projektdokumentet men blev indlysende væsentligt for deltagerne under projektet - ved at være en forening består bydelsmødrene som frivillig forening og kan have adgang til de tilbud og muligheder, der er til foreninger indenfor det frivillige sociale arbejde i kommunen såvel udenfor kommunen.

<p>5</p>	<p>Beskriv om de opstillede mål i ansøgningen for succes er opnået:</p> <p><i>Hvordan er der foretaget måling af om målene er nået?</i> Uddannelsesprogram for bydelsmødre er udarbejdet og gennemført. I alt 14 undervisningsgange. Der er uddelt diplomer til de 12 bydelsmødre, der har gennemgået og bestået uddannelsen til bydelsmor. Bydelsmødrene har skrevet 'arbejdssedler' som dokumentation for de besøg, de har foretaget til udsatte kvinder. Der er skrevet referat fra Cafémøderne, i alt 8 referater.</p> <p><i>Hvem har foretaget målingen og vurderet denne?</i> Koordinator for projektet har indsamlet dokumentation, forestået uddannelsesforløbet, været i løbende kontakt med bydelsmødrene og deltaget i cafémøderne. En udviklingskonsulent har skrevet evalueringsrapporten på baggrund af interviews og skriftlige kilder. Det viste sig ved samtale med Bydelsmødrene, at de ikke var opmærksomme på at skrive arbejdssedler eller på anden vis registrere, når de havde flere samtaler med den samme kvinde. Bydelsmødrene blev derfor spurgt på et cafemøde og via email, hvor mange gange de havde holdt samtaler med de forskellige kvinder. Besøgstallet er baseret på dels det registrerede, dels det oplyste tal om flere samtaler med samme kvinde.</p>
<p>6</p>	<p>Beskriv plan for forankring af projektet:</p> <p><i>Er der gjort tiltag for at projektet kan opnå forankring? I så fald hvilke?</i> Projektet er blevet etableret som social forening, hjemmehørende i Lyngby-Taarbæk Kommune. Projektet/foreningen har god kontakt til andre foreninger i kommunen og til Lyngby-Taarbæk Frivilligcenter. Derudover er projektet/foreningen knyttet til Bydelsmødrenes Landsorganisation, der er en landsdækkende forening. Projektets koordinator, der er sundhedsplejerske, vil fortsat støtte projektet med telefonisk kontakt og jævnlig deltagelse i arrangementer.</p> <p><i>Hvad har udfaldet af forankringstiltagene været?</i> Bydelsmødrene er stolte af at have etableret en forening og går til opgaven i forankringsfasen med engagement, gå-på-mod og lyst til at skabe deres egne resultater. Nogle af bestyrelsesmedlemmerne deltog i Bydelsmødrenes Landsorganisations landsmøde i Oktober og blev meget motiverede af at møde andre bydelsmødre og foreningens arbejde på landsplan. Der er positiv støtte fra foreningslivet og kommunen. Det forventes at koordinatoren efter endt projektperiode fortsat vil være i løbende kontakt med bydelsmødrene. De involverede boligforeninger, der støtter og huser projektet, er stolte af projektets aktiviteter og resultater.</p>

<p>7</p>	<p>Beskriv om viden om projektets eksistens og/eller resultater er videregivet til andre:</p> <p><i>Er projektets eksistens og/eller resultater formidlet til andre? Til hvem, hvordan og hvornår?</i></p> <p>Koordinator har løbende i projektets opstarts og implementeringsperiode været i kontakt med dagsinstitutioner, Jobcenter, tværfagligt forum på Rådhuset, sundhedsplejen, boligforeningerne, biblioteket m.fl. Underviserne i bydelsmoderuddannelsen har relation til forskellige kommunale arbejdsområder (Frivilligcentret, SSP, Borgerservice, Ungdoms Uddannelserne, tosprogs konsulent, tandplejen, integrationsrådet) eller foreninglivet (diabetes foreningen, Bydelsmødrenes Landsorganisation, Sex og Samfund) samt Fødevarestyrelsen om ernæring og sundhed.</p> <p>Bydelsmødrene formidler løbende selv om deres virke til deres netværk - f.eks. arbejdspladser, boligområde, kirke, moske m.m.</p> <p><i>Har projektet været i medierne? Hvilket og hvornår?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - artikler i boligforeningen DABs nyhedsbrev 19. juni 'Bydelsmødre i Lundtofteparken' og 7. juli 2012: 'Kvinder hjælper kvinder i Lundtofteparken' - lokalavisen 'Det grønne område', 3 artikler: '12 nye bydelsmødre i Lyngby-Taarbæk', 'Bydelsmødre fejret på Rådhuset' og 'Taknemmelig over at være i Danmark - interview med forkvinden for Bydelsmødrene, Fatou Saidy' 25. maj 2012. - boligforeningen DAB formidler nyheder om projektet på sit intranet. - 'Frivilligcenter Lyngby's hjemmeside og Facebook-side, 25. maj 2012 - 'Mødre tager ansvar i Lundtofteparken', DAB information, September 2012. - 'Jeg motiverer og viser omsorg - som 'bydelssmor' er social- og sundhedshjælper Fatou Saidy rollemodel og vejleder for indvandrerkvinder i sit lokalområde.' <p>Fagbladet FOA, nr. 10, 12. oktober 2012.</p>
<p>8</p>	<p>Øvrige forhold:</p> <p><i>Er der andre forhold som ikke er dækket af evalueringsskemaet som er relevant i forhold til erfaringsudveksling mv.?</i></p>

BASSIN FREMMØDE 2012

Dato	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	I ALT	
Jan	17	5	5	6	9			17	6	10	5	9			18	9	4	8	6			20	6	7	6	10			18	8	209		
Feb.	6	3	10			19	9	4	7	11			19	11	3	4	14			16	10	3	7	12			17	10	3			198	
Marc	6	13			15	10	8	6	15			luk	6	7	8	12			14	7	7	8	12			15	4	6	6	10		195	
Apr.		15	5	6						5	7	6	10			17	4	6	7	6			14	6	5	6	7			14		146	
Maj	fri	6	7				14	6	7	5	6			12	6	8		6			12	4	8	L		4				5	8	8	132
Jun.	6			15	L	6	8	7			15	5	7	6	10			17	7	9	5	8			14	7	8	4	L			164	
Jul		11	7	11	4	9			14	6	6	4	8			L	U	K	KE	T			11	7	6	8	8			12	8	140	
Aug.	6	5	10			9	7	4	3	9			13	9	8	3	8			13	7	9	5	7			11	7	8	4	7	172	
Sep.			12	8	8	5	6			13	8	7	7	6			15	8	7	7	6			15	9	4	10	3				164	
Okt.	10	8	5	9	5			13	9	7	6	6			15	9	7	3	7			16	8	7	7	9			16	10	9	201	
Nov.	10	10			17	8	8	9	13			16	9	6	6	12			11	9	6	4	11			15	6	8	4	11		209	
Dec.			16	5	9	4	14			17	4	9	4	13			14	4	6	4	10			J	U	L	L	8			7	148	
																																0	

veekender

helligdage