



Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Møde nr. 31-08-2016

Mødet blev holdt onsdag den 31. august 2016 på Rådhuset i Mødelokale C.
Mødet begyndte kl. 07:30 og sluttede kl. 11:30.

Medlemmer: Formand - Olav B. Christensen (V), Næstformand - Poul Albrechtsen (O), Gurli Nielsen (C), Henriette Gedde (A), Niels Kirkegaard (V)

1. Bemærkninger til dagsordenen	1
2. Meddelelser	2
3. Sundhed- og Velfærdsudvalgets møder i 2017	3
4. ADHD projekt 2016-2019	4
5. Rammeaftale 2017	7
6. Strategi for modtagelse og integration af flygtninge	11
7. Initiativsag nr. 36 - Ældreboliger	18
8. Ny revideret interessentkontrakt og leveringsaftale til MAD til hver DAG	21
9. Harmonisering af betalingsbetingelser for serviceydelser på plejecentre	25
10. Budget 2017-20: Omlægning af puljen vedr klippekortsmodellen på ældreområdet	34
11. Omprioritering af dele af værdighedsmidlerne 2016	37
12. Skitse til udbygning af genoptræning på plejecenter Engholm	40
13. Opfølgning sundhedsaftale III 2015 - 2018	43
14. Sammenligning serviceniveauer ældreområdet	47
15. Revision af sundhedspolitik	50
16. Plejecenterlæger	52
17. Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med plejehjem i Allerød Kommune 2015	54

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**1. Bemærkninger til dagsordenen**

Sagsnr.: 15/17646

Punkttype	-
Tema	-
Sagsbeskrivelse	-
Administration	-
ens forslag	
Afledte	-
konsekvenser	
Økonomi og	-
finansiering	
Dialog/høring	-
Bilag	Nej

Beslutning	Til efterretning, idet datoen for dagsordensindkaldelsen rettes.
Sundheds- og	
Velfærdsudval	
get 2014-2017	
den 31-08-2016	

Fraværende	Ingen
-------------------	-------

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**2. Meddelelser**

Sagsnr.: 15/17594

Punkttype

-

Tema

- Ansøgning til demens rejseholdet
- Satspulje til nedbringelse af ventetider på genoptræning
- Status på frikommuneansøgninger og eventuelt samarbejde med A.P. Møller Fonden
- Elektronisk Omsorgssystem (EOJ) fælleskommunalt udbud
- Pasaftale Borgerservice
- Organisation Glad Service
- Invitation til politisk dialogmøde om nyt rammepapir for sundhed 12. oktober 2016 – kl. 15.00-18.00 Kulturhuset Brønden, Multisalen, Brøndby Strand Centrum 60, 2660 Brøndby Strand

•

Afledte

-

konsekvenser**Økonomi og finansiering**

-

Bilag

Nej

Beslutning**Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 31-08-2016**

Til efterretning, idet Olav B. Christensen orienterede om besøg hos SIF living lab til indvielse.

Fraværende

Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**3. Sundhed- og Velfærdsudvalgets møder i 2017**

Sagsnr.: 16/6967

Punkttype	Beslutning
Tema	Sundhed- og Velfærdsudvalget anmodes om at beslutte datoer og tidspunkter for udvalgets møder i 2017.
Sagsbeskrivelse	Sundhed- og Velfærdsudvalgsmøderne foreslås afholdt på rådhuset kl. 7.30 på følgende dage: Onsdag den 4. januar 2017 Onsdag den 25. januar 2017 Onsdag den 8. marts 2017 Onsdag den 29. marts 2017 Onsdag den 3. maj 2017 Onsdag den 31. maj 2017 Onsdag den 9. august 2017 Onsdag den 30. august 2017 Onsdag den 20. september 2017 Onsdag den 1. november 2017 Onsdag den 29. november 2017 Forslag til mødeplan for byrådet og samtlige udvalg er vedlagt som bilag.
Administrationens forslag	Forvaltningen anbefaler, at forslag til mødetidspunkter for Sundheds- og Velfærdsudvalget i 2017 godkendes.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	-
Dialog/høring	-
Bilag	Forslag mødeplan 2017 version 2.pdf
Beslutning	Udvalget besluttede, at mødet den 4. januar 2017 ændres til mandag den 19. december 2016 og mødet 9. august 2017 ændres til onsdag den 21. juni 2017.
Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 31-08-2016	
Fraværende	Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**4. ADHD projekt 2016-2019**

Sagsnr.: 16/6370

Punkttype

Orientering

Tema

Allerød Kommune har sammen med hjerneskadecenteret BOMI, og Køge og Lolland Kommuner ansøgt om puljemidler til at deltage i projekt ”Bedre hjælp til unge og voksne med ADHD” udbudt af Socialstyrelsen.

Sagsbeskrivelse

Der er bevilget 875.000 kr. til hver kommune, gældende for perioden juni 2016 til december 2018.

Allerød Kommune har valgt at deltage i et nyt projekt omkring indsats på ADHD området, da der gennem en årrække er set en stigning af borgere med ADHD diagnoser, dette gør sig gældende på både børne-unge og voksenområdet. Der foregår allerede gode indsatser i dag på området, men i lighed med indsats over for andre målgrupper er det sparsomt, hvad der foreligger af evidens på den indsats kommuner tilbyder. I dag foregår indsatsen på området på baggrund af funktionsudredninger og individuel indsats, udført af leverandører med erfaring på ADHD området, enten i form af undervisning, socialpædagogisk støtte, arbejdsmarkedsafklaring og træning. Målet er støtte til mestring af eget liv, herunder særlig fokus på uddannelse og arbejde.

Ved at deltage i projektet får Allerød Kommune puljemidler samt den nødvendige sparing til at få både evidens på området samt nye værktøjer ift. at gøre den kommunale indsats over for målgruppen mere kvalificeret, effektiv og samtidig sikre, at indsatsen bliver mere økonomisk rentabel.

Baggrund

I forbindelse med arbejdet med satspuljeprogrammet ”Ny forstærket indsats til børn, unge og voksne med ADHD” og den nationale ADHD-handleplan blev Socialstyrelsen opmærksom på to metoder, udviklet i England, som rummer et stort potentiale i forhold til unge og voksne med ADHD eller lignende vanskeligheder i Danmark. Metoderne er bygget op omkring en kognitiv model, der tager afsæt i de kernevanskeligheder der typisk gør sig gældende for voksne, som har levet med ADHD eller lignende vanskeligheder hele deres liv. Metoderne oversættes, tilpasses og afprøves i en dansk kontekst, i samarbejde med programudvikler.

Målgruppe

Metodernes primære målgruppe er unge og voksne med ADHD og lignende vanskeligheder, i risiko for at udvikle sociale problemer. Den sekundære målgruppe er kommuner med interesse i at styrke deres

indsats på ADHD-området.

Formålet

Formålet med projektet er at stille dokumenterede og manualbaserede metoder til rådighed for kommunerne, som er afprøvet i og tilpasset til en dansk kontekst. Metoderne kan være med til at understøtte at flere mennesker med ADHD får en relevant og målrettet indsats, som understøtter selvhjulpenhed, trivsel og medborgerskab. På den måde mindskes risikoen for, at borgere med ADHD og lignende vanskeligheder får så gennemgribende vanskeligheder pga. deres funktionsnedsættelse, at de får brug for omkostningstunge og komplekse indsatser. Fokus er rettet mod, at den enkelte opnår en bedre indsigt i egne vanskeligheder og måder at håndtere dem på. På den måde opbygges succesoplevelser, der understøtter positive følelser, selvtillid og selvværd, positiv adfærd, positive tanker og forestillinger. Dette fokus skaber en større robusthed (resiliens) i forhold til fremadrettet at kunne indgå i f.eks. sociale situationer, konfrontationer, eksamener mv.

Der stilles skarpt på:

- At styrke den sociale indsats målrettet unge og voksne med ADHD eller lignende vanskeligheder, så deres mestring, robusthed og evne til at håndtere svære situationer øges, og behovet for indgribende og langvarige indsatser mindskes.
- At forbedre kompetencer i forhold til job, uddannelse og sociale relationer.

Dokumentation og evaluering:

Metoden indeholder anvisninger til at måle effekten og resultaterne for den enkelte deltager. Der bliver gennemført målinger på individniveau gennem hele afprøvningsfasen. Derudover dokumenteres og evalueres projektet af en ekstern leverandør gennem:

- En effekt- og implementeringsevaluering med før- og eftermåling
- En cost-effectiveness og/eller en cost-benefit analyse
- En afsluttende projektrapport med anbefalinger af spredningsmodel

Allerød Kommune skal i projektets første år fungere som kontrolkommune, sammen med Køge og Lolland Kommune samtidig med at Odense Kommune har taget metoden i brug i samme periode. At Allerød fungerer som kontrolkommune betyder, at vi skal bistå til dataindsamlingen ved at registrere de nuværende tilbud til målgruppen, og visitere udvalgte borgere til projektet. I år 2, medio 2017 og indtil ultimo 2018 afprøves de nye metoder.

Der forventes at ca. 80-120 borgere bliver inddraget i projektperioden.

Projektet udføres i tæt samarbejde med Socialstyrelsen og hjerneskadecenter BOMI og med mulighed for sparring med de andre projektkommuner: Odense, Lolland og Køge.

Allerød Kommune er bevilget 875.000 kr. til finansiering af efteruddannelse og vikardækning og bidrager med medfinansiering ved at stille medarbejderressourcer til rådighed.

Det tages udgangspunkt i de medarbejdere som allerede i dag arbejder med målgruppen, således at merindsatsen minimeres ved en mere struktureret indsats og tidsforbrug.

Administrationens forslag

Forvaltningen foreslår, at orienteringen tages til efterretning og at udvalgene holdes orienteret om projektets udvikling.

Afledte

-

konsekvenser

Økonomi og finansiering

Der er bevilget i alt 875.000 kr. i perioden juni 2016 til 31. december 2018. Projektet afstedkommer ingen nettoudgift for kommunen og medfører ingen ændring af serviceudgifterne.

Dialog/høring

Handicaprådet

Bilag

Nej

Beslutning Børn- og Skoleudvalget 2014-2017 den 30-08-2016

Udvalget tog orienteringen til efterretning

Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 31-08-2016

Udvalget tog orienteringen til efterretning.

Der forelå høringssvar fra Handicaprådet. Til efterretning.

Fraværende

Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**5. Rammeaftale 2017**

Sagsnr.: 08/2766

Punkttype

Beslutning

Tema

Kommunerne har siden 2011 haft ansvaret for koordineringen af det specialiserede socialområde og specialundervisning, herunder ansvaret for udarbejdelse af en årlig rammeaftale for det specialiserede social- og undervisningsområde, der består af en udviklingsstrategi og en styringsaftale.

Børn-og Skoleudvalg og Sundheds- og Velfærdsudvalg anmodes om at indstille den vedlagte rammeaftale for 2017 og afrapporteringen omkring svære spiseforstyrrelser godkendt i byrådet.

Sagsbeskrivelse

Kommunernes og regionens frist for behandling af Rammeaftale 2017 samt afrapporteringen er den 1. oktober 2016.

Rammeaftale 2017 fremlægges til drøftelse i kommunerne og Region Hovedstaden med henblik på godkendelse.

Endvidere fremlægges hovedstadsregionens afrapportering på Socialstyrelsens centrale udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser. Socialstyrelsens centrale udmeldinger er en del af den nationale koordinationsstruktur, der skal sikre, at der eksisterer det rette udbud af tilbud og vidensmiljøer til borgere, der har meget sjældne funktionsevnenedsættelser, særligt komplekse sociale problemer eller andre komplekse behov.

Rammeaftalen fokuserer på de konkrete aftaler, der er indgået for 2017 om styring og udvikling af det tværgående specialiserede social- og undervisningsområde. Bilagne kan ses på den fælleskommunale hjemmeside www.rammeaftale-h.dk.

Udviklingsstrategi i Rammeaftale 2017

Udviklingsstrategi i Rammeaftale 2017 omfatter aftaler for, hvordan udviklingen af det specialiserede social- og undervisningsområde kan understøttes fagligt og kapacitetsmæssigt.

Generelt oplever kommunerne, at der er sammenhæng mellem kommunernes behov og de højt specialiserede tilbuds udbud af pladser og ydelser inden for alle målgrupper. Der vurderes derfor ikke på nuværende tidspunkt at være behov for at indgå tværkommunale aftaler og/eller aftaler mellem kommunerne og Region Hovedstaden om konkrete reguleringer af tilbud eller pladser.

Udviklingsstrategien omfatter desuden aftaler om behandling af særlige

temaer og fokusområder på tværs af kommunerne og regionen.

Som særligt tema i 2017 er valgt: *Implementering af fælles målsætninger for det tværgående specialiserede socialområde.*

Arbejdet med at formulere fælles målsætninger pågår i 2016 og har til formål at understøtte det tværgående samarbejde omkring det specialiserede socialområde. Der er særligt fokus på målgrupper med svære og komplekse vanskeligheder, som kræver et tværgående samarbejde mellem kommunerne og regionen for at sikre bæredygtige tilbud. Klare fælles målsætninger skal bidrage til at skabe en ramme for det tværgående samarbejde, hvor det fælles fokus er at sikre en fortsat høj kvalitet til samme penge, faglig udvikling samt virksomme metoder og effekt i tilbuddene.

I 2017 vil der være fokus på at få implementeret de fælles målsætninger i de 29 kommuner og Region Hovedstaden, herunder initiativer, der er relevante at igangsætte på baggrund af de fælles målsætninger.

I Udviklingsstrategien er desuden valgt følgende fokusområde: *Specialiseret socialpædagogisk støtte og bistand samt kommunernes erfaringer med at omsætte Voksenudredningsmetoden til praksis.*

Fokusområdet udspringer af de bevægelser, der har præget området de seneste år, og understøtter kommunernes arbejde med at tilbyde indsatser for borgerne i eget hjem, hvor der opleves større effekt ved indsatserne. Fokusområdet vil være genstand for vidensdelingsaktiviteter i 2017.

Styringsaftale i Rammeaftale 2017

Styringsaftalen i Rammeaftale 2017 er et redskab til at understøtte det kommunale samarbejde i hovedstadsregionen og samarbejdet mellem kommunerne og regionen. Styringsaftalen 2017 omfatter:

- Aftale om udviklingen i udgifter per dag i de takstbelagte tilbud for perioden 2014-2018, som blev indgået på møde i KKR Hovedstaden den 20. april 2016.
- Aftaler, takstmodel og procedurer, som skal understøtte samarbejde og dialog mellem brugerkommuner og driftsherrer om de konkrete forløb ved køb og salg af pladser

Ændringer i lovgivning og praksis giver anledning til enkelte nye elementer i Styringsaftale i Rammeaftale 2017, som har betydning for takstberegningen for 2017:

- Ny procedure for fastsættelse og opkrævning

af beboeres egenbetaling i tilbud

- Ny mulighed for at anvende abonnementsordninger
- Specifikation af de tilbudstyper, der er omfattet af takstmodellen i Styringsaftalen.

Central udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser

Som led i den Nationale Koordinationsstruktur udsendte Socialstyrelsen i november 2015 en central udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser. Afrapporteringen på den centrale udmelding sker samlet for kommunerne i hver region i forbindelse med fastsættelsen af Rammeaftale 2017.

Hovedstadsregionens afrapportering konkluderer, at kommunerne og Region Hovedstaden gennemgående oplever overensstemmelse mellem udbuddet af højt specialiserede indsatser/tilbud til målgruppen og kommunernes behov herfor. Der er således ikke behov for yderligere tiltag for at sikre højt specialiserede pladser eller tilbud til målgruppen.

Afrapporteringen peger på udfordringer i forhold til at sikre gode overgange og sammenhængende forløb mellem den regionale psykiatri og de kommunale rehabiliterende indsatser på det sociale område. KKR Hovedstadens Embedsmandsudvalg for Socialområdet og Specialundervisning har derfor igangsat etableringen af et tværregionalt netværk, der skal bidrage til at skabe bedre sammenhæng mellem de regionale og kommunale indsatser og dermed mere effektive forløb.

Allerød Kommune tilpasser løbende praksis på området og sikrer at medarbejdere på området er opdaterede omkring indsatsen ift. spiseforstyrrelser.

Administrationens forslag

Forvaltningen anbefaler, at udvalget indstiller den vedlagte rammeaftale for 2017 og afrapporteringen omkring svære spiseforstyrrelser godkendt i byrådet.

Afledte konsekvenser Økonomi og finansiering Dialog/høring Bilag

Ingen

Der er ingen økonomiske konsekvenser

Handicapråd

Hovedstadsregionens afrapportering svære spiseforstyrrelser.pdf

Beslutning Børn- og Skoleudvalget 2014-2017 den 30-08-2016

Indstilles godkendt

Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 31-08-2016

Udvalget indstiller Rammeaftale 2017 og afrapporteringen omkring svære spiseforstyrrelser godkendt i byrådet.

Der forelå høringssvar fra Handicaprådet. Taget til efterretning.

Fraværende

Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**6. Strategi for modtagelse og integration af flygtninge**

Sagsnr.: 16/5777

Punkttype

Beslutning

Tema

Byrådet har besluttet at udarbejde en strategi for modtagelse og integration af flygtninge i Allerød Kommune. Strategien har været undervejs siden april 2016 og er udarbejdet i et tværgående samarbejde mellem en række aktører på området – medarbejdere, frivillige, foreninger, flygtninge, virksomheder mv.

Sagsbeskrivelse

Udvalgene skal i denne sag tage stilling til et udkast til en samlet strategi og i den forbindelse indstille over for økonomiudvalget, hvilke indsatser inden for udvalgets områder, udvalget ønsker prioriteret.

Opgaven med modtagelse og integration af flygtninge er blevet mere omfattende og mere differentieret.

Byrådet har derfor i april 2016 bestilt en strategi der:

- Tager udgangspunkt i Byrådets vision om *Fælles udvikling i balance* og hvor kommunens værdier om respekt, åbenhed og troværdighed står tydeligt frem
- Beskriver nuværende indsatser således, at alle kan orientere sig herom
- Beskriver sammenhæng og fælles fokus i de mange indsatser for modtagelse og integration
- Indeholder klare mål for hvordan udvikling af indsatserne skal øge beskæftigelsen og forbedre integration i lokalmiljøet.
- Er udarbejdet med størst mulig inddragelse af medarbejdere, frivillige, foreninger, virksomheder og flygtningene selv

I løbet af foråret har en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra samtlige forvaltningsenheder, der har opgaver i forbindelse med modtagelse og integration af flygtninge, derfor arbejdet med at udarbejde et udkast til en samlet strategi.

Der er gennemført en bred inddragelsesproces i flere forskellige fora. Processen har blandt andet indeholdt møder med centrale aktører fra erhvervslivet, fokusgruppeinterviews med flygtninge, tilbagevendende faglige sparringsmøder med foreninger, frivillige og medarbejdere, der til dagligt arbejder med og sammen med flygtninge, og senest det åbne møde på Rådhuset den 11. august. Her inviterede byrådet alle

interesserede til at deltage i drøftelser og komme med bidrag til hvordan indsatsen målrettet modtagelse og integration af flygtninge kan udvikles i Allerød Kommune. Strategien har været forelagt byrådet i arbejdsversioner undervejs.

Strategien skal understøtte en helhedsorienteret integrerende flygtningeindsats i Allerød Kommune ved at:

- Sætte mål og rammer for en helhedsorienteret, tværgående tilgang til integrationen af flygtninge, der giver den enkelte flygtning de bedst mulige vilkår for at blive en aktiv medborger i samfundet.
- Sikre koordinering og samarbejde om indsatsen på tværs i hele kommunen og dermed bidrage til at give de bedste muligheder for beskæftigelse - samt social og kulturel integration i de lokale fællesskaber, i skole og uddannelsessystemet og i kultur og foreningslivet.
- Synliggøre indsatsen og sammenhænge i kommunens indsats under den treårige integrationsperiode således, at alle involverede aktører kan se sig selv i opgaven.

Helt centralt for en vellykket integration er beskæftigelsesindsatsen og inklusion i lokalmiljøet. Derfor er det strategiens vision, at flygtninge i Allerød Kommune hurtigst muligt bliver selvforsørgende aktive medborgere, der trives i og med det lokale samfund.

Strategiens indhold

Strategien indeholder de overordnede kerneindsatser og politiske mål der prioriteres som led i modtagelsen og integrationen af flygtninge i kommunen.

Strategien er inddelt i delområder. Hvert delområde skal synliggøre forskellige aspekter af den samlede indsats, der skal understøtte en god integration. Under hvert delområde redegøres for den nuværende praksis og hvordan indsatsen skal udvikles. Endvidere fastsættes mål for hvorledes kommunen ønsker at kunne se progression i forhold til indsatsen inden for de enkelte delområder. Delområderne er:

- Modtagelse – én indgang til kommunen,
- Egnede boliger – midlertidige og

- permanente
- Selvforsørgende så hurtig som muligt
- Leg og læring - Uddannelsesmuligheder – hele livet
- Sundhed og trivsel
- At være en del af lokalsamfundet.

Nedenfor er opstillet de centrale elementer strategien indeholder i forhold til udvikling af indsatsen inden for de 6 delområder. Nogle af indsatserne vil være omfattet af ekstra udgifter

Modtagelse – én indgang til kommunen

- Implementering af ”Min Plan”, bedre information til flygtninge, øget hjælp til selvhjælp, og større ansvar for egen integration
- Tidlige indsatser og forbedret tværgående koordinering mellem integrationshus, frivillige, skoler, virksomheder m.m.
- Ansættelse af familiekonsulenter som bindeleddet mellem familien og de mange kommunale instanser- herunder skoler og dagtilbud

Selvforsørgende så hurtig som muligt

- Implementering af Allerød Uddannelsen, en beskæftigelsesrettet kompetencegivende uddannelse for voksne flygtninge – i samarbejde med virksomheder
- Særligt fokus på optagelse af flygtninge på integrationsgrunduddannelsen
- Oprettelse af Erhvervsnetværk, og tættere forpligtende samarbejdsaftaler med private virksomheder
- Større fleksibilitet i samarbejdet med sprogskoler og øget fokus på rollemodeller, motivation, og empowerment

Egnende boliger – midlertidige og permanente

- Perioden i midlertidige boliger nedbringes kontinuerligt
- Den permanente boligplacering for familier med børn sker geografisk tæt på den midlertidige bolig således, at børn undgå

unødige skift i henholdsvis dagtilbud og skole.

Leg og læring - Uddannelsesmuligheder – hele livet

- Vurdering af skoleparathed og omlægning af modtageklassetilbuddet
- Klare planer for forældreinddragelse i skoler og dagtilbud
- Alle flygtningebørn visiteres til en sprog-Ipad, og tilbydes adgang til fritidsaktiviteter gennem foreningssamarbejdet
- Virksomhedsplaceret undervisning og Allerød Uddannelsen for voksne flygtninge

Sundhed og trivsel

- Tidlige forebyggende indsatser og særligt fokus på traumatiserede flygtninge
- Forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende indsatser målrettet yderligere den enkeltes behov og ressourcer
- Tættere samarbejde med praktiserende læger

At være en del af lokalsamfundet

- Ansættelse af en frivillighedskordinator til at mobilisere, understøtte og koordinere det store frivillige engagement.
- Fritidspas til børn og unge
- Boligsocialindsatser i de lokale samfund

Vedlagt denne sag er udkast til strategi samt skema med estimat for de budgetmæssige konsekvenser i forbindelse med udmøntning af strategiens indsatser. Endvidere er vedlagt notat med oplysninger om kommunens stående udgifter i forbindelse med integrationsindsatsen. Da strategiens primære fokus er på beskæftigelsesindsatsen er de fleste indsatser også prioriteret der.

Samlet set vil en fuld implementering af strategien udgøre en merudgift svarende til skønsmæssigt ca. 3,0 mio. kr. årligt - med variationer i overslagsårene i forhold til udviklingen i antallet af flygtninge og familiesammenførte. Allerød Kommunes udgifter til integrationsindsatsen forventes i 2016 at være ca. 23 mio. kr.

Med udmøntningen af strategiens målsætninger vil der være afledte

positive økonomiske effekter. Først og fremmest i forhold til beskæftigelsesindsatsen. Strategiens indsatser vil bidrage til indfrielse af målsætningen om at 33 % af de flygtninge, der kommer til Allerød skal i beskæftigelse indenfor 1 år indfriet. Indfrielse af denne målsætning alene udgør en besparelse svarende til skønsmæssigt ca. 8 mio. kr. årligt. Denne budgetreduktion er indarbejdet i det administrative budgetgrundlag.

Der forventes yderligere afledte positive effekter på længere sigt, hvilket vil sige ud over budgetperioden. Der er tale om en helhedsorienteret strategi, er det ikke muligt at opgøre disse effekter på nuværende tidspunkt. Det forventes f.eks. at indsatser vedr. børn vil sikre at de unge senere i livet kan gennemføre en uddannelse og komme i beskæftigelse. Indsatser på sundhedsområdet må også forventes at have positive effekter i forhold til kommunens udgifter til aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsvæsenet.

Ved implementering af strategien vil der være fokus på organisering af opgaven samt løbende opfølgning af effekterne af indsatsen.

Efter udvalgenes behandling af denne sag og drøftelser i forbindelse med de kommende budgetforhandlinger, vil strategien blive behandlet i økonomiudvalg og byråd med henblik på høring i løbet af oktober måned. Strategien forventes endeligt godkendt i byrådet i november måned. Herefter udarbejdes konkrete handleplaner for udmøntning af strategien indenfor de forskellige delområder.

Administrationens forslag

Forvaltningen foreslår at sagen behandles på følgende måde i fagudvalgene:

Klima- og miljøudvalget:

1. At strategien indstilles godkendt i økonomiudvalget for så vidt angår de temaer, der omfatter udvalgets område.

Børne- og skoleudvalget:

1. At strategien indstilles godkendt i økonomiudvalget for så vidt angår de temaer, der omfatter udvalgets område.

Og

2. At udvalget herunder foretager indstilling af indsatser inden for udvalgets områder med udgangspunkt i udkast til strategi og dertil hørende økonomiskema, punkt 5,6 og 8 til økonomiudvalget med henblik på oversendelse til budgetforhandlingerne.

Sundhed- og velfærdsudvalget:

1. At strategien indstilles godkendt i økonomiudvalget for så vidt angår de temaer, der omfatter udvalgets område.

Og

2. At udvalget herunder foretager indstilling af indsatser inden for udvalgets områder med udgangspunkt i udkast til strategi og dertil hørende økonomiskema, punkt 7 og 8 til

økonomiudvalget med henblik på oversendelse til budgetforhandlingerne.

Kultur og Idrætsudvalget:

1. At strategien indstilles godkendt i økonomiudvalget for så vidt angår de temaer, der omfatter udvalgets område.

Og

2. At udvalget herunder foretager indstilling af indsatser inden for udvalgets områder med udgangspunkt i udkast til strategi og dertil hørende økonomiskema, punkt 9 og 10 til økonomiudvalget med henblik på oversendelse til budgetforhandlingerne.

Teknik- og Planudvalget:

1. At strategien indstilles godkendt i økonomiudvalget for så vidt angår de temaer, der omfatter udvalgets område.

Erhvervs- og Beskæftigelsesudvalget:

1. At strategien indstilles godkendt i økonomiudvalget for så vidt angår de temaer, der omfatter udvalgets område.

Og

2. At udvalget herunder foretager indstilling af indsatser inden for udvalgets områder med udgangspunkt i udkast til strategi og dertil hørende økonomiskema, punkt 1,2,3 og 4 til økonomiudvalget med henblik på oversendelse til budgetforhandlingerne.

Økonomi og finansiering

Samlet set vil en fuld implementering af strategien udgøre en skønsmæssig merudgift svarende til ca. 3 mio. kr. årligt med variationer i overslagsårene i forhold til udviklingen i antallet af flygtninge og familiesammenførte, jf. bilag 3.

Dialog/høring

Initiativerne i strategien vil hver i sær bidrage til at indfri målene om at 33% kommer i beskæftigelse indenfor 1 år og dermed en besparelse svarende til skønsmæssigt ca. 8 mio. kr. årligt. Denne budgetreduktion er indarbejdet i det administrative budgetgrundlag, jf. statusnotat 3.

Følgende proces er planlagt i forbindelse med den videre dialog og høring omkring strategien:

29. august - 7. september

Fagudvalgene godkender udkast til strategi og foretager prioriteringer i indsatser

13. september

Økonomiudvalgsbehandling

Medio - ultimo september

Budgettet vedtages

4. oktober

	Økonomiudvalget sender høringsoplæg i høring
	<u>5. oktober - 25. oktober</u> Høring
	<u>15. november</u> Økonomiudvalgsbehandling
	<u>24. november</u> Byrådet vedtager strategien
Bilag	24.november... udarbejdelse af Handleplaner for implementering Bilag 1. Strategiudkast 3.0 - Bilag 2. Økonomisk prioriteringsskema -Strategi Bilag 3. Allerød Kommunes udgifter til integrationsindsatsen
Beslutning Klima- og Miljøudvalget 2014-2017 den 29-08-2016	Udvalget indstiller Forvaltningens forslag godkendt.
Beslutning Børn- og Skoleudvalget 2014-2017 den 30-08-2016	Udvalget indstiller Forvaltningens forslag på Børn- og Skoleudvalgets område godkendt, idet det præciseres, at forslag til konkrete handleplaner forelægges udvalget med henblik på godkendelse.
Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 31-08-2016	Udvalget indstiller Forvaltningens forslag godkendt.
Fraværende	Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**7. Initiativsag nr. 36 - Ældreboliger**

Sagsnr.: 16/8824

Punkttype

Beslutning

Tema

Ifølge budgetstrategien var der den 19. april 2016 frist for aflevering af større politiske ønsker og spørgsmål til budget 2017-20.

Udvalget anmodes om tage stilling til om nedenstående sag skal oversendes til budgetforhandlingerne 2017 – 20.

Sagsbeskrivelse

Dansk Folkeparti har rejst temaet Ældreboliger, dvs. spørgsmålet om hvorvidt der er tilstrækkeligt med ældreboliger i Allerød Kommune.

Forvaltningen kan oplyse følgende:

Allerød Kommune råder pt. over 122 ældreboliger til kommunal anvisning fordelt i alle byområder. Plejeboliger er ikke medregnet heri.

Kort introduktion og begrebsafklaring af boligtyper.

- Plejeboliger i Allerød Kommune, er almene ældreboliger med fast tilknyttet personale, hvor der til den samlede bebyggelse hører servicearealer for personer med behov for omfattende service og pleje.
- Ældreboliger er en selvstændig lejebolig uden fast personale, hvor der betales indskud og husleje. Til gengæld er boligerne særligt indrettet til ældre eller handicappede. Boligen kan være opført som en almen ældrebolig. Kommunen har 100 % anvisningsret til disse boliger, der udlejes til ældre og personer med handicap, der har særligt behov for sådanne boliger.
- Almene familieboliger er en selvstændig lejebolig uden fast personale, hvor der betales indskud og husleje. Den almene boligorganisation skal stille indtil hver fjerde ledige almene familiebolig til rådighed for kommunen til løsning af påtrængende boligsociale opgaver i kommunen. Anvisning sker på baggrund af en vurdering

af den boligsøgendes behov og beboersammensætningen i den afdeling, den boligsøgende anvises til eller bor i på anvisningstidspunktet.

- Boligerne opføres af almene boligselskaber, som træffer beslutning om boligudformningen evt. i samarbejde med kommunen.
- Private boliger og lejligheder herunder andelsboliger.

Indtil nu har antallet af ældreboliger stort set dækket efterspørgslen (mindre end 20 godkendte borgere på venteliste). En del af forklaringen kan være, at Allerød Kommune har mange ét-plans parcelhuse, der er ældrevenlige (uden trapper mv.). Ydermere har mange ældre en god økonomi og kan planlægge deres alderdom i forhold til boligindretning mm.

Den seneste befolkningsprognose viser imidlertid, at antallet af borgere over 75 år vil stige fra 2.017 i 2016 til 3.346 i 2026. Det er en stigning på 66 %, og det betyder, at andelen af befolkningen, der er over 75 år, vil stige fra at udgøre 8,2 % i 2016 til 11,7 % i 2026.

På denne baggrund forventes det aktuelle antal ældreboliger ikke at dække behovet fremover.

Vedlagt som bilag er notat fremlagt på mødet i Sundheds- og Velfærdsudvalget den 6. april 2016 som beskriver prognose for Ældre- og Plejeboliger. Denne prognose udarbejdes hvert år og planlægges forelagt for udvalget i foråret 2017.

I Planstrategi 2015 er der peget på tre kommunalt ejede arealer til mulig placering af ældreboliger: Gladgården i Lynge, Ørnevang i Lillerød og Teglværkskvarteret i Blovstrød i boligudbygningsplanen med tidshorisont 2018-2024.

De tre arealer vil kunne rumme i alt ca. 435 boliger, dog afhængigt af hvordan den konkrete planlægning videre sker.

Det er ikke afklaret, hvor mange af disse boliger der skal opføres som egentlige ældreboliger.

Der er således allerede planlagt med en udvidelse af antallet af

ældreboliger, men det er ikke muligt at foretage en præcis beregning af om udbuddet vil svare til efterspørgslen.

Generelt medfører Bygningsreglementets krav til niveaufri adgange, elevatorer mv. i øvrigt, at mange nyere boligbyggerier – uanset boligernes form - er mere ældrevenlige.

Forslag 1: Udvalget oversender forslaget om flere ældreboliger til byrådets budgetforhandlinger 2017 – 20, idet udvalget godkender beslutningsgrundlaget som tilstrækkeligt i forhold til at kunne træffe en politisk beslutning.

Forslag 2: Udvalget tager Forvaltningens orientering til efterretning og henlægger sagen.

**Administrationens
forslag**

Forvaltningen anbefaler forslag 2.

Afledte

-

konsekvenser

**Økonomi og
finansiering**

Kommunen skal yde grundkapital (lån) til nye almene boliger. Hvis kommunen stiller en byggegrund til rådighed, vil værdien heraf som oftest modsvare grundkapitalen.

Dialog/høring

Såfremt udvalget oversender sagen til budgetforhandlingerne 2017 – 20, vil den indgå i den planlagte høringsproces, som fastlagt i budgetstrategien

Bilag

Notat om ældre- og plejeboligprognose 17. marts 2016 - v2

**Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 31-
08-2016**

Udvalget godkendte Forvaltningens forslag med bemærkning om at udmøntningen af planstrategien følges tæt.

Fraværende

Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**8. Ny revideret interessentkontrakt og leveringsaftale til MAD til hver DAG**

Sagsnr.: 16/9691

Punkttype

Beslutning

Tema

Med henblik på indstilling til Økonomiudvalget og byrådet anmodes udvalget om at tage stilling til den reviderede interessentskabskontrakt og leveringsaftale for Mad til hver Dag.

Sagsbeskrivelse

Aftalen i selskabets bestyrelse er, at de fem interessentkommuners byråd skal godkende den reviderede interessentkontrakt og leveringsaftale senest ultimo 2016, således at begge dele kan få virkning fra 1. januar 2017.

Byrådet godkendte den 15. december 2011 paragraf 60 selskabet MAD til hver DAG som leverandør af mad til plejecentrene og de visiterede hjemmeboende borgere i Allerød.

Kontrakten med MAD til hver DAG er indgået i forbindelse med godkendelse af selskabets dannelse på mødet den 15. december 2011. Her godkendte byrådet interessentskabskontrakt, leveringsaftale, forretningsorden for bestyrelsen samt åbningsbalance og driftsbudget med start 1. april 2012.

Byrådet godkendte senest på mødet den 17. december 2015 jf. pkt. 20 bl.a. at den nuværende leveringsaftale blev forlænget til udgangen af 2016. I sagsfremstillingen fremgår det, at en ny revideret leveringsaftale og en ny revideret interessentkontrakt skal indgås i løbet af 2016 til ikrafttræden den 1. januar 2017. Begge dokumenter er nu revideret.

Interessentskabskontrakten er blevet revideret og godkendt af styregruppen den 8. marts 2016 og af bestyrelsen d. 21. juni 2016. Interessentskabskontrakten er tilrettet således, at den nu afspejler den nye virkelighed i det fælleskommunale selskab, med nu fem kommuner, som interessenter.

Allerød Kommune har som beskrevet været med i paragraf 60 selskabet siden starten og har i perioden samarbejdet med selskabet og de andre kommuner om at sikre kvalitet og ernæringsindsats, ligesom der i kommunen er ansat en kostkonsulent, der arbejder målrettet med at sikre de ældre borgeres ernæringstilstand.

Der er i perioden foretaget 2 brugerundersøgelser, der begge har vist gode resultater. Den seneste er foretaget i foråret 2015 og forelagt Sundheds- og Velfærdsudvalget på mødet den 5. august 2015 og hovedkonklusionerne var:

- Høj overordnet tilfredshed med hovedretter og desserter, lidt mindre med pålæg/madpakker

- Høj tilfredshed med madens smag
- God tilfredshed med variationen
- Portionsstørrelser er passende
- Flest klager over kødet
- Hjemmeboende er meget tilfredse med serviceniveauet

De væsentlige ændringer i den nye Interessentskabskontrakt er:

- Formand og næstformand vælges fremadrettet for 2 år ad gangen mod tidligere ét år.
- Kontrakten er nu gældende i 4 år fra 1.1.2017 til og med 31.12.2020. Kontrakten kan tidligst opsiges med 12 måneders skriftlig varsel til den 31.12.2020. Den nuværende kontrakt var uopsigelig fra den 1.4.2012 til og med 31.3.2015, herefter med 11 måneders opsigelsesvarsel.
- Punktet omkring kapitalkonti er efter rådgivning af konsulentvirksomheden BDO erstattet af egenkapital, således at det svarer til den måde virksomheden reelt drives på og hvordan selskabet aflægger årsregnskab.

Forskellen er at man ved kapitalkonti delte egenkapitalen i 5 dele, hvor hver kommune kunne råde over/og selv var ansvarlig for at evt. underskud blev dækket ind rettidigt.

Ved en fælles egenkapital ejer hver kommune stadig en ligelig del af egenkapitalen, men her beslutter interessenterne i fællesskab, hvorledes man forvalter egenkapitalen.

Leverings- og samarbejdsaftale

Den nye leveringsaftale er godkendt af styregruppen d. 18. maj 2016 og af bestyrelsen d. 21. juni 2016.

De væsentlige ændringer i Leverings- og samarbejdsaftalen er:

- Kommunerne har i forbindelse med den årlige indberetning mulighed for at meddele

en reduktion i deres aftagerforpligtelse på maksimalt 10 %, hvor det tidligere var 15%. Derimod er der nu ved væsentlige ændringer, som fx at et plejecenter/afdeling lukker, mulighed for at tilpasse aftaget uden for den årlige aftale om indberetning af døgnkostenheder

- Portionsstørrelser

Fra 2017 vil det være muligt at bestille en specialdiæt til småtspisende borgere, hvor hovedret og boret tilsammen udgør én menu. Dvs. at portionsstørrelserne i mængde og energiindhold er tilpasset behovet hos en småtspisende.

- Valgmuligheder og variation

I løbet af året har plejecentrene fået mulighed for at bestille særlige menuer i forhold til sæson, mærke- og temadage. Disse menuer tilbydes ud over det sædvanlige (fx Store Smagedag eller fejring af dronningens fødselsdag). Da det koster ekstra at planlægge, forberede, tilberede og levere disse tilbud, er prisen lidt højere end for den fastlagte menu. Det er op til det enkelte center, om de ønsker at tage imod tilbuddet og bestille den særlige menu til særpris, eller om de vælger den fastlagte menu til den faste pris. Der tages ikke ekstra for menuerne til de faste højtider.

- Serviceniveau

Køkkenet tilbyder nu mulighed for at yde ekstra service i forbindelse med levering af maden, mod ekstra betaling. Køkkenet er fleksibelt og kan løse mange opgaver og særlige behov, fx levering med håndtering (flytning af kasser). Hvis en kommune har særlige ønsker omkring levering, kan der forhandles en særlig pris på yderligere service.

- Afbestilling

Plejecentre kan justere på mængden af bestilt mad indtil deadline for bestilling (fredag kl. 14). Efter deadline er det ikke muligt at ændre på bestillingen, da planlægning af indkøb og produktion er påbegyndt.

Som noget nyt kan plejecentrene nu afmelde bestilte diæter i forbindelse med en beboers dødsfald, senest kl. 11 dagen inden

	levering.
Administrationens forslag	Forvaltningen foreslår, at udvalget indstiller den nye interessentkontrakt og den nye leverings- og samarbejdsaftale godkendt i Økonomiudvalg og byråd.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	Det er Forvaltningens vurdering, at der ikke vil være væsentlige økonomiske konsekvenser af den nye reviderede interessentkontrakt eller den nye leverings- og samarbejdsaftale.
Dialog/høring	Ældreråd og handicapråd.
Bilag	Leveringsaftale 2017.pdf Interessentskabskontrakt 2017
Beslutning	Udvalget indstiller Forvaltningens forslag godkendt i Økonomiudvalg og byråd.
Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 31-08-2016	Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Til efterretning.
Fraværende	Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**9. Harmonisering af betalingsbetingelser for serviceydelser på plejecentre**

Sagsnr.: 16/5897

Punkttype

Beslutning

Tema

Udvalget anmodes om at tage stilling til den fremtidige model for opkrævning af betaling for døgnforplejning på plejecentrene herunder opkrævningsforhold for borgere på fuld sondeernæring og betaling for pårørendebevisning, samt harmonisering af arbejdsgange og tydeliggørelse af information til borgere og pårørende vedrørende serviceydelser og betalingsbetingelser på kommunens plejecentre. Udvalgets indstilling skal oversendes til budgetforhandlingerne 2017-20, idet der er tale om ændringer af taksterne.

Sagsbeskrivelse

På udvalgets møde d. 4. maj 2016 anmodede udvalget om en sag, hvori de politiske handlemuligheder for tilpasninger af vilkår og ydelser ved indflytning på plejecentre fremgår.

På udvalgets møde d. 1. juni 2016 blev udvalget orienteret om den eksisterende praksis og vilkår samt opkrævningspraksis for madservice, serviceydelser, vask af linned og omsorgstandpleje. Udvalget tog orienteringen til efterretning, idet Forvaltningen blev anmodet om at udarbejde en sag med forslag til harmonisering af betalingsbetingelser for serviceydelser.

Harmonisering af arbejdsgange og information

Forvaltningen har gennemgået arbejdsgange og informationsmateriale vedrørende serviceydelser og opkrævning af betaling for disse med henblik på en harmonisering, der sikrer et ens serviceniveau for borgerne og samme arbejdsgange på alle plejecentre og skaber gennemsigtighed for borger og dennes pårørende.

Fremover foreslås benyttet én fælles serviceaftaleblanket, hvor alle serviceydelser tydeligt fremgår. Der er udarbejdet et udkast/eksempel på denne. Det endelige indhold vil afhænge af og blive rettet til i forhold til den politiske beslutning. Forslag til serviceblanket er vedlagt sagen som bilag.

Ydelserne er beskrevet i form af indhold, pris og betingelser for opkrævning – både ved opstart og ophør af ydelsen. Det fremgår tydeligt, om en ydelse er obligatorisk, og hvordan reglerne er for afmelding. Der indføres en arbejdsgang på alle plejecentre, så blanketten gennemgås med borger og evt. dennes pårørende ved indflytningssamtalen.

Til blanketten er udarbejdet en tjekliste til medarbejderne, der sikrer, at blanketten udfyldes korrekt. Hermed sikres at alle borgere får ens og fyldestgørende information om serviceydelser og at betingelserne for til- og fravalg og betaling er tydelige og gennemsikrelige for både borger og

personale.

Ligeledes er det blevet tydeliggjort, hvordan plejecentrene skal indberette til Forvaltningen med henblik på opkrævning, ligesom der er blevet indført en arbejdsgang, der sikrer at ingen borgere opkræves ud over de nuværende politisk fastsatte 21 dage for madservice.

Der er desuden udarbejdet udkast til en fælles pjece til alle plejecentre vedrørende serviceydelser. Denne pjece skal endelig redigeres på baggrund af den politiske beslutning samt efter høring i gruppen af ledere på plejecentrene.

Følgende ydelser opkræves i dag:

- Madordningen: Opkræves fra indflytningsdag. Ved ophør betales i dag for den periode maden hos MAD til hver DAG er låst i bestillingssystemet. Madordningen kan opkræves for hele dage, da der her er fastsat en dagstakst.
- Grund- og linnedpakke: Ved indflytning før den 15. i måneden opkræves for en hel måned af grund- og linnedpakke. Ved indflytning efter den 15. i måneden opkræves for en halv måned. Ved ophør før den 15. i måneden betales for en halv måned og ved ophør efter den 15. i måneden betales for en hel måned.
- Grund- og linnedpakke opkræves i hele og halve måneder, da taksten er fastsat som månedstakst og ikke er opgjort i dagspris.

Hvis opkrævningen for grund- og linnedpakke skal harmoniseres med opkrævningen for mad vil det forudsætte fastsættelse af en dagstakst.

Afbestilling af madordning

Det er ikke muligt at framelde madordningen, når man bor på plejecenter. Dette gælder også for raske ægtefæller. Alene beboere, der får fuld sondeernæring frameldes madordningen.

Fremadrettet foreslår Forvaltningen, at det tydeliggøres at afbestilling af mad kun kan finde sted ved planlagt fravær fra plejeboligen i mere end 4 dage med et varsel på minimum en måned. Dette for at understrege at madordningen er obligatorisk, når man bor i plejebolig. Madordningen kan kun frameldes ved længerevarende og varslet ophold uden for boligen.

Administrativt ville det kræve betydeligt merarbejde at administrere, hvis der kan meldes fra i korte perioder eller for enkelte dage og måltider, ligesom det ville være vanskeligt at håndtere budgetlægning og administrere plejecentrenes økonomi, hvis ikke alle som udgangspunkt deltager i madordningen.

Sondeernæring

Enkelte beboere på kommunens plejecentre modtager på grund af deres situation alene sondeernæring. Disse beboere betaler iht. lovgivningen og tilskud til sondeernæring selv for deres ernæring. Det er ofte hensigtsmæssigt, at disse beboere kan tilbydes lidt supplerende flydende kost ex. yoghurt og saft, hvorfor Forvaltningen forslår, at der indføres en supplerende takst for flydende kost til denne type beboere fx estimeret 200 kr./mdr.

Pårørendebespisning

Som et led i at harmonisere området for serviceydelser er opkrævning for betaling af pårørendebespisning blevet gennemgået. For at sikre et ens serviceniveau på alle plejecentrene er arbejdsgange og betalingsmetode blevet harmoniseret, således at al pårørendebespisning fremover opkræves som træk i borgerens pensionsudbetaling. Borgeren informeres ved indflytning og giver med sin underskrift på fuldmagt tilladelse til dette. Prisen vil fremover være den samme på alle kommunens plejecentre og følge den politisk fastsatte takst for mad til ikke visiterede gæster på plejecentre.

Harmonisering af betalingsbetingelserne

Som udgangspunkt opkræves betaling for alle serviceydelser leveret på plejecentret via træk bagud i borgernes pensionsudbetaling efter forudgående afgivelse af fuldmagt, der konkret sker ved underskrift på serviceaftaleblanketten. Der er enkelte tilfælde, hvor borgeren ikke modtager pension, her fremsender Forvaltningen en opkrævning for de relevante serviceydelser.

Månedsvist kan borgeren på sin pensionsoversigt se, hvad der betales for. Det vil for langt de flestes vedkommende dreje sig om faste træk for:

- Grundpakke
- Madordning
- Linnedvask

Hertil kan komme varierende beløb for pårørendebespisning og vask af privattøj.

Afvigelserne opstår i forbindelse med påbegyndelse og ophør af ydelserne.

Madordningen

Der er et lovmæssigt fastsat prisloft på brugerbetaling for madservice på plejecentre.

I 2016 opkræves beboerne på plejecentre i Allerød Kommune den maksimale takst på 112 kr. pr. dag for madservice. Efter dødfald opkræves borgerne i dag for mad frem til dødsdagen + betaling for den periode efter dødsdagen, hvor madbestillingen er låst i systemet hos MAD til hver DAG. Dette kan maksimalt dreje sig om 21 dage. Denne

opkrævningsmetode knytter en sammenhæng mellem brugerbetaling for mad og de kontraktmæssige forhold med MAD til hver DAG, da de 21 dage er den maksimale periode, den bestilte mad kan være låst i systemet og derfor skal aftages. Begrundelsen for en meropkrævning for mad efter dødsfald er således denne forpligtigelse. Såfremt denne forpligtelse ikke var gældende ville kvaliteten af maden alt andet lige være af en ringere kvalitet – idet den maksimale takst allerede opkræves. I 2015 blev der i alt opkrævet 89.945,62 kr. i betaling for mad efter ydelsens ophør.

Forvaltningen har opstillet to forslag til andre opkrævningsmodeller end den nuværende, hvor der opkræves for op til 21 dage efter ydelsens ophør:

Model A: hvor der opkræves for 14 dage efter ydelsens ophør

Model B: hvor der ikke opkræves betaling efter ydelsens ophør

Betaling frem til ophørsdag + 14 dage, model A

14 dage er den minimumsperiode, hvor maden hos Mad til hver DAG altid vil være låst i bestillingssystemet, og derfor vil blive leveret efter dødsfald. Modellen bygger på, at alle tilmeldte betaler for denne minimumsperiode, og at ingen opkræves derudover.

Merbeløbet som opkræves i forbindelse med ydelsens ophør vil være fast og udregnes som dagspris x 14 dage. Beløbet kan oplyses ved indflytning, og vil være det samme for alle. Hermed sikres større gennemsigtighed og forudsigelighed i opkrævningen.

I 2016 ville det faste merbeløb for 14 dage svare til 1568 kr. idet dagstaksten er 112 kr. Efter den nuværende model opkræves et variabelt merbeløb på mellem 1568 kr. og 2352 kr.

Økonomisk vil modellen stort set koste det samme som den nuværende model i det, der i 2015 ville have været en indtægt på 83.104 kr. med 14-dages modellen, modsat de 89.945,62 kr., der reelt blev opkrævet. Det svarer til en mindre indtægt på 6.841,62 kr., hvis der var blevet opkrævet efter 14-dages modellen frem for den nuværende model.

Forvaltningen vurderer, at denne model vil være hensigtsmæssig for personalet på plejecentrene, da de ikke længere skal undersøge og indtaste, hvor længe madbestillingerne hos MAD til hver DAG er låst i forbindelse med et dødsfald.

For administrationen i Forvaltningen vil der ikke være tale om merarbejde, men blot en anden måde at sammenregne den enkelte borgers forbrug på.

Det er Forvaltningens vurdering, at risikoen for fejlopkrævninger vil være mindre end i dag, da de få fejlopkrævninger, som har fundet sted i 2015 har været tælle og/eller tastefejl i forhold til de maksimale 21 dage.

Ingen betaling efter ophørsdag, model B

I denne model betales der kun for madordningen frem til ophørsdag. Ved dødsfald vil der blive opkrævet dagspris x det antal dage i den

pågældende måned, som borgeren har benyttet madordningen. Denne model vil helt ophæve sammenhængen mellem opkrævningsmodel, borgerbetaling og den periode madbestillingen er låst i systemet hos MAD til hver DAG. Da kommunen kontraktligt er bundet af aftalen med MAD til hver DAG, vil plejecentrene alligevel skulle betale for perioden og maden vil blive leveret. Maden leveres i sammenpakninger og enkeltportioner kan ikke udskilles.

Økonomisk ville opkrævninger efter denne model i 2015 have betydet et indtægtstab på 89.945,62 kr. svarende til det beløb, der blev opkrævet efter ydelsens ophør.

Forvaltningen vurderer, at denne model vil være hensigtsmæssig for personalet på plejecentrene, da de ikke længere skal undersøge og indtaste, hvor længe madbestillingerne hos MAD til hver DAG er låst i forbindelse med et dødsfald.

Forvaltningen vurderer, at risikoen for fejlopkævninger vil være mindre end i dag, da de få fejlopkævninger, som har fundet sted i 2015 har været tælle og/eller tastefejl i forhold til de maksimale 21 dage.

Grundpakke og linnedvask

Ud over madordningen betales i dag også for en grundpakke. Grundpakken er obligatorisk og dækker individuelt forbrug af rengøringsmidler, affaldsposer, toiletpapir mm. samt brug af fællesarealer. Herudover kan borgeren vælge mellem tre typer af linnedpakke. Leje og vask af linned, vask af eget linned en gang om ugen eller vask af eget linned to gange om ugen. Linnedvask foretages af eksternt vaskeri.

Da der i praksis ikke opleves efterspørgsel på at benytte og få vasket eget linned kunne serviceydelse og opkrævning af betaling for disse forenkles og harmoniseres ved at lade denne valgmulighed udgå og sammenlægge grund- og linnedpakke, således at der bliver tale om én fælles pakke som opkræves efter én takst. I 2016 ville en sådan pakke efter de nuværende takster koste 325 kr./måned.

Harmonisering af opkrævningsmodel for grund- og linnedpakke samt betaling for mad

Både grund- og linnedpakken opkræves i dag ved både indflytning og ophør for en hel eller halv måned, alt efter om man flytter ind/dør før eller efter den 15. i en måned. Det betyder, at der vil være borgere, der opkræves en merbetaling for en periode, hvor de ikke modtager ydelsen. Det betyder også, at opkrævningen for grund- og linnedpakke følger en anden logik end opkrævningen for mad.

For at harmonisere opkrævningen for grund- og linnedpakke så den ligger tættere op ad opkrævningsmodellen for mad, foreslår Forvaltningen, at der fastsættes en dagstakst, og at grund- og linnedpakken fremover opkræves fra indflytningsdag til ophørsdag.

Hvis samme model vælges for madopkrævning vil betalingsbetingelser for serviceydelserne: mad, linned og grundpakke være harmoniseret, så de følger samme opkrævningsmodel.

Forvaltningen vurderer ikke, at det kan være en mulighed at lade opkrævningen for grund- og linnedpakke følge 14 dages modellen for mad, idet meropkrævningen for mad begrundes med at maden rent faktisk er bestilt og leveres også efter dødsfald. De ydelser som dækkes af grund- og linnedpakken kan modsat madleverancen fra MAD til hver DAG stoppes den dag borger dør.

Økonomisk vil en ændring i opkrævningsmodellen for grund- og linnedpakke resultere i en minimal mindre indtægt, der vurderes at ligge mellem 2000-3000 kr. pr. år.

For administrationen i Forvaltningen vil der ikke være tale om merarbejde, men blot en anden måde at opgøre den enkelte borgers forbrug på. Risikoen for fejlregninger vurderes, at ville blive mindre, hvis de i dag to takster for grund- og linnedpakke sammenlægges til en.

På baggrund af ovenstående gennemgang har Forvaltningen følgende anbefalinger for at opnå harmonisering af betalingsbetingelser for serviceydelser på plejecentre:

Forslag 1 - Betalingsbetingelser og opkrævning på plejecentre 2017 **Vedrørende madordning:**

1. Beboere der alene får fuld sondeernæring framelles den obligatoriske madordning – i stedet for indføres betaling for en sondepakke, der dækker udgifterne til små mængder af flydende kost og drikke. Taksten foreslås at ligge på 200 kr./måned – svarende til en dagstakst på 6,50 kr., og
2. For øvrige beboere opkræves betaling for den obligatoriske madordning. Der opkræves ikke for betaling efter ydelsens ophør (model B), og det vil være muligt at harmonisere opkrævning af alle serviceydelser, således at disse opkræves fra indflytningsdagen og ophører ved fraflytning/dødsfald.
3. Reglerne for afbestilling præciseres således, at den obligatoriske madordning kun kan fravælges ved planlagt fravær fra plejeboligen i mere end 4 dage med et varsel på minimum en måned.

Vedrørende grund og linnedpakke:

4. Muligheden for at vælge vask af eget linned udgår.
5. Der fastsættes en dagstakst for hhv. grundpakken og linnedleje og vask. I 2016 svarende til 5,60 kr. for grundpakken og 4,80 kr. for linned.
6. De to pakker sammenlægges til én pakke der opkræves samlet.
7. At betaling for grundpakke og linnedvask opkræves fra indflytningsdag til ophørsdag.

Forslag 2 - Betalingsbetingelser og opkrævning på plejecentre 2017

1. Beboere der alene får fuld sondeernæring frameldes den obligatoriske madordning – i stedet for indføres betaling for en sondepakke, der dækker udgifterne til små mængder af flydende kost og drikke. Taksten foreslås at ligge på 200 kr./måned – svarende til en dagstakst på 6,50 kr., og
2. For øvrige beboere opkræves for den obligatoriske madordning. Der opkræves for 14 dage efter ydelsens ophør (model A), og
3. Reglerne for afbestilling præciseres således, at den obligatoriske madordning kun kan fravælges ved planlagt fravær fra plejeboligen i mere end 4 dage med et varsel på minimum en måned.

Vedrørende grund- og linnedpakke:

4. Muligheden for at vælge vask af eget linned udgår, og
5. Der fastsættes en dagstakst for hhv. grundpakken og linnedleje og vask. I 2016 svarende til 5,60 kr. for grundpakken og 4,80 kr. for linned, og
6. De to pakker sammenlægges til én pakke, der opkræves samlet, og
7. At betaling for grundpakke og linnedvask opkræves fra indflytningsdag til ophørsdag.

Forslag 3 – Betalingsbetingelser og opkrævning på plejecentre 2017.

Vedrørende madordning:

1. Nuværende løsning fastholdes

Vedrørende grund- og linnedpakke:

2. Muligheden for at vælge vask af eget linned udgår, og
3. Der fastsættes en dagstakst for hhv. grundpakken og linnedleje og vask. I 2016

svarende til 5,60 kr. for grundpakken og 4,80 kr. for linned, og

4. De to pakker sammenlægges til én pakke, der opkræves samlet, og
5. At betaling for grundpakke og linnedvask opkræves fra indflytningsdag til ophørsdag.

6.

Administrationens forslag

Administrationen foreslår, at udvalget træffer beslutning om at harmonisere betalingsbetingelser for serviceydelser på plejecentre, og at udvalget indstiller forslag 1 godkendt i Økonomiudvalg med henblik på oversendelse til budgetforhandlingerne 2017-20, idet der er tale om ændringer af taksterne.

Afledte konsekvenser

Hvis ændringer i opkrævningsmodellen vedtages vil det efterfølgende kræve tilretning og ændring af

- Serviceaftaleblanketten som underskrives ved indflytning
- Kvalitetsstandard for mad på plejecentre
- Informationer i pjecer og på hjemmeside

Ændringerne ville således først kunne træde i kraft med virkning fra 2017.

Ved årsskriftet ville alle nuværende beboere på plejecentrene skulle underskrive den nye serviceaftaleblanket.

Ændringerne ville medføre nye arbejdsgange i Forvaltningen i forbindelse med opkrævning af betaling for serviceydelser, i en overgangsperiode må ændringer forventes at kræve forlænget arbejdsgang. På sigt vurderes de ændrede opkrævningsmodeller ikke at kræve længere tidsforbrug.

Økonomi og finansiering

Følgende beregninger vedrørende økonomi og finansiering er estimeret. Madordning og Grund- og Linnedpakke

Forslag 1:

Madordning: Mindreindtægt pr. år ca. 90.000 kr.

Grund- og Linnedpakke: Mindreindtægt pr. år 3.000 kr.
Evt. merudgifter på maksimalt 100.000 kr. ved forslag 1 er ikke finansieret

Forslag 2:
Madordning: Mindreindtægt pr. år ca. 7.000 kr.
Grund- og Linnedpakke: Mindreindtægt pr. år 3.000 kr.
Evt. mindreudgifter på ca. 10.000 kr. ved forslag 2 er ikke finansieret

Forslag 3:
Madordning: Ingen ændring ift. nuværende niveau
Grund- og Linnedpakke: Mindreindtægt pr. år 3.000 kr.
Mindreudgifterne afholdes inden for Ældre-og Sundheds budget

Alle beregninger er foretaget med udgangspunkt i antal beboere og dødsfald i 2015. Det faktiske beløb vil derfor variere fra år til år. Antallet af dødsfald i 2015 ligger dog på niveau med tidligere år, hvorfor udsvingene vurderes at være små. Det skal bemærkes, at såfremt kapaciteten på plejeboliger øges vil udgifter til madordning og grund- og linnedpakke alt andet lige også stige.

Indtægterne fra indførelse af en sondepakke er ikke medregnet, da de vurderes at være meget begrænsende.

**Dialog/høring
Bilag**

Ældreråd og handicapråd
TJEKLISTE udkast.pdf
Serviceaftale for plejebolig i Allerød Kommune UDKAST.pdf

**Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 31-
08-2016**

Udvalget indstiller forslag 1 godkendt i Økonomiudvalget med henblik på oversendelse til budgetforhandlingerne 2017-20.

Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.

Fraværende

Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**10. Budget 2017-20: Omlægning af puljen vedr klippekortsmodellen på ældreområdet**

Sagsnr.: 16/3687

Punkttype	Beslutning
Tema	Sundheds- og Velfærdsudvalget skal tage stilling til om videreførelse af ” Puljen til øget livskvalitet for de svageste hjemmehjælpsmodtagere - Klippekortmodellen” skal oversendes til budgetforhandlingerne for 2017-20.
Sagsbeskrivelse	I finansloven for 2015 blev afsat en puljen til kommunerne i 2015 og 2016 til at styrke livskvaliteten for de svageste hjemmehjælpsmodtagere gennem en klippekortmodel. Puljen skal sikre, at de svageste hjemmehjælpsmodtagere, der er afhængige af hjælp til at klare hverdagen, får tilbudt mindst en halv times ekstra tid til hjemmehjælp om ugen, som borgeren selv kan være med til at bestemme, hvad skal bruges til.

Puljens målgruppe er de svageste hjemmehjælpsmodtagere, der er afhængige af hjælp til at klare hverdagen. Det vil sige de svageste borgere, der er omfattet af frit valg af leverandør af hjemmehjælp. Det er op til kommunerne selv at afgrænse den konkrete målgruppe, der skal tilbydes en klippekortmodel. Med baggrund i en lavere efterspørgsmål end forventet på de oprindelige ydelser – besluttede udvalget på mødet den 4. maj 2016 at udvide målgruppen til at være følgende:

1. Borgere med en nedsat funktionsevne, som modtager visiterede ydelser.
2. De visiterede ydelse skal omhandle daglig personlig pleje, dog ikke ydelser til enkeltydelser som fx støttestrømpe og medicinudlevering.
3. Borgere har ikke andet tilbud om aktivitet (visiteret Aktivitet på dagcenter)
4. Borgere er ikke samboende med ægtefælle eller familie.

Alle kriterier skal være opfyldt. Aktiviteter som puljen går til er fx

- Gå en tur
- Følge til indkøb, frisør, museumsbesøg eller til deltagelse i foreningsliv
- Højtlesning
- Fælles madlavning
- Ekstra rengøring i hjemmet

- Rengøring af hjælpemidler
- Tøjvask og strygning
- Oprydning i skabe
- Særlig indsats i forbindelse med planlægning af flytning til plejebolig og efter indflytningen, for borgere der ikke har pårørende, der kan hjælpe
- Hovedrengøring i hjem med borgere, der socialt ikke kan magte at planlægge oprydningen før opstart af hjemmehjælp

Det er en betingelse for modtagelse af tilskuddet, at midlerne anvendes i overensstemmelse med puljens formål.

Allerød Kommune modtager i 2016 et tilskud fra puljen på 682.000 kr.

Som det fremgår af statusnotat 3, sker der som følge af økonomiaftalen for 2017 en omlægning af ”klippekortsmodellen”. Det indebærer, at puljen bortfalder, og at midlerne fra 2017 tilgår kommunerne som en del af bloktilskuddet.

Byrådet skal derfor som en del af budgetforhandlingerne tage stilling til, om der i budget 2017-20 skal afsættes budget til klippekortsordningen svarende til kommunens andel af bloktilskuddet på 589.500 kr.

På baggrund af ovenstående foreslår Forvaltningen;

Forvaltningen foreslår,

- A. Med baggrund i erfaringerne fra 2016 – foreslår Forvaltningen at et øget driftsbudget på 300.000,- vedr. klippekortsmodellen på ældreområdet oversendes til budgetforhandlingerne 2017-20.
- B. At et øget driftsbudget på 589.500 kr. vedr. klippekortsmodellen på ældreområdet oversendes til budgetforhandlingerne 2017-20
- C. At klippekortsmodellen ophører fra 2017

D.

Administrationens forslag Forvaltningen foreslår, at udvalget beslutter forslag:

A. Med baggrund i erfaringerne fra 2016 – foreslår Forvaltningen at et øget driftsbudget på 300.000,- vedr. klippekortsmodellen på ældreområdet oversendes til budgetforhandlingerne 2017-20.

B.

Økonomi og finansiering Puljen omlægges fra 2017, hvorefter Allerød Kommunes bloktilskud forøges med 589.500 kr. Hvis der skal afsættes et driftsbudget til videreførelse af midlerne, udgør udgiften et tilsvarende beløb.

Dialog/høring Bilag Ældreråd og Handicapråd
Nej

Beslutning Udvalget godkendte Forvaltningens forslag A.

Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 31-08-2016 Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Til efterretning.

Fraværende Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**11. Omprioritering af dele af værdighedsmidlerne 2016**

Sagsnr.: 16/2150

Punkttype	Beslutning
Tema	Udvalget anmodes om at omprioritere dele af værdighedsmidlerne for 2016 og foretage indstilling til Økonomiudvalg og byråd, idet Sundheds- og Ældreministeriet har meddelt, at værdighedsmidlerne ikke kan benyttes til anlægsinvesteringer, da intentionen med værdighedsmilliarden er, at pengene skal gå til drift frem for anlæg.
Sagsbeskrivelse	På finansloven 2016 er der afsat en ekstra milliard kroner årligt fra 2016 og frem til en værdig ældrepleje. Allerød Kommunes andel er 4.428.000 kr. årligt.

Allerød Kommune har den 11. februar 2016 modtaget foreløbigt tilsagn fra Sundheds- og Ældreministeriet om udmøntning af tilskud til en mere værdig ældrepleje.

Sundheds- og Ældreministeriet definerede på forhånd, at kommunen skulle beskrive, hvordan ældreplejen kan understøtte følgende områder i forhold til:

- Plejen og omsorgen for den enkelte ældre
- Livskvalitet
- Selvbestemmelse
- Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen
- Mad og ernæring samt en værdig død

Med udgangspunkt i ovenstående godkendte byrådet den 28. april 2016 en ny værdighedspolitik samt prioritering af indsatser for 2016 og 2017 til at understøtte værdighedspolitikken.

I de prioriterede indsatser for 2016 indgik blandt andet prioritering af en ekstraordinær indsats ift. de fysiske rammer, herunder midlertidig gang. I alt blev der afsat 1.475.000 kr. til dette formål i 2016.

Forvaltningen har den 11. juli 2016 modtaget tilbagemelding fra Sundheds- og Ældreministeriet vedrørende den indsendte redegørelse fra Allerød Kommune om anvendelsen af midlerne til en mere værdig ældrepleje. I Ældre- og Sundhedsministeriets tilbagemelding er det præciseret, at værdighedsmidlerne ikke kan benyttes til anlægsinvesteringer, da intentionen med værdighedsmilliarden er, at pengene skal gå til drift frem for anlæg. Ministeriet anmoder på denne baggrund om at Allerød Kommune indsender en ny redegørelse, hvor midlerne anvendes til indsatser, som falder ind under rammerne af

værdighedsmilliarden.

Det kan i øvrigt oplyses, at Ældre- og Sundhedsminister Sophie Løhde har tilkendegivet, at kommunerne har adgang til at overføre ubrugte værdighedsmidler fra 2016 til 2017.

På baggrund af ovenstående har Forvaltningen udarbejde forslag til nye indsatser inden for de prædefinerede områder og knyttet til drift, der ligger inden for værdighedspolitikens rammer:

- Demenskoordinator 500.000 kr.
- Sammenhængende indsats med fokus på urinvejsinfektion, inkontinens og sensorbleer 150.000 kr.
- Aktiv pleje, fysiske fællesaktiviteter, midlertidige pladser og Aktiviteten 500.000 kr.
- Øget ressourcer i ydertimerne 1.000.000 kr.
- Aktivitet ud af huset på plejecentrene, midlerne skal dække personaletid og aktiviteter 200.000 kr.
- Hjerneskadekoordination til 65+ årige, ikke erhvervsaktive 200.000 kr.

Det disponible beløb til omprioritering er 1.475.000 kr.

Nye forslag, der prioriteres som en del af værdighedsindsatsen, skal kunne afholdes inden for det konkrete beløb, der skal omprioriteres i alt 1.475.000 kr. i 2016.

Forvaltningen vurderer, at det tidsmæssige lange forløb vedrørende værdighedsmidlerne i 2016, vil betyde at kommunen vil skulle ansøge om overførsel af en stor andel af værdighedsmidlerne til 2017. Evt. overførselsbeløb vil skulle anvendes til allerede politisk prioriterede indsatser.

Administrationens forslag

Forvaltningen foreslår, at udvalget foretager indstilling til Økonomiudvalg og byråd med prioritering af forslag til indsatser for i alt 1.475.000 kr.

Afledte konsekvenser Økonomi og finansiering

Det må forventes, at udbetalingen af værdighedsmidlerne for 2016 bliver yderligere forsinket som følge af omprioritering af indsatser.

De nye forslag der prioriteres, som en del af værdighedsindsatsen, skal kunne afholdes inden for det konkrete beløb, der skal omprioriteres i alt 1.475.000 kr. i 2016.

Dialog/høring Bilag

Ældreråd og Handicapråd

Værdighedspolitik supplerende prioriteringsskema august 2016.pdf

Værdighedsindsatser godkendt af byråd d. 28. april 2016

Værdighedspolitik 2016-2019 godkendt version.pdf

Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 31-08-2016

Udvalget indstiller følgende forslag om demenskoordinator på 500.000 kr. og forslag om øget ressourcer i ydertimerne på 975.000 kr. prioriteret som indsatser til værdighedsmidlerne, godkendt i Økonomiudvalg og byråd.

Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.

Fraværende

Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**12. Skitse til udbygning af genoptræning på plejecenter Engholm**

Sagsnr.: 16/1841

Punkttype	Beslutning
Tema	Udvalget anmodes om at træffe beslutning om skitsen til ombygningen af gul gang og tilbygning til genoptræningen på Plejecenter Engholm.
Sagsbeskrivelse	Udvalget godkendte på mødet d. 2. marts 2016 sag om igangsættelse af projektering og planlægning af flytning af Genoptræning fra FH-hallen til Engholm.

På møde d. 29. juni 2016 traf byrådet beslutning om placering af et varmtvandsbassin på Engholm. De to projekter påvirker hinanden tidsmæssigt. Der vil efterfølgende blive forelagt en sag vedr. etablering af varmvandsbassin.

Der er i bilag 1 vedlagt en oversigt over projektet og i bilag 2 vedlægges en skitse til projektet. Udgangspunktet er den politiske bestilling fra budgetforlig 2012, hvor FH-hallens aktiviteter på genoptræningsområdet flyttes til gul gang. Det blev forventet, at der var behov for at tilbygge en træningshal, for at den nye samlede genoptræning på Plejecenter Engholm, kunne rumme de samlede genoptræningsopgaver.

Pladsbehovet i forbindelse med genoptræning tager udgangspunkt i en række forskellige opgaver vedrørende træning. Der kan være tale om træning i hold op til 12 – 16 personer, træning i maskiner, der fylder en del m², flere træningsredskaber, der skal være fast monteret i gulvet, holdtræning på fx motionscykler der optager en del plads, individuel træning, der ofte forudsætter et privat træningsrum, da den korrekte træning forudsætter, at borgeren er delvis afklædt. En samling af genoptræningen på en adresse vil betyde mere hensigtsmæssige forhold til håndtering af de forskellige borgerforløb.

Det eksisterende antal m² i FH hallen er ca. 500 m², og arealet er velegnet til fleksibel træningsbrug, men mangler aflukkede rum til undersøgelser mv. De nye m² er ca. 600 m² i gul gang samt ca 130 m² i en ny sal. Her er der rum til undersøgelser og mindre plads til træning. Samlet er der med tilbygningen og gulgang 730 m² til erstatning for FH hallens 500 m², dog gør indretningen af Gulgang og sammenbygningen af Gulgang med den eksisterende genoptræning at disse ikke kan udnyttes lige så intensivt som en sal på 500 m².

Se yderligere i bilag 1 og 2.

Udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen samt sundhedsaftalerne genererer et øget pres på antallet af genoptræningsopgaver og aktiviteter, der skal løses i kommunalt regi, ligesom det i effektiviseringsarbejdet er besluttet, at der skal etableres en sygeplejeklinik i området. Flere og

flere patientforløb forventes varetaget af kommunerne. Der er ligeledes en udvikling i demografien, der vil medføre et øget antal brugere af genoptræningen.

Etablering af flere parkeringspladser er en forudsætning for at flytning af genoptræningen fra FH-hallen til Engholm kommer til at fungere. Der er behov for ca. 30 nye parkeringspladser for at imødekomme parkeringsbehov for borgere, pårørende og personale. Den samlede udgift er estimeret til 1 mio. kr.

Tidsplanen fra marts 2016 er ændret som følge af den politiske beslutning den 29. juni 2016 vedrørende etablering af varmtvandsbassin. Det skal bemærkes, at den endelige tidsplan ligeledes afventer, at kommunens overtagelse af arealet på gul gang falder helt på plads og salg/køb er helt afsluttet. Forvaltningen har netop medio august 2016 modtaget slutseddelt til underskrift. Ligeledes skal projektet drøftes med boligorganisationen AOC Engholm, med henblik på afklaring af snitflader, fremtidig drift og økonomi.

Forslag 1.

- Der arbejdes videre med skitsen til udvidelsen af genoptræningen på Engholm. Sagen koordineres med sag om varmtvandsbassin. Sagen forelægges udvalget, med henblik på anmodning om frigivelse af anlægsbevilling til ØU og BY. Herefter projekteres anlægget, der udarbejdes udbudsmateriale, og efter udbud af opgaven bygges der.

Administrationens forslag

Forvaltningen foreslår forslag 1

Økonomi og finansiering

Der er i anlægsbudgettet afsat et rådighedsbeløb på i alt 8,2 mio. heraf er 2,4 mio. kr. bevilget i 2016 og de resterende 5,8 mio. kr. bevilget i 2015 eller før til projektet vedrørende flytning af Genoptræningen. Der er af de 8,2 mio. kr. frigivet 1 mio. kr. til projektering.

Dialog/høring Bilag

Derudover er der givet en anlægsbevilling på 5,150 mio. kr. til køb af arealet på gul gang. Denne proces er i gang.

Ældreråd og handicapråd.

Allerød Genoptræning - Lille projekt - Genoptræning. Plan med mål (1).pdf

Genoptræningen SITPLAN 250816

Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 31-

Udvalget godkendte Forvaltningens forslag 1, med bemærkning om at udvalget bemyndiger Forvaltningen til at udarbejde et alternativt forslag til Genoptræningens kapacitet, der tager højde for det nutidige og fremtidige forventede behov. Forslaget skal foreligge forud for

08-2016 budgetforhandlingerne 2017-20.

Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.

Fraværende Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**13. Opfølgning sundhedsaftale III 2015 - 2018**

Sagsnr.: 16/9722

Punkttype	Orientering
Tema	Udvalget orienteres om opfølgning på arbejdet med Sundhedsaftalen III.
Sagsbeskrivelse	Allerød Kommune har modtaget Sundhedskoordinationsudvalgets opfølgning på arbejdet med Sundhedsaftalen i 2015 vedlagt som bilag. Regionerne og kommunerne har nu arbejdet med Sundhedsaftale III i godt et år. Sundhedsaftalen skal medvirke til at styrke det helhedsorienterede og forebyggende samarbejde med borgeren som aktiv samarbejdspart. Borgere der bliver syge eller i risiko for at blive ramt af en sygdom, har brug for en sammenhængende indsats fra både kommune, hospital og praksissektor.

Der er opstillet 4 visioner for Sundhedsaftalen:

- At borgere oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen

2015 har været opstartsåret for Sundhedsaftalen, hvor der har været arbejdet med at få rammerne og organiseringen på plads. Det har været en lang proces omkring organiseringen, men en forudsætning for at få skabt et solidt fundament i det videre samarbejde.

Implementeringsplanen for 2015 indeholdt 30 indsatser fordelt ud på permanente og tidbegrænsede arbejdsgrupper. Alle arbejdsgrupper har bestået af repræsentanter fra kommuner, region og almen praksis. Alle arbejdsgrupper har refereret til Den administrative styregruppe under Sundhedskoordinationsudvalget. Sideløbende har der været arbejdet med at styrke sammenhængen mellem Sundhedsaftalen og praksisplanen for almen praksis.

For at skabe overblik over alle indsatser og arbejdsgrupper, har Sundhedsaftalen fået sin egen hjemmeside:
www.regionh.dk/Sundhedsaftale

I 2015 har der været fokus på borgerperspektivet og i den forbindelse er der etableret et Patientinddragelsesudvalg. Inddragelse af borgerperspektivet sker blandt andet ved at invitere borgere ind som faste medlemmer i arbejdsgrupperne til brug af casefortællinger og brugerundersøgelser.

Følgende oversigt er eksempler på indsatser, der er arbejdet på i 2015:

Visioner om nye samarbejdsformer

I arbejdsgruppen ”nye samarbejdsformer” er der udarbejdet forslag til principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering. Principperne er udarbejdet på baggrund af inspiration fra nationale og internationale projekter. I 2016 skal der udvælges og igangsættes to til tre større modelprojekter ud fra de valgte principper. Forvaltningen følger udviklingen.

Vision om lighed i sundhed

Et af de store emner er ambitionen om at reducere ulighed i sundhed. Her udgør borgere med dobbeltdiagnose, psykisk lidelse og misbrug, en af målgrupperne.

I Sundhedsaftale III skal der således sættes ekstra fokus, så der fremadrettet sker en bedre koordineret udredning og behandling gennem udvikling og udbredelse af nye organisatoriske modeller.

Visionen har resulteret i tre projekter:

1. Udarbejdelse af model for implementering af koordinerede indsatsplaner
2. Etablering af fælles tværsektorielt team.
3. Udarbejdelse af et inspirationskatalog med idéer til implementering af indsatser for borgere med dobbeltdiagnoser.

Forvaltningen følger resultaterne fra de tre projekter.

Vision om kvalitet og sammenhæng

Revision af Kommunikationsaftalen på det somatiske område, hvor et af formålene med revisionen af Kommunikationsaftalen har været at forenkle aftalen og sætte et større fokus på aktiv inddragelse og samarbejde med borgeren i forbindelse med udskrivelsen.

Herunder:

- At hospitalet får relevant, præcist og rettidig information ved indlæggelsen
- At kommunen får de nødvendige informationer til den rette tid i forbindelse med indlæggelsesforløb og udskrivelsen
- At udskrivelsesrapporten gennemgås med borgeren i forbindelse med udskrivelsen

I Allerød Kommune kommer den reviderede aftale til at betyde, at al kommunikationen foregår elektronisk og dermed er mere sikker. Endvidere udsendes der tidligt information om borgerens forventede plejebehov og udskrivelsesdato.

For at sikre at alle medarbejdere i Ældre og Sundhed er informeret om

Kommunikationsaftalens indhold, afholder lederen af visitationen og udviklingskonsulenten i Ældre og Sundhed et undervisningsforløb for udvalgte medarbejdere.

Revidering af samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelser

Region hovedstaden og kommunerne har haft en samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse på voksenområdet og henholdsvis børne- og ungeområdet til høring i april og maj 2016.

I aftalen er der lagt vægt på:

- En sammenhængende og koordineret indsats på tværs af kommuner, Region Hovedstadens Psykiatri og almen praksis.
- At borgere med psykisk lidelse inddrages aktivt i deres eget forløb
- At indsatsen er recovery orienteret, baseret på netværksinddragelse og rehabilitering.

Formålet med den reviderede aftale er, at den i højere grad skal være med til at understøtte den direkte dialog mellem kommunerne og de psykiatriske centre, særligt i forbindelse med udskrivelser. Forvaltningen har indsendt høringsvar, og afventer nu den endelige godkendelse af aftalen.

Opfølgning på Sundhedsaftalen

Forvaltningen følger arbejdet og opfølgningen af Sundhedsaftalen III tæt, så organisationen er klar til at implementere de retningslinjer og aftaler, som Sundhedskoordinationsudvalget beslutter.

Desuden planlægges prioritering af indsatserne fra den årlige implementeringsplan fra 2015 og 2016 med henblik på at igangsætte nye initiativer eller optimere arbejdsgange. Indsatserne udvælges ud fra de målgrupper/diagnoser, hvor Forvaltningen vurderer, der kan gøres en ekstra indsats med henblik på en øget borgertilfredshed/involvering og inddragelse af pårørende. Endvidere er indsatserne prioriteret ud fra patientgrupper med mange indlæggelser, hvor selv en lille reduktion af disse kan betyde en værdi for borgerne og sundhedsøkonomiske besparelser for Allerød Kommune.

Administrationens forslag

Afledte

konsekvenser

Økonomi og finansiering

Dialog/høring

Bilag

Beslutning

Forvaltningen foreslår, at udvalget tager orienteringen om opfølgning på Sundhedsaftalen III til efterretning.

-

Økonomien i forhold til arbejdet med Sundhedsaftale III er indarbejdet i budgettet.

Ældreråd og handicapråd

Sundhedskoordinationsudvalgets opfølgning på arbejdet med Sundhedsaftalen i 2015 docx.pdf

Udvalget tog orienteringen til efterretning.

**Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 31-
08-2016**

Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.

Fraværende

Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**14. Sammenligning serviceniveauer ældreområdet**

Sagsnr.: 16/6222

Punkttype	Orientering
Tema	Udvalget orienteres om sammenligning med andre kommuner vedrørende serviceniveauer på ældreområdet. Sagen er udarbejdet på baggrund af udvalgets behandling af punkt 5 på udvalgets dagsorden den 23. juni 2016.
Sagsbeskrivelse	Med afsæt i 3 initiativsager vedrørende nøgletal for ældreområdet ”initiativsag 43, 57 og 59, tilbud til ældre og serviceniveauer på ældreområdet” fra budgetprocessen i foråret 2016 samt KORAs nøgletalsanalyse, har Forvaltningen udvalgt og sammenlignet sammenlignelige kommuners serviceniveauer for personlig pleje og praktisk hjælp.

I sammenligningen er søgt serviceniveauer for Allerøds nabokommuner, kommuner af ca. samme størrelse som Allerød, men beliggende i andre regioner i Danmark samt de kommuner, der indgår i sammenligningsgruppe med Allerød i KORAS nøgletalsanalyse.

Alle informationer om serviceniveauer er søgt via kvalitetsstandarder på de respektive kommuners hjemmesider. Kvalitetsstandarderne fremstilles på mange forskellige måder og serviceniveauerne er ikke altid beskrevet særligt præcist, hvorfor de serviceniveauer der indgår i sammenligningen, må læses som retningsgivende uden at være konkrete.

I det nedenstående er udtrukket eksempler fra undersøgelsen fra de tre sammenligningsgrupper vedlagt i fuld form i bilagene.

Eksempler / serviceniveauer praktisk hjælp

- Allerød Kommune praktisk hjælp hver 3. uge
- Hørholm Kommune praktisk hjælp hver 2. uge
- Rudersdal Kommune praktisk hjælp hver 2. uge
- Kerteminde Kommune praktisk hjælp hver uge
- Odder Kommune praktisk hjælp hver 2. uge
- Lejre Kommune praktisk hjælp hver uge
- Dragør Kommune praktisk hjælp hver 3. uge
- Furesø Kommune praktisk hjælp hver 2. uge
- Vallensbæk Kommune praktisk hjælp hver 2. uge

Eksempler / serviceniveauer personlig pleje bad

- Allerød Kommune vurdering af behov, hver uge (mulighed for oftere)
- Hørsholm Kommune ikke noget særskilt om bad, hver uge
- Rudersdal Kommune vurdering af behov, hver uge
- Kerteminde Kommune ikke noget særskilt om bad, fremgår ikke
- Odder Kommune ikke noget særskilt om bad, hver uge
- Lejre Kommune ikke noget særskilt om bad, hver uge
- Dragør Kommune vurdering af behov, hver uge
- Furesø Kommune vurdering af behov, 1-2 x pr. uge.
- Vallensbæk Kommune vurdering af behov, fremgår ikke

Det er Forvaltningens vurdering, at serviceniveauet i de kommuner, der indgår i sammenligningen er nogenlunde ens.

Eksempler Nøgletal KL 2014 (Kommunaløkonomisk Forum 2016):

Procent af +80 årige der modtager hjælp

- Allerød Kommune 23,3 %
- Hørsholm Kommune 29,9 %
- Rudersdal Kommune 32,9 %
- Kerteminde Kommune fremgår ikke
- Odder Kommune 28,5 %
- Lejre Kommune 32,3 %
- Dragør Kommune 39,3 %
- Furesø Kommune 26,8 %
- Vallensbæk Kommune 32,6 %

Hvor mange timers hjælp får +80 årige pr. uge

- Allerød Kommune 4,8
- Hørsholm Kommune 3,4
- Rudersdal Kommune 4
- Kerteminde Kommune fremgår ikke
- Odder Kommune 3,9
- Lejre Kommune 4,5
- Dragør Kommune 6,1

- Furesø Kommune 2,9
- Vallensbæk Kommune 4,1

Netto udgifter til pleje- og omsorg pr. 65+ årige i regnskab 2014 (2016-pl og B16-opgaveniveau), kr.

- Allerød Kommune 29.661 kr.
- Hørsholm Kommune 35.060 kr.
- Rudersdal Kommune 45.726 kr.
- Kerteminde Kommune 40.444 kr.
- Odder Kommune 40.913 kr.
- Lejre Kommune 34.784 kr.
- Dragør Kommune 33.724 kr.
- Furesø Kommune 35.287 kr.
- Vallensbæk Kommune 33.673 kr.

Kort opsamlende ligger andelen af +80 årige som modtager hjælp i Allerød Kommune lavt og at den bevilgede hjælp i tid pr. uge i gennemsnit ligger lidt højere. Endelig at udgifterne opgjort i 2014 pr. 65+ årig til pleje og omsorg generelt er lavere end sammenligningskommunerne.

Administrationens forslag	Forvaltningen foreslår, at udvalget tager orienteringen til efterretning.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	-
Dialog/høring	Ældreråd og handicapråd.
Bilag	<p>Serviceniveau Allerød sammenhold med tilgrænsede kommuner, som ikke indgår i KORAs analyse</p> <p>Serviceniveau Allerød Kommune sammenholdt med kommuner med nogenlunde samme indbyggertal i andre regioner</p> <p>Serviceniveau Allerød Kommune sammenholdt med de kommuner som indgår i KORAs sammenligningsgruppe.docx</p>
Beslutning	Udvalget tog orienteringen til efterretning.
Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 31-08-2016	Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.
Fraværende	Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**15. Revision af sundhedspolitik**

Sagsnr.: 16/8045

Punkttype Beslutning
Tema Udvalget anmodes om at drøfte og tage stilling til proces for revision af kommunens Sundhedspolitik 2012-2016.

Sagsbeskrivelse Forvaltningen har i henhold til den politiske beslutning planlagt at revidere Sundhedspolitik 2012-2016 i efteråret 2016 således, at Sundhedspolitik 2017-2020 kan træde i kraft 1. januar 2017.

Arbejdsprocessen for revision af politikken tager udgangspunkt i graden af involvering og borgerinddragelse. Forvaltningen har skitseret følgende 3 modelforslag:

1. Forvaltningen udarbejder forslag til revision af Sundhedspolitikken til politisk godkendelse november 2016
2. Forvaltningen nedsætter en arbejdsgruppe bestående af medarbejdere på tværs af forvaltningen og udarbejder et forslag til en revision af Sundhedspolitikken til politisk godkendelse november 2016.
3. Forvaltningen udarbejder revision af Sundhedspolitikken i dialog med borgere, medarbejdere og relevante organisationer til politisk godkendelse marts 2017.

Administrationens forslag Forvaltningen tager udgangspunkt i retningslinjen om, at politikker ikke må være udgiftsdrivende, hvorfor der ikke estimeres udgifter til eventuelle nye tiltag som følge af en opdateret Sundhedspolitik.

Forvaltningen anbefaler, at udvalget beslutter at sundhedspolitikken revideres efter modelforslag 2, idet der er tale om en revision af en eksisterende politik samt fokus på tidsforbrug og ressourcer.

Afledte konsekvenser -

Økonomi og finansiering Ved model forslag 1 og 2 kan revision sundhedspolitikken afholdes inden for Ældre- og Sundheds nuværende ramme i forebyggelsesenheden.

Ved modelforslag 3 vurderer Forvaltningen, at revisionen af Sundhedspolitikken forudsætter budget til proces, møder og udarbejdelse estimeret til ca. 50.000 kr. Midlerne kan ved omprioritering holdes inden for Ældre og Sundheds samlede budget.

Dialog/høring Ældreråd og Handicapråd
Bilag Sundhedspolitik 2012-2016.pdf

Beslutning	Udvalget godkendte Forvaltningens forslag.
Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 31-08-2016	Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.
Fraværende	Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**16. Plejecenterlæger**

Sagsnr.: 16/9810

Punkttype

Orientering

Tema

Udvalget orienteres om aftalen om plejecenterlæger.

Sagsbeskrivelse

Staten, KL, Danske Regioner og PLO har i slutningen af maj 2016 indgået en aftale om at tilbyde beboere på plejecentre at blive tilmeldt en læge, der er fast knyttet til de enkelte plejecentre. Aftalen skal nu udmøntes lokalt i de fem praksisplanudvalg.

Bedre behandling og pleje, færre forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser og bedre medicin håndtering er forventningen til den ordning, som de kommende år vil blive udbredt til plejecentre overalt i Danmark. Den indebærer, at beboere fremover vil få mulighed for at vælge en praktiserende læge, der er fast tilknyttet plejecentrene, og at lægerne kan ansættes på konsulentbasis af kommunerne, fx et par timer om ugen til at yde generel sundhedsfaglig rådgivning til personalet på plejecentrene.

Der vil løbende blive fulgt op på, hvordan implementeringen af ordningen skrider frem i kommunerne. Den første opfølgning foretages i 2017 og herefter årligt.

Fra 2012-2014 har Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) gennemført et pilotprojekt om fast tilknyttede læger på plejecentre på i alt syv plejecentre fordelt på kommunerne København, Furesø, Lolland, Horsens og Viborg. Erfaringerne herfra viser, at ordningen havde en positiv indflydelse på de ældres velfærd. Fx faldt antallet af indlæggelser for sygdomme, der kan forebygges, mærkbart, og lægerne vurderede, at der blev brugt mindre medicin på plejehjemmene.

Der er i alt afsat 100 mio. kr. til ordningen i perioden 2016-2019. Midlerne kommer fra satspuljeaftalen, som regeringen og satspuljepartierne indgik i oktober sidste år. For Allerød er der afsat 157.000 kr. i 2016 og 80.172 kr. årligt fra 2017 – 2020.

Det fremgår af den indgåede aftale, at timetaksten for lægernes sundhedsfaglige rådgivning skal honoreres med en timetakst på 901 kr. i 2016 niveau. Omregnet betyder den aftalte takst, at Allerød Kommunes antal timer til sundhedsfaglig rådgivning på alle kommunens plejecentre er ca. 80 timer årligt fra 2017.

Honoreringen af den direkte borgerrettede lægeydelse til den enkelte beboer sker fortsat efter de almindelige regler inden for overenskomstens rammer.

	<p>Forvaltningen afventer, at aftalen udmøntes lokalt i praksisplanudvalget for Region Hovedstaden. Praksisplanudvalget har endnu ikke haft møde efter aftalen blev indgået.</p>
	<p>Etablering af plejecenterlæger er på dagsorden i ledergruppen i Ældre og Sundhed, på det næste møde i det lægelige-kommunale-udvalg, og er desuden drøftet på det tværkommunale klyngemøde ultimo august 2016.</p>
	<p>Forvaltningen forventer, at aftalen om plejecenterlæger i Allerød kan træde i kraft omkring årsskiftet.</p>
Administrationens forslag	Forvaltningen foreslår, at udvalget tager orienteringen til efterretning.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	<p>Der er i alt afsat 100 mio. kr. til ordningen i perioden 2016-2019. Midlerne kommer fra satspuljeaftalen, som regeringen og satspuljepartierne indgik i oktober sidste år. For Allerød er der afsat 157.000 kr. i 2016 og 80.172 kr. årligt fra 2017 – 2020.</p>
	<p>Det er Forvaltningens vurdering, at ordningen kan etableres inden for det afsatte budget.</p>
Dialog/høring	Ældreråd og Handicapråd
Bilag	Aftale_om_implementering_af_ordning_med_fasttilkny.pdf
Beslutning	Udvalget tog orienteringen til efterretning.
Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 31-08-2016	Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.
Fraværende	Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**17. Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med plejehjem i Allerød Kommune 2015**

Sagsnr.: 16/8752

Punkttype	Orientering
Tema	<p>Udvalget orienteres om Sundhedsstyrelsens samlede årsrapport for tilsyn med plejehjem i Allerød Kommune for 2015.</p> <p>Udvalget orienteres endvidere om ændring af Sundhedsloven, der medfører omlægning af tilsyn til risikobaserede tilsyn.</p>
Sagsbeskrivelse	<p>Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte i 2015 udelukkende tilsyn på Plejecenter Mimosen, da Plejecentrene Lyngehus, Engholm og Skovvang var undtaget for tilsyn i 2015.</p> <p>Styrelsen havde i 2015 intet særligt tilsynstema.</p> <p>Styrelsen for Patientsikkerhed konkluderede, at der ved tilsynet på Mimosen er fundet fejl og mangler, som samlet set kun indebærer ringe risiko for patientsikkerheden, og plejecenteret derfor opfylder kravene for at blive undtaget for tilsyn i 2016.</p> <p>Det konkrete tilsyn og Plejecenteret Mimosens handleplan har tidligere været fremlagt for udvalget på mødet d. 5. maj 2015.</p> <p>Pr. 01.06.16 er der vedtaget en ændring af Sundhedsloven, der medfører, at der ikke længere skal føres faste, tilbagevendende tilsynsbesøg på alle plejecentre og behandlingssteder, men et øget tilsyn med steder, hvor der erfaringsmæssigt er problemer med patientsikkerheden. Det omhandler en ændret fordeling af ressourcerne, der vil øge tilsynet med læger og andre sundhedspersoner, der er til fare for patientsikkerheden.</p> <p>Det betyder at plejehjemstilsynene fremover erstattes af et risikobaseret tilsyn. Der vil dog fortsat i 2016 være få plejehjemstilsyn, bl.a. de steder, hvor der er planlagt genbesøg.</p> <p>Lovændringen styrker endvidere Styrelsen for patientsikkerheds mulighed, for at følge op på patienter, der har været udsat for medicineringsfejl i deres behandlingsforløb.</p> <p>Samtidig forsvinder Embedslægebegrebet og Embedslægeinstitution i København hedder nu Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst.</p>
Administrationens forslag	Forvaltningen anbefaler, at udvalget tager orienteringen til efterretning.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	-
Dialog/høring	Ældreråd og handicapråd.

Bilag	Allerød årsrapport 2015.pdf
Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 31- 08-2016	Udvalget tog orienteringen til efterretning. Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.
Fraværende	Ingen

Signeret af:

Olav B. Christensen
Formand

Poul Albrechtsen
Næstformand

Gurli Nielsen
Medlem

Henriette Gedde
Medlem

Niels Kirkegaard
Medlem

Bilag: 3.1. Forslag mødeplan 2017 version 2.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 46416/16

Forslag til mødeplan for 2017

2017 - 1. halvår

Januar		Februar		Marts		April		Maj		Juni	
1 S	Nytårsdag	1 O	EBU	1 O		1 L		1 M	KMU	1 T	KIU
2 M	KMU	2 T	KL- Børn og Unge topm.	2 T		2 S		2 T	BSU	2 F	
3 T	BSU	3 F	KL- Børn og Unge topm.	3 F		3 M	KIU	3 O	SVU	3 L	
4 O	SVU	4 L		4 L		4 T	TPU	4 T		4 S	Pinsedag
5 T		5 S		5 S		5 O	EBU	5 F		5 M	2. pinsed./ Grundlovsd.
6 F		6 M		6 M	KMU	6 T		6 L		6 T	TPU
7 L		7 T	ØU	7 T	BSU	7 F		7 S		7 O	EBU
8 S		8 O		8 O	SVU	8 L		8 M	KIU	8 T	
9 M	KIU	9 T		9 T		9 S	Palmesøndag	9 T	TPU	9 F	
10 T	TPU	10 F		10 F		10 M	15	10 O	EBU+ KL-social/sundh.	10 L	
11 O	EBU	11 L		11 L		11 T		11 T	KL- social/sundh. forum	11 S	
12 T	KL- komm. øk topmøde	12 S		12 S		12 O		12 F	Store bededag	12 M	24
13 F	KL- komm. øk topmøde	13 M	7	13 M	KIU	13 T	Skærtorsdag	13 L		13 T	ØU
14 L		14 T		14 T	TPU	14 F	Langfredag	14 S		14 O	
15 S		15 O		15 O	EBU	15 L		15 M	20	15 T	
16 M	3	16 T		16 T	KL- komm. Pol. topmøde	16 S	Påskedag	16 T	ØU	16 F	
17 T	ØU	17 F		17 F	KL- komm. Pol. topmøde	17 M	2. påskedag	17 O		17 L	
18 O		18 L		18 L		18 T	ØU	18 T		18 S	
19 T		19 S		19 S		19 O		19 F		19 M	25
20 F		20 M	8	20 M	12	20 T		20 L		20 T	
21 L		21 T		21 T	ØU	21 F		21 S		21 O	
22 S		22 O		22 O		22 L		22 M	21	22 T	BY
23 M	KMU	23 T	BY	23 T		23 S		23 T		23 F	
24 T	BSU	24 F		24 F		24 M	17	24 O	BY	24 L	Sankt Hans dag
25 O	SVU	25 L	Fastelavn	25 L		25 T	KL- Teknik og Miljø 2017	25 T	Kr. Himmelfartsd.	25 S	
26 T	BY	26 S		26 S		26 O	KL- Teknik og Miljø 2017	26 F		26 M	26
27 F		27 M	9	27 M	KMU	27 T	BY	27 L		27 T	
28 L		28 T		28 T	BSU	28 F		28 S		28 O	
29 S		29 O		29 O	SVU	29 L		29 M	KMU	29 T	
30 M	KIU	30 T		30 T	BY	30 S		30 T	BSU	30 F	
31 T	TPU	31 F		31 F				31 O	SVU		



2017 - 2. halvår

Juli		August		September		Oktober		November		December	
1 L		1 T	31	1 F		1 S		1 O	SVU	1 F	
2 S		2 O		2 L		2 M	40	2 T	KL-Jobcamp	2 L	
3 M	27	3 T		3 S		3 T	ØU	3 F	KL-Jobcamp	3 S	
4 T		4 F		4 M	KIU	4 O		4 L		4 M	KIU
5 O		5 L		5 T	TPU	5 T		5 S		5 T	TPU
6 T		6 S		6 O	EBU	6 F		6 M	KIU	6 O	EBU
7 F		7 M	KMU	7 T		7 L		7 T	TPU	7 T	ØU + BY Konst. møde nyt Byråd
8 L		8 T	BSU	8 F		8 S		8 O	EBU	8 F	
9 S		9 O	SVU	9 L		9 M	41	9 T		9 L	
10 M	28	10 T		10 S		10 T	BY	10 F		10 S	
11 T		11 F		11 M	37	11 O		11 L		11 M	50
12 O		12 L		12 T	ØU	12 T		12 S		12 T	ØU
13 T		13 S		13 O		13 F		13 M	46	13 O	
14 F		14 M	KIU	14 T		14 L		14 T	ØU	14 T	
15 L		15 T	TPU	15 F		15 S		15 O		15 F	
16 S		16 O	EBU	16 L		16 M	42	16 T		16 L	
17 M	29	17 T		17 S		17 T		17 F		17 S	
18 T		18 F		18 M	KMU + BY	18 O		18 L		18 M	51
19 O		19 L		19 T	BSU	19 T		19 S		19 T	
20 T		20 S		20 O	SVU	20 F		20 M	47	20 O	
21 F		21 M	34	21 T		21 L		21 T	Komm.valg	21 T	BY
22 L		22 T	ØU	22 F		22 S		22 O		22 F	
23 S		23 O		23 L		23 M	43	23 T	BY	23 L	
24 M	30	24 T		24 S		24 T		24 F		24 S	Juleaften
25 T		25 F		25 M	KIU	25 O		25 L		25 M	Juledag
26 O		26 L		26 T	TPU	26 T		26 S		26 T	2. juledag
27 T		27 S		27 O	EBU	27 F		27 M	KMU	27 O	
28 F		28 M	KMU	28 T		28 L		28 T	BSU	28 T	
29 L		29 T	BSU	29 F		29 S		29 O	SVU	29 F	
30 S		30 O	SVU	30 L		30 M	KMU	30 T		30 L	
31 M		31 T	BY			31 T	BSU			31 S	Nytårsaften

Bilag: 5.1. Hovedstadsregionens afrapportering svære spiseforstyrrelser.pdf

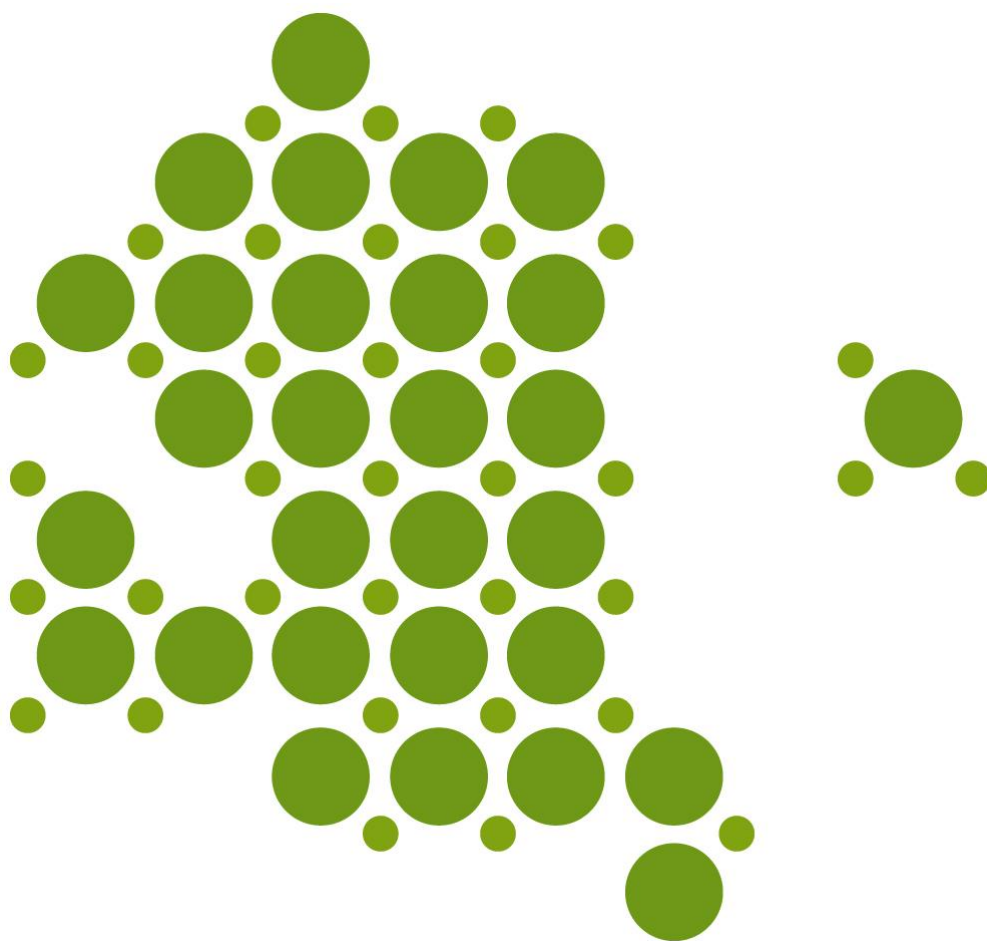
Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 52785/16

Central udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser



AFRAPPORTERING FOR HOVEDSTADSREGIONEN
MAJ 2016



INDHOLD

Resumé	3
1. Indledning	5
2. Målgruppen.....	6
3. Højt specialiserede indsatser og tilbud	8
3.1. Anbringelsessteder og botilbud til borgere med svære spiseforstyrrelser	9
3.2. Matrikelløse indsatser.....	12
3.3. Samarbejdsaftaler	17
4. Udfordringer	18
5. Tilrettelæggelse og koordination	20
6. Metode.....	23
6.1. Målgruppen.....	23
6.2. Højt specialiserede indsatser og tilbud	25



RESUMÉ

Dette resumé opsummerer konklusionerne fra hovedstadsregionens afrapportering på Socialstyrelsens centrale udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser fra november 2015.

På baggrund af kommunernes indberetninger kan det konkluderes, at der i hovedstadsregionen i 2014 og 2015 samlet set var henholdsvis cirka 146 og 162 borgere med svære spiseforstyrrelser og med behov for højt specialiseret rehabilitering på det sociale område. Der er således tale om en lille delmængde af borgere med spiseforstyrrelser.

Borgere i alderen 18 år og derover udgjorde den største andel af borgere inden for målgruppen. Voksne udgjorde således 57 og 60 procent i henholdsvis 2014 og 2015 af det samlede antal borgere inden for målgruppen. Dog vurderes den største gruppe af borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiserede sociale rehabiliteringsindsatser i hovedstadsregionen at være inden for aldersgruppen 13-29 år.

Rapporten peger på to tilbud til borgere med svære spise forstyrrelser og behov for højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på det sociale område, som i 2014 og 2015 blev anvendt af to eller flere kommuner i hovedstadsregionen, og som vurderes i højeste grad at leve op til Socialstyrelsens definition af højt specialiserede indsatser og tilbud. Det drejer sig om botilbuddet Askovhus til unge og voksne i aldersgruppen 17-40 år samt Dankbar Konsulenterne, der leverer højt specialiserede indsatser som led i matrikelløse rehabiliteringsindsatser til børn, unge og voksne i aldersgruppen 13-23 år.

Kommunerne har i perioden også anvendt andre tilbud i forbindelse med højt specialiserede indsatser til børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser. Indsatserne målrettet spiseforstyrrelsen i disse tilbud vurderes i mange tilfælde at være på et højt specialiseret niveau, men typisk er svært spiseforstyrrede med behov for højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på det sociale område ikke disse tilbuds primære målgruppe, og hvorfor de vurderes ikke i tilstrækkelig grad at leve op til definitionen af højt specialiserede indsatser og tilbud.

Godt to tredjedele af kommunerne i hovedstadsregionen har anvendt matrikelløse indsatser som led i højt specialiserede rehabiliteringsforløb til børn og unge med svære spiseforstyrrelser i 2014 og 2015, mens knap to femtedele af kommunerne har anvendt matrikelløse indsatser til voksne med svære spiseforstyrrelser i 2014 og 2015. Det er kommunernes erfaring, at de fleste af borgerne inden for målgruppen får et større udbytte af indsatserne, hvis de foregår i eget hjem og tæt på borgerens netværk i form af matrikelløse indsatser.

Det er kommunernes og Region Hovedstadens vurdering, at den nuværende sammensætning af tilbudsviften til borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiseret rehabilitering på det sociale område kombineret med kommunernes anvendelse af matrikelløse indsatser i nærmiljøet bidrager til at sikre højt specialiserede indsatser, som både tager højde for borgernes behov og ønsker i forhold til nærhed, og samtidig sikrer en fastholdelse af de nødvendige højt specialiserede kompetencer og højt specialiseret viden i hovedstadsregionen.

Kommunerne og Region Hovedstaden vurderer, at de højt specialiserede tilbud, som indgår i nærværende afrapportering, og som vurderes i højeste grad at opfylde Socialstyrelsens kriterier for højt specialiserede tilbud, både fagligt og belægningsmæssigt er bæredygtige tilbud. Således oplever tilbuddene på nuværende tidspunkt ikke akutte problemstillinger i forhold til at kunne levere højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på socialområdet til borgere med svære spiseforstyrrelser.



Afrapporteringen fremhæver dog en række områder, der i forskellig grad udfordrer kommunernes levering af højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og -tilbud til målgruppen. Det drejer sig om udfordringer i forhold til at sikre de nødvendige kompetencer, faglighed og metoder blandt kommunale medarbejdere, utilstrækkelig viden om tilbudsvifte og indsatser i kommunerne, samt udfordringer i forhold til tidlig inddragelse af kommunerne, når borgere er i regional behandling, samt forskellig opfattelse af ansvars- og opgavefordelingen mellem sektorerne.

Udfordringerne på disse områder stiller ikke på nuværende tidspunkt området i akutte problemstillinger, men giver i forskellig grad anledning til handling for at sikre og udvikle de højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og dermed sikre, at målgruppen kan imødekommes endnu bedre.

Nogle af områderne vurderes i hovedstadsregionen primært at kunne imødekommes via koordination og tiltag fra centralt hold, mens andre af udfordringerne i højere grad skal imødekommes regionalt og i et samarbejde mellem kommuner, region og tilbud om nedenstående:

At sikre fastholdelse og fortsat udvikling af kompetencer, faglighed og metoder ved, at kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden etablerer et regionalt netværk for spiseforstyrrelser med deltagelse fra regionale behandlere, kommunale medarbejdere og højt specialiserede tilbud på området. Endelig ved at der på nationalt plan etableres et netværk af centrale videnpersoner vedrørende svære spiseforstyrrelser på tværs af sektorer og højt specialiserede tilbud (side 20).

At sikre en fortsat viden om og udvikling af tilbudsvifte og indsatser ved, at kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden understøtter muligheden for i højere grad at tilrettelægge højt specialiserede rehabiliteringsforløb i form af matrikelløse indsatser i samarbejde med regional behandling og eksterne tilbud. Desuden ved at der fra nationalt hold udarbejdes centrale parametre til vurdering af kvaliteten i højt specialiserede tilbud og indsatser til borgere med svære spiseforstyrrelser (side 20).

At sikre fortsat fokus på og udvikling af det tværsektorielle samarbejde ved, at kommunerne og Region Hovedstaden gennem det regionale netværk for spiseforstyrrelser etablerer forudsætninger for bedre samarbejde og gode overgange mellem den regionale behandling og kommunernes sociale rehabiliteringsindsatser målrettet borgere med svære spiseforstyrrelser. Dette bør understøttes fra nationalt hold ved, at opgave- og ansvarsfordelingen mellem den regionale behandling og de kommunale rehabiliteringsindsatser tydeliggøres (side 21).



1. INDLEDNING

Socialstyrelsen udsendte den 2. november 2015 en central udmelding, der vedrører det mest specialiserede socialområde for målgruppen borgere med svære spiseforstyrrelser.

Formålet med Socialstyrelsens udmelding er at sikre den nødvendige koordination og planlægning af de højt specialiserede indsatser og tilbud til målgruppen på tværs af kommuner og regioner.

Den centrale udmelding skal danne baggrund for en dialog med kommunalbestyrelserne om de højt specialiserede indsatser og tilbud til borgere med svære spiseforstyrrelser. Socialstyrelsens indgang til dialogen er det eksisterende rammeaftalesamarbejde.

Kommunalbestyrelserne skal afrapportere samlet på den centrale udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser senest den 15. oktober 2016. Som led i kommunernes afrapportering på den centrale udmelding ønskes det afdækket på tværkommunalt og tværregionalt niveau, hvordan kommunerne og regionerne nu og fremadrettet samarbejder om at videreudvikle og sikre tilstrækkeligt udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud, der er tilpasset målgruppens behov.

Besvarelsen skal ske i overensstemmelse med Socialstyrelsens beskrivelse og afgrænsning af målgruppen samt Socialstyrelsens karakterisering af højt specialiserede indsatser og tilbud.

Den centrale udmelding er inddelt i følgende fire temaer:

1. Målgruppen
2. Højt specialiserede indsatser og tilbud
3. Eventuelle udfordringer i forhold til at sikre det nødvendige udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til borgere med svære spiseforstyrrelser
4. Kommunernes tilrettelæggelse og koordination af de højt specialiserede indsatser og tilbud til målgruppen.

Nærværende afrapportering **fra hovedstadsregionen** er bygget op omkring disse fire temaer og følger skabelonen i bilag 2 til den centrale udmelding i overordnede træk.

Afrapporteringen bygger på indberetningerne fra hovedstadsregionens 29 kommuner samt drøftelser i en særligt nedsat faglig referencegruppe med repræsentanter fra kommuner og Region Hovedstaden.

Kontakt vedrørende afrapporteringen bedes rettes til Fælleskommunalt sekretariat for det specialiserede socialområde, KKR Hovedstaden ved specialkonsulent Søren Kvistgaard (e-mail: sora04@frederiksberg.dk / tlf. 28 98 30 15).



2. MÅLGRUPPEN

Målgruppen i Socialstyrelsens centrale udmelding omfatter børn, unge og voksne, som har en svær spiseforstyrrelse, og samtidig har behov for højt specialiseret rehabilitering på det sociale område, med henblik på, at de kan genvinde evnen til at klare sig selv, trives og leve et velfungerende hverdagsliv med mulighed for deltagelse i sociale aktiviteter, arbejde og uddannelse. En spiseforstyrrelse er i den centrale udmelding afgrænset til anorexia nervosa (anoreksi) og bulimia nervosa (bulimi), både i typiske og atypiske former. Ofte vil borgere med svære spiseforstyrrelser endvidere have psykisk komorbiditet, som kan være med til at komplicere deres rehabiliteringsforløb.

Ifølge den centrale udmelding vurderes behovet for en højt specialiseret social rehabiliteringsindsats på baggrund af omfanget og typen af funktionsevnedssættelser samt sværhedsgraden og kombinationen af de forskellige funktionsevnedssættelser. Funktionsevnedssættelserne er baseret på temaerne i henholdsvis ICS for børn og unge og Voksenedredningsmetoden (VUM) for voksne.¹

På baggrund af den centrale udmeldings definition af målgruppen har kommunerne i hovedstadsregionen opgjort, hvor mange borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiseret rehabilitering på det sociale område, de har været handlekommune for i løbet af 2014 og 2015. Opgørelsen er foretaget fordelt på børn og unge under 18 år samt voksne fra 18 år og derover.

Kommunerne har vurderet, at der i hovedstadsregionen i 2014 og 2015 var henholdsvis cirka 146 og 162 borgere med svære spiseforstyrrelser (med anoreksi og bulimi i typiske og atypiske former) og behov for højt specialiseret rehabilitering på det sociale område.² Fordelingen mellem børn og unge og voksne fremgår af tabel 1.

Tabel 1: Antal børn og unge samt voksne med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiserede indsatser på det sociale område i 2014 og 2015

	2014	2015	Udvikling 2014-2015
Børn og unge 0-17 år	63	65	3%
Voksne 18 år og derover	83	97	17%
I alt	146	162	11%

Kilde: Kommunale indberetninger i forbindelse med Socialstyrelsens centrale udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser, Fælleskommunalt sekretariat, 2016.

Voksne udgør den største andel af borgere inden for målgruppen. Voksne udgjorde således både i 2014 og 2015 omkring 60 procent af det samlede antal borgere inden for målgruppen. Ifølge kommunernes indberetninger udgjorde voksne i alderen 18-29 år i 2015 ca. 77 procent af samtlige voksne på 18 år og derover³. Ifølge Videncenter om Spiseforstyrrelser og Selvskaade er det gennemsnitlige debutår for anoreksi og bulimi henholdsvis 14 og 16 år⁴. Størstedelen af antallet af børn og unge i hovedstadsregionen vurderes i lighed hermed at være i aldersgruppen 13-17 år. Den primære målgruppe af borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiserede sociale rehabiliteringsindsatser i hovedstadsregionen vurderes således at være inden for aldersgruppen 13-29 år.

¹ En nærmere beskrivelse af definitionen af målgruppen samt usikkerhed ved kommunernes indberetninger fremgår i afsnit 6. Metode.

² Antallet er baseret på indberetninger omfattende alle kommuner i hovedstadsregionen. Se også afsnit 6. Metode.

³ Jf. afsnit 6. Metode.

⁴ Kilde: Videncenter om Spiseforstyrrelser og Selvskaade, ViOSS.



Som det fremgår af tabel 1, kan der fra 2014 til 2015 konstateres en stigning i antallet af borgere inden for målgruppen på 11 procent. Den største stigning ses i aldersgruppen voksne. Antallet af år i sammenligningen er dog for lille til at kunne udlede dette som værende en generel tendens. Det er da heller ikke kommunernes erfaring, at der ses en stigende tendens inden for borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiseret rehabilitering på det sociale område.

Ifølge data fra landspatientregistret var der i 2014 cirka 1.648 børn, unge og voksne, som modtog behandling i regionalt regi for deres spiseforstyrrelse i Region Hovedstaden. Antallet af borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiserede indsatser på det sociale område i 2014, som er målgruppen for den centrale udmelding, udgjorde ni procent heraf. Ifølge kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden er der forskellige årsager til, at ikke alle borgere, der modtager behandling i regionalt regi også modtager højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på det sociale område. Årsagerne gennemgås nedenfor.

- Borgere med spiseforstyrrelser kommer typisk først i kontakt med det kommunale system, når der er tale om afledte vanskeligheder fra eller andre problemstillinger sideløbende med spiseforstyrrelsen, som for eksempel funktions- eller mobilitetsnedsættelse, manglende evne til at varetage praktiske opgaver, manglende sociale kompetencer med videre. Det er således graden og kompleksiteten af funktionsevnenedsættelsen på de ovenstående områder og ikke spiseforstyrrelsen i sig selv, som er afgørende for, om borgere med svære spiseforstyrrelser vurderes at have behov for højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på det sociale område. Afrapporteringen omfatter derfor alene de borgere med svære spiseforstyrrelser, som har haft behov for højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på det sociale område.
- For en række borgeres vedkommende er spiseforstyrrelsen kun en mindre del af borgernes samlede problemstillinger. Disse borgere bliver typisk visiteret til tilbud og indsatser, som hovedsageligt fokuserer på deres hoveddiagnose/-problemstilling, og vil dermed ikke nødvendigvis fremgå med en spiseforstyrrelse. Ifølge Socialstyrelsen er borgere med spiseforstyrrelse og enten infantil autisme, atypisk autisme eller en gennemgribende udviklingsforstyrrelse inden for autismespektret, og som vurderes ikke at kunne profitere af de højt specialiserede indsatser, ikke omfattet af målgruppen i den centrale udmelding. Netop kombinationen mellem spiseforstyrrelser og autisme oplever kommunerne gør målgruppens problemstilling kompleks, hvilket ofte kræver særligt specialiserede kompetencer. Som følge af Socialstyrelsens afgrænsning af målgruppen er denne målgruppe heller ikke omfattet af afrapporteringen.
- Det er en oplevelse i kommunerne og regionen, at der er en del borgere, som kun bevæger sig i behandlingssystemet og ikke modtager social rehabilitering i kommunalt regi. Dette kan skyldes, at behandlingssystemet vurderer, at der ikke er behov for at involvere kommunen, men det kan også skyldes, at borgerne ikke er forpligtiget til at tage imod et tilbud fra kommunen og derfor har ret til at takke nej til yderligere hjælp udover behandling. Sidstnævnte kan blandt andet være som følge af manglende sygdomserkendelse og motivation hos borgeren.
- Området for spiseforstyrrelser er kendetegnet ved, at der er mange private aktører på området. Dette oplever kommuner og region medfører et mørketal på området, fordi der er borgere, som går udenom offentligt regi og direkte til private aktører. Dette betyder, at kommunerne ikke nødvendigvis har kendskab til alle borgere med svære spiseforstyrrelser. Tendensen med at anvende private aktører frem for offentlige kan forstærkes af, at borgeren og dennes pårørende i nogle tilfælde ønsker at holde sygdommen skjult for offentligheden og derfor søger private aktører.



For at tydeliggøre, hvilke borgere med svære spiseforstyrrelser, som kommunerne typisk vurderer har behov for højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på det sociale område, har enkelte kommuner som led i afdækningen af målgruppen udarbejdet anonymiserede case-beskrivelser af sager omhandlende borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiseret rehabilitering.

Generelt viser disse case-beskrivelser, at målgruppen for den centrale udmelding typisk er kendetegnet ved borgere, som vurderes til at have et samlet funktionsevneniveau svarende til svære til fuldstændige problemer/begrænsninger (D og E på skalaen i Voksenudredningsmetoden, VUM, og Socialstyrelsens udredningsværktøj til børn og unge med funktionsnedsættelse) og et samlet støttebehov svarende til massiv kompenserende støtte (5 efter skalaen i VUM). Samtidig viser sagerne, at der typisk er tale om langvarige forløb i den regionale behandling med et eller flere tilbagefald og fornyet optagelse af behandling.

Sagerne viser desuden, at borgernes problemstillinger typisk ikke er isoleret til spiseforstyrrelsen, men ofte også omfatter psykiske lidelser så som angst, personlighedsforstyrrelser, psykose og psykoselignende adfærd, kombineret med sociale problemstillinger og problemer i forhold til pårørende. Kommunernes højt specialiserede indsatser er således i langt de fleste tilfælde komplekse og helhedsorienteret og fokuserer således både på at støtte op om behandlingen af spiseforstyrrelsen gennem måltidsstøtte, motivering, varetagelse af praktiske gøremål som indkøb m.v. men også at støtte op omkring øvrige problemstillinger, eksempelvis ved psykolog og støtte til pårørende.

3. HØJT SPECIALISEREDE INDSATSER OG TILBUD

Socialstyrelsens centrale udmelding omfatter de højt specialiserede indsatser og tilbud, der med et socialt rehabiliterende sigte iværksættes som et tidsbestemt forløb enten sideløbende med eller efter, at borgeren har modtaget behandling i den regionale psykiatri. De højt specialiserede indsatser er ikke nødvendigvis placeret i et fysisk tilbud/hos en leverandør, men kan også leveres som "matrikelløse indsatser", der eksempelvis kan bestå af et udkørende teams eller lignende leveret i en kombination af de enkelte kommuner, regioner og eksterne tilbud.

Ifølge den centrale udmelding kan et højt specialiseret rehabiliteringsforløb på det sociale område bestå af følgende konkrete indsatser: Netværksintervention, måltidsstøtte, motion og genoptræning, træning af dagligdagskompetencer, træning af psykologiske kompetencer, træning af sociale kompetencer, fritidsaktiviteter, botilbud og beskæftigelses- eller uddannelsesrettet indsats. Endvidere kan følgende indsatser benyttes særligt for børn og unge med svære spiseforstyrrelser: Familieintervention, anbringelsessted og skolerettet indsats.

Borgeren behøver ikke nødvendigvis at modtage alle de beskrevne indsatser. Dette vil afhænge af borgerens funktionsevnenedsættelser og behov for hjælp og støtte.⁵

Kommunerne i hovedstadsregionen har indberettet, hvilke indsatser og tilbud, de har anvendt i 2014 og/eller 2015 til højt specialiseret rehabiliteringsindsatser på det sociale område til borgere med svære spiseforstyrrelser. Da besvarelsen skal dække regionen som helhed, omfatter afrapporteringen alene tilbud, som er anvendt af to eller flere kommuner i hovedstadsregionen i 2014 eller 2015, og som er vurderet af den faglige referencegruppe til i højeste grad at leve op til Socialstyrelsens definition af højt specialiserede tilbud og indsatser. Vurderingerne heraf er foretaget på baggrund af den faglige referencegruppes indgående kendskab

⁵ Se afsnit 6. Metode for en nærmere beskrivelse af de højt specialiserede indsatser og tilbud.



til området, kommunernes indberetninger, tilbuddenes egne beskrivelser samt øvrig tilgængelig offentlig information om tilbuddene.

Opgørelserne af tilbuddene er inddelt i to kategorier:

- Anbringelsessteder og botilbud til børn, unge og voksne.
- Tilbud, der leverer højt specialiserede indsatser som led i matrikelløse højt specialiserede sociale rehabiliteringsindsatser.

3.1. ANBRINGELSESTEDER OG BOTILBUD TIL BORGERE MED SVÆRE SPISEFORSTYRRELSER

Kommunerne har indberettet, hvilke opholdssteder og døgninstitutioner efter Servicelovens § 66 nr. 5-6 til børn og unge (under 18 år) samt midlertidige botilbud efter Servicelovens § 107 til voksne (18 år og derover) kommunerne har anvendt i 2014 og/eller 2015 som led i højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på det sociale område til borgere med svære spiseforstyrrelser.

På baggrund af kommunernes indberetninger og den faglige referencegruppes kvalificerede vurderinger er tilbuddet Askovhus blevet udpeget som et tilbud, der i 2014/2015 blev anvendt af to eller flere kommuner i hovedstadsregionen, og som vurderes i højeste grad at leve op til Socialstyrelsens definition af højt specialiserede indsatser og tilbud.

Ud over Askovhus har kommunerne indberettet en række andre opholds- og botilbud, som kommunerne har anvendt i 2014 og 2015 til borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på det sociale område. Disse tilbud har dog enten alene været anvendt af en enkelt kommune, eller er vurderet af den faglige referencegruppe til ikke i tilstrækkelig grad at leve op til definitionen af højt specialiserede indsatser og tilbud i Socialstyrelsens centrale udmelding. De faglige vurderinger af disse tilbud er nærmere beskrevet i afsnittet "Øvrige tilbud" på side 11.

Tabel 2: Tilbud til borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiseret rehabiliteringsindsatser på det sociale område anvendt af kommunerne i hovedstadsregionen

Navn på tilbud	Askovhus	
Driftsherre	Selvejende fond	
Beliggenhed	København	
Målgruppe	Personer med spiseforstyrrelse	
Aldersgruppe	17-40 år	
Juridisk grundlag (Serviceloven)	§ 66, stk. 1, nr. 5	§ 107
Antal normerede helårspladser i 2015	4	18
Heraf antal helårspladser benyttet af borgere med svære spiseforstyrrelser i 2015	0	22
Forventet antal helårspladser benyttet af borgere med svære spiseforstyrrelser i 2016	1	22

Kilde: Kommunale indberetninger i forbindelse med Socialstyrelsens centrale udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser, Fælleskommunalt sekretariat, 2016.

Som det fremgår af tabel 2, er Askovhus' primære målgruppe unge og voksne i alderen 17-40 år. Samtlige normerede pladser på Askovhus benyttes af borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiseret rehabilitering på det sociale område. Pladserne benyttes af borgere fra kommuner både i og uden for hovedstadsregionen. De pladser, der ikke bliver brugt som opholdssted jævnfør Servicelovens § 66, stk. 1 stk. 5, konverteres, ifølge tilbuddet, til midlertidige botilbudspladser efter § 107, således at Askovhus har en vis



fleksibilitet til at tilpasse sig efterspørgslen, og samtidig opnå fuld belægning. Askovhus arbejder på at kunne udvide med to pladser i 2017 målrettet henholdsvis opholdssted til 17-årige og midlertidigt botilbud til voksne over 18 år. Desuden er tilbuddet også godkendt som aktivitets- og samværstilbud efter Servicelovens § 104.

Kommunerne i hovedstadsregionen har desuden anvendt Askovhus som leverandør af højt specialiserede indsatser som led i matrikelløse rehabiliteringsindsatser på det sociale område efter Servicelovens § 85, jf. afsnit 3.2 om matrikelløse indsatser. Nedenstående beskrivelse af Askovhus omfatter således også tilbuddets levering af højt specialiserede indsatser som led i matrikelløse indsatser.

I det følgende fremgår en beskrivelse af kommunernes anvendelse af Askovhus baseret på beskrivelser af, hvilke indsatstyper, kommunerne har anvendt i tilbuddet, samt de elementer der, ifølge Socialstyrelsens centrale udmelding, karakteriserer højt specialiserede indsatser og tilbud. Disse elementer er aktuelt bedste viden, sammenhængende og koordinerede forløb, fysiske rammer samt fagprofessionelles uddannelse og kompetencer (jf. afsnit 6. Metode). Beskrivelsen af tilbuddet er udarbejdet på baggrund af kommunernes indberetninger samt spørgeskemaer udsendt til tilbuddet. For en yderligere vurdering af tilbuddets indsatser, kompetencer m.v. henvises til Socialtilsyn Hovedstadens tilsynsrapporter vedrørende tilbuddet.

Askovhus

Kommunernes anvendelse af indsatser

Kommunerne i hovedstadsregionen har i 2014 og 2015 primært anvendt Askovhus' midlertidige botilbud (§ 107) til voksne mellem 18 og 29 år og i mindre omfang til voksne over 30 år med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiseret rehabilitering på det sociale område. Kommunerne har i overvejende grad anvendt Askovhus som leverandør af matrikelløse indsatser til aldersgruppen 18-29 år. Et ophold på Askovhus omfatter en højt specialiseret rehabiliteringsindsats indeholdende flere indsatstyper. Ifølge kommunerne i hovedstadsregionen har borgere indskrevet i tilbuddet modtaget følgende indsatstyper i den sociale rehabiliteringsindsats i Askovhus:

- Netværksintervention
- Måltidsstøtte
- Træning af dagligdagskompetencer
- Træning af sociale kompetencer
- Træning af psykologiske kompetencer
- Motion og genoptræning
- Fritidsaktiviteter
- Beskæftigelses- og uddannelsesrettede indsatser.

Familieintervention og skolerettede indsatser indgår også i tilbuddets ydelser. Askovhus har dog i perioden 2014-2015 ikke haft indskrevet borgere på 17 år og har derfor ikke i denne periode leveret indsatser efter Serviceloven til børn og unge. Askovhus fremhæves af kommunerne for at levere en målrettet støtte i forhold til at motivere borgeren til at holde kontakt til den regionale behandling, ligesom tilbuddet i nogle tilfælde har varetaget den koordinerende rolle i forhold til den samlede rehabiliteringsindsats. Endelig anvendes Askovhus til at gennemføre afklaringsaftaler for borgere, pårørende og medarbejdere samt vejledning af fagprofessionelle i kommunerne.

Aktuelt bedste viden

Askovhus' arbejde tager afsæt i metoden Dialektisk Adfærdsterapi (DAT), og tilbuddet dokumenterer løbende sit arbejde via metoden Feedback Informed Treatment (FIT) med det formål at evaluere og forbedre indsatserne. Askovhus foretager visitation ved indskrivning og afslutning af hvert forløb via følgende tests og udredninger: SCL-90, EDE, EDQLS, CSSR-S, FIT og Socialfaglig udredning.



Sammenhængende og koordinerede forløb

Askovhus samarbejder tæt med handlekommunerne gennem statusmøder og løbende dialog. Minimum hvert halve år modtager handlekommunerne status på borgernes progression. Desuden er hver borger tilknyttet en koordinator hos Askovhus, der sikrer samarbejde og koordination med handlekommune og øvrige involverede aktører.

Askovhus har formelt samarbejde med de regionale behandlingssteder i Region Hovedstaden. Samarbejdet består af faste månedlige udviklings- og patientmøder, hvor behandlingen og den højt specialiserede rehabilitering korrigeres og planlægges. Desuden afholdes tværsektorielle workshops og undervisningsdage. Askovhus samarbejder desuden med andre psykiatriske centre i og uden for hovedstadsregionen om de konkrete patientforløb.

Fysiske rammer

Askovhus råder over 13 2-værelses lejligheder, tre 4-værelses lejligheder, kontorer og samtalelokaler. Dagtilbuddet er placeret i en separat bygning indeholdende værksteder, spisestue og køkken særligt til borgere med spiseforstyrrelser samt hyggerum og undervisningslokale. Til bevægelsesaktiviteter anvendes eksternt lokale.

De fagprofessionelles uddannelse og kompetencer

De fagprofessionelle medarbejdere på Askovhus har på nuværende tidspunkt i gennemsnit seks års anciennitet, hvor de har arbejdet med målgruppen borgere med svære spiseforstyrrelser. Askovhus arbejder kun med borgere med svær spiseforstyrrelse og tilegner sig således løbende praksiserfaring på området samt bevarer et metodisk og målgruppebestemt fokus.

Medarbejdergruppen er sammensat af psykologer, terapeuter, sygeplejerske, socialrådgivere, lærer, pædagog samt medarbejdere med akademisk og ernæringsmæssig baggrund. Derudover er der ansat psykologistuderende på timebasis.

Askovhus' medarbejdere har modtaget undervisning og supervision i Dialektisk Adfærdsterapi (DAT), der er den metodiske ramme, som Askovhus arbejder indenfor. Medarbejderne er blandt andet uddannet individuelle DAT-terapeuter og DAT-færdighedstrænere. Desuden modtager medarbejderne supervision og træning inden for en række andre metoder målrettet borgere med svære spiseforstyrrelser fra specialister på de pågældende områder. Medarbejderne deltager løbende i forskellige aktiviteter vedrørende borgere med svære spiseforstyrrelser. Endelig afholder Askovhus udviklingsdage for de faste medarbejdere, hvor relevante rehabiliteringstemaer behandles.

Øvrige tilbud

Udover Askovhus har kommunerne i hovedstadsregionen indberettet en række andre opholds- og botilbud, som er blevet anvendt i 2014 og 2015 til borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiseret rehabilitering på det sociale område. Disse tilbud har dog enten alene været anvendt af en enkelt kommune, eller er vurderet af den faglige referencegruppe til ikke i tilstrækkelig grad at leve op til definitionen af højt specialiserede indsatser og tilbud i Socialstyrelsens centrale udmelding. Eksempelvis er tilbud, der ikke har borgere med spiseforstyrrelser som tilbuddets primære målgruppe. I disse tilbud kan borgeren typisk have andre primære problemstillinger, som har været udslagsgivende for visiteringen til det pågældende tilbud. Disse tilbuds indsatser målrettet spiseforstyrrelsen kan godt være på et højt specialiseret niveau, men tilbuddene vurderes ikke at være tilbud primært målrettet borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på det sociale område. Disse tilbud er eksempelvis



Specialinstitutionen Jacob Michaelsens Minde til børn og unge i alderen 13-17 (23) år samt Bostedet Caroline Marie til unge og voksne i alderen 16-23 år.

Et tilbud, som den faglige referencegruppe vurderer leverer en højt specialiseret rehabiliteringsindsats på det sociale område målrettet borgere med svære spiseforstyrrelser, er Københavns Kommunes botilbud Center Nørrebro – Griffenfeldtsgade. Griffenfeldtsgade består af et midlertidigt botilbud (Servicelovens § 107) samt et udkørende tilbud, der yder støtte til voksne borgere i eget hjem (Servicelovens § 85) i alderen 18-30 år med personlighedsforstyrrelser eller svære spiseforstyrrelser. Tilbuddet er ikke medtaget på listen, fordi tilbuddet for tiden alene anvendes af borgere fra Københavns Kommune og således ikke for tiden er til rådighed for de øvrige kommuner i regionen. Fem af tilbuddets 11 normerede pladser er målrettet voksne med svære spiseforstyrrelser.

Tilbuddet i Griffenfeldtsgade leverer en samlet højt specialiseret rehabiliteringsindsats bestående af følgende delindsatser: Netværksintervention, måltidsstøtte, træning af dagligdagskompetencer, træning af sociale kompetencer, træning af psykologiske kompetence, fritidsaktiviteter samt beskæftigelses- og uddannelsesrettede indsatser. Tilbuddets arbejde foregår i tæt samarbejde med den regionale behandling og den kommunale myndighed og tager udgangspunkt i sundhedsfaglige handleplaner og forandringskompas på det sociale område. Tilbuddet arbejder desuden løbende med, at medarbejderen udvikles og har de fornødne kompetencer målrettet borgere med svære spiseforstyrrelser gennem supervision, temadage, personalemøder og ved diverse kurser og efteruddannelser.

3.2. MATRIKELLØSE INDSATSER

Ifølge den centrale udmelding kan et højt specialiseret rehabiliteringstilbud på det sociale område enten bestå af indsatser på et matrikelbundet tilbud eller bestå af matrikelløse indsatser, herunder udkørende indsatser i borgerens nærmiljø. I nærværende afrapportering forstås en matrikelløs indsats som et højt specialiseret socialt rehabiliteringsforløb individuelt tilrettelagt for den enkelte borger og sammensat af delindsatser, der sikrer en koordineret tilgang med udgangspunkt i borgerens behov og ønsker. De højt specialiserede sociale delindsatser kan leveres af kommunen selv og af eksterne tilbud, eksempelvis i form af udkørende funktioner, andre strukturerede kommunale ydelser, eller en kombination heraf.

KOMMUNERNES ANVENDELSE AF MATRIKELLØSE INDSATSER

Godt to tredjedele af *kommunerne* i hovedstadsregionen har indberettet, at de har anvendt matrikelløse indsatser som led i højt specialiserede rehabiliteringsforløb til børn og unge med svære spiseforstyrrelser i 2014 og 2015, mens knap to femtedele af *kommunerne* har anvendt matrikelløse indsatser til voksne med svære spiseforstyrrelser.

I 2015 modtog godt tre femtedele af *børn og unge* inden for målgruppen i hovedstadsregionen en eller flere delindsatser som led i en højt specialiseret matrikelløs rehabiliteringsindsats. Den samme andel var for *voksne* godt to femtedele i 2015.⁶ De enkelte delindsatser i et samlet matrikelløst rehabiliteringsforløb kan leveres på såvel let og moderat specialiseret niveau såvel som på et højt specialiseret niveau afhængigt af en vurdering af borgerens behov og ønsker. Således kan en række af de indberettede delindsatser godt være leveret på let og moderat specialiseret niveau, typisk i regi af kommunernes egne indsatser og tilbud, mens andre er leveret på højt specialiseret niveau.

På baggrund af kommunernes indberetninger tegnes et billede af, at matrikelløse indsatser i højere grad anvendes til børn og unge under 18 år end til voksne. Dette billede er i lighed med den generelle tendens på

⁶ Antal borgere på voksenområdet er eksklusiv Københavns Kommune, som ikke har indberettet tal herfor.



børne- og ungeområdet, hvor kommunerne i langt overvejende grad anvender mindst indgribende indsatser med et inkluderende sigte. Det er kommunernes erfaring, at matrikelløse indsatser, der foregår tæt på og med udgangspunkt i barnet/den unge og dennes pårørende giver de bedste resultater. På trods af at en mindre andel af de specialiserede rehabiliteringsindsatser på voksenområdet på nuværende tidspunkt leveres som matrikelløse indsatser, opleves en tendens i retning af, at kommunerne i højere grad end tidligere anvender matrikelløse indsatser ud fra samme hensyn og erfaringer som på børne- og ungeområdet.

Kommunernes fokus på mindst indgribende indsatser og indsatser tæt på barnets/den unges nærmiljø og anvendelse af matrikelløse indsatser til børn og unge under 18 år er også en væsentlig faktor i forhold til, at der i denne rapport ikke er oplystet opholdssteder eller døgninstitutioner alene målrettet denne aldersgruppe, som vurderes i tilstrækkelig grad at leve op til Socialstyrelsens definition af højt specialiserede indsatser og tilbud.

De hyppigst anvendte typer af delindsatser i matrikelløse indsatser for *børn og unge* er familieintervention og måltidsstøtte, som begge udgør cirka 20 procent af det samlede antal delindsatser i 2015. Dernæst kommer indsatser som træning af sociale og dagligdagskompetencer, netværksintervention, skolerettet indsats samt beskæftigelses- eller uddannelsesrettede indsatser, som alle udgør knap 10 procent af delindsatserne i 2015. Endelig udgør motion og genoptræning samt fritidsaktiviteter en mindre andel af indsatserne i 2015.

Der ses altså en tendens til, at kommunerne i høj grad anvender familieintervention i forbindelse med matrikelløse indsatser. Familieintervention foregår typisk i hjemmet og/eller i regi af kommunernes familiehus for at sikre trygge rammer om indsatsen, og hvor den højt specialiserede ekspertise kører ud. Ligeledes består en ikke ubetydelig del af de matrikelløse indsatser af skolerettede indsatser, som typisk foregår på barnets/den unges lokale skole.

De hyppigst anvendte typer af delindsatser for *voksne* er træning af sociale, dagligdags- og psykologiske kompetencer, samt beskæftigelses- eller uddannelsesrettede indsatser og måltidsstøtte, som udgør mellem 13 og 20 procent af delindsatserne i 2015. Dernæst kommer motion og genoptræning, netværksintervention samt fritidsaktiviteter som udgør 7-10 procent af delindsatserne i 2015.

TILRETTELÆGGELSE AF MATRIKELLØSE INDSATSER

Baggrunden for kommunernes anvendelse af matrikelløse indsatser til borgere med svære spiseforstyrrelser er tilsvarende det generelle billede på det specialiserede socialområde, at kommunerne arbejder med udgangspunkt i strategier om inklusion, recovery, mestring af eget liv med udgangspunkt i borgernes egne netværk og omgivelser. Kommunernes erfaringer er gennemgående, at et flertal af borgerne inden for målgruppen får et større udbytte af indsatserne, hvis de foregår i eget hjem og tæt på borgerens netværk.

En samlet matrikelløst rehabiliteringsindsats er typisk sammensat af delindsatser på let og moderat specialiseret niveau såvel som på højt specialiseret niveau. Det afgørende i kommunernes tilrettelæggelse af de matrikelløse rehabiliteringsindsatser er, at borgeren modtager de forskellige typer af indsatser på det nødvendige specialiseringsniveau i forhold til borgerens ønsker og behov. Eksempelvis kan en borger godt modtage beskæftigelsesrettede indsatser i regi af kommunens jobcenter, som ikke nødvendigvis foregår på et højt specialiseret niveau, samtidig med måltidsstøtte på et højt specialiseret niveau.

Kommunerne tilrettelægger i udpræget grad de matrikelløse indsatser i form af delindsatser leveret af eksterne tilbud kombineret og/eller i samarbejde med indsatser fra egne kommuner. De eksterne leverandører er overvejende private leverandører, der kan levere specifikke delindsatser såvel som mere helhedsorienterede rehabiliteringsforløb. Ved en kombination af kommunale og eksterne leverandører opnår kommunerne at inddrage specifik højt specialiseret viden inden for specifikke indsatser og samtidig trække på eksisterende



viden og forskellige fagområder inden for kommunerne. I samarbejdet mellem kommunerne og eksterne leverandører opnås samtidig den konsekvens, at viden og kompetencer om svære spiseforstyrrelser opbygges og vedligeholdes i kommunerne.

Indsatserne i egen kommune foregår i flere tilfælde i regi af kommunernes egne familiehuse på børne- og ungeområdet og socialpsykiatrien på voksenområdet, herunder socialpædagogisk støtte i eget hjem i form af udkørende teams. De kommunale indsatser på børne- og ungeområdet omfatter primært familieintervention, men også i nogle tilfælde skolerettet indsats samt træning af psykologiske og sociale kompetencer. Indsatserne i kommunerne til både børn og unge og voksne leveres af psykologer, familierapeuter, socialrådgivere, socialpædagoger og psykiatriske sygeplejersker.

De matrikelløse indsatser foregår enten sideløbende med behandling i den regionale psykiatri eller efter endt indlæggelse. Når indsatserne foregår sideløbende med den regionale behandling arbejder kommunerne gennemgående for at koordinere de sociale indsatser med behandlingsindsatserne. I enkelte tilfælde har kommuner også etableret matrikelløse indsatser, fordi borgeren ikke har ønsket at modtage behandling i regionalt regi. Ofte er disse indsatser midlertidige og med fokus på at motivere borgeren til at modtage behandling.

Nedenfor er beskrevet tre eksempler på kommunernes anvendelse af matrikelløse indsatser til borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiseret rehabilitering på det sociale område. Af disse eksempler fremgår det, at baggrunden for etablering af matrikelløse indsatser afhænger af borgerens særlige situation med hensyn til graden af spiseforstyrrelsen, den familiemæssige situation, motivationen for at indgå i behandling, tidligere sygdoms- og behandlingsforløb med videre. Eksemplerne understreger, at kommunerne ved anvendelse af matrikelløse indsatser har fokus på at sammensætte en indsats, som imødekommer den enkelte borgers og pårørendes behov og ønsker for derved at tilrettelægge den mest målrettede indsats.

Eksempel på højt specialiseret matrikelløs indsats til ung under 18 år

Eks. 1: Ung person er i ambulans behandling for svære spiseforstyrrelse. Handlekommunen udarbejder en børnefaglig undersøgelse (Servicelovens § 50) sideløbende med, at der bliver udarbejdet en handleplan (Servicelovens § 140). Den regionale behandlingsindsats består af kontrolvejning og psykologsamtaler i hospitalsregi, hvor den unge også går til kontrol for anden lidelse. Handlekommunens indsatser består af aflastning til moderen (Servicelovens § 84), hvor den unge er væk fra hjemmet sammen med en professionel socialrådgiver fra eksternt privat tilbud 6 timer ugentligt. Desuden bliver der bevilliget familiebehandling i hjemmet og til behandling af den unges problemer, herunder hjælp til spisesituationer (Servicelovens § 52 stk. 3, nr. 3). Endelig bliver der bevilliget psykologsamtaler til moderen, i første omgang tilbud via eksternt privat tilbud, men overgår, på grund af ventetid, til psykologisk forløb (Servicelovens § 52 stk. 3, nr. 3).



Eksempler på højt specialiseret matrikelløs indsats til voksne over 18 år

Eks. 2: En person over 18 år flytter efter flere års indlæggelse i hospitalsregi ind i midlertidigt botilbud for personer med svære spiseforstyrrelser (Servicelovens § 107), hvor der tilbydes en højt specialiseret indsats i forhold til personens samlede livssituation. Efter at personen har boet knapt to år i botilbuddet, vurderer handlekommunen, at pågældende er parat til at flytte i en selvstændig bolig. Personen følges derefter af medarbejdere fra botilbuddet (Servicelovens § 85). Personen deltager fortsat i måltider i botilbuddet. Indsatsen evalueres kontinuerligt og tilpasses efter aktuelt behov, således at personen i sit eget tempo bliver i stand til at mestre flere dagligdagsopgaver. Metoden Dialektisk Adfærdsterapi (DAT) anvendes som tilgang.

Eks. 3: En person over 18 år med svær spiseforstyrrelse ønsker ikke indlæggelse på psykiatrisk afdeling, og handlekommunen sammensætter et målrettet tilbud (Servicelovens § 85), som består af besøg og telefonopkald, så der er tæt kontakt med pågældende. Personens situation er kompleks, da pågældende ikke har egen bolig og flytter rundt blandt familiemedlemmer. Dette forværrer både spiseforstyrrelsen og angsten. Handlekommunen etablerer bedst mulig støtte til personen i forbindelse med transport til og fra behandling. Handlekommunen vurderer dog ikke dette tilstrækkeligt. Personen henvises til behandling på psykiatrisk afdeling, hvor personens situation anskues mere helhedsorienteret end på tidligere behandlingssteder, og er nu i dagbehandling fire dage om ugen. Desuden har personen fået egen bolig, hvilket giver en fast base.

TILBUD DER ANVENDES TIL HØJT SPECIALISEREDE INDSATSER SOM LED I MATRIKELLØSE INDSATSER

Kommunerne anvender flere forskellige private tilbud som leverandører af højt specialiserede indsatser som led i matrikelløse sociale rehabiliteringsindsatser. Det er imidlertid kun meget få af de anvendte private tilbud, som anvendes af to eller flere kommuner i hovedstadsregionen.

De to tilbud oplistet i tabel 3 er således tilbud, som i 2014/2015 blev anvendt af to eller flere kommuner i hovedstadsregionen, og som vurderes af den faglige referencegruppe i højeste grad at leve op til Socialstyrelsens definition af højt specialiserede indsatser og tilbud.

Tabel 3: Tilbud der leverer højt specialiserede indsatser som led i matrikelløse indsatser til borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiseret rehabiliteringsindsatser på det sociale område

	Dankbar Konsulenterne	Askovhus
Driftsherre	Privat	Selvejende fond
Beliggenhed	Roskilde	København
Målgruppe	Sårbare og psykisk syge børn og unge med svære psykiatriske lidelser, samt høj grad af komorbiditet, herunder spiseforstyrrelser. Herunder også somatiske lidelser.	Unge og voksne med spiseforstyrrelser
Aldersgruppe	13-23 år	17-40 år
Juridisk grundlag (Serviceloven)	§ 52, stk. 2, 3 og § 85	§ 52, stk. 3, § 76, stk. 2 og § 85

Kilde: Kommunale indberetninger i forbindelse med Socialstyrelsens centrale udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser, Fælleskommunalt sekretariat, 2016.



Kommunerne har i 2014 og 2015 primært anvendt Dankbar Konsulenterne til borgere i aldersgruppe 13-17 år og i mindre omfang til voksne i aldersgruppen 18-23 år. Askovhus er primært blevet anvendt af kommunerne i hovedstadsregionen til borgere i aldersgruppen 18-29 år og i mindre omfang til 17-årige.

I det følgende beskrives kommunernes anvendelse af Dankbar Konsulenterne baseret på baggrund af beskrivelser af, hvilke indsatstyper, kommunerne har anvendt i tilbuddet, samt de elementer der, ifølge Socialstyrelsens centrale udmelding, karakteriserer højt specialiserede indsatser og tilbud. Disse elementer er aktuelt bedste viden, sammenhængende og koordinerede forløb, fysiske rammer samt fagprofessionelles uddannelse og kompetencer (jf. afsnit 6. Metode). Askovhus er beskrevet i afsnit 3.1., hvad angår kommunernes anvendelse af indsatser, samt de elementer der karakteriserer højt specialiserede indsatser og tilbud.

Dankbar Konsulenterne

Kommunernes anvendelse af indsatser

Kommunerne i hovedstadsregionen har i 2014 og 2015 primært anvendt Dankbar Konsulenterne til børn og unge under 18 år og i mindre grad til voksne i aldersgruppen 18-29 år. Kommunerne har anvendt tilbuddet til en bred vifte af højt specialiserede indsatser på det sociale område, enten i form af et helhedsorienteret rehabiliteringsforløb eller i form af delindsatser som led i et rehabiliteringsforløb:

- Netværksintervention
- Måltidsstøtte
- Motion og genoptræning
- Træning af dagligdagskompetencer
- Træning psykologiske kompetencer
- Træning af sociale kompetencer
- Familieintervention
- Skolerettede indsatser
- Beskæftigelses- og uddannelsesrettede
- Fritidsaktiviteter.

Aktuelt bedste viden

Dankbar Konsulenterne arbejder kontinuerligt med delmål og hovedmål for den unge og foretager daglig dokumentation af indsatserne. Tilbuddet anvender motivationskort og jeg-støttende samtaler mellem måltider. Måltidstræningen foregår enten i grupper i form af fællesspisning eller individuelt. Der anvendes diætist og kontrol af vægt. Desuden anvender tilbuddet målrettet fysisk træning samt rideterapi og yoga til at give den unge redskaber til at opnå større selvværd og kontrollere spiseforstyrrelsen.

Sammenhængende og koordinerede forløb

Dankbar Konsulenterne samarbejder med handlekommunerne i form af eksempelvis netværksmøder med den unges kommunale sagsbehandler. Tilbuddet har et tæt samarbejde med behandlingspsykiatrien, herunder Center for Spiseforstyrrelser på Bispebjerg og Fjorden/Elmehuset i region Sjælland. Desuden har tilbuddet løbende kontakt med de unges egen praktiserende læge.

Fysiske rammer

Dankbar Konsulenternes indsatser foregår i videst muligt omfang i regi af almenmiljøet. Tilbuddet råder over lokaler indeholdende et stort køkken med plads til spisetræning, mulighed for at spise i skærmet miljø og mulighed for træning. Desuden er der mulighed for at øve spisetræning i offentlige rum i Dankbars egne offentlige caféer.



De fagprofessionelles uddannelse og kompetencer

De fagprofessionelle medarbejdere hos Dankbar Konsulenterne har alle erfaring med personer med svære spiseforstyrrelser. Medarbejderne modtager undervisning ved eksterne specialister samt gruppe- og sagssupervision ved ekstern supervisor og specialist i børnepsykologi hver måned. Desuden deltager medarbejderne i diverse kurser, som er relevante for området.

Medarbejdergruppen er sammensat af pædagoger, lærere, psykolog, psykiatrisk konsulent, diætist, personlig træner og kokke. Desuden er tilknyttet butiksassistenten, rideterapeut og blomsterdekoratører.

3.3. SAMARBEJDSAFTALER

Som i led afdækningen af, hvilke højt specialiserede indsatser og tilbud kommunerne har anvendt til borgere med svære spiseforstyrrelser, har kommunerne i hovedstadsregionen også indberettet, i hvilket omfang de har indgået samarbejdsaftaler med andre kommuner, regionen eller eksterne tilbud omkring målgruppen. Dette afsnit beskriver på baggrund af kommunernes indberetninger, i hvilket omfang kommunerne i hovedstadsregionen har indgået formaliserede samarbejdsaftaler eller andre former for samarbejde omkring borgere med svære spiseforstyrrelser.

Formaliserede samarbejdsaftaler forstås i denne afrapportering som generelle aftaler, der ikke vedrører konkrete, individuelle aftaler i forhold til specifikke borgere. De generelle aftaler kan eksempelvis være abonnementsaftaler eller samarbejder, hvor kommunerne forpligter sig på at anvende bestemte tilbud.

Det generelle billede i hovedstadsregionen er, at kommunerne i hovedstadsregionen ikke har indgået formelle samarbejdsaftaler med andre kommuner, tilbud eller region Hovedstaden vedrørende indsatser for borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiserede indsatser på det sociale område.

Dog har enkelte kommunerne indgået eller har planer om at indgå aftaler om samarbejde på området med enten andre kommuner, tilbud eller region Hovedstaden. Enkelte kommuner samarbejder eksempelvis med psykiatriske centre omkring netværksmøder, når unge med svære spiseforstyrrelser er indlagt eller i ambulante behandling samt omkring underretning til kommunerne i forbindelse med ny-diagnosticerede.

I regi af Rammeaftalen på det specialiserede socialområde har kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden systematisk samarbejde omkring koordination af tværgående, højt specialiserede indsatser og tilbud. Dette foregår blandt andet ved, at kommunerne og Region Hovedstaden hvert år foretager en afdækning af sammenhængen mellem behov og efterspørgsel på de kommunale og regionale højt specialiserede tilbud i hovedstadsregionen. Afdækningen danner grundlag for, om der skal foretages konkrete justeringer af antal pladser og tilbud i hovedstadsregionen, ligesom den identificerer særlige fokusområder, hvor der er behov for særlig tværkommunale tiltag eller indsatser. Området for borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på det sociale område har været og vil også fremadrettet være omfattet af rammeaftalerne.

Kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden har desuden i regi af Sundhedsaftalen 2015-2018 aftalt at udarbejde to generiske samarbejdsaftaler, der beskriver samarbejde og snitflader mellem regionen og kommunerne omkring børn, unge og voksne med psykisk sygdom. Samarbejdsaftalerne, som på nuværende tidspunkt er i høring, beskriver samarbejdet og opgavefordelingen mellem almen praksis, Region Hovedstadens psykiatri og kommunerne i forbindelse med henvisning til udredning og behandling, under ambulante behandling samt under indlæggelse og udskrivning. Aftalerne sætter således også rammerne for samarbejdet



omkring borgere med svære psykiske lidelser på tværs af sektorerne, herunder borgere med svære spiseforstyrrelser.

4. UDFORDRINGER

Kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden oplever, at der gennemgående er overensstemmelse mellem udbuddet af højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og -tilbud til borgere med svære spiseforstyrrelser og kommunernes behov herfor. Afrapporteringen fremhæver dog en række områder, der i forskellig grad udfordrer kommunernes levering af højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og -tilbud til målgruppen. Disse udfordringer opleves ikke på nuværende tidspunkt at stille området i akutte problemstillinger, men de giver i forskellig grad anledning til handling for at sikre, at målgruppen kan imødekommes endnu bedre.

På baggrund af kommunernes indberetninger kan følgende overordnede områder udledes, hvor kommunerne oplever udfordringer:

- Fastholdelse og fortsat udvikling af kompetencer, faglighed og metoder
- Viden om og udvikling af tilbudsvifte og indsatser til målgruppen
- Fokus på og udvikling af det tværsektorielle samarbejde.

Udfordringerne, der gennemgås nedenfor, adresseres i afsnit 5 om tilrettelæggelse og koordination i form af tiltag på enten mellemkommunalt, regionalt eller landsdækkende niveau.

Fastholdelse og fortsat udvikling af kompetencer, faglighed og metoder

- Da borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på det sociale område er en forholdsvis lille målgruppe med en høj kompleksitet, oplever kommunerne udfordringer med at opbygge og vedligeholde tilstrækkelige kompetencer, faglighed og viden om metoder i kommunerne. Denne udfordring er mest udtalt i mindre kommuner, men kan også genkendes i større kommuner. Udfordringen kommer blandt andet til syne i forbindelse med tilrettelæggelse af højt specialiserede rehabiliteringsforløb i form af matrikelløse indsatser. Flere kommuner har eksempelvis etableret familiehuse på børne- og ungeområdet og udkørende socialpædagogiske støttekorps på voksenområdet, som vil kunne varetage mange af de nødvendige indsatser for borgere med svære spiseforstyrrelser, såfremt de kompetencemæssigt, fagligt og metodemæssigt bliver klædt på til den kompleksitet, som borgerne i målgruppen typisk har. Enkelte kommuner har haft gode erfaringer med at inddrage eksterne leverandører og igennem det konkrete samarbejde samt rådgivning og vejledning at opbygge tilstrækkelige kompetencer og viden i kommunerne til på kvalificeret vis at kunne varetage indsatserne i rehabiliteringsforløbet. Kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden ser derfor et potentiale i, at der i højere grad samarbejdes på tværs af kommuner og mellem kommuner, tilbud og regional behandling om at sprede viden, kompetencer og metoder på det faglige område i hovedstadsregionen.

Viden om og udvikling af tilbudsvifte og indsatser til målgruppen

- Flere kommuner i hovedstadsregionen oplever, at det kan være svært at skabe et tilstrækkeligt overblik over tilgangen af borgere med svære spiseforstyrrelser på mellemlang og længere sigt og dermed kunne tilrettelægge kommunernes indsatsvifte herefter. Det manglende overblik opstår blandt andet som følge af manglende udveksling af relevante informationer mellem den regionale behandling og kommuner samt kommunernes registreringsmuligheder. Kommunerne og Region Hovedstaden oplever derfor et potentiale i, at kommunerne i højere grad samarbejder med regionen om at tilvejebringe oplysninger om udviklingen i målgruppen i et længere tidsperspektiv.



- Flere kommuner oplever, at det som handlekommune kan være svært at danne sig et tilstrækkeligt overblik over tilgængelige højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og -tilbud målrettet borgere med svære spiseforstyrrelser. Dette gælder især ved behov for etablering af matrikelløse tilbud, hvor indsatserne typisk leveres af flere typer af leverandører, alt fra enkeltmands konsulentfirmaer til etablerede botilbud. Tilbudsviften på området er desuden kendetegnet ved mange private leverandører, hvor det kan være svært for en kommunal sagsbehandler at gennemskue leverandørens kompetencer og kvalitet i de leverede indsatser. Udfordringen forstærkes i de tilfælde, hvor kommunerne bliver inddraget sent i forbindelse med endt behandling i regionalt regi og derfor forholdsvis hurtigt skal tilvejebringe et målrettet rehabiliteringsforløb for borgeren. Kommunerne og Region Hovedstaden ser derfor et stort potentiale i, at tilbudsviften gøres mere gennemskuelig for at sikre et bedre match mellem borger og tilbud.
- Som beskrevet i afsnit 3.2. om matrikelløse indsatser, oplever kommunerne i hovedstadsregionen, at anvendelsen af højt specialiserede sociale rehabiliteringsindsatser individuelt tilrettelagt for den enkelte borger gennemgående giver gode resultater i den sociale rehabilitering af borgerne. Kommunerne ser derfor et stort potentiale i i højere grad at tilrettelægge rehabiliteringsforløb i form af matrikelløse indsatser tæt på borgeren og med denne i centrum. I den forbindelse oplever kommunerne dog, at den eksisterende struktur på området ikke i alle tilfælde i tilstrækkelig grad understøtter dette, og der opleves derfor udfordringer ved at få både tilbud, der leverer højt specialiserede indsatser, samt regionale behandlingstilbud til at indgå i samarbejde med handlekommunerne om matrikelløse indsatser, enten i form af udkørende funktioner eller som ambulante tilbud. Enkelte kommuner og tilbud har gode erfaringer med at samarbejde med tilbud og den regionale behandling om matrikelløse indsatser, og kommunerne og Region Hovedstaden ser derfor et potentiale i at udvikle disse samarbejdsstrukturer.

Fokus på og udvikling af det tværsektorielle samarbejde

- Flere kommuner i hovedstadsregionen oplever, at handlekommunen inddrages for sent i forbindelse med ind- og udskrivning af borgere med svære spiseforstyrrelser fra regionale behandling. Dette betyder, at handlekommunen har svært at skabe et overblik over, hvilke borgere der har behov for højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på det sociale område og dermed udrede borgeren og tilrettelægge indsatserne i rette tid. Dette er især en udfordring på børne- og ungeområdet, hvor handlekommune skal udarbejde en børnefaglig undersøgelse og handleplan for barnet/den unge, hvilket kan være svært at nå ved en sen inddragelse af kommunen. Kommunerne og Region Hovedstaden finder derfor, at der er behov for et fokus på at sikre gode overgange mellem de to sektorer for borgere med svære spiseforstyrrelser.
- Flere kommuner oplever, at der ikke er samme opfattelse af opgave- og ansvarsfordelingen mellem regional behandling og kommunal rehabilitering på det sociale område i henholdsvis regionen, hos praktiserende læge samt i kommunerne. Dette opleves i nogle tilfælde at medføre afbrudte rehabiliteringsforløb samt uvished om, hvem der varetager de forskellige typer af indsatser. Et centralt område, hvor der hersker forskellige opfattelser, er indsatserne i forhold til vægtøgning, herunder udarbejdelse af plan herfor, vejning og opfølgning samt selve måltidsstøtten. Det er kommunernes og Region Hovedstadens oplevelse at disse forskelle i opfattelse af opgave- og ansvarsfordelingen især skyldes manglende kendskab til lovgivningen lokalt på behandlingssteder og i kommunerne. Der ses derfor et behov for, at der kommer fokus på en afklaring af opgave- og ansvarsfordelingen mellem de to sektorer.



5. TILRETTELÆGGELSE OG KOORDINATION

Det er kommunernes og Region Hovedstadens vurdering, at den nuværende sammensætning af tilbudsviften til borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiseret rehabiliteringsindsatser på det sociale område kombineret med kommunernes anvendelse af matrikelløse indsatser i nærmiljøet bidrager til at sikre højt specialiserede indsatser, som både tager højde for borgernes behov og ønsker i forhold til nærhed, og samtidig sikrer en fastholdelse af de nødvendige højt specialiserede kompetencer og den højt specialiserede viden i hovedstadsregionen.

Kommunerne og Region Hovedstaden vurderer, at de højt specialiserede tilbud, som indgår i nærværende afrapportering, og som vurderes i højeste grad at opfylde Socialstyrelsens kriterier for højt specialiserede tilbud, både fagligt og belægningsmæssigt er bæredygtige tilbud. Således oplever tilbuddene på nuværende tidspunkt ikke akutte problemstillinger i forhold til at kunne levere højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på socialområdet til borgere med svære spiseforstyrrelser.

Ingen af de områder, som er beskrevet i afsnit 4, opleves derfor på nuværende tidspunkt at stille området i umiddelbart akutte problemstillinger, men de lægger i forskellig grad op til handling for, at målgruppen kan imødekommes endnu bedre. Nedenfor beskrives de områder, hvor hovedstadsregionen oplever et behov for at rette fokus for at fremtidssikre og forbedre området. Områderne er samlet under overskrifterne: 1) Fastholdelse og fortsat udvikling af kompetencer, faglighed og metoder, 2) Fortsat viden om og udvikling af tilbudsvifte og indsatser, 3) Fortsat fokus på og udvikling af det tværsektorielle samarbejde.

1) *For at sikre **fastholdelse og fortsat udvikling af kompetencer, faglighed og metoder** vurderer kommunerne og Region Hovedstaden, at der bør være fokus på følgende områder:*

- For at imødekomme behovet for at sikre kompetencer, faglighed og metoder i kommunerne vil kommunerne og Region Hovedstaden tage initiativ til etablering af et regionalt netværk for spiseforstyrrelser med deltagelse fra regionale behandlere, kommunale medarbejdere og højt specialiserede tilbud på området. Gennem dette netværk er det hensigten at sprede den nyeste viden om behandling og rehabilitering af borgere med svære spiseforstyrrelser mellem sektorer og samtidig skabe et forum for konkrete samarbejder omkring indsatserne for borgere med svære spiseforstyrrelser. Netværket kan blandt andet fungere som katalysator for praktikforløb på tværs af sektorer og højt specialiserede tilbud samt undervisningsdage og konferencer, hvor viden fra de forskellige områder deles og spredes.
- Desuden opfordrer kommunerne og Region Hovedstaden til, at der på nationalt plan etableres et netværk af centrale videnpersoner vedrørende svære spiseforstyrrelser på tværs af sektorer og højt specialiserede tilbud. Netværket kan eksempelvis forankres i Socialstyrelsen og deltagerne fremgå af Socialstyrelsen hjemmeside, således det er muligt for kommunerne at kontakte videnpersoner med konkrete spørgsmål.

2) *For at sikre **fortsat viden om og udvikling af tilbudsvifte og indsatser** vurderer kommunerne og Region Hovedstaden, at der bør være fokus på følgende områder:*

- Kommunerne i hovedstadsregionen vil i samarbejde med Region Hovedstaden have fokus på at skabe et bedre grundlag for at kunne forudsige udviklingen i målgruppen af borgere med svære spiseforstyrrelser på længere sigt. Dette arbejde vil i første omgang kunne foregå i regi af det regionale netværk beskrevet ovenfor, eksempelvis gennem beskrivelse af informationsbehov og udveksling af relevant information mellem kommuner og regionen.



- For at imødekomme udfordringen om at sikre overblik over tilbudsviften opfordrer kommunerne og Region Hovedstaden til, at der fra nationalt hold udarbejdes centrale parametre til at vurdere kvaliteten i højt specialiserede tilbud og rehabiliteringsindsatser på det sociale område til borgere med svære spiseforstyrrelser. Disse vil kunne anvendes til at tydeliggøre, hvilke faglige kompetencer, som medarbejdere på højt specialiserede tilbud skal være i besiddelse af, og vil samtidig kunne anvendes af kommunerne som et redskab i forhold til at sikre det bedste match mellem borger og tilbud.
 - Kommunerne i hovedstadsregionen vil understøtte muligheden for i højere grad at tilrettelægge højt specialiserede rehabiliteringsforløb i form af matrikelløse indsatser. Det er generelt kommunernes vurdering, at matrikelløse indsatser, eventuelt kombineret med kortere, intensive ophold i opholds- og botilbud, på bedste vis støtter borgerens rehabilitering. På børne- og ungeområdet betyder dette, at indsatserne tager udgangspunkt i barnet/den unge og dennes nærmiljø, eksempelvis i regi af kommunens familiehus eller lignende og med inddragelse af højt specialiseret eksternt ekspertise. På voksenområdet betyder dette at, indsatserne fokuseres omkring målrettet støtte til borgeren i eget hjem typisk efter Servicelovens § 85. Kommunerne vurderer, at denne type indsatser i højere grad kan understøttes ved at gøre det muligt at anvende eksterne støttekontaktpersoner med højt specialiseret viden om spiseforstyrrelser og/eller opkvalificere kommunernes egne støttekontaktpersoner. Begge løsninger tager højde for, at der er tale om en lille målgruppe, hvor det kan være svært at opbygge tilstrækkelig viden og kompetencer i de enkelte kommuner.
 - I forlængelse heraf vil kommunerne og Region Hovedstaden have fokus på at indgå i tættere samarbejde omkring det samlede rehabiliteringsforløb i matrikelløse indsatser, herunder med fokus på koblingen af den regionale behandling og de kommunale sociale indsatser i samlede forløb for borgere med svære spiseforstyrrelser. Dette kan bidrage til bedre koordination mellem sektorerne og samtidig bidrage til at skabe en bedre gensidig forståelse for opgavevaretagelsen i de to sektorer. Samtidig kan det tværsektorielle perspektiv bidrage til en mere helhedsorienteret tilgang til den enkelte borger, der kan øge muligheden for at imødegå den høje grad af kompleksitet inden for målgruppen.
- 3) *For at sikre fortsat fokus på og udvikling af det tværsektorielle samarbejde vurderer kommunerne og Region Hovedstaden, at der bør være fokus på følgende områder:*
- Kommunerne og Region Hovedstaden vil tage initiativ til at konsolidere samarbejdet mellem den regionale behandling og kommunerne i forhold til at sikre gode overgange mellem de to sektorer for borgere med svære spiseforstyrrelser. Fokus vil være på tre faser i den regionale og kommunale indsats, henholdsvis udredning, behandling og rehabilitering efter behandling. For at sikre en helhedsorienteret indsats, er det vigtigt, at kommunerne inddrages allerede i den første fase, hvor borgeren udredes til regional behandling. Den tidlige inddragelse giver mulighed for, at der under behandlingsfasen kan foregå samtidige og understøttende indsatser i både regionalt og kommunalt regi. Således vil de kommunale rehabiliteringsindsatser kunne igangsættes allerede under behandlingen, som i stadig stigende grad omlægges til ambulante forløb. I overgangen til tredje fase skal der ligeledes ske inddragelse af kommunerne, således de i samarbejde med borgeren og eventuelt pårørende kan tilrettelægge de efterfølgende rehabiliteringsindsatser i rette tid og målrettet den enkelte borger. Samtidig vil kommunerne have fokus på at skabe en mere entydig indgang til kommunerne, når det gælder borgere med svære spiseforstyrrelser. Udviklingen af ovenstående samarbejdsstrukturer vil kunne foregå i regi af det regionale netværk for spiseforstyrrelser, som vil blive etableret.
 - Det er kommunernes og Region Hovedstadens vurdering, at en udbredelse fra centralt hold af Socialstyrelsens Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser kan medvirke til at tydeliggøre ansvars- og opgavefordelingen mellem den regionale behandling og de kommunale indsatser. Det er desuden forventningen, at samlingen af den regionale behandling af



spiseforstyrrelser for voksne i Region Hovedstaden på Psykiatrisk Center Ballerup i 2017 kan bidrage til at skabe et mere entydigt og konsolideret samarbejde mellem de to sektorer omkring borgere med svære spiseforstyrrelser.

Det er kommunernes og Region Hovedstadens vurdering, at ovenstående tiltag vedrørende tværsektorielt samarbejde også vil bidrage positivt til at imødegå de udviklingstendenser på området, som er beskrevet i Socialstyrelsens centrale udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser⁷. Derfor har kommunerne i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden i maj 2016 taget initiativ til etablering af et regionalt netværk for spiseforstyrrelser ved nedsættelse af en permanent arbejdsgruppe med deltagere fra kommuner og region, som skal igangsætte de forskellige initiativer på det tværkommunale område beskrevet ovenfor.

Endelig vurderes det i forhold til at imødegå udviklingstendenserne, at det er vigtigt at have fokus på tidlige og forebyggende indsatser i forhold til at undgå at spiseforstyrrelsen udvikler sig i svær grad. Forebyggelse og tidlige indsatser skal foregå i et samarbejde mellem praktiserende læge, kommuner og regionale behandlingssteder. I kommunerne foregår indsatserne primært i alment regi, for eksempel i folkeskolen. I denne sammenhæng har kommunerne et fortsat fokus på at klæde lærere, pædagoger, PPR psykologer og sundhedsplejen på til at opspore og handle på eventuelle sygdomstegn.

⁷ Udviklingstendenserne er en stigning i antallet af indlæggelser og ambulante forløb samt en høj andel af genindlæggelser for borgere med svære spiseforstyrrelser i den regionale psykiatri.



6. METODE

Nærværende afrapportering er baseret på 27 kommunale indberetninger, der omfatter alle hovedstadsregionens 29 kommuner⁸, spørgeskemaer udsendt til tilbud, som har leveret højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på det sociale område, samt drøftelser i en særlig nedsat faglig referencegruppe med repræsentanter fra kommunerne og Region Hovedstaden. Deltagerne i den faglige referencegruppe er udvalgt ud fra deres særlige faglige viden og indsigt i området samt et indgående kendskab til indsatser og tilbud til borgere med svære spiseforstyrrelser.

Afrapporteringen er baseret på en svarprocent på spørgeskemaerne på 100, dog med varierende kvalitet i besvarelsene, således at nogle besvarelser er mangelfulde i beskrivelserne af anvendte tilbud, udfordringer mv. Nogle kommuner har givet udtryk for, at de har oplevet det vanskeligt at besvare spørgsmålene. Årsagen hertil skal blandt andet findes i, at i og med volumen af målgruppen er så lille, har det været omfattende at indsamle alle oplysninger. Desuden har flere kommuner haft svært ved at applikere den centrale udmeldings definitioner af målgruppen og højt specialiserede indsatser og tilbud på den virkelighed, der opleves i kommunale praksis.

Fælleskommunalt sekretariat for det specialiserede socialområde har varetaget indsamling og bearbejdelse af data. Sekretariatet har med henblik på kvalificering og kvalitetssikring drøftet og fortolket data med den faglige referencegruppe.

De indkomne data er ikke medtaget i afrapporteringen i den "rå" version, men er anvendt som basis for en fælles afrapportering for hele regionen. Afrapporteringen opsummerer således det generelle billede af området i hovedstadsregionen, og der fremgår ikke data på kommuneniveau. Det skal derfor understreges, at der er tale om en overordnet, generisk analyse, hvor det alene er hovedkonklusionerne, der indgår.

6.1. MÅLGRUPPEN

Til opgørelse af målgruppen er der taget udgangspunkt i Socialstyrelsens definition og afgrænsning af målgruppen i den centrale udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser og tilhørende bilag.

I den centrale udmelding er en spiseforstyrrelse afgrænset til anorexia nervosa (anoreksi) og bulimia nervosa (bulimi). Både i typiske og atypiske former. Målgruppen af borgere med svære spiseforstyrrelser afgrænses ud fra en række sundhedsfaglige kriterier kombineret med borgernes funktionsevnenedsættelse og behov for en højt specialiseret social rehabiliteringsindsats.

I den centrale udmelding skelnes der ikke mellem anoreksi og bulimi. I forhold til de kommunale indsatser, er det dog vigtigt at skelne mellem de to former for spiseforstyrrelse, da de typisk har forskellige sygdomsforløb og symptomalogier. Personer med bulimi kan eksempelvis typisk skjule lidelsen i en årrække, og er derfor ofte over 18 år, når de kommer i behandling første gang. Forskellighederne ved de to former for spiseforstyrrelse betyder, at kommunerne skal tilrettelægge de højt specialiserede rehabiliteringsindsatser forskelligt, herunder også samarbejdet med den regionale behandling omkring indsatsforløb, forebyggelse og opsporing.

En borger med en svær spiseforstyrrelse defineres, i den centrale udmelding, som en borger, der har en grad 3, 4 og 5 jf. Sundhedsstyrelsens vejledende kriterier for behandlingsindsats for henholdsvis anoreksi og bulimi.

⁸ Ishøj og Vallensbæk kommuner samt Tårnby og Dragør kommuner har indgået forpligtende samarbejder på det specialiserede socialområde, hvilket betyder, at de har indsendt samlede besvarelser. Således er det samlede antal af indberetninger i nærværende afrapportering 27.



Borgere med en grad 3, 4 og 5 kan både være indlagte, gå i (intensiv) ambulat behandling, eller være blevet udskrevet fra behandling i den regionale psykiatri og være blevet overdraget til egen læge. I den centrale udmelding fremgår det endvidere, at borgere med svære spiseforstyrrelser ofte har en psykisk komorbiditet, som kan være med til at komplicere deres rehabiliteringsforløb.

Behovet for en højt specialiseret social rehabiliteringsindsats vurderes på baggrund af omfanget og typen af funktionsevnenedsættelser samt sværhedsgraden og kombinationen af de forskellige funktionsevnenedsættelser. Den centrale udmelding oplister en række funktionsevnenedsættelser, som er afgørende for, om borgere med svære spiseforstyrrelser har behov for en højt specialiseret rehabiliteringsindsats på det sociale område, og dermed falder inden for målgruppen. Funktionsevnenedsættelserne er baseret på temaerne i henholdsvis ICS for børn og unge og Voksenudredningsmetoden (VUM) for voksne.

På baggrund Socialstyrelsens yderligere afklaring af målgruppen efter udsendelsen af den centrale udmelding er det i spørgeskemaundersøgelsen desuden oplyst, at borgere med følgende problemstillinger ikke er omfattet af målgruppen i den centrale udmelding:

- Borgere med en kombination af svære spiseforstyrrelser og enten infantil autisme, atypisk autisme eller en gennemgribende udviklingsforstyrrelse inden for autismspektret, og som vurderes ikke at kunne profiterere af de højt specialiserede indsatser, som skitseres i den centrale udmelding (i udgangspunkt er borgere med svære spiseforstyrrelser og mildere former for autisme, eksempelvis Asperger, omfattet af målgruppen).
- Borgere der lider af tvangsoverspisning (Binge Eating Disorder, BED).

I spørgeskemaundersøgelsen er kommunerne blevet stillet følgende spørgsmål vedrørende målgruppen:

”Hvor mange borgere med både svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiseret rehabilitering på det sociale område skønnes der samlet set at være i kommunen i 2014 og 2015?”

Kommunerne indberettet både nytilkomne og eksisterende borgere fordelt på aldersgrupperne børn og unge 0-17 år, voksne 18-29 år og voksne 30 år og derover. I Tabel A fremgår antallet af borgere fordelt på aldersgrupper og årstal.

Tabel A: Antal borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiserede indsatser på det sociale område i 2014 og 2015 fordelt på aldersgrupper

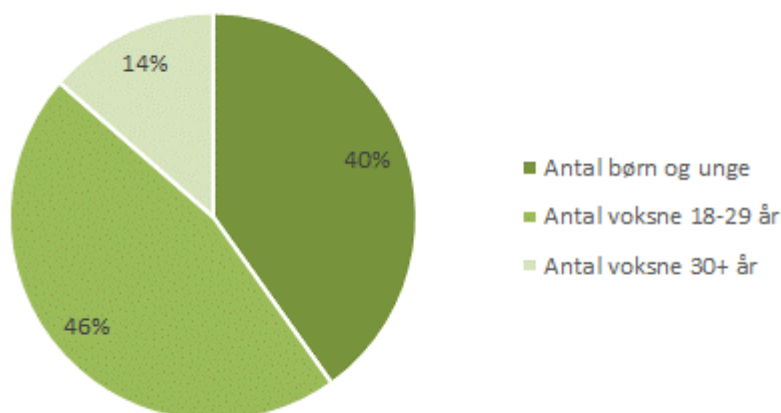
	2014	2015	Udvikling 2014-2015
Børn og unge 0-17 år	63	65	3%
Voksne 18-29 år	62	75	22%
Voksne 30 år og derover	21	22	5%
I alt	146	162	11%

Kilde: Kommunale indberetninger i forbindelse med Socialstyrelsens centrale udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser, Fælleskommunalt sekretariat, 2016.

I figur A ses den procentvise fordeling af antallet af borgere inden for de tre aldersgrupper i 2015.



Figur A: Antal borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiserede sociale rehabiliteringsindsatser fordelt på aldersgrupper i 2015.



Kilde: Kommunale indberetninger i forbindelse med Socialstyrelsens centrale udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser, Fælleskommunalt sekretariat, 2016.

Der er en række forhold, der udfordrer kommunernes muligheder for at opgøre antallet af borgere inden for målgruppen. Først og fremmest registrerer kommunerne ikke på diagnoser, hvilket har vanskeliggjort kommunernes muligheder for at afklare borgerens spiseforstyrrelse og graden heraf. Kommunerne har derfor i højere grad fokuseret på, hvilke indsatser borgeren har modtaget og eventuelt kendskab til borgerens behandlingsforløb. Desuden åbner Socialstyrelsens definition af målgruppen op for, at kommunerne kan have forskellig fortolkning af, hvornår en indsats kan karakteriseres som en højt specialiseret rehabiliteringsindsats. Kommunernes opgørelser er derfor i overvejende grad baseret på kvalificerede vurderinger foretaget af centrale medarbejdere, eksempelvis sagsbehandlere, på området. Dette kan medføre, at der ikke ligger de samme vurderinger og forudsætninger til grund for opgørelserne af målgruppen i de enkelte kommuner.

Som led i afdækningen af målgruppen i hovedstadsregionen har enkelte kommuner udarbejdet anonymiserede case-beskrivelser af sager omhandlende borgere med svære spiseforstyrrelser og behov for højt specialiseret rehabilitering. Case-beskrivelserne ikke inkluderet i afrapporteringen, men danner grundlag for beskrivelsen af borgere med svære spiseforstyrrelser, som typisk vurderes at have behov for højt specialiseret rehabilitering på det sociale område.

6.2. HØJT SPECIALISEREDE INDSATSER OG TILBUD

Den centrale udmelding omfatter de højt specialiserede indsatser og tilbud, der med et socialt rehabiliterende sigte iværksættes som et tidsbestemt forløb enten sideløbende med eller efter, at borgeren har modtaget behandling i den regionale psykiatri. De højt specialiserede indsatser er ikke nødvendigvis placeret i et fysisk tilbud/hos en leverandør, men kan også leveres af de enkelte kommuner eller regioner som en "matrikelløs" indsats, der fx består af et udkørende team eller lignende.

Ifølge den centrale udmelding karakteriserer følgende elementer en højt specialiseret rehabiliteringsindsats på det sociale område for borgere med svære spiseforstyrrelser:

- Højt specialiserede rehabiliteringsindsatser skal baseres på aktuelt bedste viden.
- Højt specialiserede rehabiliteringsindsatser skal koordineres på tværs af sektorer, så der sikres et sammenhængende og koordineret forløb.



- Højt specialiserede rehabiliteringsindsatser skal rummes i fysiske rammer passende til borgere med svære spiseforstyrrelser.
- Fagprofessionelle medarbejdere i højt specialiserede rehabiliteringsindsatser skal have særlige kompetencer og uddannelse målrettet borgere med svære spiseforstyrrelser.

Ifølge Socialstyrelsens centrale udmelding kan et højt specialiseret rehabiliteringsforløb være sammensat af forskelligartede indsatser, som kan være af midlertidig til længerevarende karakter. Den højt specialiserede rehabiliteringsindsats skal tilrettelægges i forhold til den enkelte borgers behov og funktionsevnenedsættelser og tilpasses afhængigt af borgerens alder.

Et højt specialiseret rehabiliteringsforløb på det sociale område kan bestå af følgende konkrete indsatser: Netværksintervention, måltidsstøtte, motion og genoptræning, træning af dagligdagskompetencer, træning af psykologiske kompetencer, træning af sociale kompetencer, fritidsaktiviteter, botilbud og beskæftigelses- eller uddannelsesrettet indsats. Endvidere kan følgende indsatser benyttes særligt for børn og unge med svære spiseforstyrrelser: Familieintervention, anbringelsessted og skolerettet indsats.

Borgeren behøver ikke nødvendigvis at modtage alle de beskrevne indsatser. Det vil afhænge af borgerens funktionsevnenedsættelser og behov for hjælp og støtte.

Kommunerne i hovedstadsregionen har indberettet, hvilke indsatser og tilbud, de har anvendt i 2014 og/eller 2015 til højt specialiseret rehabiliteringsindsatser på det sociale område til borgere med svære spiseforstyrrelser.

Ifølge den centrale udmelding kan et højt specialiseret tilbud på det sociale område enten bestå af indsatser på et matrikelbundet tilbud eller bestå af matrikelløse indsatser, herunder udkørende indsatser. Kommunernes indberetninger af tilbud er derfor opdelt på henholdsvis matrikelbundne og matrikelløse tilbud. For børn og unge (under 18 år) omfatter de matrikelbundne tilbud opholdssteder og døgninstitutioner efter Servicelovens § 66 nr. 5-6. For voksne (18 år og derover) omfatter de matrikelbundne tilbud midlertidige og længerevarende botilbud efter Servicelovens §§ 107 og 108.

I nærværende afrapportering forstås en matrikelløst indsats som en højt specialiseret social rehabiliteringsindsats individuelt tilrettelagt for den enkelte borger og sammensat af delindsatser, der sikrer en koordineret tilgang med udgangspunkt i borgerens behov og ønsker. De højt specialiserede sociale delindsatser kan leveres af kommunen selv, af eksterne tilbud, eksempelvis i form af udkørende funktioner eller andre strukturerede kommunale ydelser, eller en kombination heraf.

For børn og unge (under 18 år) kan matrikelløse indsatser eksempelvis leveres som familiebehandling eller anden behandling af barnet eller den unges problemer (SEL § 52, stk. 3). For voksne (18 år og derover) kan indsatserne eksempelvis leveres i borgerens eget hjem i form af socialpædagogisk støtte (SEL § 85), eller genoptræning og vedligeholdelse (SEL § 86).

Da besvarelsen skal dække regionen som helhed, omfatter afrapporteringen alene tilbud, som er anvendt af to eller flere kommuner i hovedstadsregionen i 2014 eller 2015, og som er vurderet af den faglige referencegruppe til i højeste grad at leve op til Socialstyrelsens definition af højt specialiserede tilbud og indsatser. Vurderingerne er foretaget på baggrund af den faglige referencegruppes indgående kendskab til området, kommunernes indberetninger, tilbuddenes egne beskrivelser samt øvrig tilgængelig offentlig information om tilbuddene.

Bilag: 6.1. Bilag 1. Strategiudkast 3.0 -

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

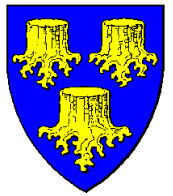
Bilagsnr: 60939/16



Allerød Kommune

Strategi for modtagelse og integration af flygtninge

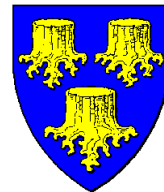
Version 3.0
Udarbejdet august 2016



INDHOLD

Forord	3
Formål med strategien	4
1.Modtagelse – én indgang til kommunen	5
2.Selvforsørgende så hurtigt som muligt	7
3. Hensigtsmæssig boligplacering – midlertidig og permanente	9
4.Leg og læring – uddannelsesmuligheder – hele livet	11
5. Sundhed og trivsel	14
6.At være en del af lokalsamfundet	16
7.Udmøntning af strategien	18
8.Opfølgning og evaluering.....	18





Forord

I Allerød Kommune skal alle flygtninge mødes som aktive medborgere. Som ny borger har den enkelte ansvar for sin egen integration – godt hjulpet på vej af Allerød Kommune og samfundets øvrige aktører. Vi forventer, at flygtninge hurtigst muligt kommer i beskæftigelse eller uddannelse, og at dette sker i en fælles indsats. Vi tror på at den enkelte hjælpes bedst ved at få kontrol over og tage ansvaret for sit eget liv og sin situation, fx i relation til arbejde, familie og indflydelse. Vi ønsker således sammen med ”vores flygtninge” at gøre vores bedste for at sikre en vellykket integration, der giver flygtninge mulighed for at arbejde, lære og at få adgang til de lokale fælleskaber. Det gør vi fordi mulighed for beskæftigelse, integration og medborgerskab hænger sammen og er en fælles opgave.

Antallet af flygtninge, der kommer til Danmark har gennem de seneste år været stigende. Krig og uro i Mellemøsten og Nordafrika er den primære årsag til, at verdens brændpunkter er særligt udfordret. Som en konsekvens heraf, er der kommet flere flygtninge til Danmark og til Allerød Kommune.

Fra 2010 og til 2016 steg antallet af nye flygtninge i Allerød med 464%. Med stigningen er der naturligt også sket en stigning i antallet, der søger om familiesammenføring og dermed får deres ægtefælle og mindreårige børn til Danmark. Samtidig viser erfaringer, at det hverken på landsplan eller i vores lokale sammenhæng er lykkedes at integrere de nye borgere fuldt ud på arbejdsmarkedet – en af de væsentligste forudsætninger for integration og trivsel. Andelen af flygtninge i Allerød Kommune der får offentlige ydelser som primær indtægtskilde er stort det uforandret de sidste tre år. Kun 15% af de herboende flygtninge er i uddannelse eller beskæftigelse i 2016. Der er brug for udvikling af integrationsindsatsen.

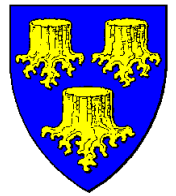
Opgaven med modtagelse og integration af flygtninge er blevet mere omfattende, og mere differentieret. Den kræver mere af de kommunale aktører der arbejder med flygtninge, af vores erhvervsliv som tilbyder praktik- og arbejdspladser, af flygtningene selv, af skoler og institutioner, øvrige kommunale service- og myndighedsopgaver, af foreningsliv og af Allerøds borgere i det hele taget.

Byrådet har derfor i 2016 bestilt en strategi, der beskriver og tydeliggør sammenhængen og det fælles fokus mellem de mange indsatser for modtagelse og integration. Samtidig adresserer strategien med klare mål, hvordan udvikling af indsatserne skal øge beskæftigelsen og forbedre integration i lokalmiljøet for en nu større gruppe af flygtninge. Strategien tager udgangspunkt i Byrådets vision om *Fælles udvikling i balance* og hvor kommunens værdier om respekt, åbenhed og troværdighed står tydeligt frem.

Vi skal lykkes bedre med at sikre beskæftigelse og integration i Allerød Kommune.

Jeg ser frem til det videre fælles arbejde, til at byde nye borgere og familier velkommen i vores dejlige by og til at være medskabere af en fælles udvikling i balance.

Jørgen Johansen
Borgmester



Formål med strategien

Denne strategi er udarbejdet i tæt samspil mellem aktører på tværs af kommunens tilbud og med hjælp fra erhvervsliv, frivillige foreninger, flygtninge, boligforeninger og andre samarbejdspartnere. I byrådet mener vi, at koordinering og samarbejde om indsatsen på tværs i kommunen og i lokalsamfundet er særdeles vigtig. Derfor har alle gode kræfter bidraget til strategien.

Flygtninge er et positivt bidrag til vores samfund og skal ses og behandles som aktive medborgere. Som nye borgere har den enkelte ansvar for sin egen integration – godt hjulpet på vej af samfundets øvrige aktører. Med en aktiv, målrettet og helhedsorienteret modtagelse- og integrationsindsats sammen med vores flygtninge får Allerød Kommune tilført arbejdskraft og mangfoldighed til arbejdspladser og lokale fællesskaber.

Vision

Strategiens vision er, at flygtninge i Allerød Kommune hurtigst muligt bliver selvforsørgende aktive medborgere, der trives i og med det lokale samfund.

Formål

Strategien skal understøtte en helhedsorienteret integrerende flygtningeindsats i Allerød Kommune ved at:

-Sætte mål og rammer for en helhedsorienteret, tværgående tilgang til integrationen af flygtninge, der giver den enkelte flygtning de bedst mulige vilkår for at blive en aktiv medborger i samfundet.

-Sikre koordinering og samarbejde om indsatsen på tværs i hele kommunen og dermed bidrage til at give de bedste muligheder for beskæftigelse - samt social og kulturel integration i de lokale fællesskaber, i skole og uddannelsessystemet og i kultur og foreningslivet.

-Synliggøre indsatser og sammenhænge i kommunens indsats under den treårige integrationsperiode således, at alle involverede aktører kan se sig selv i opgaven

Strategiens indhold

Strategien indeholder de overordnede kerneindsatser og politiske mål der prioriteres som led i modtagelsen og integrationen af flygtninge i kommunen.

Strategien er inddelt i delområder. Hvert delområde synliggøre forskellige aspekter af den samlede indsats, der skal understøtte en god integration. Under hvert delområde redegøres for den nuværende praksis og hvordan indsatsen skal udvikles. Endvidere fastsættes mål for hvorledes kommunen ønsker at kunne se progression i forhold til indsatser inden for de enkelte delområder. Slutteligt vil strategien også være retningsgivende for opfølgning på og evaluering af indsatserne.

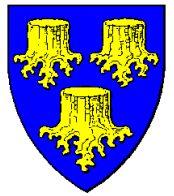
Delområderne i strategien:

- Modtagelse – én indgang til kommunen
- Hensigtsmæssig boligplacering – midlertidig og permanente
- Selvforsørgende så hurtig som muligt
- Leg og læring - Uddannelsesmuligheder – hele livet
- Sundhed og trivsel
- At være en del af lokalsamfundet

Delområderne skal ses som forbundne kar. Vi tror f.eks. på at hensigtsmæssig boligplacering øger trivsel og sundhed - ligesom en tidlig målrettet beskæftigelsesindsats styrker sprogudvikling og muligheden for at prioritere i eget liv.

Det er således byrådets mål, at en beskrivelse af nuværende indsatser og konkrete udvikling af de forskellig indsatser vil medføre en mere målrettet og meningsfuld integration for og af flygtninge.

Samtidig skabes et solidt helhedsorienteret fundament for den indsats kommunen, virksomheder, frivillige, foreninger, borgere mv. yder i bestræbelserne på, at byde vores nye medborgere velkommen, at forventningsafstemme og give dem et afsæt for et godt liv i Allerød Kommune.



1. Modtagelse – én indgang til kommunen

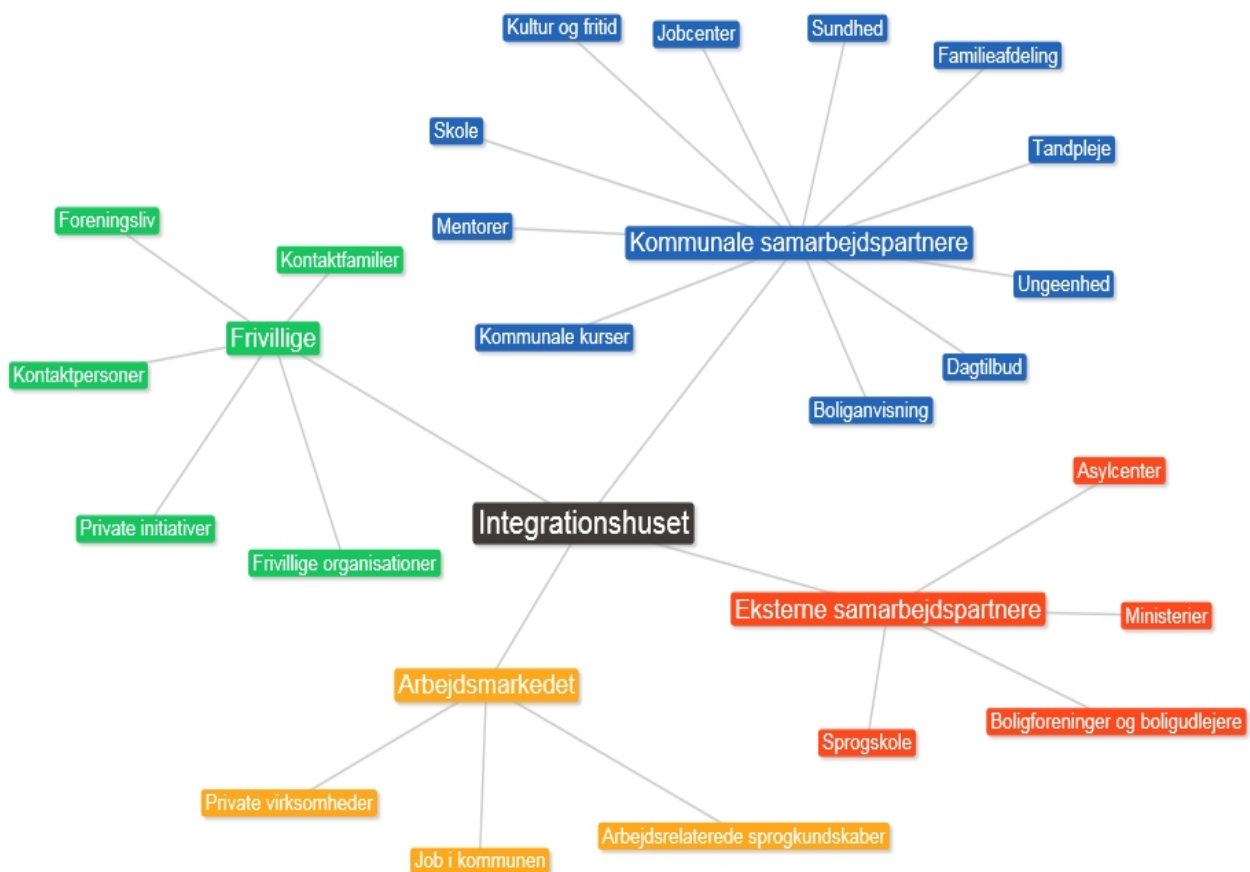
Vision

Byrådet ønsker at sikre en smidig, hurtig og effektiv indsats, når nye flygtninge bliver visiteret til Allerød Kommune.

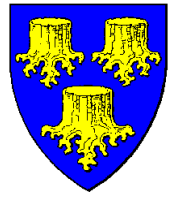
Alle nyankomne flygtninge inkl. familier skal opleve, at der er tilrettelagt en sammenhængende og ambitiøs plan for deres integration i det danske samfund. Planen skal være målrettet beskæftigelse, uddannelse og deltagelse i samfundslivet.

Beskrivelse af indsatsen

Integrationsindsatsen for alle udlændinge over 18 år udgår fra Integrationshuset, der er koordineringsansvarlig for den enkelte flygtninge og hele dennes familie. Integrationshuset er kontaktleddet til forvaltningen, virksomheder og til de frivillige organisationer, som arbejder for en god modtagelse og integration.



Forud for modtagelsen af flygtninge eller familiesammenførte koordinerer Integrationshuset alle opgaver omkring boliganvisning og indflytning i midlertidig bolig. Den ny borger får CPR. nr. og tilmeldes til folkeregister, praktiserende læge og får et skattekort. I forbindelse med modtagelsen indgår den ny borger og kommunen en integrationskontrakt, han eller hun får en bankkonto og oplyses om regler for integrationsydelse og vejledes om praktiske forhold.



Umiddelbart efter modtagelsen, udarbejder medarbejdere i Integrationshuset "Min plan" sammen med den ankomne flygtning. I "Min plan" beskrives de aktiviteter flygtningen skal deltage i – eksempelvis sprogskole og "netværksforløb" i Integrationshuset. Planen indeholder også de dele af modtagelsen der handler om f.eks. skole, daginstitutioner, sundhedsplejerske mm. i det omfang der er behov for det.

Udvikling af indsatsen

Integrationshuset skal fortsat være Allerød Kommunes indgang og afsæt for vellykket integration.

Der skal udarbejdes konkrete beskrivelser af samarbejdssnitflader til samarbejdspartnere, herunder; samarbejdet med de asylcentre, som Allerød Kommune modtager flygtninge fra. Samarbejdet med pladsanvisning, skoler og dagtilbud øges ligesom samarbejdet med praktiserende læger styrkes.

Den enkelte flygtning skal med udgangspunkt i Min Plan samt brugbar information fra kommunen påbegynde sit liv i Danmark og tage ansvar for sig selv.

Sammenhæng kræver koordinering og tæt samarbejde. Det gælder inden for de enkelte fagområder i de kommunale tilbud, der har med flygtninge at gøre, men i høj grad også med de lokale virksomheder, frivillige, foreningslivet mv. Derfor skal hver flygtning og/eller familie have tilknyttet en kontaktperson, som hjælper med modtagelsen.

Ved at gøre brug af en særlig mulighed i loven kan kommunen ansætte en familiekonsulent der skal sikre en forebyggende, tværfaglig og helhedsorienteret flygtningefamilieindsats. Familiekonsulenten er bindeleddet mellem familien og de mange kommunale instanser- herunder skoler og dagtilbud. Det har betydning for alle familier, ikke mindst for familier i særlige udfordringer.

Med fokus på tidlig indsats, etableres fra start et tæt tværfagligt samarbejde mellem sagsbehandlere og familiekonsulenter omkring familien.

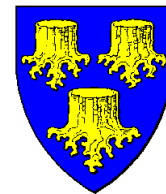
Evalueringen af indsatsen forbedres gennem erfaringsopsamling blandt udvalgte medarbejdere i Integrationshuset, samarbejdspartnere, frivillige og flygtninge, der belyser i hvor høj grad kommunen lykkes med at etablere én indgang til kommunen og en smidig og effektiv fælles indsats. Én indgang til kommunen udvikles kontinuerligt i forhold hertil.

Målsætninger

- Den enkelte flygtning/ familie bliver hurtigere aktive medborgere
- Der sker en positiv progression i flygtninges oplevelse af én Plan- én indgang til kommunen
- Tidsperioden fra anvisning til Allerød kommune og til en flygtninge er i gang med integrationsprocessen nedbringes yderligere.
- Antallet af ressourcer, der bruges i forbindelse med modtagelse pr. flygtning falder
- Tiden fra modtagelse af en familie til tilbud om institutionsplads og skole nedbringes yderligere

Vi er er godt på vej når...

- Centrale medarbejdere, samarbejdspartnere, frivillige og flygtninge oplever én indgang til kommunen samt en smidig og effektiv fælles indsats. Dette testes ved baselinemåling primo 2017.
- Alle familier får tilkoblet en familiekonsulent ved ankomst eller ved familiesammenføring.
- Institutionspladser og skoletilbud til børnene samt sprogskole til de voksne gives inden for max. en måned.
- Den enkelte flygtning/ familie oplever at kontrol over og muligheder i eget liv



2.Selvforsørgende så hurtigt som muligt

Vision

De nye medborgere er selvforsørgende hurtigst muligt. Borgerens kompetencer til at begå sig på arbejdsmarkedet afdækkes, udvikles og understøttes og tilknytningen til arbejdsmarkedet bliver gjort permanent hurtigst muligt.

Beskrivelse af nuværende indsats

Målet med beskæftigelsesindsatsen i Allerød Kommune er først og fremmest, at borgeren så hurtigt som muligt bliver selvforsørgende og at den enkelte får mulighed for at udleve sit fulde potentiale på det danske arbejdsmarked. Integrationshuset udarbejder som beskrevet oven for "Min Plan" der beskriver de indsatser, der vurderes at være relevante for den enkelte borger – herunder kompetenceudvikling og beskæftigelse. Flygtninge skal ifølge loven være i praktik indenfor fire uger efter modtagelse og i job indenfor det første år.

Allerød Kommune samarbejder med Sprogcenter Nordsjælland om danskuddannelse og hovedparten af borgerne henvises her til.

Alle nyankomne flygtninge henvises straks ved ankomst til "Netværksforløbet", som er et aktiveringsforløb der afholdes af medarbejderne i Integrationshuset. Der undervises én gang ugentligt og der er mødepligt for borgeren. Omdrejningspunktet er forpligtende medborgerskab, samfundsforhold, arbejdsmarkedsforhold, kultur og fritid. Der er undervises eksempelvis i Integrationsloven, jobsøgning, kvinder på arbejdsmarkedet, dansk arbejdskultur, danske højtider, sundhedsfremmende oplysning mm.

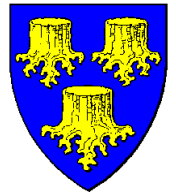
Alle nyankomne flygtninge tilbydes mentorstøtte via Integrationshuset. Mentor understøtter borgeren i kontakten med det offentlige og drøfter problemstillinger i forhold til at være en del af det danske samfund. Mentorstøtten varer typisk i ca. 6 måneder.

Udvikling af indsatsen

For at udvikle udbuddet af arbejdspladser for flygtninge og matche virksomhedernes behov - oprettes et erhvervsnetværk blandt virksomheder i Allerød kommune. Erhvervsnetværket arbejder målrettet for at bidrage med jobmuligheder for flygtninge. Det kan ske ved tilbud og job og praktikpladser, IGU aftaler eller gennem virksomheders CSR programmer der for eksempel kan byde på kompetenceudviklingsmuligheder og mentorstøtte. Erhvervsnetværket understøttes af kommunens erhvervsservice. Allerød Kommune arbejder målrettet på at indgå gensidigt forpligtende aftaler med lokale virksomheder om praktikpladser, og udbud af arbejdspladser til flygtninge. Samtidig fokuseres en del af indsatsen på at skabe gode vilkår for potentielle iværksættere blandt flygtninge.

Kommunen arbejder målrettet på at støtte flygtninge og virksomheder i at indgå aftaler om at starte på Integrations grunduddannelse, "IGU". Den enkelte flygtning og virksomhed indgår en aftale på 2 år. De 20 uger af de samlede 2 år er den enkelte på skolebænken og opnår herigennem sproglige færdigheder, erhvervsrettede kvalifikationer, og forudsætninger for forsat uddannelse. I de øvrige uger arbejder den enkelte fuldtid i virksomheden, som betaler en løn svarende til en elevløn. En flygtning som er i gang med IGU modtager ikke offentlig forsørgelse. Samtidig giver IGU'en den enkelte ret til at optjene dagpenget ved medlemskab af en A-kasse.

Allerød Kommune skal støtte målrettet op om at få så mange som muligt i IGU forløb. Det skal ske gennem øget formidling af de muligheder uddannelsen indeholder og målrettet virksomhedssamarbejde fra såvel



jobcenter/integrationshus som erhvervsservice. Indsatsen målrettes såvel private virksomheder som kommunens egne virksomheder.

For at tilskynde kommunale virksomheder til at indgå IGU aftaler med flygtninge oprettes en pulje til ansættelser i dette regi.

Den danskundervisning der sker i regi af sprogskolen ses som et supplement til at lære det danske sprog – den primære vej til det danske sprog foregår i beskæftigelse. Sprogundervisningen skal derfor i højere grad fokusere på ”arbejdsmarkedsdansk”, således at undervisningen målrettes konkrete funktioner på arbejdsmarkedet. Fokus på virksomhedsnær aktivering kræver større fleksibilitet i tilrettelæggelse af danskuddannelse. Denne skal kunne foregå om eftermiddagen, aftenen og i weekenden. Derfor vil Allerød Kommune indlede dialog med sprogskolen om udvikling af tilbuddet.

Virksomheder bidrager med certificering af flygtninges kompetencer ved at udarbejde ”Kompetencekort” når en flygtning har været i et virksomhedsrettet tilbud. ”Kompetencekortet” beskriver borgerens praktiske færdigheder i forhold til de arbejdsopgaver der er udført. Kompetencekortet indhentes i virksomhederne af kommunens virksomhedskonsulenter.

Flygtninge som er i job fungerer som positive rollemodeller ved at fortælle om deres erfaringer og indlejres som en del af undervisningen, i netværksgrupper for flygtninge. Dette sker i regi af integrationshuset.

Der udvikles en særlig Allerød-Uddannelse for nye medborgere.

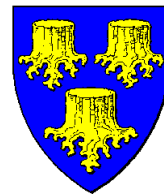
Allerød Uddannelsen udvikles i to forskellige former; én form for borgere der ikke er i virksomhedsrettet beskæftigelse eller ordinær beskæftigelse og én for dem der er. Allerød uddannelsen udvikles som en 37 timers arbejdsuge for de borgere som ikke er i virksomhedsrettet- eller ordinær beskæftigelse. Allerød Uddannelsen påbegyndes i umiddelbar forlængelse af ankomst til kommunen. Uddannelsen indlejrer den i forvejen udførte kursusaktivitet i integrationshuset, danskundervisning, indføring i Allerød som by mv.

Målsætninger

- Alle flygtninge udvikler dokumenterede kompetencer der gør dem attraktive på det danske arbejdsmarked
- Alle flygtninge opnår og fastholder erkendelsen af og motivation for, at beskæftigelse er vejen til vellykket integration og at det primære ansvar påhviler borgeren selv.
- Alle flygtninge får kontrol over og tager ansvaret for sit eget liv og situation

Vi er godt på vej når...

- Minimum 50% af alle voksne flygtninge er i ordinær beskæftigelse inden for det første år og derefter skal andelen stige år for år.
- Andelen af flygtninge, som oplever det som kommunens ansvar at sikre beskæftigelse falder. Dette måles ½ årligt oktober og april måned.
- Mindst 10 flygtninge, der allerede er i arbejde fungerer som rollemodeller i netværksgrupper.
- Integrationssamtalerne indeholder fra start sagsbehandlerens vurdering af flygtningens egnethed ift. at påbegynde IGU (IntegrationsGrundUddannelse). IGU skal være påbegyndt 6 mdr. herefter.
- Alle egnede voksne flygtninge har gennemført Allerød Uddannelsen – enten i den ene eller den anden form - inden for de første 12 måneder efter ankomsten.



3. Hensigtsmæssig boligplacering – midlertidig og permanente

Vision

Byrådet ønsker at udvikle og anvise boliger, der afbalanceret kan møde efterspørgslen på henholdsvis midlertidige og permanente boliger. Boligudvikling- og anvisning skal understøtte en succesfuld integration i lokalmiljøet og skal være afbalanceret således, at fordelingen sker jævnt ud over hele Allerød kommune.

Beskrivelse af indsatsen

Kommunen er jfr. Integrationslovens forpligtiget til så snart det er muligt, at anvise modtagne flygtninge en permanent bolig. Boligplaceringen skal bidrage til at skabe relationer mellem de nytilkomne og lokalsamfundet.

Den primære adgang til at anvise permanente boliger til flygtninge ligger i almenboliglovens anvisningsregler, hvor kommunen råder over anvisningsretten til 25% af de ledige almene boliger. Kommunen kan også selv udleje eller fremleje boliger til flygtninge. Allerød Kommune ejer kun ganske få boligejendomme, og har ikke opbygget administrativ kapacitet til boligadministration. Flygtninge anvises således hovedsagligt permanent bolig via den kommunale anvisningsret i de almene boliger i kommunen.

Beskrivelse af nuværende praksis – midlertidige boliger

De seneste års forhøjede kvoter for modtagelse af flygtninge - og det begrænsede antal permanente boliger, som kommunen modtager via den kommunale anvisningsret – indebærer, at stort set alle flygtninge ved modtagelse indkvarteres i midlertidige boliger. Kommunen har i takt med antallet af modtagne flygtninge udvidet kapaciteten af kommunale midlertidige boliger ved, at leje og opsætte pavillonbygninger. Pavillonboligerne er opsat på kommunale arealer og med en geografisk spredning i kommunen med henblik på en harmonisk fordeling i lokalsamfundet. Byrådet har derudover besluttet, at indrette 6 midlertidige familieboliger i en nedlagt daginstitution. De midlertidige boliger drives af Forvaltningen. Husleje opkræves efter faste takster for midlertidige boliger fastsat af Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold.

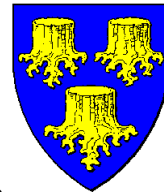
Beskrivelse af nuværende praksis – permanente boliger

Permanente boliger til flygtninge anvises via den kommunale anvisningsret i de almene boligselskaber i kommunen. Kommunen modtager til anvisning 25% af de ledige boliger – hvoraf praksis er, at ca. halvdelen af disse boliger anvises til flygtninge og den anden halvdel til øvrige borgere med akut boligbehov. Med det nuværende antal flygtninge som er modtaget og modtages over de kommende år – herunder familiesammenføringer – er det særdeles vanskeligt, at dække behovet for permanente boliger til flygtninge via den kommunale anvisningsret på 25%. Det indebærer dels, at de nye borgere ofte bor i længere perioder i kommunens midlertidige boliger og dels et presserende behov for boligudbygning med boliger egnet til permanent boligplacering af flygtninge.

Udvikling af indsatsen

Kapaciteten af kommunale midlertidige boliger tilpasses løbende det aktuelle behov. Allerød Kommune arbejder for, at perioden i midlertidige boliger kontinuerligt nedbringes

Fremtidige placeringer af både permanente boliger samt midlertidige boliger sker ud fra byrådets vision om, at sikre en harmonisk fordeling i lokalsamfundet. Allerød kommune gennemgår og vurderer kontinuerligt, hvorvidt indretning af midlertidige boliger kan ske i ledig kommunal bygningskapacitet uden planlagt anvendelse. Eventuelle udvidelser af bygningskapaciteten skal som udgangspunkt ske inden for den kommunale bygningsmasse. Såfremt der på



sigt sker yderligere udvidelser af den midlertidige kapacitet, afsættes ressourcer til opførelse inklusive byggestyring og drift.

Udvikling af indsatsen – permanente boliger

For at imødekomme behovet for permanente boliger gennemfører udbud af kommunale arealer til opførelse af alment boligbyggeri, jf. truffede beslutninger herom. Planstrategien angiver hvor boligudbygningen generelt kan finde sted. Byrådet vurderer på baggrund af løbende behovsopgørelser, det løbende behov for igangsættelse af yderligere almene boligbyggerier i kommunen.

Er kommunen grundsælger til det almene boligbyggeri, vurderes det i etableringsfasen omkostningsfrit for kommunen – idet indskuddet til grundkapitalen som minimum modsvares af grundkøbesummen.

For at øge den geografiske fordeling af permanente boliger kan forvaltningen bemyndiges til at afsøge muligheder for konkret at udleje igennem private ejere af lejlighedsbebyggelser om tildeling af et antal ledige boliger. Allerød Kommune indgår i dialog med private udlejere med henblik på, at disse bidrager til, at opnå en balanceret mængde af permanente boliger.

Som følge af udlejer opgaver i forbindelse med klargøring af lejemaal, lejeaftaler, opkrævning af husleje, regnskab mv. af de midlertidige lejemaal afsættes ressourcer hertil.

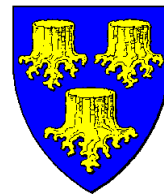
For at sikre en bedre fordeling af flytninges bosætningsmuligheder kan kommunen afsøge muligheder for at benytte integrationslovens mulighed for at erhverve, indrette eller leje boliger i kommunen med henblik på udlejning til beboelse. Byrådet kan herigennem købe eksisterende beboelsesejendomme, villaer, nedlagte landbrug mv. - samt købe og ombygge tomt erhvervsbyggeri i kommunen med henblik på udlejning. Med henblik på videreudlejning kan kommunen endvidere leje boliger. Byrådet kan derimod ikke med hjemmel i bestemmelsen opføre nye boliger. Allerød Kommune søger at den permanente boligplacering for familier med børn sker geografisk tæt på den midlertidige bolig således, at børn undgå unødige skift i henholdsvis dagtilbud og skole.

Målsætninger

- Løbende tilpasning af kapaciteten af midlertidige boliger i forhold til behovet
- Flere permanente boliger hurtigst muligt for at kunne imødekomme behovet for varig boligplacering
- Flytningefamilier integreres i nærmiljøer gennem lokal boligplacering

Vi er godt på vej når...

- Der er mulighed for hurtigt at tilbyde varig bolig
- Familier bosættes så tæt som muligt på de institutioner og skoler børnene er indskrevet i
- Boligplaceringen spredes i hele Allerød Kommune, og understøtter således mangfoldigt sammensatte boligområder og inklusion i sociale fællesskaber
- Andelen af boligplaceringer i midlertidige boliger falder



4. Leg og læring – uddannelsesmuligheder – hele livet

Vision

Leg og læring er vejen til trivsel og glæde. Byrådet ønsker, at give alle børn og unge det bedst mulige afsæt for tilegnelse af værdier, viden og færdigheder der bidrager til, at opnå uddannelse og en integreret del af dagligdagen i kommunen. Uddannelse og kompetenceudvikling er nøglen til beskæftigelse.

Mulighed for uddannelse skal følge alle igennem hele livet og udvikling af sproglige kompetencer gælder for alle – således også voksne.

Beskrivelse af nuværende indsats

Flygtningebørn i dagtilbudsalderen bliver skrevet op på venteliste til daginstitution i det distrikt, hvor familien har fået tildelt en bolig - midlertidig eller permanent. Når familierne får tildelt deres permanente bolig, kan der opstå den situation, at børnene ikke længere bor i det samme distrikt som daginstitutionen ligger i, hvilket kan give familierne udfordringer i form af udgifter til transport eller institutions/skoleskift.

Børn i skolealderen kommer i modtagerklasse på Skovvangskolen, hvor der i hver klasse højst er 12 elever. Aldersspredningen er på max. 3 trin og formålet er, at børnene gøres klar til at udsluses til de almene klasser på en af de folkeskoler der optager i bopælsområdet. Eleverne fra modtageklassen har på samme måde som andre elever adgang til SFO og klub. Sagsbehandlerne i Integrationshuset er behjælpelig med tilmelding til SFO og klub og eventuel ansøgning om økonomisk støtte til dette.

Unge over 18 år med selvstændig opholdstilladelse kan bevilges højskoleophold, som et tilbud, hvor læring på alle planer - både personligt og i forhold til integration i Danmark - foregår som en naturlig del af opholdet. Samtidig fungerer højskolen som midlertidig bolig.

Der foregår omkring de unge et samarbejde med Allerød Gymnasium. Gymnasieelever tilbyder en lektiecafe, hvor de unge flygtninge – som ikke behøver at gå på gymnasiet – kan få hjælp til fx danskundervisning og andre fag.

Ud over lektiecafe er der være sociale og kulturelle arrangementer på/med gymnasiet.

Dette samarbejde tænkes også at have en motiverende faktor for de unge flygtninge med henblik på at dygtiggøre og uddanne sig. Som for alle andre gælder uddannelsespålæg for unge under 25 år, med mindre at det vurderes, at den unge ikke er omfattet af dette.

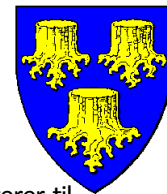
Voksne

Uddannelse og læring i bred forstand, koncentrerer sig for de voksne om 3 områder;

- Danskundervisning
- Undervisning i medborgerskab og kultur
- Information, vejledning og tilbud, der sigter direkte på at komme i arbejde.

Danskundervisning er obligatorisk og foregår på Hillerød sprogcenter, som Allerød kommune har indgået aftale med - for nogle unges vedkommende på sprogskolen i Lyngby. Praksis er, at flygtninge starter i danskundervisningen så snart de har fået cpr. nr. og de er installeret i midlertidige bolig samt har fået daginstitutionsplads og skoleplads til eventuelle børn.

Netværksundervisning i medborgerskab og kultur foregår for alle der ikke er i arbejde eller praktik. Dette foregår 3 timer én gang om ugen i Integrationshuset. I undervisningsforløbene inddrages medarbejdere fra relevante afdelinger i



kommunen og frivillige med særlig viden på et specifikt område eller for at orientere om de initiativer de inviterer til. Praksis i Integrationshuset er, at jobmuligheder er i fokus, og det starter ofte med virksomhedspraktik eller løntilskudsarbejde. Dette skal føre til enten ordinær beskæftigelse, eller afklaring af hvilke kompetencer den enkelte har behov for at træne eller uddanne sig til, for at få varig beskæftigelse. Desuden har flygtninge mulighed for at starte uddannelse på SU, som alle andre, hvis de kan opfylde adgangskravene til optagelse på uddannelsen.

Der foregår desuden meget væsentlig social og kulturel læring i den omfattende række af arrangementer og tilbud som de forskellige frivillig grupper står for.

Udvikling af indsatsen

For at sikre inklusion i sociale fællesskaber og kontinuitet i livet for børn i dagtilbudsalderen – tilstræbes det, at familier anvises permanente boliger i nærhed af deres hidtidige midlertidige bolig. Der søges således, at undgå unødvendige skift i børnenes dagligdag.

For de fleste børn, er det vigtigt at være en del af det fritidsliv som kammeraterne deltager i. Her foregår gennem leg og socialt samvær en vigtig læring i forhold til, hvordan det er at være barn i Danmark og en tilpasning til normer omkring samvær, der har betydning for integrationen. For at fremme dette, opfordres familier gennem Idræt og kultur, at søge støtte til fritidsaktiviteter i foreninger for børn og unge til og med 25 år.

Alle daginstitutioner med tosprogede børn har mulighed for at få vejledning og sparring fra en særlig uddannet kollega og en psykolog med viden/kompetencer inden for to-sprogsområdet. Hvis der opleves særlige udfordringer i inklusionen i det sociale fællesskab i daginstitutionen, tilbydes et konsultativt pædagogisk forløb eller tildeles særlige ressourcer for en periode. Der udarbejdes klare planer med et funderet pædagogisk fokus for hvordan forældrene inddrages i forbindelse med opstart i daginstitution. Forældresamarbejde målrettes i daginstitution med henblik på kulturudveksling. Familiekonsulenter hjælper familierne i samarbejdet med skoler og dagtilbud.

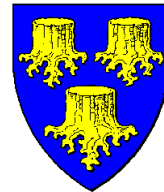
Der udarbejdes procedure for vurdering af skoleparathed. For at understøtte en praksisnær og direkte tilegnelse af det danske sprog for børn i skolealderen omstruktureres modtagerklassetilbuddet. Alle nytilkomne flygtninge vil fremadrettet som udgangspunkt starte direkte i et almindeligt klassefællesskab. Der gives den enkelte elev den nødvendige hjælp og støtte. Der oprettes en mindre og særlig gruppeordning på Skovvangskolen som hjælper særligt udsatte flygtningebørn til læring og trivsel med henblik på, at blive udsluset i de almene klasemiljøer i børnenes eget skoledistrikt. De nye indsatser finansieres af de nuværende afsatte midler til modtagerklasser.

Allerød Kommune ønske at indgå samarbejdsaftaler med flere relevante fritids- og idrætsklubber i kommunen. Samarbejdsaftalerne søger at skabe plads til fritidsaktiviteter for alle flygtningebørn. Fritids- og idrætsklubberne opfordres til at finansiere kontingent for de børn, hvor der ikke er tilstrækkeligt økonomisk råderum i familien. Der findes en pulje til håndtering af udgifter for unge under 25 år, der kan understøtte succesfuld integration i fritidsaktiviteter – herunder udstyr.

Alle flygtningebørn visiteres til en sprog-IPad. Sprog-Ipad'en er låst i forhold til indholdet og indeholder applikationer der kan understøtte tilegnelse af det danske sprog og andre former for læringsaktiviteter. Sprog-Ipad'en er desuden indstillet til at kunne gå på henholdsvis ForældreIntra og SkoleIntra. Dette for at fremme kommunikation mellem skole/daginstitution og hjemmet.

For de voksne prioriteres virksomhedsplaceret danskundervisning. Det vil fremme den brancherelaterede danskundervisning, så borgeren hurtigere bliver i stand til at opnå ordinær ansættelse. Derfor går kommunen i dialog med Sprogcenter Nordsjælland om at målrette undervisningen og samtidig gøre den mere smidig i forhold til borgernes praktikforløb i virksomheder.

Allerød Uddannelsen – som hænger sammen med og derfor også er nævnt under tidligere tema om selvforsørgelse - vil erstatte netværksforløbene og overtage undervisningen i forpligtende medborgerskab, samfundsforhold, arbejdsmarkedsforhold, kultur og fritid og kendskab til lokalområdet, fortsat ud fra empowerment-tilgang.



Der undervises eksempelvis i Integrationsloven, jobsøgning, rettigheder og pligter, kvinder på arbejdsmarkedet, ligestilling, dansk arbejdskultur, sundhedsfremmende oplysning, hvorledes det forventes at vedligeholde bolig, hvilke muligheder der findes i Allerød mm.

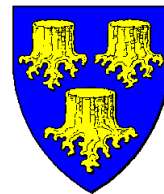
Allerød uddannelsen tænkes at have to niveauer, et mere omfattende for de som lige er ankommet og et mindre omfattende for de som er i praktik, på arbejdsmarkedet eller i uddannelse. Allerød uddannelsen vil, når den er fuldt udviklet, arrangeres i tæt sammenhæng med sprogundervisning og foregå i regi af Integrationshuset. Allerøduddannelsen er en fuldtidsaktiverende indsats indtil de nye borgere er i praktik, uddannelse eller arbejde og samtidig fremmes flygtninges viden og muligheder for selvstændig livsførelse i Allerød, med baggrund i empowerment-tankegangen.

Målsætninger

- Alle børn og unge opnår hurtigt tilegnelse af det danske sprog.
- Alle børn og unge får kendskab til og værdifulde oplevelser af, at være en del af fritidslivet.
- Flygtningefamilier deltager i højere grad i sociale begivenheder i forbindelse med deres børns skolegang eller dagtilbudsliv.
- Allerød Uddannelsen bidrager til, at voksne opnår en hurtigere og tættere tilknytning til arbejdsmarkedet.
- Med Allerøduddannelse bliver voksne jobparate og modtager adgangsgivende certificering af kompetencer.

Vi er godt på vej når...

- Sprogtest af flygtningebørn som starter i 1. klasse efter minimum at have gået to år i enten børnehave eller 0. klasser viser en sprogforståelse der svarer til gennemsnittet.
- Andelen af flygtningebørn som deltager aktivt i fritidslivet øges med 25 % og stiger kontinuerligt.
- At 80% af flygtninge og flygtningefamilier er tilknyttet frivillig kontaktperson/familie
- Karaktergabet mellem etnisk danske børn og børn af anden etnisk oprindelse end dansk udlignes inden for en femårig periode.
- Målet om 50% beskæftigelse for voksne er nået.



5. Sundhed og trivsel

Vision

Alle nyankomne borgere har mulighed for at træffe sunde valg, der giver den enkelte livskvalitet og livsglæde. Sunde valg træffes igennem hele livet.

Gennem fokus på sundhed – herunder tandplejen - styrkes den enkelte borgers læring, udvikling og trivsel – og såvel tilknytning som fastholdelse på arbejdsmarkedet og i uddannelse.

Beskrivelse af nuværende indsats

Jf. Integrationsloven tilbydes alle flygtninge og familiesammenførte en helbredsmæssig undersøgelse hos praktiserende læge indenfor 3 måneder. Integrationshuset forestår henvendelsen til lægen og tilbagemeldingen indgår i det videre samarbejde. Resultatet af den helbredsmæssige vurdering indgår i "Min Plan"

"Min Plan" omfatter også mindreårige børn, og de enkelte familiemedlemmers sociale og helbredsmæssige ressourcer og udfordringer. Der beskrives i planen mål og delmål for sociale og sundhedsmæssige tiltag.

Når familierne har mindreårige børn bliver sundhedsplejen inddraget. Integrationshusets medarbejdere sørger for koordinering med familiegruppe og sundhedsplejen. Sundhedsmæssige tiltag for den enkelte flygtning og deres familie følges op i fælleskab - ligesom der er mulighed for at søge råd og vejledning med hensyn til eventuelle helbredsmæssige udfordringer på de to ugentlige eftermiddage, hvor der er åben rådgivning i Integrationshuset.

Gennem netværksundervisningen i Integrationshuset inviteres kommunes sundhedsteam og tandpleje løbende til at undervise i sundhedsfremmende emner som kost, rygning, motion mv. - samt informere om de tilbud der er i kommunen, fx undervisningsforløb for borgere med diabetes-, ryg-, KOL- og kræft.

Traumatiserede flygtninge. (Slet evt. overskrift)

Vurderes det, at de nyankomne borgere har særlige problemstillinger indhentes speciallægeerklæringer og der iværksættes særligt tilrettelagte forløb – eksempelvis danskuddannelse på hold for traumatiserede. Ligeledes er der et tæt samarbejde med Social Rehabilitering, når borgere har psykiske udfordringer – eksempelvis posttraumatisk stresssyndrom (PTSD).

Udvikling af indsatserne

Allerød Kommune ønsker at tage udgangspunkt i den enkelte borger ud fra et helhedsorienteret perspektiv, hvor alle aspekter af et sundt liv medtænkes. At flygte til Danmark kan have mange fysiske og psykiske konsekvenser. Allerød Kommune tilbyder således forskellige indsatser på sundhedsområdet, hvor der tages højde for individuelle behov og ressourcer. Derudover er målet med indsatserne, at de skal medvirke til at de nyankomne tilegner sig handlekompetence, så de forholder sig aktivt til deres egen sundhed og trivsel.

Tidlig opsporing af sygdom er vigtig for et vellykket behandlingsforløb, idet det kan få betydning for den enkelte borgeres sundhed og trivsel, og dermed også for de nyankomnes tilknytning og fastholdelse på arbejdsmarkedet og uddannelse.

Allerød kommune tilbyder alle nyankomne den lovpligtige helbredsmæssige undersøgelse, men ønsker at styrke indsatsen, så flere tager imod undersøgelsen. Allerød kommune er således løbende i dialog med de praktiserende læger, og ønsker fortsat at udvikle samarbejdet eksempelvis via samarbejdsaftaler med dem.

Målsætninger

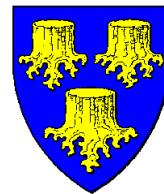
- At alle nyankomne oplever at kommunes forskellige sundhedsindsatser er med til at øger deres handlekompetencer, så de aktivt træffer sunde valg.



- Nyankomne borgere hjælpes bedst muligt inden for sundhedsområdet med henblik på at reducere sygefravær og øge tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelse.

Vi er godt på vej når...

- Størstedelen af de nyankomne oplever sig selv som værende i sundhedsmæssig trivsel.
- Antallet af nyankomne der tager imod den helbredsmæssig undersøgelse stiger.
- Antallet af langtidssygemeldte nyankomne borgere reduceres med 10 % årligt.



6. At være en del af lokalsamfundet

Vision

Byrådet ønsker, at alle flygtninge hurtigst muligt bliver integreret i lokalsamfundet.

At have tilhørsforhold til det lokalmiljø man er en del af har stor betydning for den enkeltes trivsel.

Byrådet ønsker et mangfoldigt lokalmiljø, hvor alle borgere tager ansvar for hinanden og dermed bidrager til trivsel, engagement og udvikling. Byrådet ønsker, at blandt andet frivillighedsnetværk, foreninger og besøg- og støttefamilier bidrager til styrke den kulturelle integration. Alle borgere skal have mulighed for at deltage i Allerøds kultur- og fritidsliv.

Beskrivelse af nuværende praksis

Det er hensigten at flygtninge og deres børn så hurtigt som overhovedet muligt, skal deltage aktivt i den almindelige dagligdag i Allerød. Det er målet at undgå, at den enkelte får en passiv rolle i forhold til støtte og hjælp og i stedet tilstræbe en aktiv rolle som medborger, der er i stand til autonomt, at klare sig selv og sin familie med almindelige dagligdags livsførelse og blive selvhjulpne medborgere.

I Allerød er vi så heldige, at rigtig mange borgere har meldt sig til et væld af forskellige måder at introducere og hjælpe flygtninge i gang. Der er skabt netværk af kontaktpersoner og kontaktfamilier, og der er mange frivillige tiltag der understøtter disse processer. Byrådet bifalder dette engagement og ønsker at understøtte dette yderligere. Får flygtninge mulighed for at besøge danske familier får de også et indblik i danske normer, kultur og livsmønstre - alt sammen for at fremme den gensidige forståelse, der er en vigtig del af integrationsprocessen for den enkelte. Der er mange ting både i lokalsamfundet og hjemme, som flygtninge skal have vist, for derefter selv at kunne. En stor del af introduktionen til dette står frivillige for.

Samtidig med at flygtninge får lært det fornødne, knytter de også kontakt til mange forskellige dele af lokalsamfundet, får personlig kontakter - også ved cafearrangementer, udflugter lokalt og andre steder samt andre arrangementer. Hovedparten af disse tiltag foregår direkte ml. borgere og flygtninge og koordineres af de frivillige selv. Denne form for netværksskabelse understøtter flygtnings evne til og motivation for at blive en del af lokalsamfundet.

Aktuelt er der flere grupper af frivillige, der arbejder sammen på kryds og tværs.

Rigtig mange borgere i Allerød har velvilligt givet brugt tøj og fodtøj, brugte møbler, legetøj og meget mere, som frivillige i Integrationshuset sorterer og gør klar til at give videre til de der trænger til det.

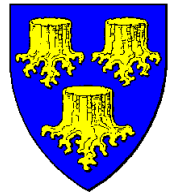
Når flygtninge får tildelt permanent bolig, sørger depot- og møbelgruppen for at opsamle og levere møbler til møblering af boligen direkte på den nye adresse. Kontakten mellem trængende flygtninge og frivilligrupperne formidles via Integrationshusets medarbejdere. Indsamlingerne foregår løbende, men udflytningerne kommer ujævnt, det giver nogle opbevaringsbehov.

Via initiativ og indsats fra frivillige er "arvede" PC'er sat i stand og gjort funktionsdygtige i Integrationshuset. PC'erne anvendes nu til at lære flygtninge at bruge NEM-ID og få lagt CV'er ind på Jobnet således, at de kan findes af arbejdsgivere der ønsker arbejdskraft.

Disse funktioner er der også frivillige engageret i sammen med Integrationshusets personale.

Udvikling af indsatsen

Der ansættes en frivillighedskoordinator i Allerød Kommune, som blandt andet får til at opgave, at mobilisere og koordinere det store frivillige engagement. Frivillighedskoordinatorens primære arbejdsområde vil være, at understøtte integrationsindsatsen, men frivillighedskoordinatoren vil også have andre arbejdsområder – eksempelvis på kultur- og fritidsområdet, børne- og ungeområdet og på ældreområdet. Allerød Kommune arbejder målrettet sammen med frivillige og sikrer de frivillige kræfter bedst mulige forudsætninger for at bidrage til modtagelse og integration af flygtninge.



I Allerød Uddannelsen for børn og unge indarbejdes et fritidspas, hvor nyankomne flygtninge vil blive introduceret til forskellige former for fritidsaktiviteter og ligeledes blive introduceret til anvendelse af Allerød Kommunes flotte friluftsmuligheder. Dette med henblik på, at flygtninge hurtigt og nemt kan blive en aktiv del af fritidsmiljøet i Allerød Kommune. I Allerød Uddannelsen indlejres desuden en naturintroduktion til lokalmiljøet i Allerød – til de grønne områder, naturens bidrag til trivsel og mulighederne for at bruge Allerøds natur. Frivillighedskoordinatoren administrerer ordningen med fritidspas.

Som en del af Allerød Uddannelse sker der en boligsocial indsats. Dette med henblik på, at flygtninge bliver i stand til at indgå i de lokalmiljøer og nabofællesskaber der bliver en aktiv del af – samt forståelse af danske bolignormer og værdier.

Der etableres et cykelværksted i kommunen, hvor de mange cykler som frivillige har indsamlet bliver klargjort og udleveret til flygtninge. I forlængelse af cykelværkstedets aktiviteter etableres en ”cykelskole”, hvor flygtninge der ikke er vant til at cykle kan få undervisning i cykelfærdigheder og trafikikkerhed.

Der etableres en række brobygningsforløb mellem flygtninge og hverdagsaktiviteter i kommunen. Brobygningsaktiviteterne søges planlagt og gennemført ved frivillig arbejdskraft.

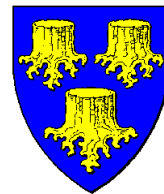
I tilknytning til fritidspasset vil frivillighedskoordinatoren skærpe synliggørelse af foreninger og sportsklubber. For eksempel kan der udarbejdes en kortlægning af og form for ”katalog” over samtlige foreninger/klubber med relevans for integration, inklusiv kort beskrivelse af hvad der tilbydes og hvem der kan kontaktes.

Målsætninger:

- Ved at fremme den kulturelle integration i nærmiljøet mindskes mulighederne for social eksklusion og afstanden mellem flygtninge og Allerøds øvrige borgere.
- Ved at skabe mangfoldighed i lokalmiljøet vil Allerød Kommunes borgere samlet set blive beriget i forhold til udsyn mod verden, respekt for andre mennesker og øget fællesskab
- Ved at tilbyde meningsfyldte fritidsaktiviteter til børn og unge øges tilknytningen til de øvrige borgere i aldersgruppen

Vi er godt på vej når...

- Antallet af flygtninge, der er indmeldt i fritidsaktiviteter stiger år for år, og når der på sigt ikke er forskel på antallet af flygtninge indmeldt i fritidsforeninger set i forhold til Allerøds øvrige borgere.



7. Udmøntning af strategien

Allerød Kommune har ved vedtagelse af denne strategi for modtagelse og integration af flygtninge i Allerød Kommune sendt et stærk signal. Det er altafgørende for byrådet, at signalere en positiv tilgang til opgaven med modtage og integrere nye medborgere i kommunen. Allerød er et fantastisk sted at leve og bo og mange ressourcer (økonomisk og menneskeligt) bliver sat ind på, at give vores nye medborgere det bedst mulige afsæt. Et godt afsæt handler om at skabe rammerne for, at hver eneste flygtninge i videst muligt omfang og hurtigt bliver selvforsørgende i form af kontinuerlig tilknytning til arbejdsmarkedet og at den enkelte flygtninge blive godt integreret i lokalmiljøet.

Denne strategi sætter den værdimæssige ramme om modtagelse og integration og er samtidig handlingsanvisende i et vist omfang. Men strategien er blot ét element blandt mange. Derfor er det en politisk forventning, at strategien udmøntes i konkrete handleplaner inden for hvert af de beskrevne temaers områder. Allerød Kommune vil således udarbejde konkrete handleplaner, som udmønter strategien og opfordre frivillige, foreninger, virksomheder med flere til at gøre det samme. Vi skal i fællesskab hjælpe vores flygtninge og hinanden med at profitere af mangfoldigheden, den nye arbejdskraft og de kulturelle muligheder for udsyn, som flygtninge med andre kulturelle baggrunde giver mulighed for.

Strategien er således Allerød Kommunes signaler for fremtidig indsats, men arbejdet med at udmønte strategien er endnu vigtigere end selve strategien.

8. Opfølgning og evaluering

Strategien for modtagelse og integration af flygtninge er i udgangspunktet en 4 årige strategi.

Det er byrådets forventning, at der udvikles handleplaner for de beskrevne indsatser. Handleplanerne skal;

- Beskrive hvorledes indsatsen tilrettelægges med henblik på at indfri de ønskede målsætninger
- Indeholde en tidsplan og en konkretisering af forventede effekter
- Gøre klart rede for, hvem der er ansvarlige for de forskellige delelementer i indsatsen.
- Indeholde planer for hvordan evalueringen sker i fællesskab med flygtninge, frivillige, virksomheder og medarbejdere

Da modtagelse og integration af flygtninge er et emne, der berører samtlige afdelinger i den kommunale forvaltning er kommunens chefgruppe nedsat som styregruppe i forhold til strategien. Styregruppen følger op på strategiens implementering hvert halve år.

Der sker en politisk afrapportering på målene i strategien ved udgangen af kalenderåret, første gang ved udgangen af 2017.

Bilag: 6.2. Bilag 2. Økonomisk prioriteringsskema -Strategi

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 61780/16

Bilag 2: Oversigt over strategiens konsekvenser opdelt på temaer

Indsats	Tema	Overskrift	Uddybende beskrivelse	Udgift ved iværksættelse af indsats i hele kroner			
				2017	2018	2019	2020
Erhvervs og beskæftigelsesudvalget							
1	Selvforsørgelse så hurtigt som muligt	Allerød-Uddannelse for nye medborgere.	Et samlet forløb der kombinerer lokal uddannelse og sprogudervisning. Samlet forløb på 26 timer ugentligt med tre forløb af 8 uger per borger. Den samlede udgift dækker lærerbøger, transport, aktiviteter, tolkebistand samt 1 årsværk til undervisning. Selvom antallet af flygtninge forventes at stige, vil forventningen til antal deltagere være nogenlunde konstant, idet det også forventes, at andelen af flygtninge, der kommer hurtigt i beskæftigelse og derfor ikke får brug for tilbuddet, stiger i forbindelse med udmøntning af strategien. Det estimeres, at op mod 100 flygtninge gennemgår Allerød-Uddannelsen om året.	960.400	960.400	960.400	960.400
2	Sevforsørgende hurtigst muligt	Pulje til IGU optag i kommunale virksomheder	Kommunen arbejder målrettet på at støtte flygtninge og virksomheder i at indgå aftaler om at starte på IGU. For at muliggøre ansættelser i kommunale virksomheder oprettes en pulje til at betale de kommunale virksomheders omkostninger ved at optage en IGU elev. Puljen vil være på 1.670.000 kr. årligt og dække udgifter svarende optagelse af 20 flygtninge i IGU. Udgiften betaler de kommunale virksomheders lønudgift til den enkelte. Resten betales af staten. Optagelse af flygtninge i kommunale virksomheder vil samlet set medføre en besparelse, idet kommunen ikke har udgifter til integrationsydelse i den periode, den enkelte er igang med IGU. Derfor er der med puljen tale om en økonomisk indtægt til kommunen.	-130.000	-130.000	-130.000	-130.000
3	At være en del af lokalsamfundet	Inklusionsmedarbejder: Hurtigere integration og mere selvhjulpne flygtninge og familiesammenførte	Som en del af Allerød Uddannelse sker en lokal inklusions-indsats. Dette med henblik på, at flygtninge bliver i stand til at indgå i de lokalmiljøer og nabofælleskaber der bliver en aktiv del af – samt forståelse af danske bolignormer og værdier. Personen klarer alle udfordringer vedr boliger, sikre koblingen til foreningslivet, laver aktiviteter med børn og voksne, og har ansvaret for en flygtning, der får rollen som vicevært ved hver af vore 3 lokationer.	200.000	200.000	200.000	200.000

4	Selvforsørgende så hurtigt som muligt	Ansættelse af medarbejder til understøttelse af beskæftigelsesindsatsen for flygtninge	Ansættelse af en medarbejder til understøttelse af erhvervspolitiske formål. Medarbejderen skal udvikle udbuddet af arbejdspladser for flygtninge og matche virksomhedernes behov. Indsatsen rummer blandt andet oprettelse et erhvervsnetværk blandt virksomheder i Allerød kommune. Erhvervsnetværket arbejder målrettet for at bidrage til beskæftigelsesindsatsen for flygtninge. Erhvervsnetværket understøttes af kommunens erhvervsservice. OBS. Forslaget er oversendt til budgetforhandlinger af EBU og fremgår af "Oversigt over udvalgenes ønsker, som er oversendt til budgetforhandlingerne"	500.000	500.000	500.000	500.000
---	---------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	---------	---------	---------

Børne- og skoleudvalget

5	Leg og læring - uddannelsesmuligheder - hele livet	Adgang til særlig uddannet kollega og psykolog til alle daginstitutioner/skoler med tosprogede børn	I forbindelse med mulig omlægning af modtageklasser og som følge af det stigede antal flygtningebørn må der påregnes at skulle etableres et tværgående gruppetilbud for elever, som er for traumatiserede eller "skolefremmede" til at kunne indgå i normalklasser. Denne gruppe vil kunne organiseres efter de nye regler om modtageklasser. Der vil være behov for et halvt psykolog-årsværk i den forbindelse. Det forventes at udgifterne til det samlede nye tilbud er på samme niveau som det nuværende. Der regnes med 100.000 kr i årlig udgift pr. modtage-elev. Indsatsen vil på sigt medføre færre udgifter til området.	558.282	558.282	558.282	558.282
6	Leg og læring - uddannelsesmuligheder - hele livet	Alle flygtningebørn visiteres til en sprog-lpad	5.000 pr. elev, følger elev efter modtageforløb. I det tilfælde byrådet beslutter at indføre 1-1- ordning i forbindelse med budgetforhandlingerne bortfalder forslaget.	250.000	250.000	250.000	250.000

sundheds- og velfærdsudvalget

7	Sundhed og trivsel	Midler til forebyggende indsats	Forebyggende indsatser der skal øge den enkeltes evne til at træffe sunde valg. Der arbejdes ud fra KRAM modellen; Kost, Rygning, alkohol og motion.	50.000	50.000	50.000	50.000
8	Sundhed og trivsel	Tilbyde forskellige forebyggende sundhedsfremmende og rehabiliterende indsatser	Udvidelsen af timetalle til sundhedsplejen til udvikling af af den tidlige, forebyggende indsats og til understøttelse af indsatser målrettet traumatiserede flygtninge, herunder børn.	260.000	260.000	260.000	260.000

Kultur -og Idrætsudvalget

9	At være en del af lokalsamfundet	Støtte til fritidsaktiviteter i foreninger for børn til og med 25 år	I Allerød Uddannelsen for børn og unge indarbejdes et fritidspas, hvor nyankomne flygtninge vil blive introduceret til forskellige former for fritidsaktiviteter og ligeledes blive introduceret til anvendelse af Allerød Kommunes flotte friluftsmuligheder. Nuværende pulje udvides fra 30.000 kr om året til 90.000 kr. Puljen er målrettet alle børn og unge i kommunen.	60.000	60.000	60.000	60.000
10	At være en del af lokalsamfundet	Bedre koordination af frivillige	Der ansættes en frivillighedskoordinator i Allerød Kommune, som blandt andet får til opgave, at mobilisere og koordinere det store frivillige engagement. Frivillighedskoordinatorens primære arbejdsområde vil være, at understøtte integrationsindsatsen, men frivillighedskoordinatoren vil også have andre arbejdsområder – eksempelvis på kultur- og fritidsområdet, børne- og ungeområdet og på ældreområdet. Allerød Kommune arbejder målrettet sammen med frivillige at sikre de frivillige kræfter bedst mulige forudsætninger for at bidrage til modtagelse og integration af flygtninge.	250.000	250.000	250.000	250.000
Total				2.958.682	2.958.682	2.958.682	2.958.682

Bilag: 6.3. Bilag 3. Allerød Kommunes udgifter til integrationsindsatsen

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 60916/16

NOTAT

Allerød Kommune

Økonomi og It

Allerød Rådhus
Bjarkesvej 2
3450 Allerød
Tlf: 48 100 100
kommunen@alleroed.dk
www.alleroed.dk

Dato: 11. august 2016

Sagsnr. 16/1541

Sagsbehandler:
Jemo

Allerød Kommune udgifter vedr. flygtninge:

Dette notat indeholder informationer om Allerød Kommunes varetagelse af integrationsindsatsen for flygtninge samt udgifter hertil. De opstillede beregninger af udgifter er baseret forventet regnskab pr. 30. juni samt statusnotat 3 vedr. budget 2017-20, jf. Økonomiudvalgets dagsorden den 16. august 2016.

1. Indledning

Integrationsloven omfatter udlændinge med lovligt ophold i Danmark. Ved udlændinge forstås flygtninge mv., familiesammenførte udlændinge til flygtninge mv. samt andre familiesammenførte udlændinge.

Kommunerne har siden 2013 modtaget et stigende antal flygtninge og familiesammenførte. Denne udvikling tog særlig fart i slutningen af 2014 og fortsatte ind i 2015. Det må forventes, at der også i 2016 og 2017 vil være et stort pres på kommunernes budgetter på integrationsområdet både med hensyn til de konkrete opgaver, der er en følge af integrationslovens bestemmelser og de afledte udfordringer bredt i kommunen inden for de forskellige velfærdsområder.

Området er præget af mange nye tiltag, politiske aftaler og vedblivende ny viden, og da der samtidig er stor usikkerhed om den fremtidige udvikling af antal flygtninge er området præget af stor usikkerhed.

2. Generelt om finansiering på integrationsområdet

Kommunerne har udelukkende en forpligtelse over for flygtninge og familiesammenførte der er visiteret til kommunen, mens staten har forpligtelsen for asylansøgere.

Alle kommunernes nettoserviceudgifter til flygtninge og familiesammenførte indgår i den serviceramme, der løbende aftales mellem KL og regeringen. Der er serviceudgifter som kommunerne får refusion for, hvilket fx gælder udgifter forbundet med uledsagede flygtningebørn. De resterende udgifter skal håndteres inden for rammen. Den enkelte kommune kan vælge at bruge grund- og resultattilskud til at finansiere serviceudgifter. Det bør i den forbindelse blot



bemærkes, at grund- og resultattilskuddet indgår som en overførsel, så finansiering af serviceudgifter med disse tilskud vil forsat skulle afholdes inden for servicerammen.

Kommunernes udgifter til overførsler på flygtningeområdet er dels finansieret via statslig refusion, dels via et grundtilskud pr. flygtning og endelig via bloktilskud. I forbindelse med de årlige forhandlinger om kommunernes økonomi foretages et skøn over kommunernes nettoudgifter til overførsler på integrationsområdet i lighed med de skøn, som foretages for de øvrige overførsler og som til sammen udgør det samlede overførselsskøn. Via balancetilskuddet sikres, at kommunerne samlet får finansiering svarende til det aftalte udgiftsskøn.

Kommunerne får således bloktilskud til at dække alle de udgifter, der ikke dækkes af direkte refusion eller finansiering via grundtilskud.

Endelig skal det bemærkes, at kommunernes overførselsudgifter på integrationsområdet er omfattet af en budgetgaranti, at kommunernes samlede udgifter på området alt andet lige er garanteret af staten.

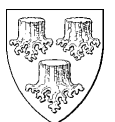
Af nedenstående tabel fremgår et kort overblik over finansieringselementerne på integrationsområdet.

Finansieringskilder

Grundtilskud	Kommunen kan hjemtage et månedligt grundtilskud i 3 år for hver flygtning og familiesammenført, der er omfattet af et integrationsprogram. For uledsagede mindreårige er der et særligt højt tilskud.
Resultattilskud	Kommunen kan hjemtage resultattilskud, når en flygtning eller familiesammenført kommer i arbejde, uddannelse eller består en afsluttende prøve i dansk.
Refusion	Kommunen kan hjemtage refusion på 50 pct. af udgifterne til integrationsprogrammer og introduktionsforløb inden for to rådighedsbeløb for hhv. personer omfattet af et integrationsprogram og personer omfattet af et introduktionsforløb. Kontanthjælp til personer omfattet af et integrationsprogram og integrationsydelsen er omfattet af refusion i henhold til refusionstrappen.
Budgetgaranti (bloktilskud)	Størstedelen af kommunernes nettoudgifter til integrationsprogrammer, introduktionsforløb, integrationsydelse og kontanthjælp under integrationsprogrammet er omfattet af budgetgarantien, dvs. at kommunernes nettoudgifter under ét dækkes enten via tilskud, refusion eller budgetgaranti/bloktilskud.

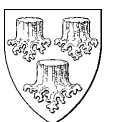


Udlændingeudligning	<p>Udligningsordningen består af et generelt tilskud pr. udlænding, der er forhøjet for udlændinge i alderen 0-16 år til dækning af særligt afgrænsede merudgifter vedr. indvandrere, flygtninge og efterkommere.</p> <p>Fra den særlige udligningsordning udbetales et årligt tilskud, som udgør et basisbeløb på 5.754 kr. (2016-niveau) pr. udlænding bosat i kommunen, og supplerende tilskud på 5.657 kr. pr. 0-5 årig udlænding og 23.113 kr. pr. 6-16 årig udlænding. Det samlede tilskud finansieres af kommunerne efter den enkelte kommunens andel af det samlede folketal.</p>
Generel udligning	<p>Udlændinge indgår som andre borgere i de generelle ordninger for nettoudligning af forskelle i kommunernes skattegrundlag og udgiftsbehov.</p> <p>Ordningerne sikrer kommuner med et lavt skattegrundlag eller et højt udgiftsbehov ekstra finansiering. Et lavt skattegrundlag kan eksempelvis skyldes mange borgere på overførselsindkomster. Et højt udgiftsbehov kan skyldes mange ældre, børn og unge eller sociale forhold. Eksempelvis vil en kommune med mange ældre eller mange ledige blive tillagt et større udgiftsbehov end andre kommuner i udligningen.</p> <p>Herudover har antallet af borgere betydning for kommunernes andel af bloktilskuddet til kommunerne, da en del af tilskuddet fordeles efter indbyggertal.</p>
Driftslofter på integrationsområdet	<p>For flygtninge og familiesammenførte under integrationsprogrammet refunderer staten inden for et rådighedsbeløb 50 pct. af kommunernes udgifter til integrationsprogrammer herunder danskuddannelse og aktive tilbud, jf. Integrationsloven § 45, stk. 4.</p> <p>Rådighedsbeløbet opgøres til 75.132 kr. (16-pl) pr. år gange antallet af udlændinge i kommunen, der modtager tilbud efter kapitel 4. Antallet af udlændinge i kommunen opgøres som helårspersoner.</p>



Udgiftsposter

Serviceudgifter	<p>En del af serviceudgifterne er uden refusion og er direkte tilknyttet integrationsopgaven. Det handler fx om udgifter til midlertidig indkvartering og helbredsundersøgelser, hvilket i høj grad er administrative udgifter. Ydermere er der serviceudgifter til den beskæftigelsesrettede indsats som fx er samtaler.</p> <p>Kommunernes største merudgift på service omhandler imidlertid de opgaver, som kommunerne løfter for alle borgere. Det gælder udgifter til dagtilbud, SFO, folkeskolen og mange andre steder. Kommunernes udgifter pr. flygtning vil typisk overstige udgiften for en gennemsnitlig borger, da flygtningebørn på fx skoleområdet går i særlige modtageklasser, mens flygtningebørn i dagtilbud langt oftere vil modtage mere sprogstimulering mv.</p>
Overførselsudgifter	<p>I forbindelse med modtagelsen af flygtninge i kommunerne er der en række overførsler, som flygtninge har ret til. På nuværende tidspunkt er den primære forsørgelsesydelse kontanthjælp i forbindelse med integrationsprogrammet. Dette har dog ændret sig pr. 1. juli 2016, hvor alle der ikke har haft ophold i Danmark i 7 af de sidste 8 år, vil overgå til i stedet at skulle forsørges af integrationsydelsen (se evt. bilag 1). Ydermere kan flygtninge søge om særlig støtte, enkeltydelser (under sociale formål) samt befordring (herunder transportgodtgørelse). Efter indførelsen af integrationsydelsen vil flere flygtninge være berettiget til at modtage disse ydelser, da flygtningenes rådighedsbeløb er blevet væsentligt lavere.</p> <p>Samtidig vil der være overførselsudgifter til tolke og mentorordninger.</p> <p>Kommunerne har pligt til at tilbyde et integrationsprogram til alle flygtninge over 18 år og evt. uledsagede flygtningebørn. Under integrationsprogrammet skal flygtningene have danskundervisning og en beskæftigelsesrettet indsats.</p>
Anlægsudgifter	<p>Med henblik på at tilvejebringe boliger til flygtninge, har kommunerne i henhold til integrationsloven mulighed for bl.a. at erhverve og indrette bygninger til udlejning. Herudover kan kommunerne have udgifter til evt. at opføre nye bygninger, herunder fx til midlertidig indkvartering. Anlægsudgifterne til erhvervelsen af eksisterende bygninger samt opførelsen af nye boliger belaster den kommunale anlægsramme, såfremt der er tale om skattefinansierede anlægsudgifter.</p> <p>Hertil kommer, at kommunerne har ansvaret for tilsagn til almennyttigt nybyggeri. Efter de nuværende regler</p>



	skal kommunerne i den forbindelse alene (med)finansiere nybyggeriet i form af et grundkapitalindskud på 10 pct. af anskaffelsessummen.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. Opgørelse af udgifter

Det er særligt vanskeligt at opgøre og budgetlægge alle udgifter forbundet med flygtninge helt nøjagtigt.

For det første er der ikke klart afgrænsede funktioner i kontoplanen, hvor udgifter til flygtninge opgøres. Udgifter til flygtninge på fx folkeskoleområdet opgøres sammen med udgifterne til almenområdet og kan ikke adskilles i kontoplanen, hvilket på samme vis er gældende for dagtilbud, sundhed og administrative udgifter.

For det andet er der stor usikkerhed om antallet af flygtninge, fordelingen aldersmæssigt og tidsmæssigt, samt udviklingen i antallet fremadrettet. Flygtningene har samtidig mulighed for at søge om familiesammenføring, hvilket vanskeliggør opgørelsen yderligere. Hvor mange familiesammenførte en kommune får, er derfor ikke fastlagt på forhånd og er ikke en del af den tildelte kvote, men afhænger af, hvorvidt kommunens flygtninge søger om familiesammenføring. Kommuner der med kvoten får mange familier vil derfor højst sandsynligt opleve færre familiesammenførte end kommuner der modtager mange enlige. Den enkelte kommunes udfordringer og økonomi afhænger meget af de enkelte behov som flygtningene og de familiesammenførte har.

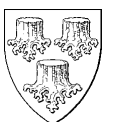
For det tredje vil der være stor forskel på om beregningen foretages brutto eller netto, ligesom det er vanskeligt at opgøre om den enkelte kommune får finansieret det faktiske udgifter gennem finansieringskilderne, fx budgetgarantien.

4. Beregning af antalsforudsætninger

Tilgang

For at få et pålideligt skøn for tilgangen af flygtninge og familiesammenførte i 2016-20 anvendes de udmeldte kvoter samt regeringens forventninger til antallet af flygtninge og familiesammenførte. Der forventes mellem 9.500 og 13.500 flygtninge og 8.000 familiesammenførte i 2016. Antallet af familiesammenførte er i Allerød fastsat på baggrund af erfaringer fra 2014 og 2015. Der er dog en vis usikkerhed forbundet med denne opgørelsesmetode, grundet at kommuner der modtager mange familier vil få færre familiesammenførte, hvilket kan ændre sig.

Nedenfor vises de forudsætninger vedr. antal, som er lagt til grund for forventet regnskab pr. 30. juni 2016 og det administrative budgetgrundlag 2017-20:



År	Kommune- kvote	Antal voksne	Antal børn	Uledsagede børn	Voksne familie sammen- føringer	Børne familie sammenfø- ringer	I alt kvote + familiesam- menførte
2015	74	60	14	1	21	38	134
2016	53	44	8	1	14	30	97
2017	64	53	10	1	17	36	117
2018	50	42	8	1	14	28	92
2019	50	42	8	1	14	28	92
2020	50	42	8	1	14	28	92

Bestanden af flygtninge

Der findes ikke en entydig statistik over antallet flygtninge for Allerød Kommune.

I dette notat anvendes antal helårspersoner under integrationsprogrammet som udgangspunkt for bestanden af flygtninge. Nedenfor fremgår prognosen for udviklingen i antal helårspersoner fra 2015-20.

2015	2016	2017	2018	2019	2020
96	148	165	193	203	216

Prognosen er baseret på en forventning om at 33 pct. af ny flygtninge og familiesammenførte kommer i uddannelse eller ordinær beskæftigelse inden for 1 år. Det fremgår, at der forventes en stigning i antallet af helårspersoner fra 2015-20 på 125 pct. I tallet indgår ikke uledsagede og familiesammenførte børn.

5. Udvikling i udgifter til flygtninge 2015-20

Tabellen nedenfor viser udviklingen i nettoudgifterne til flygtninge fra regnskab 2015 til budget 2020.

(mio. kr.)	Regnskab 2015	Forventet regnskab pr. 30/6 2016	Budget 2017	Budget 2018	Budget 2019	Budget 2020
Driftsudgifter	14,9	28,9	25,0	22,6	23,2	24,1
Heraf serviceudgifter	7,0	14,4	8,2	7,2	7,2	7,2
Heraf overførselsudgifter	7,9	14,5	16,8	15,4	16,0	16,9
Anlægsudgifter *	8,9	11,5	8,3	0,0	0,0	0,0
Særlige tilskud	-1,9	-2,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Budgetgaranti	-7,9	-14,5	-16,8	-15,4	-16,0	-13,3
Total	14,0	23,0	16,5	7,2	7,2	10,8

*) Lånefinansieres over 25 år. Der forventes overført 3,2 mio. kr. til 2017



Udgifterne fremgår af det forventede regnskab og det administrative budgetgrundlag, og indeholder ikke udgifter i forbindelse med indsatser som følge af strategien for modtagelse og integration af flygtninge, idet den endnu ikke er politisk godkendt.

Det fremgår af ovenstående oversigt, at der i 2016 forventes en nettodriftsudgift på 28,9 mio. kr., hvoraf budgetgarantien forventes at dække 14,5 mio. kr. I forhold til budgettet er det en merudgift på ca. 6,5 mio.kr. i serviceudgifter. Bruttodriftsudgifterne udgør i det forventede regnskab pr. 30. juni 2016 ca. 48 mio. kr., idet ca. 20 mio. kr. forventes dækkes via statsrefusion, grundtilskud mv.

I det administrative budgetgrundlag 2017 udgør nettodriftsudgifterne 22,6 mio. kr. mens bruttodriftsudgifterne udgør 55,3 mio. kr., idet ca. 30 mio. kr. dækkes via statsrefusion, grundtilskud mv.

Det fremgår endvidere at, det administrative budgetgrundlag 2017 indeholder serviceudgifter på netto 8,2 mio. kr. De væsentligste udgiftsposter er modtagerklasser og daginstitutionspladser på ca. 5 mio. kr., og midlertidige boliger på ca. 3,4 mio. kr.

Endelig fremgår af oversigten, at der under de givne beregningsforudsætninger netto er udgifter i 2016 på ca. 23 mio. kr., som ikke dækkes af staten, mens der er 16,5 mio. kr. i 2017. Beløbet forventes at falde fra 2018, hvilket skyldes forventning om færre service- og anlægsudgifter.

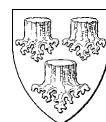
På baggrund af ovennævnte forudsætninger kan kommunens nettoudgift pr. helårsperson opgøres på følgende måde.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antal helårspersoner	96	148	165	193	203	216
Nettoudgifter (mio. kr.)	14,0	23,0	16,5	7,2	7,2	10,8
Udgift pr. helårsperson (tusinde kr.)	145.833	155.405	100.000	37.306	35.468	50.000



Bilag 1: Satser for forsørgelsesydelse på Integrationsområdet 2016

Ydelse i kr. pr. måned før skat	Integrationsydelse	Kontanthjælp
Hjemmeboende under 30 år uden børn	2.590	3.411
Enlige uden børn	6.010	10.968
Giftte/samboende uden børn	12.020 (6.010 x 2)	21.936
Enlig med barn/børn	12.019	14.575
Par med barn/børn	16.822 (8.411 x 2)	29.150



Bilag: 7.1. Notat om ældre- og plejeboligprognose 17. marts 2016 - v2

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 22497/16

NOTAT

Ældre- og plejebolig prognose

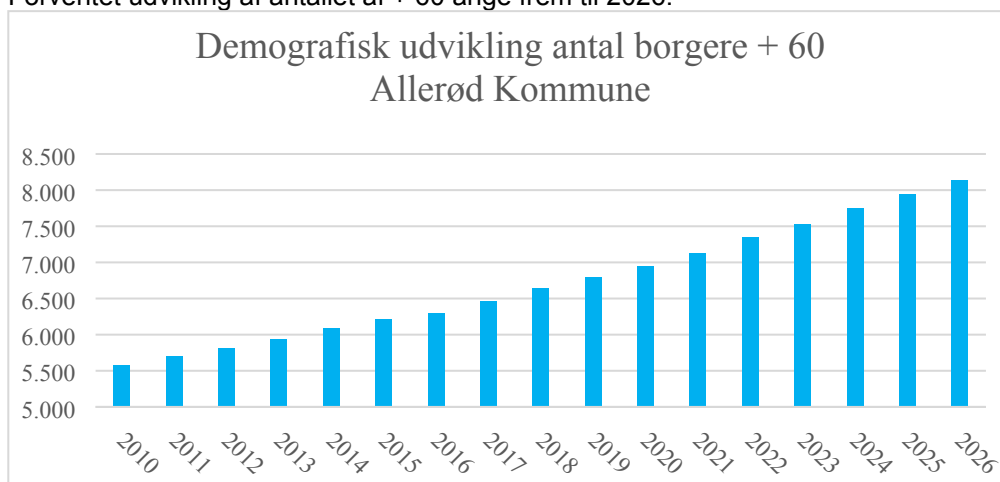
I forlængelse af Forvaltningens orientering til Sundheds- og Velfærdsudvalget den 27. januar 2016 om status på ældre- og plejeboligområdet samt den seneste befolkningsprognose for Allerød Kommune, har Forvaltningen udarbejdet et notat vedrørende det estimerede behov for ældre- og plejeboliger de kommende år.

Prognosen er opdelt i behov for ældreboliger og behov for plejeboliger, og tager udgangspunkt i den nyeste befolkningsprognose. I prognoseberegningen for plejeboliger er der ikke skelnet mellem somatiske plejeboliger og demensplejeboliger, idet der allerede bor en del demente borgere i de somatiske plejeboliger, og det ydermere er besluttet at opføre et nyt demensplejecenter med 40 pladser med ibrugtagning i 2019.

Dato: 18. marts 2016

Sagsnr. 15/18196

Forventet udvikling af antallet af + 60 årige frem til 2026.



Prognose ældreboliger

Ældreboliger forstås som boliger uden tilknyttet plejepersonale, men med ældrevenlig indretning og tilgængelighed. Målgruppen er borgere der har et betydeligt og varigt nedsat funktionsniveau, der gør at borgeren ikke kan fungere i egen bolig.

Allerød Kommune har anvisningsret til ca. 122 ældreboliger, heraf 34 boliger i Lyngby, 18 boliger i Blovstrød og 70 boliger i Lillerød.

Gennem de seneste år har efterspørgslen på ældreboliger varieret. Generelt oplever boligvisitationen størst efterspørgsel på ældreboliger i midtbyen med god adgang til byen, indkøb og transport. Der er primært venteliste på boliger i Lillerød bymidte og særligt til boliger på adresser på Grønnehegn, der er meget populære, om end uegnede for fx ægtepar med mange hjælpemidler.

Omvendt har kommunen haft ledige boliger, der ikke kunne lejes ud til målgruppen. Da kommunen afholder udgiften til tomgangsleje er nogle af disse ledige boliger



anvendt med henblik på at løse påtrængende boligsociale opgaver og lejet ud til borgere med akut behov for en bolig. Disse borgere er typisk yngre, og dermed vil de statistisk bo i boligen i en længere årrække. Når boligerne igen står tomme, skal de tilbydes til borgere i den oprindelige målgruppe.

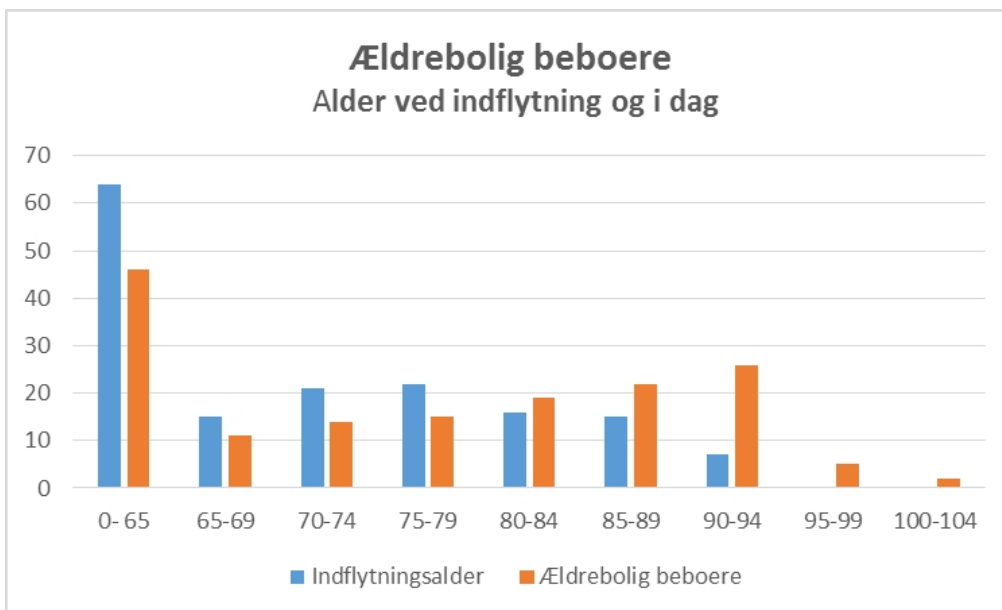
Borgere der ansøger om en ældrebolig bliver visiteret på baggrund af de politisk godkendte visitationskriterier, og da der er frit valg på området, visiteres der på lige fod mellem ansøgere fra Allerød og udenbys borgere, idet det altid er den mest trængende borger, der kommer i første række.

Ved årsskriftet 2015/2016 var der 16 borgere på listen over godkendte borgere, der ventede på tilbud om en ældrebolig.

Da kommunen pr. 1. januar 2016 kan disponere over færre boliger på Prins Valdemars Alle (indregnet i opgørelsen ovenfor) og antallet af ældre i øvrigt er stigende er det muligt at presset øges, og situationen følges nøje.

På baggrund af ovenstående vurderer Forvaltningen ikke, at det aktuelle antal ældreboliger kan dække behovet fremover, hvorfor det må overvejes at etablere nye almene ældreboliger. I Allerød Kommunes planstrategi 2015 godkendt af byrådet den 17. december 2015 er der peget på tre områder til mulig placering af ældreboliger, Gladgården i Lyngby, Ørnevang i Lillerød og Teglværkskvarteret i Blovstrød i boligudbygningsplanen med tidshorisont 2018-2024.

Forvaltningen har forsøgt at estimere det fremtidige behov for ældreboliger. Her er det undersøgt, hvordan aldersfordelingen er ved indflytning, idet dette spejler og underbygger sammenhængen med den demografiske udvikling.



Note: Både visiterede og ikke visiterede borgere

Beregning og fremskrivning af prognose for Ældreboliger Allerød Kommune

I tabellen nedenfor er de borgere som pt er visiteret til ældrebolig fremskrevet med den forventede udvikling i befolkningstallet. Beregningen er dog usikker, idet der i dag er et mindre antal ældreboliger på Prins Valdemars Alle, der efter aftale ikke fremover vil være omfattet af den kommunale anviseringsret, samt at der allerede i dag er flere ældreboliger der bebos af borgere i forbindelse med løsning af andre boligsociale opgaver.



Prognose:

Ældreboliger	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Allerød borgere	110	115	119	124	130	136	141	147	153	159	165
Udenbys borgere	26	27	28	29	31	32	33	35	36	38	39
I alt visiterede	136	142	147	154	161	168	174	182	189	196	204

Følgende forudsætninger er anvendt i beregningen af tallene:

- Udgangspunkt er visiterede beboere 31/12-15 tillagt venteliste 9/3-16, og reduceret med 16 boliger på Valdemars Alle, som kommunen fremadrettet ikke længere har råderet over.
- Ventelisteborgere er fordelt efter samme aldersspredning som beboere 31/12 2015.
- Der er anvendt netop udarbejdede befolkningsprognose til fremskrivning
- Udenbys borgere er fremskrevet med samme udvikling som Allerød-prognosen.
- For beboere under 65 er der ikke tillagt demografisk udvikling.

Ovenstående indikerer, at med nuværende antal ældreboliger vil differencen mellem estimeret behov og faktisk antal boliger være:

Ældreboliger	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
I alt	-14	-20	-25	-32	-39	-46	-52	-60	-67	-74	-82

Beregningen indikerer, at der vil ske en stigning i ældreboligbehovet frem mod 2026. Hvis ældreboligtallet uændret er 122, ser det ud som om, at der vil være et boligunderskud på 39 boliger i 2020 og et underskud på 82 ældreboliger i 2026. Dette forudsat, at det nuværende behov og efterspørgselsgrad forbliver uændret og at visitationskriterierne ikke ændres.

Prognose plejeboliger

Plejeboliger er boliger for borgere, der har behov for at være tilknyttet plejepersonale hele døgnet, på grund af væsentlig nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne. Allerød Kommune råder over 170 plejeboliger, fordelt på 4 plejecentre, heraf er 33 demensboliger. Derudover er der 7 socialpsykiatriske boliger, haveboligerne på plejecenter Lyngehus, samt aktuelt 4 samboende ægtefæller. Det er desuden besluttet at opføre et nyt demensplejecenter med 40 pladser med ibrugtagning i 2019.

Borgere, der ansøger om en plejebolig, bliver visiteret på baggrund af de politisk godkendte visitationskriterier. Da der er frit valg på området, visiteres der på lige fod mellem ansøgere fra Allerød og udenbys borgere, idet det altid er den mest trængende borger, der kommer i første række, herunder de borgere, der har ophold på en midlertidig plads i ventetiden på en plejebolig.

Gennem de seneste år har boligvisitationen oplevet en stigende efterspørgsel på plejeboliger og særligt på demensboliger. En del af henvendelserne er fortsat fra udenbys borgere.

Borgerne kan søge specifikt eller generelt i forhold til plejebolig. Søges der generelt er ansøgeren omfattet af plejeboliggarantien på 2 måneder fra godkendelsestidspunktet. Søges der specifikt bortfalder plejeboliggarantien.

Allerød Kommune har hidtil overholdt plejeboliggarantien, idet de fleste borgere søger specifikt, men dette kan blive en udfordring i takt med at der bliver flere ældre.

Ved årsskriftet 2015/2016 var der 16 godkendte borgere der ventede på en plejebolig. Af de 16 godkendte søgte 3 specifikt og 13 generelt.

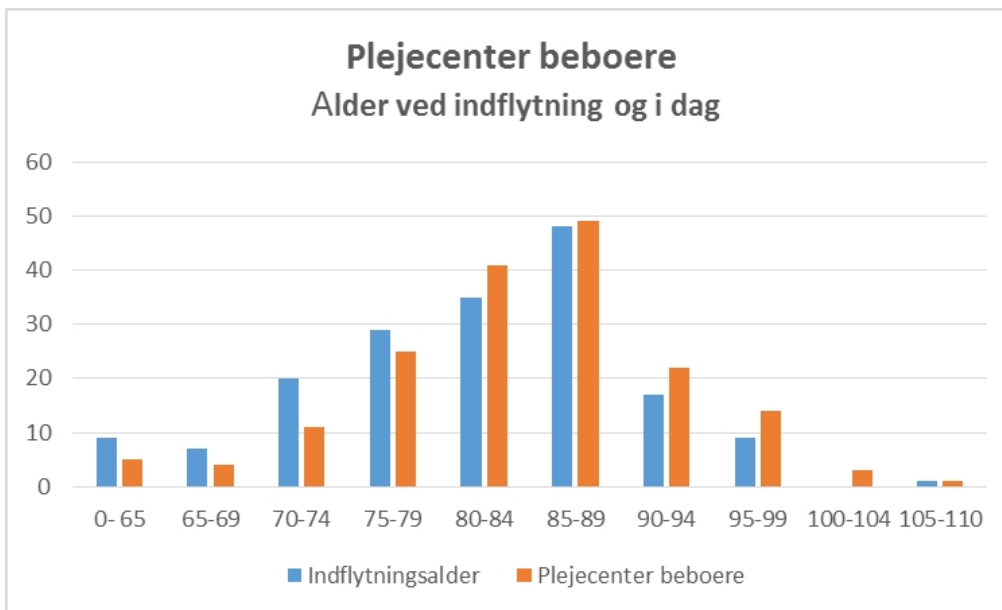


Mange plejeboliger i Allerød, er beboet af udenbys borgere, aktuelt ca. 30 % svarende til 50 boliger, mens der bor 15 Allerødborgere i plejebolig i andre kommuner.

Behovet for plejeboliger påvirkes af en række faktorer, herunder hverdagsrehabilitering, velfærdsteknologi, borgers ønske til bolig og omsorg samt udvikling i levealder og sundhedstilstand, viden, uddannelse, socialstatus, økonomiske forhold, sundhed og forebyggelse mm. En fremskrivning af behovet er derfor forbundet med usikkerhed.

Efter der gennem flere år har været nedgang i efterspørgslen på plejeboliger, har det seneste år såvel i Allerød som i andre nærliggende kommuner budt på en øgning i antallet af ansøgere. Dette kombineret med at den kommende generation af ældre forventes at have andre kompetencer, funktionsevner og behov end den gruppe ældre, der kendes i dag, udfordrer vurderingen af det kommende behov for antallet og typen af plejeboliger.

Forvaltningen har forsøgt at estimere det fremtidige behov for plejeboliger. Her er det undersøgt, hvordan aldersfordelingen er ved indflytning, idet dette spejler og underbygger sammenhængen med den demografiske udvikling.



Note: Her indgår de 7 socialpsykiatriske borgere i haveboligerne på Lyngehus, samt 4 samboende ægtefæller.

Beregning og fremskrivning af prognose for Plejeboliger Allerød Kommune

Fremskrivning af plejeboligbehovet er på samme måde som ældreboligbehovet, dvs. at den nuværende efterspørgsel fremskrives med udviklingen i befolkningstallet.

Prognose:

Plejeboliger	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Allerød borgere	129	137	145	153	162	171	179	189	199	208	217
Udenbys borgere	61	66	69	73	78	83	87	92	97	102	107
I alt	190	202	214	226	241	254	266	281	296	310	324



Følgende forudsætninger er anvendt i beregningen af tallene:

- Udgangspunkt er beboere 31/12-15 tillagt venteliste 9/3-16. Hermed er antallet inkl. eventuelle ægtefæller.
- Ventelisteborgere er fordelt efter samme aldersspredning som beboere 31/12 2015.
- Der er anvendt netop udarbejdede befolkningsprognose til fremskrivning.
- Udenbys borgere er fremskrevet med samme udvikling som Allerød-prognosen, også selvom andelen af udenbys borgere pt. er høj
- For beboere under 65 er der ikke tillagt demografisk udvikling.
-

Ovenstående indikerer, at med nuværende antal plejeboliger vil differencen mellem estimeret behov og faktisk antal boliger være:

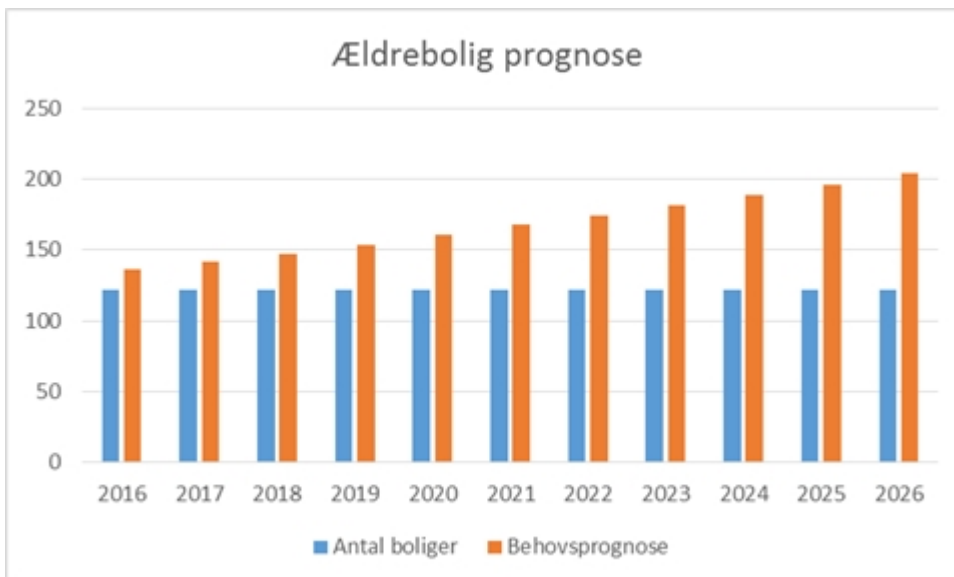
Plejeboliger	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
I alt	-13	-25	-37	-9*	-24	-37	-49	-64	-79	-91	-107

* Demensplejecenter v. Skovvang er planlagt til åbning med ca. 40 pladser i 2019. Det skal understreges at de 7 boliger på Lyngehus, som er overgået til Socialpsykiatrien indgår i disse tal.

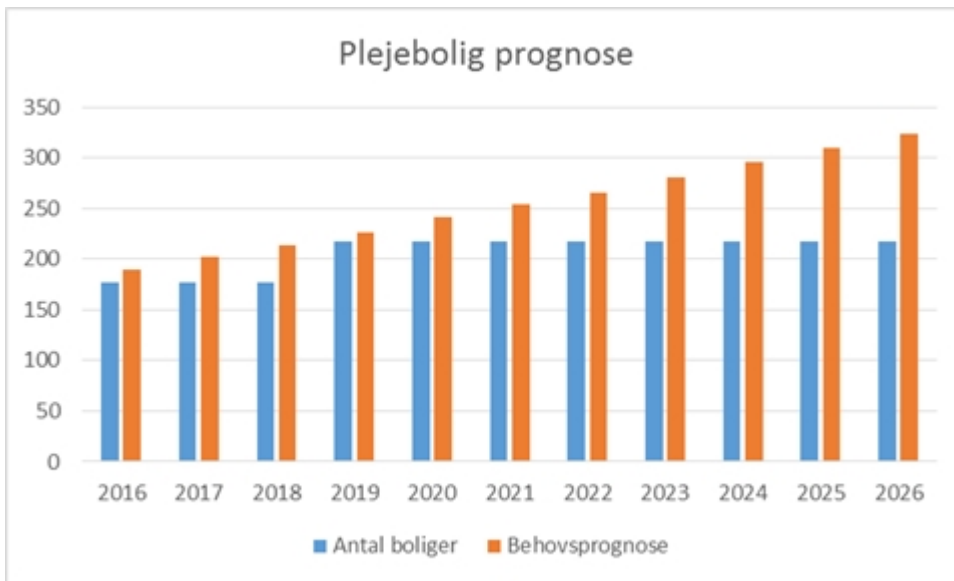
Andelen af udenbys borgere er særlig høj på plejecenter Skovvang, da der i forbindelse med åbningen af centeret var mange udenbys ansøgere. Falder andelen vil det selvfølgelig få en betydning for den samlede efterspørgsel.

Resume

På baggrund af ovenstående beregninger, med de beskrevne forudsætninger, illustrerer følgende model prognosen for ældreboliger, set i forholdet antal/forventet behovet:



På baggrund af ovenstående beregninger, med de beskrevne forudsætninger, illustrerer følgende model prognosen for plejeboliger, set i forholdet antal/forventet behovet:



Når plejeboligantallet er uændret frem til 2019 ser det ud som om, at der vil være et boligunderskud på 37 plejeboliger i 2018 og et underskud på 64 plejeboliger i 2023 på trods af 40 nye pladser i 2019.

På baggrund af prognosen kan følgende opsummeres:

- Behovet for ældreboliger er stigende frem mod 2020 og må forventes at vokse yderligere derefter. Det må antages, at der vil være behov for at etablere ældreboliger i perioden.
- Behovet for plejeboliger frem mod 2019 er vanskeligt at vurdere entydigt. Det må dog forventes at særligt 2018 kan være udfordret i forhold til plejecenterpladser. Derefter og frem mod 2024 vil behovet være stigende igen, hvorfor indflytningsmønstre og udviklingen generelt må følges tæt.



Bilag: 8.1. Leveringsaftale 2017.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 57332/16



LEVERINGS- OG SAMARBEJDSAFTALE

Mellem

MAD til hver DAG I/S

CVR. nr.: 34161526

Lokesvej 12

3400 Hillerød

Og

Albertslund, Allerød, Frederikssund, Halsnæs og Hillerød kommuner
er der dags dato indgået følgende leverings- og samarbejdsaftale:

INDHOLD

1.	Baggrund og formål	1
2.	Aftageforpligtigheden	1
3.	Leveringsforpligtigheden	2
4.	Leverancer og kvalitetskrav	2
4.1	Overordnede kvalitetskrav og målsætninger	2
4.2	Produktionsform	2
4.3	Kostformer	2
4.4	Krav til ernæringsindhold	3
4.5	Portionsstørrelser	3
4.6	Valgmuligheder og variation	4
4.7	Påbegyndelse af leverancen	5
4.8	Bestilling	5
4.9	Afbestilling	6
4.10	Levering	6
4.11	Serviceniveau madservice	7
4.12	Serviceniveau plejecentre	8
4.13	Cafétilbud jf. Serviceloven	9
4.14	Kommunale kantiner	9
4.15	Børneinstitutioner	9
4.16	Fritvalgs leverandør	9
5.	Samarbejdet	9
5.1	Samarbejde om leverancen	9
5.2	Samarbejde om klager	10
5.3	Samarbejde om økonomi	10
5.4	Samarbejde om IT	11
6.	Kontrol og opfølgning	11
6.1	Stikprøver	11
6.2	Egenkontrol	11
6.3	Brugertilfredshedsundersøgelser	11
7.	Behandling af personoplysninger	12
8.	Tavshedspligt mv.	12
9.	Krav til medarbejderne	12
10.	Arbejds miljø og fødevareregler	13
11.	Afregning	13
12.	Genforhandling	14
13.	Tvister	14
14.	Ikrafttrædelse, varighed og ophør	15
15.	Underskrifter	15

1. BAGGRUND OG FORMÅL

Halsnæs, Hillerød, Frederikssund og Allerød Kommuner har pr. 1. januar 2012 oprettet et fælles § 60-selskab (herefter benævnt Selskabet) med de kommuner som deltager (herefter benævnt Kommunerne). Fra den 1.1.2016 er Albertslund indtrådt i selskabet.

Selskabet er oprettet som et I/S i overensstemmelse med den indgåede interessentskabskontrakt.

Formålet er som angivet i interessentskabskontrakten følgende:

“Selskabet skal producere sund mad med mest mulig økologi i madproduktionen og i overensstemmelse med de officielle retningslinjer for madservice til de forskellige målgrupper. Selskabet er tilsvarende ansvarlig for en hensigtsmæssig løsning af udbringningsopgaven.

Selskabet har som formål at sikre en bæredygtig produktion baseret på en tilstrækkelig volumen og med LEON-princippet (Laveste Effektive Omkostnings Niveau) som bærende princip. Kommunerne forpligter sig derfor til, at Selskabet varetager deres samlede madproduktion med afsæt i de ydelser, som er omfattet af leveringsaftalen på tidspunktet for Selskabets etablering.”

Denne leveringsaftale udgør aftalegrundlaget for Selskabets leverancer til og samarbejde med Kommunerne.

Målet for leveringsaftalen er, at sikre et velfungerende samarbejde mellem Selskabet og Kommunerne i forhold til:

- Selskabets forpligtelser
- Parternes forpligtelser
- Kommunikationen mellem parterne
- Bestilling af ydelser
- Levering af ydelser
- Kvaliteten i de leverede ydelser.

2. AFTAGEFORPLIGTELSEN

Kommunerne indrapporterer deres estimerede aftag af døgnkostenheder, herunder døgnkostenheder til plejecentrene, senest den 15/4 året forud.

Kommunerne har i forbindelse med den årlige indberetning mulighed for at meddele en reduktion i deres aftagerforpligtelse på maksimalt 10 %. Ved væsentlige ændringer, som fx at et plejecenter/afdeling lukker, så kan der tilpasses uden for den årlige aftale om indberetning af døgnkostenheder.

Der betales for mindst 95 % af den aftalte mængde døgnkostenheder til plejecentrene for det enkelte år, også selvom en kommune de facto aftager mindre.

Kommunerne forpligter sig til, så tidligt som muligt, at varsle eventuelle ændringer i op- og nedadgående retning.

3. LEVERINGSFORPLIGTELSEN

Selskabet forpligter sig til, at kunne levere det antal døgnkostenheder, som Kommunerne til enhver tid efterspørger.

Selskabet er forpligtet til løbende at tilpasse produktion og leverancer til eventuelt ændrede omkostninger, uanset omfang af ændringerne og om selskabet selv har indflydelse herpå. Dog vil der fra år til år blive foretaget en prisregulering med den procentvise stigning i KL's løn- og prisfremskrivningsprocent for det første halvår i det pågældende budgetår, samt evt. korrektion for faldende volumen fra aftagerkommunerne.

4. LEVERANCER OG KVALITETSKRAV

Selskabet leverer overordnet madservice ud fra nedenstående krav og beskrivelser.

4.1 Overordnede kvalitetskrav og målsætninger

Det er en overordnet målsætning, at madens vej fra jord til bord er af høj kvalitet samt at der tilbydes god, sund hverdagsmad af høj kvalitet. Maden er velsmagende, ernæringsrigtig, baseret på friske råvarer, hvoraf 30% på sigt skal være økologiske, og retterne er tilpasset årstiderne.

Maden produceres og nedkøles hurtigt og i overensstemmelse med de til enhver tid gældende standarder fastsat herfor.

Maden næringsberegnes efter behov og/eller efter ønske fra kommunen, så der sikres dokumentation for ernæringsindsatsen.

Maden produceres og leveres efter de til enhver tid gældende regler om hygiejne og egenkontrol med tydelig mærkning af produktions- og holdbarhedsdato.

4.2 Produktionsform

Selskabet producerer hjemmelavet mad af gode råvarer, der køles ned og efterfølgende MAP-pakkes.

Maden leveres ved en temperatur på maksimalt 5 grader.

Frostvarer leveres ved en temperatur på -18 grader med en kortvarig stigning på 3 grader under transporten til centrene.

Til de hjemmeboende borgere leverer selskabet varer der har en temperatur på max. 5 grader.

4.3 Kostformer

Maden produceres som kost tilrettet ældres behov.

Visse former for diæter kan leveres ved at sammensætte de mange forskellige valgmuligheder, der forefindes.

Autoriseret sundhedspersonale i kommunen kan selvstændigt visitere borgere til forskellige diæter (diabetes og fedtreducerede diæter samt gratinkost/blød kost ved tygge- synkebesvær og dårlig tandstatus). Kompetencerne fastlægges i den enkelte kommune. Alle former for specialdiæter kan leveres efter henvisning fra læge via kommunens visitationsteam.

4.4 Krav til ernæringsindhold

Energifordelingen følger Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for den danske institutionskost", som kan ses og downloades på <http://madtilhverdag.dk/om-koekkenet/om-maden/>
Selskabet garanterer at maden der leveres, overholder de anbefalede krav til ernæring set som et gennemsnit for en uges indtag af hovedmåltider. Selskabet er samarbejdsvillige i forhold til at levere de resterende daglige måltider, så anbefalingerne for ældres daglige ernæringsbehov overholdes.

Gennemsnitlig energifordeling over en uge.	Kost til ældre (Sygehuskosten)	Småtspisende
Protein	15-20 %	16 %
Kulhydrat	40-45 %	32 %
Fedt	40 %	50 %

Måltidsfordeling	Kost til ældre	Småtspisende
Morgen	20-25 %	20 %
Middag	20- 25 %	15-25 % (Det kolde måltid)
Aften	25 -35 %	15 -25 % (Det varme måltid)
Mellemmåltider	15- 30 %	50 % (3 mellemmåltider)

4.5 Portionsstørrelser

Madservice

Som udgangspunkt leveres enkeltportion normal (se nedenstående skema) samt mulighed for at tilkøbe ekstra kartofler, biretter, smørrebrød mv.

Plejecentre

Som regel leveres maden til centrene som bulk (til flere personer) som ved måltidet serveres i skåle og på fade. Det varme hovedmåltid kan også leveres som enkeltportioner.

For at tilgodese de småtspisende tilbydes der en energitæt kost, hvor biretten altid vil indgå i måltidet.

Komponenter	Enkeltportion Normal	Enkeltportion Lille (hjemmeboende)	Bulk (Plejecentre)	Småtspisende/ specialdiæt * (energitæt)
Fisk/kød/fars	100 g (reelt kød) 120 g (fars)	80-100 g	100 g (reelt kød) 120 g (fars)	60 g
Kartofler/pasta/ris	150 g	120 g	120 g	Mos: 100 g
Grøntsager	75 g	50 g	50 g	30 g
Sovs	1,5 dl	1 dl	1 -1,5 dl	1 dl
Samlet i vægt	500 g	350 g	440 g	
Biret:				
Desserter	2 dl	2 dl	2 dl	1 dl
Mælke- mad/suppe/grød	2,5 dl	2,5 dl	2,5 dl	1,5 dl
Samlet i vægt	750 g	600 g	690 g	440 g
Diverse:				
Smørrebrød	3/2+1 ostemad	3/2+1 ostemad	Anretninger	
Lune retter			portion	
Proteindrik	5 dl	5 dl		
Kage	Stort	Stort	Alm.	
Øllebrød	2,5 dl	2,5 dl		

* Til de småtspisende skal biretter være en del af det samlede måltid. Alle disse mængder er leveret mængde fra MAD til hver DAG.

Komponent	Bulk størrelser *	Komponent	Rå bulk størrelse
Kød færdig	1+4+6	Kød rå	4,6,8 eller 10 alt efter produkt (men kun én størrelse af hver)
Stegte kartofler, ris, pasta, mos m.v.	4+6 (1 på nogle produkter)	Kogte kartofler og Rå kartofler	Kogte 1 kg Rå 1 ½
Grøntsager tilberedte og frost	4+6	Rå grøntsager	2-6 portioner afhængig af størrelse/produkt.
Sovs Sygehuskost Sovs Diabetes/mager	1 liter (1/2 liter er under opsejling)		

* Bulk = Tilberedt mad der er pakket i flere portioner. (Ex. bestilles der til 11 personer modtages der på kød tre pakker, en 1+4+6).

Rå bulk = Råvare der ikke er tilberedt, som er pakket i én størrelse for hvert produkt. (Ex. Rå flæskesteg er til 8 portioner eller et blomkålshoved er til 4-6 personer)

4.6 Valgmuligheder og variation

Madservice

Hjemmeboende borgere kan ud fra de udleverede menuplaner frit vælge mellem de forskellige retter, herunder hoved- og biretter, smørrebrød/pålægspakker, råkost, supper, desserter, kage mv.

Der er tilbud om ernæringstætte mellemmåltider, vegetarretter samt specialdiæter efter henvisning fra læge eller visitation.

I menuplanerne tages der hensyn til højtider og sæson.

Plejecentre

Maden bestilles som komponenter, hvor der vælges mellem 14 tilberedte kødretter/vegetarretter samt et stort udvalg af sovse, grøntsager, kartofler/ris/pasta med mulighed for at sammensætte et utal af menuer.

Der tilbydes desuden et stort udbud af rå råvarer (fx flæskesteg, rå fisk og hakkebøf), lune retter, pålægsanretninger, supper, øllebrød, råkost, kage mv.

Der anvendes et 12 ugers menurul.

I starten af året sender MAD til hver DAG et årshjul til plejecentrene, årshjulet beskriver alle årets særlige arrangementer med en tilhørende særlig menu, fx Valentins middag 14. februar eller Mors dag middag første søndag i maj. Centrene har mulighed for at bestille de særlige menuer til en lidt forhøjet pris, da det koster ekstra at planlægge, forberede, tilberede og levere disse tilbud. De særlige menuer tilbydes både som fuldkost samt som blød kost.

NB. Der tages ikke ekstra for menuerne til de faste højtider: Jul, påske, pinse, Valdemarsdag og Mortens aften.

Selskabet kan også levere mad til andre særlige lejligheder på centrene (fx jubilæer o.lign). De nærmere detaljer om menu, konsistens samt pris aftales ved at kontakte Selskabet.

Sammensætning/bestilling af mad til centrene er meget fleksibel. Maden færdigtilberedes i centrenes køkkener, og det enkelte center vælger selv, i hvilket omfang de vil inddrages i madlavningen. Har man god tid til madlavning kan der bestilles ferske råvarer som Rå Bulk og selv lave maden fra bunden (fx stege flæskesteg og skrælle kartofler). Har man mindre tid, kan man bestille hele (eller dele af) færdige måltider, som blot skal opvarmes.

I sommersæsonen får centrene tilbud om køb af nye kartofler og jordbær fra lokale leverandører, i det omfang der kan træffes rentable aftaler.

For at tilgodese mulighederne for køb af salater/råkost, koldskål, kolde fiskeretter o.lign. leveres disse produkter med kortere holdbarhed (dvs. 5-9 dages holdbarhed i stedet for normalt 17 dages holdbarhed).

4.7 Påbegyndelse af leverancen

Madservice

Der skelnes mellem to former for opstart, akut-levering og planlagt opstart:

- 1) **Akut-levering.** Borgere, der udskrives fra sygehuset får leveret mad senest hverdagen efter hjemkomsten i tidsrummet 8-14, her er tale om en akut-levering. Efterfølgende bliver leveringen indpasset de dage Selskabet i forvejen kører til kommunen med mad.
- 2) **Planlagt opstart.** Når borgere visiteres til madservice, er det en planlagt opstart. Dvs. Selskabet kontakter borgeren for at aftale den første dag for levering. Dette af hensyn til at indpasse leveringen til de dage Selskabet i forvejen kører til kommunen med mad. Dog leveres specialdiæter først ved næste uges levering.

Plejecentre

Levering påbegyndes kort efter indgåelse af aftale med kommunen.

4.8 Bestilling

Madservice

Hjemmeboende borgere, som modtager madservice, får udleveret 4 ugers menuplaner ad gangen, (én menuplan dækker én uge). På menuplanerne kan borgerne bestille de ønskede retter ved afkrydsning. Hvis menuplanerne ikke udfyldes, vil borgeren stadig modtage det antal retter, der er bestilt, som standard levering.

Plejecentre

Der bestilles via et online bestillingssystem, som centrene har adgang til. Der bestilles for en uge eller flere uger ad gangen. Selskabet sender menulister på varme retter i bulk ud til centrene, som kan anvendes som et hjælpeskema til afkrydsning og hjælpe bestilleren til at få overblik over den samlede bestilling.

Selskabet sender endvidere et oversigtsskema til alle bestillere/kostansvarlige med fristerne for bestillinger for min. ½ år ad gangen. Bestilleren kan selv trække yderligere lister i bestillingssystemet.

Bestillings- og produktions flow (eksempel)

Ugedag	Antal dage	Produktion køkken + levering centre	Levering hjemmeboende
Fredag	Dag 1	Deadline for bestilling kl.14. Udkørsel af sammentællinger og produktionslister til hele næste uges produktion	
Lørdag	Dag 2		
Søndag	Dag 3		
Mandag	Dag 4	Planlægning af næste uges produktion	
Tirsdag	Dag 5	Bestilling af varer	
Onsdag	Dag 6	Sauce og anden produktion med lang holdbarhed	

Torsdag	Dag 7	Produktion og pakning af hovedretter	
Fredag	Dag 8	Produktion og pakning af hovedretter	
Lørdag	Dag 9		
Søndag	Dag 10		
Mandag	Dag 11	Produktion af fiskeretter og biretter	
Tirsdag	Dag 12	Rest produktion	
Onsdag	Dag 13		Levering til Halsnæs/Allerød
Torsdag	Dag 14	Til Allerød/Halsnæs/Albertslund til lørdag, søndag, mandag	Levering til Hillerød / Frederikssund
Fredag	Dag 15	Til Hillerød/Frederikssund til lørdag, søndag, mandag, tirsdag	Levering til Hillerød / Frederikssund
Lørdag	Dag 16		
Søndag	Dag 17		
Mandag	Dag 18	Til Allerød/Halsnæs/Albertslund til tirsdag, onsdag, torsdag, fredag	
Tirsdag	Dag 19	Til Hillerød/Frederikssund til onsdag, torsdag, fredag	

Der kan bestilles mere ved at kontakte Selskabet.

Modtagerkøkkenerne på plejecentrene er ansvarlige for, at der er tilstrækkelig med personer oplært i at kunne bestille og kende til alle mulighederne/sammensætningerne i bestillingssystemet. Bestillingssystemet er let og logisk at bestille i for brugerne. Centrene kan printe oversigter ud på det bestilte. Selskabet står til rådighed for information og vejledning ved ethvert behov.

Selskabet er ansvarlig for, at menuplanerne er gjort klar i bestillingssystemet og modtagerkøkkenernes bestillere er ansvarlige for, at overholde tidsfrister for bestillingerne.

Det er meget individuelt hvor store mængder af mad de enkelte afdelinger har brug for afhængig af borgernes appetit. Komponenter bestilles enten i kg/liter/stk. eller portioner.

4.9 Afbestilling

Madservice

Hjemmeboende kan uden beregning afmelde/afbestille maden indtil kl. 11 én hverdag før leveringen.

Ved hospitalsudskrivelse kan madservice opstartes igen første hverdag (mandag-fredag) efter udskrivelsen. (Se i øvrigt pkt. 4.7 vedr. påbegyndelse af madservice).

Plejecentre

Centre kan justere på mængden af bestilt mad indtil deadline for bestilling (fredag kl. 14). Efter deadline er det ikke muligt at ændre på bestillingen, da planlægning af indkøb og produktion er påbegyndt.

Dog vil plejecentre kunne afmelde bestilte diæter hvis beboeren dør. Afmeldingen vil gælde fra næstkommende levering.

4.10 Levering

Selskabet er ansvarligt for at efterleve fødevarestyrelsens krav til transport af mad, herunder korrekt opbevaring og temperatur.

Levering madservice

Til de hjemmeboende borgere leveres én gang ugentligt i tidsrummet 8-18 efter en fastlagt og kendt tidsplan, som er tilrettelagt for at sikre en optimal udnyttelse af køreressourcer. Leveringen sker dog +/- 1 time indenfor det aftalte tidspunkt.

Ved vejrlig kan der forekomme forsinkelser eller ændringer.

Såfremt borgeren ikke er hjemme i det aftalte tidsrum, og chaufføren ikke efter aftale har nøgle til hjemmet, vil der ikke ske levering.

Hvis der findes et skur, havehus el.lign. med elektrisk køleskab, er det en mulighed at chaufføren stiller maden der. NB. Chaufføren må IKKE stille maden på måtten/ved døren, eller i en køletaske som ikke er elektrisk.

Selskabet er forpligtet til at underrette hjemmeplejen/visitationen herom.

Borgeren har ikke mulighed for at ønske leverance på et særligt tidspunkt, men kan betale for en ekstra kørsel ved særlige lejligheder.

Der er også mulighed for madservice uden udbringning, hvor borgeren selv henter maden på et aftalt tidspunkt på køkkenets adresse, Lokesvej 12 i Hillerød. Prisen for maden er den samme uanset om borgeren får leveret maden eller henter den selv. Ansvar for madens holdbarhed (krav til temperatur) overdrages til borgeren ved udleveringen.

Der kan forekomme ændringer i leveringsdagen ved højtider. Berørte borgere vil altid blive informeret på forhånd.

Levering til plejecentre

Leverancen er pakket i engangsemballage. De leverede varer er mærket med produktions- og holdbarhedsdato og i øvrigt efter gældende lovgivning. Der er følgeseddel til de enkelte boenheder med navn og dato med leveringen, som er sammenhængende med bestillingen.

Frostvarer vil være pakket samlet i termokasser vedlagt et stort fryselement, for at kunne overholde en ubrudt frysekæde.

Leverancen pakkes efter de gældende krav til arbejdsmiljø og så det understøtter enkle arbejdsgange hos modtagerne.

Levering omfatter:

- Levering af mad til plejecenterbeboerne
- Levering af mad til cafeer og dagcentre
- Levering af mad til midlertidige pladser

Til centrene leveres 1- 2 gange om ugen på faste ugedage, enten mandag/torsdag eller tirsdag/fredag i tidsrummet fra 7.00-15.00. Selskabet leverer maden til et fast og kendt tidspunkt. Leveringen sker dog +/- 1 time, indenfor det aftalte.

Ved vejrlig kan der forekomme forsinkelser eller ændringer.

Helligdagslevering: Ca. 6 uger før helligdage vil Selskabet informere via mail omkring ændrede leveringstider.

Ved aflevering kvitterer chaufføren for, at leverancen har den korrekte temperatur.

Bure og kasser som maden leveres i, tilhører Selskabet, og skal opbevares forsvarligt og efter skriftlig vejledning under halvtag, indtil de returneres til chaufføren ved næstkommende levering.

Ved ekstra bestillinger hvor det kræver ekstra udbringning, vil der faktureres for ekstra kørsel.

4.11 Serviceniveau madservice

Mikroovn

Ved opstart af madservice tilbyder Selskabet at udlåne en mikroovn til borgere, som ikke i forvejen har en sådan. Selskabet opstiller mikroovnen og instruerer i brug af denne. Mikroovnen bæ-

rer et mærkat, hvor det tydeligt fremgår, at ovnen tilhører Selskabet. Mikroovnen skal afleveres ved ophør af madservice.

Nøgleløsning

Hvis borgeren ikke er i stand til at åbne døren for chaufføren som leverer maden, har Selskabet mulighed for at benytte kommunens nøgleløsning, evt. via smartphone, eller låne en privat nøgle af borgeren. Selskabet sørger selv for en skriftlig tilladelse hos borgeren. Efter udlevering af nøgle, er Selskabet ansvarlig for sikker opbevaring og erstatning, hvis nøglen bortkommer.

Mad i køleskab

Ved behov kan chaufføren kontrollere temperaturen i borgerens køleskab samt være behjælpelig med at sætte maden i køleskab ved levering.

Observationsforpligtelse

Chaufførerne, som leverer madservice til hjemmeboende borgere, observerer, om der er væsentlige ændringer i borgerens tilstand og sørger for, at hjemmeplejen/visitationen får besked om dette. Chaufføren vil også give besked, hvis borgeren ikke åbner.

4.12 Serviceniveau plejecentre

Manual

Selskabet udleverer en manual til centrene på, hvorledes de kan håndtere færdigtilberedningen og hvilke muligheder de har i forbindelse med at give borgerne en god mad- og måltidsoplevelse.

Oplæring i bestilling

Selskabet har superbrugere til det centrale bestillingssystem og er derfor behjælpelige med oplæring af Kommunens faste kontaktpersoner og relevante medarbejdere i modtagerkøkkenerne.

Forhold vedrørende modtagelse på plejecentrene

Modtagerkøkkenerne skal have tilstrækkelig med kølefaciliteter til at modtage mad to gange om ugen, således at der sikres en korrekt opbevaring af maden. Derudover skal modtagerforholdene være i orden i henhold til miljølovgivningen, så der fx undgås tunge løft når maden flyttes fra bil til kølerum.

Selskabets chauffører leverer maden i bure og kasser. Maden modtages af en medarbejder på plejecenteret, eller hvis der forefindes et kølerum ved indleveringen, kan chaufføren køre maden direkte i kølerum. Dette af hensyn til den ubrudte kølekæde og egenkontrollen.

Efter leveringen er det modtagerkøkkenerne, der er ansvarlige for kølekæden og den videre egenkontrol og kontrol i øvrigt.

Modtageren er ansvarlig for at kontrollere leveringen og kontakte Selskabet samme dag, hvis der er fejl og mangler.

Ydelserne er leveret og pakket på en måde, så de let kan kontrolleres af modtagerkøkkenets personale.

Ekstra service

I forbindelse med levering af maden, kan individuelle ønsker/krav tilbydes mod ekstra betaling. Hvis en kommune har særlige ønsker omkring levering, kan der forhandles en særlig pris på yderligere service, som for eksempel: Levering med håndtering (flytning af kasser).

I tvivlsspørgsmål omkring serviceniveauet, kontakt Selskabet for at finde en løsning.

4.13 Cafétilbud jf. Serviceloven

Kommunerne og Selskabet vil kunne indgå særskilt aftale om Selskabets levering af mad til kommunernes cafétilbud. Leverancerne skal opfylde de til enhver tid aftalte og offentligt fastsatte kvalitetskrav hertil. Tilbud til caféer, kantiner, børneinstitutioner, bosteder og lign. skal leveres til et prisniveau, der dækker alle udgifter.

4.14 Kommunale kantiner

Kommunerne og Selskabet vil kunne indgå særskilt aftale om Selskabets levering af mad til Kommunernes kantiner. Leverancerne skal opfylde de til enhver tid aftalte og offentligt fastsatte kvalitetskrav hertil og til et prisniveau, der dækker alle udgifter.

4.15 Børneinstitutioner

Kommunerne og Selskabet vil kunne indgå særskilt aftale om Selskabets levering af mad til kommunernes vuggestuer, børnehaver og skoler. Leverancerne skal opfylde de til enhver tid aftalte og offentligt fastsatte kvalitetskrav hertil og til et prisniveau, der dækker alle udgifter.

4.16 Fritvalgs leverandør

I tilfælde af, at Selskabet har overskudskapacitet, udover produktionen der leveres til Kommunerne, kan Selskabet søge om at levere mad som fritvalgsleverandør i andre kommuner. Leverancerne skal opfylde de til enhver tid aftalte og offentligt fastsatte kvalitetskrav hertil.

Yderligere tilbud

Selskabet kan tilbyde at levere til centre og institutioner, som ikke er tilmeldt ordningen, i korte eller længere perioder.

5. SAMARBEJDET

5.1 Samarbejde om leverancen

Selskabet tilstræber at yde et højt serviceniveau til såvel hjemmeboende som centrene, og er lydhøre for nye tiltag/ønsker og konstruktiv kritik. Der skal altid tilstræbes en god og anerkennende dialog mellem parterne.

Det er yderst vigtigt at Selskabet er informeret om borgere med særlige behov, for at kunne imødekomme den rette ernæringsindsats overfor disse.

Selskabet forventes således at have et tæt samarbejde med borgerne, de pårørende, hjemmeplejen og plejeboligerne, visitationsenhederne, rehabiliteringscentre, dagcentre, egen læge og sygehusene. Det tætte samarbejde giver en høj faglig kvalitet, fordi basispersonalet i hjemmet har mulighed for at hente kostfaglig rådgivning fra køkkenets medarbejdere. På den måde sikres helhed og tværfagligt samarbejde i de ydelser der leveres.

I hverdagen sker kontakten omkring daglige spørgsmål som udgangspunkt mellem Selskabet og de af Kommunen og centrene udpegede faste kontaktpersoner. Parterne aftaler en model for kontakten.

Procedurer for samarbejde / kommunikationsveje:

- 1) Benytte dialogkort

Det er vigtigt at feedback er aktuel, hvis Selskabet skal have mulighed for at lave korrigerende handlinger

- 2) Tilmelding og afslutning af hjemmeboende borgere, herunder meddelelser om pauser i og gentoptagelse af leveringen i f.m. indlæggelser, udskrivninger m.m., hvor afsenderen er kommunens myndighedsfunktion, sker via kommunens elektroniske omsorgssystem
- 3) Øvrig kommunikation, som ikke vedrører den enkelte borger, foregår primært på skrift via e-mail for at sikre dokumentation.
- 4) Plejecentrene er ansvarlige for at udpege kontaktpersoner og mailadresser, som Selskabet kan kontakte, så det sikres at kommunikationskanalen er åben og altid kortest mulig, og så ved sygdom og ferier.
- 5) Hvis der opstår et akut problem (fx ved fejl i leverancen), kontaktes Selskabet telefonisk på tlf.: 72 32 26 00 eller på mail: madtilhverdag@hillerod.dk inden kl. 14 på hverdage / leveringsdag.
- 6) Hvis der er andre ikke-akutte problemer (kritikpunkter mv.) kontaktes Selskabet pr. e-mail (madtilhverdag@hillerod.dk).
- 7) Selskabet skal respondere på kontakten indenfor 2 hverdage. Hvis Selskabet ikke responderer indenfor tidsangivelsen, kan centeret inddrage kommunens kostansvarlige, eller nærmeste leder, hvis der ikke forefindes en kostansvarlig.
- 8) Hvis der er behov for at involvere samtlige chefer i alle kommunerne skal det bringes op på et styregruppemøde.

Selskabet kan kontaktes i tidsrummet fra kl. 8:00 – 15:00 man-fredag. Dog senest fredag kl. 14:00, hvis det kræver ekstra levering.

Selskabet står til rådighed for telefonisk vejledning og diætvejledning for både visitationen, centrene og hjemmeboende borgere.

Selskabet besvarer ligeledes de henvendelser, der modtages fra borgere og ansatte på mail-adressen madtilhverdag@hillerod.dk

Der afholdes minimum en gang årligt og ellers efter behov samarbejds møder mellem Selskabet og Kommunernes plejecentre. Det er Selskabet, der tager initiativ til de årlige møder.

På Selskabets hjemmeside kan alle læse menuplaner og anden relevant information.

Der holdes åbent hus en gang om året for at vise køkkenet frem og samtidig fortælle om maden og de muligheder, Selskabet kan tilbyde.

5.2 Samarbejde om klager

Samtlige klager eller borgerønsker i forhold til maden rettes som udgangspunkt til Selskabet enten telefonisk på tlf.nr.: 72 32 26 00 eller på mail: madtilhverdag@hillerod.dk

Sagsgang

Når selskabet modtager en klage bliver den underkastet en vurdering:

- 1) Skal klagen adresseres til anden modtager?
- 2) Dialog med de involverede parter: Hvilke passende foranstaltninger skal iværksættes i forhold til at efterkomme klagen?
- 3) Dialog med de involverede parter: Hvordan undgås lignende klagesager fremadrettet?

5.3 Samarbejde om økonomi

Bestyrelsen forelægges økonomirapportering på bestyrelsesmøderne. Selskabet forelægger budgetudkast med oplæg til budget og prisfastlæggelse for det følgende år på bestyrelsesmødet i juni måned. De enkelte kommuner orienterer selv borgerne om de priser de har vedtaget.

5.4 Samarbejde om IT

Samarbejdet betinger, at der til enhver tid er implementeret en IT-løsning, som kan håndtere bestilling og afregning samt opkrævning hos borgerne. Kommunerne opkræver selv borgerne, men Selskabet leverer data til det.

Selskabet og kommunerne er gensidigt forpligtet til at sikre dialog og samarbejde i relation til eventuelle ændringer i det IT-mæssige set-up undervejs i kontraktperioden, således at kommunerne kan nå at etablere eventuelle snitflader til øvrige kommuner.

Hvis ikke selskabet har direkte adgang til den enkelte kommunes omsorgssystem, sendes besked ang. borgere på mail til selskabet.

6. KONTROL OG OPFØLGNING

I det følgende beskrives krav og procedurer i forhold til kontrol og opfølgning.

6.1 Stikprøver

Selskabet sender hvert år et antal portioner mad til laboratoriekontrol for at undersøge holdbarheden og for at undersøge om produktionen af en udvalgt ret, opfylder de fødevarerikkerhedsmæssige krav Selskabet har til produktionen af maden.

Selskabet er forpligtet til at medvirke konstruktivt i forbindelse med de stikprøvekontroller Fødevarestyrelsen foretager som led i deres tilsyns- og kontrolopgave og foretage en behørig og relevant opfølgning herpå.

6.2 Egenkontrol

Selskabet udfører egenkontrol, der er et redskab til at sikre høj hygiejnisk standard i en levnedsmiddelproducerende virksomhed.

- Køkkenpersonalet udfører egenkontrol i forbindelse med produktion af maden.
- Chaufførerne udfører egenkontrol i forbindelse med transport og levering af maden.
- Modtagerstederne udfører egenkontrol i forbindelse med modtagelsen af maden.

Det er altafgørende, at temperaturer, opbevaring, pakning og indhold i leveringerne lever op til de til enhver tid gældende regler om hygiejne og egenkontrol. Hvis der sker en fejl eller er afvigelser i forhold til fødevarer og leverancer, skal den omgående registreres, dokumenteres og korrigeres. Der udføres korrigerende handling hvis nødvendigt.

Ved brug af egenkontrol ønsker Selskabet således, at undgå at der sker fejl i hygiejnen, og at en eventuel fejl søges undgået fremadrettet.

Det er en målsætning, at selskabet til stadighed har en ELITE-smiley.

6.3 Brugertilfredshedsundersøgelser

Selskabet vil udføre brugertilfredshedsundersøgelser i overensstemmelse med nutidigt gældende vejledninger om dette. Der gennemføres to brugerundersøgelser i den 4 årige periode.

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen vil indgå i den løbende dialog mellem selskabet og kommunerne.

Selskabet har kontakt med Ældrerådene, som indgår i et smagspanel sammen med repræsentanter fra alle interessenter i selskabet. Smagspanelet er med til at kvalitetssikre og videreudvikle maden. Smagspanelet smager på maden 2-4 gange om året.

Selskabet har desuden kontakt og dialog om maden via besøg på centrene og hos de hjemmeboende, samt via møder med de faste kontaktpersoner på centrene.

7. BEHANDLING AF PERSONOPLYSNINGER

Kommunerne er dataansvarlige, og Selskabet behandler data i henhold til Persondataloven.

Selskabet handler i denne sammenhæng alene efter instruks fra kommunerne. Selskabet skal følge Kommunernes forskrifter for IT-sikkerhed.

Selskabet skal træffe de fornødne tekniske og organisatoriske foranstaltninger mod, at oplysninger hændeligt eller ulovligt tilintetgøres, fortabes eller forringes samt mod, at de kommer til uvedkommendes kendskab, misbruges eller i øvrigt behandles i strid med Persondataloven.

Selskabet skal på Kommunernes anmodning give Kommunerne tilstrækkelige oplysninger til at kunne vurdere, hvorvidt de nævnte tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger er truffet.

Bestemmelserne i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 som ændret ved bekendtgørelse nr. 201 af 22. marts 2001 (med eventuelle senere ændringer) om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning, er ligeledes gældende for selskabet.

8. TAVSHEDSLIGT MV.

Selskabet er forpligtet til at overholde reglerne om tavshedspligt og oplysningspligt for personer ansat i offentlig tjeneste, jf. forvaltningsloven. Det indebærer også, at viden om brugerens personlige forhold og adresser ikke må videregives til uvedkommende.

Selskabet har indberetningspligt af brugerrelevante data/informationer, der er krævet af kommunen til eksempelvis kontrolundersøgelser eller indberetninger til Danmarks Statistik.

9. KRAV TIL MEDARBEJDERNE

Det er et krav, at minimum 85 % af personalet skal have en kostfaglig uddannelse. Der skal til stadighed være et passende antal uddannelsespladser i Selskabet.

Det er desuden et krav, at medarbejderne er servicemindede, høflige og pålidelige og opmærksomme på borgernes situation.

Selskabet vil altid møde borgerne med en respektfuld samtale, hvor medarbejderen udviser rettidig omhu for den enkelte borgers livsstil og behov.

Selskabet har til stadighed pligt til at påse at offentlige krav til medarbejdernes uddannelse er opfyldt. Selskabets chauffører skal således have hygiejneattest samt ren straffeattest.

10. ARBEJDSMILJØ OG FØDEVAREREGLER

Selskabet har til huse i en bygning fra 2009. I forbindelse med indretningen af køkkenet er der tænkt meget på arbejdsmiljø og hjælpemidler, såsom røranlæg i gryder, hæve-sænkeborde og mulighed for at benytte rullevoгне/borde. Der vil løbende blive investeret i forbedringer på området.

Selskabet vil kontinuerligt prioritere arbejdsmiljø i anvendelsen af de økonomiske ressourcer.

Selskabet leverer arbejdstøj i form af termotøj, handsker, uniformer, skridhæmmende fodtøj, forklæder med mere til de ansatte. Chauffører bærer ID og tøj med logo.

Selskabet har til stadighed pligt til at påse at offentlige krav til arbejdsmiljø og fødevareregler overholdes.

Kommunerne forudsætter at leverandører af frit valg følger de bestemmelser om løn og arbejdsvilkår, der findes i kollektive overenskomster.

Selskabet erklærer hermed, at virksomheden og eventuelle underleverandører følger gældende overenskomstmæssige løn- og arbejdsvilkår på det aktuelle ansættelsesområde eller de vilkår, der sædvanligt gælder for tilsvarende arbejde. Selskabet skal på forespørgsel kunne oplyse de enkelte kommuner om hvilken overenskomst, der er anvendt som reference,

Samtidig er Selskabet indforstået med, at de enkelte kommuner til enhver tid kan forlange dokumentation for disse forhold, det være sig lønoplysninger på medarbejdere, herunder også medarbejdere ansat hos en underleverandør, en skriftlig redegørelse eller en tro-og-love-erklæring.

Såfremt disse oplysninger ikke foreligger inden for 48 timer, forbeholder de enkelte kommuner sig retten til at tilbageholde et beløb af kontraktsummen efter kommunens skøn indtil et eventuelt berettiget lønmodtagerkrav er blevet udbetalt, ligesom kommunen forbeholder sig ret til ophævelse af kontrakten.

11. AFREGNING

Kommunen aftager leverancerne fra selskabet til den beregnede og af bestyrelsen i selskabet godkendte døgnkostpris.

Madservice

Der faktureres månedsvist bagud, baseret på det faktiske antal leverancer og udbringninger. Selskabet sender datafil til kommunerne med oplysninger om leverancerne fordelt på de enkelte borgere. Betalingsfristen er 30 dage fra fakturadato.

Kommunerne er ansvarlige for opkrævning af borgernes egenbetaling for leverancerne og udbringningen, og er således forpligtet til at betale selskabet uanset om der måtte være borgere som er i restance med egenbetalingen.

Der er særskilt pris for maden og for kørsel til de hjemmeboende.

Selskabet afregner de enkelte kommuner pr. leveret enhed i henhold til de beregnede og af bestyrelsen i selskabet godkendte døgncostpriser.

Plejecentrene

Opkrævning for leverancerne til kommunernes plejecentre sendes direkte til plejecentrene via deres oplyste EAN. Nr. Der faktureres månedsvist bagud, baseret på det faktiske antal leverancer. Selskabet sender Ean. fakturaer og faktoropgørelser. Betalingsfristen er 30 dage fra fakturadato.

Hver afdeling skal have en oversigt over hvad der er bestilt. Dette kan gøres ved at hvert center individuelt går ind via det centrale bestillingssystem/afdelingsmodul og enten se eller printe uspecificerede rapporter/faktura ud efter behov.

12. GENFORHANDLING

Parterne er berettigede til at kræve genforhandling af forudsætningerne for aftalen, såfremt ændrede forudsætninger medfører et behov for en ændring af nærværende aftale som fx i tilfælde af uforudseelige og ekstraordinære pris og afgiftsændringer.

13. TVISTER

Nærværende kontrakt er undergivet dansk ret og dansk rets almindelige regler gælder i parternes indbyrdes forhold.

Såfremt der opstår en uoverensstemmelse mellem parterne i forbindelse med aftalen, skal parterne med en positiv, samarbejdende og ansvarlig holdning søge at indlede forhandlinger med henblik på at løse tvisten. Tvisten søges i første omgang løst ved behandling i Selskabets bestyrelse.

Såfremt parterne og bestyrelsen ikke kan opnå en løsning ved forhandling, skal tvisten søges løst ved mægling af en af parterne i fællesskab udpeget mægler.

Kan parterne ikke blive enige om en mægler udpeges mægleren af Voldgiftsinstituttet efter høring af interessenterne. Mægling sker efter "Regler for frivillig mægling ved Det Danske Voldgiftsinstitut".

Hvis mæglingen afsluttes, uden at tvisten er bilagt, skal tvisten afgøres endeligt ved voldgift efter "Regler for behandling af voldgiftssager ved Det Danske Voldgiftsinstitut". Voldgiftsretten udpe-

ges af Voldgiftsinstituttet i overensstemmelse med "Regler for behandling af voldgiftssager ved Det Danske Voldgiftsinstitut".

Medmindre der mellem parterne er enighed om at lade voldgiftsretten bestå af blot ét medlem, skal tvisten afgøres af tre voldgiftsdommere, der udpeges af præsidenten for Østre Landsret. Formanden skal opfylde betingelserne for at være dommer og have behørig erfaring med tvister om tilsvarende forhold. Parterne kan afgive indstilling om de to andre, der udpeges med passende hensyntagen til den særlige sagkundskab, der må anses for ønskelig ved bedømmelsen af den indbragte tvist.

Voldgiftsretten sættes i Hillerød kommune.

Uoverensstemmelser om forståelsen af nærværende kontrakt, dens opfyldelse eller ophør skal – såfremt uoverensstemmelsen vedrører kommunalretlige forhold – afgøres af Økonomi- og Indenrigsministeriet.

14. IKRAFTTRÆDELSE, VARIGHED OG OPHØR

Nærværende leveringsaftale træder i kraft d. 1. januar 2017 og erstatter tidligere kontrakt af 1. januar 2012

Kontrakten er uopsigelig til og med den 31. december 2020. Herefter kan interessenterne opsige kontrakten med 11 måneders skriftligt varsel til den 31. december. Aftalen kan således tidligst bringes til ophør med virkning fra den 1. januar 2021.

Uanset uopsigelighedsbestemmelsen ovenfor er parterne dog berettigede til at opsige kontrakten i tilfælde af bristede forudsætninger for kontrakten, herunder eksempelvis ændringer i lovgivningen.

15. UNDERSKRIFTER

Nærværende kontrakt er udarbejdet og underskrevet i 2 eksemplarer, hvoraf hver part modtager et.

Underskrifterne er afgivet under forudsætning af, at der opnås tilsynsmyndighedens godkendelse til etablering af selskabet.

Dato:

Dato:

For Selskabet

{Navn}

{Titel}

For Kommunen

{Navn}

{Titel}

Bilag: 8.2. Interessentskabskontrakt 2017

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 57329/16

**INTERESSENTSKABS-
KONTRAKT**

§ 60-SELSKAB

INDHOLD

1.	Interessenter	1
2.	Interessentskabskontrakt § 60-selskab	1
3.	Hjemsted	1
4.	Formål	1
5.	Indskud	2
6.	Ejerforhold	2
7.	Leje af køkken	2
8.	Serviceydelser	2
9.	Leveringsaftaler	2
10.	Bestyrelse	2
11.	Bestyrelsens forpligtelser	4
12.	Godkendelse af dispositioner	4
13.	Medarbejdere	5
14.	Hæftelse	5
15.	Regnskab og revision	5
16.	Priser og afregning	6
17.	Moms og skat	6
18.	Over- og underdækning	6
19.	Egenkapital	6
20.	Driftsbudget	6
21.	Tegningsret	6
22.	Indtræden af nye interessenter	7
23.	Misligholdelse	7
24.	Opgørelse af værdier	7
25.	Tavshedspligt	8
26.	Tvister	8
27.	Genforhandling	9
28.	Ikrafttrædelse, varighed og ophør	9
29.	Tilsynsmyndighedens godkendelse	9
30.	Underskrifter	10

BILAGSFORTEGNELSE

- | | |
|---------|--------------------------------|
| Bilag 1 | Erhvervslejekontrakt |
| Bilag 2 | Løn og personaleadministration |
| Bilag 3 | It (Licens og support) |

1. INTERESSEENTER

Nærværende kontrakts interessenter er:

Halsnæs Kommune
Rådhuspladsen 1
3300 Frederiksværk
CVR nr. 29188416

Hillerød Kommune
Trollesmindealle 27
3400 Hillerød
CVR nr. 29189366

Frederikssund Kommune
Torvet 2
3600 Frederikssund
CVR nr. 29189129

Allerød Kommune
Bjarkesvej 2
3450 Allerød
CVR nr. 60183112

Albertslund Kommune
Nordmarks Allé 1
2620 Albertslund
CVR nr. 66137112

2. INTERESSENTSKABSKONTRAKT § 60-SELSKAB

Denne kontrakt erstatter den oprindelige kontrakt af 1. januar 2012, kontrakten er gældende fra 1. januar 2017.

Selskabet er oprettet som et I/S i overensstemmelse med nærværende kontrakt.

3. HJEMSTED

Selskabets navn er Mad til hver DAG I/S.

Selskabets hjemsted er Hillerød Kommune, og postadressen er Lokesvej 12, 3400 Hillerød.

4. FORMÅL

Selskabet skal producere sund mad med mest mulig økologi i madproduktionen i overensstemmelse med de officielle retningslinjer for madservice til de forskellige målgrupper. Selskabet er tilsvarende ansvarlig for en hensigtsmæssig løsning af udbringningsopgaven. Selskabet har som formål at sikre en bæredygtig produktion baseret på en tilstrækkelig volumen og med LEON-princippet som bærende princip. Parterne forpligter sig derfor til, at selskabet va-

retager deres samlede madproduktion med afsæt i de ydelser, som er omfattet af leveringsaftalen.

5. INDSKUD

Hver interessent indskyder 250.000 kr. i selskabet, således at den samlede indskudskapital udgør 1.250.000 kr.

Interesserterne indskyder desuden de respektive varelagre i selskabet.

Såfremt det er nødvendigt til dækning af tab, der har gjort eller vil gøre indgreb i den nødvendige driftskapital, er interessenterne forpligtede til ligeligt at indskyde yderligere kapital i selskabet.

6. EJERFORHOLD

Hver interessent ejer i kraft af lige store kapitalindskud 20 % af selskabet, uanset forskel i størrelsen af leverancer til interessenterne.

7. LEJE AF KØKKEN

Produktionen finder sted i Hillerød Kommunes køkken på Lokesvej 12, 3400 Hillerød.

Køkkenet lejes af selskabet til sædvanlig markedsleje. Erhvervslejekontrakt fremgår af bilag 1.

Den årlige leje er ved selskabets opstart fastsat til kr. 1.450.000,00, og reguleres i henhold til bestemmelserne i erhvervslejekontrakten.

8. SERVICEYDELSER

Hillerød Kommune stiller i henhold til særskilt kontrakt følgende ydelser til rådighed for selskabet:

- Løn- og personaleadministration – bilag 2
- IT (licens og support) – bilag 3

9. LEVERINGSAFTALER

Der indgås en leveringsaftale mellem selskabet og de enkelte aftagere, herunder separate leveringsaftaler for så vidt angår selskabets levering af mad til interessenternes borgercafeer jf. Serviceloven, kantiner, vuggestuer og børnehaver.

10. BESTYRELSE

Selskabets øverste ledelse er bestyrelsen.

Bestyrelsen består af 10 medlemmer, hvoraf hver interessent udpeger 2 repræsentanter samt en stedfortræder for hver af disse.

Bestyrelsen vælges af og blandt medlemmerne af de respektive interessenters kommunalbestyrelser. Interessenternes kommunalbestyrelser har instruktionsbeføjelse over bestyrelsesmedlemmerne i selskabet.

Bestyrelsen vælges for den kommunale valgperiode, dog således at bestyrelsen fungerer, indtil ny bestyrelse er valgt.

Stedfortræderen møder ved et medlems forfald. Ved et medlems udtræden vælger den pågældende interessent nyt medlem for resten af valgperioden.

Bestyrelsen vælger sin formand og næstformand for 2 år ad gangen.

Såfremt formanden afgår i valgperioden, træder næstformanden i dennes sted, således at der på førstkommende bestyrelsesmøde vælges en ny næstformand.

Der afholdes bestyrelsesmøde mindst 2 gange årligt, hvoraf et holdes i juni og i øvrigt, når formanden eller en af interessenterne anmoder om det.

Formanden eller direktøren ifølge aftale med formanden indkalder til bestyrelsesmøde, så vidt muligt med 14 dages varsel. Samtidig med indkaldelsen tilsendes der hvert enkelt bestyrelsesmedlem samt interessenterne dagsorden for mødet med eventuelt tilhørende bilagsmateriale samt referat fra seneste bestyrelsesmøde.

Der udsendes referat fra møderne, til såvel mødedeltagerne som til interessenterne.

Bestyrelsen er beslutningsdygtig, når mindst 6 medlemmer er til stede, mindst 1 repræsentant fra hver interessent. Såfremt en af interessenterne ikke er repræsenteret på to på hinanden følgende bestyrelsesmøder, er bestyrelsen beslutningsdygtig uanset at interessenten ikke er repræsenteret på mødet. Beslutninger træffes ved stemmeflerhed. I sager, hvor der er stemmelighed, er formandens stemme afgørende.

Direktøren deltager i bestyrelsens møder og fungerer generelt som sekretariat. Den daglige leder kan inviteres til at deltage. Hverken direktøren eller den daglige leder har stemmeret på møderne.

Direktøren aflægger på hvert bestyrelsesmøde beretning om selskabets virksomhed siden sidste bestyrelsesmøde. Direktøren forelægger herudover de perioderegnskaber og budgetter, bestyrelsen måtte have anmodet om.

Direktøren orienterer samtidig bestyrelsen om alle usædvanlige eller ekstraordinære forhold, ligesom direktøren besvarer alle spørgsmål, der måtte blive stillet af de enkelte bestyrelsesmedlemmer.

Møderne afholdes på selskabets hjemsted eller i henhold til nærmere aftale.

Bestyrelsesmøderne ledes af formanden.

Formanden drager omsorg for, at der føres en beslutningsprotokol over bestyrelsens forhandlinger og beslutninger.

Ethvert bestyrelsesmedlem eller direktøren, der ikke er enig i bestyrelsens beslutning, har ret til at få sin mening indført i beslutningsprotokollen.

Beslutningsprotokollen underskrives af bestyrelsens tilstedeværende medlemmer. Ethvert medlem skal til enhver tid have adgang til beslutningsprotokollen og til at tage kopi af denne. Et bestyrelsesmedlem har selv pligt til at underrette de øvrige bestyrelsesmedlemmer om ethvert spørgsmål, som kan give anledning til at rejse en drøftelse af inhabilitet.

Bestyrelsen fastsætter i øvrigt selv sin forretningsorden.

Bestyrelsesmedlemmerne ydes befordringsgodtgørelse i overensstemmelse med reglerne i den kommunale styrelseslov, men hvervet er i øvrigt ulønnet.

11. BESTYRELSENS FORPLIGTELSER

Bestyrelsen forestår ledelsen af selskabets anliggender og skal sørge for en forsvarlig organisation af selskabets virksomhed.

Bestyrelsen fører tilsyn med selskabets virksomhed og påser, at selskabet ledes på forsvarlig måde og i overensstemmelse med interessentskabskontrakten og selskabets politik i øvrigt. Bestyrelsen skal endvidere påse, at bogføringen og formueforvaltningen kontrolleres på tilfredsstillende måde, og at gældende love af betydning for selskabet overholdes.

Bestyrelsen skal tillige påse, at selskabets kapitalberedskab til enhver tid er forsvarligt i forhold til selskabets aktiver og drift.

På de afholdte bestyrelsesmøder behandler og træffer Bestyrelsen afgørelser i alle sager, der efter selskabets forhold er af usædvanlig art eller størrelse, eksempelvis indgåelse af leasingkontrakter, investering i større maskiner, biler og lignende.

Bestyrelsen foretager indstilling til interessenterne i forbindelse med godkendelse af dispositioner, der kræver interessenternes endelige godkendelse, jf. bestemmelserne herom i interessentskabskontrakten.

Bestyrelsen kan fordre sig meddelt alle de oplysninger der er nødvendige for opfyldelse af dens opgaver, herunder foretage eftersyn af selskabets bøger og konstatering af aktivernes tilstedeværelse.

Bestyrelsen fastsætter de til enhver tid gældende rammer for selskabets daglige ledelse og drift.

Bestyrelsen ansætter en direktør i selskabet, der i såvel administrativ som faglig henseende varetager den daglige ledelse af selskabet.

12. GODKENDELSE AF DISPOSITIONER

I følgende tilfælde foretager bestyrelsen indstilling til interessenterne, som har den endelige beslutning:

- Ændring af kontrakten
- Selskabets opløsning
- Optagelse af lån (bortset fra varige kreditter), optagelse af garantiforpligtelser samt køb, salg eller pantsætning af fast ejendom.
- Udvidelse af selskabet
- Udvidelse af kapitalen

- Salg af større løsøregerstande og indskrænkning af selskabets drift
- Ændringer i erhvervslejekontrakten

Selskabet er berettiget til at foretage sædvanlige dispositioner, der vedrører den daglige drift.

13. MEDARBEJDERE

Ved en af interessenternes udtræden af nærværende kontrakt, uanset årsagen hertil, følger parterne virksomhedsoverdragelsesloven uanset at denne lov ikke ved særskilt fortolkning måtte finde anvendelse.

Indtræder ovenstående situation, er selskabet forpligtet til på anmodning fra interessenterne at videregive enhver oplysning til interessenterne, som selskabet har fået kendskab til i forbindelse med udførelsen af de af kontrakten omfattede ydelser, og som interessenterne finder nødvendige.

Selskabet skal videregive de ønskede oplysninger straks efter, at interessenterne har anmodet herom. Interessenterne kan fastsætte en frist for selskabets videregivelse af oplysninger, såfremt det er nødvendigt, at interessenten har rådighed over oplysningerne på et bestemt tidspunkt. Fristen skal fastsættes under fornødent hensyn til omfanget af de ønskede oplysninger.

Selskabet skal udover ovenstående medvirke til udarbejdelse af refusionsopgørelse mv. i forbindelse med evt. virksomhedsoverdragelse af medarbejdere ved nærværende kontrakts ophør.

14. HÆFTELSE

Interessenterne hæfter personligt, ubegrænset og solidarisk overfor tredjemand for de forpligtelser, der påhviler selskabet.

I det indbyrdes forhold hæfter interessenterne i overensstemmelse med de i nærværende kontrakt angivne ejerforhold.

15. REGNSKAB OG REVISION

Regnskabet følger det kommunale regnskabsår og udarbejdes i overensstemmelse med reglerne for det kommunale budget- og regnskabssystem.

Regnskabet føres og afsluttes af selskabet til forelæggelse for bestyrelsen snarest muligt efter regnskabsårets afslutning, dog senest den 15. marts. Regnskabet revideres af en af bestyrelsen valgt og af tilsynsmyndighederne godkendt sagkyndig revisor.

Det reviderede og godkendte regnskab forelægges snarest efter regnskabsårets afslutning Bestyrelsen til godkendelse. Regnskabet med revisionsbemærkninger og de afgørelser, der er truffet i forbindelse hermed, sendes til de 5 interessenter til orientering.

Regnskabet med revisionsbemærkninger skal være tilgængeligt for offentligheden.

Bestyrelsen udarbejder og godkender budget for det kommende regnskabsår. Budgettet fremsendes inden udgangen af juni måned til interessenternes orientering.

16. PRISER OG AFREGNING

Interessenterne aftager leverancerne fra selskabet til den beregnede og i bestyrelsen godkendte døgnkostpriser. Der indgås leveringsaftaler med interessenterne.

Der afregnes pr. leveret kostenhed i henhold til de beregnede og i bestyrelsen godkendte døgnkostpriser.

Der faktureres månedsvist bagud, baseret på det faktiske antal leverancer.

17. MOMS OG SKAT

Interessenterne er undtaget fra skattepligten, jf. selskabsskattelovens § 3, stk. 1, nr. 2.

18. OVER- OG UNDERDÆKNING

Selskabets budget udarbejdes i henhold til reglerne i budget- og regnskabssystem for kommuner, og med henblik på at balancere i udgifter og indtægter.

Såfremt selskabets årsregnskab udviser, at de budgetterede omkostninger til salg af madservice ikke har været retvisende, og at de reelle omkostninger har medført en over- eller underdækning på driften ageres således.

En overdækning på driften opsamles i egenkapitalen til investeringer mv.

En underdækning på driften fratrækkes i egenkapitalen. Hvis underdækningen overstiger selskabets formåen til selv, inden for en rimelig periode at udligne underdækningen, skal den dækkes ind ved en ekstraordinær indbetaling fra de enkelte interessenter svarende til den enkelte interessents andel.

19. EGENKAPITAL

Hver interessents indskud registreres i egenkapitalen, eventuelle værdistigninger/-tab opsamles i egenkapitalen, hver interessent ejer en ligelig del af egenkapitalen svarende til interessentens andel.

20. DRIFTSBUDGET

Til grund for selskabets drift udarbejdes et driftsbudget, der er godkendt af Bestyrelsen.

21. TEGNINGSRET

Selskabet tegnes af direktøren og bestyrelsesformanden i forening.

Bestyrelsen kan udstede prokura. Beslutninger omfattet af de i nærværende kontrakt nævnte dispositioner, der alene kan foretages med interessenternes godkendelse, samt optagelse af kortvarige kreditter kræver dog tillige formandens eller næstformandens underskrift.

22. INDTRÆDEN AF NYE INTERESSETER

Ingen interessent kan overføre sin andel til andre uden de andre interessenters skriftlige samtykke.

Indtræden af nye interessenter kan kun ske med samtykke fra alle interessenter.

Optagelsen af en ny interessent sker ved oprettelse af allonge til kontrakten.

En ny interessent indtræder i forhold til medinteressenterne i alle en interessents rettigheder og forpligtelser.

Nye interessenter skal indtræde i samejmodellen og bidrage med et kapitalindskud i overensstemmelse hermed.

En ny interessent skal således indbetale et kontant indskud svarende til de 250.000 kr. der blev indskudt af de oprindelige interessenter ved virksomhedens opstart.

Indtræden af nye interessenter kræver godkendelse fra tilsynsmyndighederne.

23. MISLIGHOLDELSE

I tilfælde af væsentlig eller oftere gentagen misligholdelse er den eller de krænkede interessenter berettiget til uden varsel at hæve kontrakten og kræve selskabet opløst, eller at den misligholdende part udtræder i overensstemmelse med reglerne i punkt 27. og 33.

Det er en forudsætning for ophævelse, at den eller de krænkede interessenter påberåber sig ophævelsen senest 14 dage efter, at misligholdelsen er kommet til den/de pågældendes kundskab. I modsat fald fortabes retten til ophævelse.

Den eller de krænkede interessenter kan gøre erstatningskrav gældende mod den eller de misligholdende interessenter i overensstemmelse med dansk rets almindelige regler. Et eventuelt erstatningskrav kan kræves modregnet i og udbetalt af den eller de misligholdende interessenters tilgodehavende i selskabet.

24. OPGØRELSE AF VÆRDIER

Ved en interessents udtræden af selskabet opgøres selskabets aktiver og passiver, og der afsættes de fornødne beløb til imødegåelse af selskabets løbende forpligtelser.

Såfremt selskabets kapitalkonti herefter sammenlagt er negative, er den udtrædende interessent forpligtet til at indbetale sin andel af underdækningen, inden udtræden kan ske. Indbetaling skal ske senest 14 dage efter, at den udtrædende interessent har fået skriftligt påkrav herom.

Ved selskabets opløsning realiseres selskabets aktiver, og den herved realiserede fortjeneste, respektive tab, fordeles mellem interessenterne i overensstemmelse med i kontrakten nævnte ejerforhold.

Før fordeling af fortjeneste eller tab foretages, skal der afsættes de fornødne beløb til imødegåelse af selskabets løbende forpligtelser.

Såfremt selskabets egenkapital er positiv, udbetales de indestående beløb til interessenterne.

Såfremt selskabets egenkapital er negativ, er interessenterne forpligtede til inden 1 måned efter selskabets opløsning at betale deres tilsvar, der beregnes i overensstemmelse med de i kontrakten nævnte ejerforhold.

25. TAVSHEDSPLIGT

Medmindre oplysningens karakter eller omstændighederne i øvrigt medfører andet, er interessenterne underlagt tavshedspligt med hensyn til alle oplysninger om interessenternes forhold, der måtte komme til interessentens kendskab med respekt for de almindelige forvaltningsretslige regler.

26. TVISTER

Nærværende kontrakt er undergivet dansk ret, og dansk rets almindelige regler gælder i interessenternes indbyrdes forhold.

Såfremt der opstår en uoverensstemmelse mellem parterne i forbindelse med aftalen, skal parterne med en positiv, samarbejdende og ansvarlig holdning søge at indlede forhandlinger med henblik på at løse tvisten. Tvisten søges i første omgang løst ved behandling i Selskabets bestyrelse.

Såfremt parterne og bestyrelsen ikke kan opnå en løsning ved forhandling, skal tvisten søges løst ved mægling af en af parterne i fællesskab udpeget mægler.

Kan interessenterne ikke blive enige om en mægler, udpeges mægleren af Voldgiftsinstituttet efter høring af interessenterne. Mægling sker efter "Regler for frivillig mægling ved Det Danske Voldgiftsinstitut".

Hvis mæglingen afsluttes, uden at tvisten er bilagt, skal tvisten afgøres endeligt ved voldgift efter "Regler for behandling af voldgiftssager ved Det Danske Voldgiftsinstitut". Voldgiftsretten udpeges af Voldgiftsinstituttet i overensstemmelse med "Regler for behandling af voldgiftssager ved Det Danske Voldgiftsinstitut".

Medmindre der mellem parterne er enighed om at lade voldgiftsretten bestå af blot 'et medlem, skal tvisten afgøres af tre voldgiftsdommere, der udpeges af præsidenten for Østre Landsret. Formanden skal opfylde betingelserne for at være dommer og have behørig erfaring med tvister om tilsvarende forhold. Parterne kan afgive indstilling om de to andre, der udpeges med passende hensyntagen til den særlige sagkundskab, der må anses for ønskelig ved bedømmelsen af den indbragte tvist.

Voldgiftsretten sættes i Hillerød kommune.

Uoverensstemmelser om forståelsen af nærværende kontrakt, dens opfyldelse eller ophør skal – såfremt uoverensstemmelsen vedrører kommunalretlige forhold – afgøres af Økonomi- og Indenrigsministeriet.

27. GENFORHANDLING

Interessenterne er berettigede til at kræve genforhandling af forudsætningerne for kontrakten, såfremt ændrede forudsætninger medfører et behov for en ændring af nærværende kontrakt.

En sådan genforhandling kan ikke ændre ved det grundlæggende ejerforhold (lige sameje).

Interessenterne foretager i fællesskab kontraktstyring baseret på følgende hovedprincipper:

- Alle ændringer til kontrakten skal foreligge i skriftlig form ved opdatering af selve kontrakten, der underskrives af interessenterne.
- Alle ændringer til bilagene skal foreligge i skriftlig form ved opdatering af selve bilagene og skal herefter underskrives af interessenterne.
- Alle ændringer af kontrakten og bilag skal kunne dokumenteres med fuld sporbarhed, f.eks. ved ændringsmarkering, versionshistorik eller lignende.

28. IKRAFTTRÆDELSE, VARIGHED OG OPHØR

Kontrakten træder i kraft den 1. januar 2017, og erstatter tidligere kontrakt af 1. januar 2012.

Kontrakten kan tidligst opsiges med 12 måneders skriftlig varsel til den 31. december 2020.

Uanset uopsigeligheidsbestemmelsen ovenfor er interessenterne dog berettigede til at opsige kontrakten i tilfælde af bristede forudsætninger for kontrakten, herunder eksempelvis ændringer i lovgivningen.

Ønsker en interessent at udtræde af selskabet, kan dette ske ved meddelelse til bestyrelsen. Udtræden anses for sket, når den pågældende har indbetalt sin andel af eventuelt underskud i selskabet. Indbetaling skal ske senest 14 dage efter at den udtrædende interessent har fået skriftligt påkrav herom. Ved udtræden fortabes ethvert krav på andel af formuen i selskabet.

Såfremt der kun er én interessent tilbage som følge af opsigelse fra de andre interessenters side, skal selskabet opløses.

Afvikling af selskabets aktiver og passiver sker ved likvidation af en af interessenterne udpeget likvidator. Såfremt der ikke senest 2 måneder efter ophørstidspunktet er opnået enighed om valg af likvidator, er interessenterne enige om at anmode skifteretten om at forestå likvidationen.

29. TILSYNSMYNDIGHEDENS GODKENDELSE

Nærværende kontrakt samt ændringer heri skal godkendes af Statsforvaltningen.

30. UNDERSKRIFTER

Nærværende kontrakt er udarbejdet og underskrevet i 5 eksemplarer, hvoraf hver interessent besidder et.

Underskrifterne er afgivet under forudsætning af, at der opnås tilsynsmyndighedens godkendelse til ændring af interessentskabskontrakten.

Dato:

Dato:

For Halsnæs Kommune

{Navn}

{Titel}

For Hillerød Kommune

{Navn}

{Titel}

Dato:

Dato:

For Frederikssund Kommune

{Navn}

{Titel}

For Allerød Kommune

{Navn}

{Titel}

Dato:

For Albertslund Kommune

{Navn}

{Titel}

Bilag: 9.1. TJEKLISTE udkast.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 57313/16

TJEKLISTE - UDFYLDNING AF SERVICEAFTALEN

MADORDNING	<p>Madordningen er obligatorisk Madordningen kan kun fravælges ved fuld sondeernæring. Beboere på fuld sondeernæring betaler for en sondepakke, som dækker tilskud af flydende kost.</p> <p>Madordningen kan afmeldes i kortere perioder ved ophold væk fra boligen i mere end 4 dage. Frameldingen skal ske min. en måned før.</p> <p>Informér om at maden forudbestilles og leveres for længere perioder, derfor skal der ved ophør betales for op til 14/21 dage. Udgår hvis model B vælges.</p> <p>Sæt kryds så det kan ses, at punktet er gennemgået.</p>
PÅRØRENDE DER SPISER MED	<p>Borger informeres om pårørendes mulighed for at spise med - og betalingsformen.</p> <p>Der krydses af hvis denne mulighed ønskes. Hvis der ikke er kryds her, kan pårørende ikke spise med. Opkrævning sker via pensionen.</p> <p>Der må ikke opkræves kontant betaling af pårørende ved spisning.</p>
GRUNDPAKKE INKL. LINNEDLEJE OG VASK	<p>Grundpakken er obligatorisk Grundpakken dækker forbrug af rengøringsmidler, toiletpapir mm. samt brug af fællesarealer. Desuden dækker pakken leje og vask af linned.</p> <p>Sæt kryds så det kan ses, at punktet er gennemgået.</p>
TØJVASK	<p>Borger skal informeres om, hvordan ordningen er på det pågældende center.</p> <p>Sæt krydses så det kan ses, punktet er gennemgået.</p>

Bilag: 9.2. Serviceaftale for plejebolig i Allerød Kommune UDKAST.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 57312/16

Serviceaftale for plejebolig i Allerød Kommune

Indflytningsdato		Plejecenter	
------------------	--	-------------	--

Velkommen i en af Allerød Kommunes plejeboliger. Din bolig ejes af boligselskabet, som opkræver husleje særskilt hos dig. Udgifter til vinduespolering er indeholdt i huslejen.

Plejecentret leverer en række ydelser til dig, som du skal betale for. Betalingen for ydelserne trækkes bagud i din pension, og du skal derfor være opmærksom på, at der går to måneder, fra du modtager ydelserne, til de bliver trukket i din pension.

YDELSE	PRIS	SÆT KRYDS
Madordning		
Omfatter alle måltider inkl. mellemmåltider og drikkevarer. Evt. udgifter til medicinske energidrikke og fortykningsmiddel betales særskilt af borger (der kan søges tilskud).	3.472 kr. pr. måned. Dagspris 112 kr. Obligatorisk medmindre du modtager fuld sondeernæring.	Obligatorisk
Fuld sondeernæring. Sondepakke: dækker tilskud til sondemaden i form ex. saft, yoghurt mm.	Sonderernæring betales særskilt af borger. Sondepakken: 200 kr. pr. måned.	
Pårørende der spiser med		
Hvis du ønsker mulighed for, at dine pårørende lejlighedsvist kan spise med sættes kryds.	56 kr. pr. måltid pr. person. Udgiften trækkes i pensionen.	
Grund- og linnedpakke		
<u>Individuelt forbrug:</u> Rengøringsredskaber, rengøringsmidler, affaldsposer, toiletpapir, køkkenruller, engangsvaskeklude- og håndklæder, håndsæbe mm. <u>Benyttelse af fælles opholdsrum:</u> Herunder lys, servietter, duge. <u>Leje og vask af linned</u>	325 kr. pr måned	Obligatorisk
Tøjvask (privattøj)		
Indeholdt i huslejen	Engholm og Mimosen	
Opkræves af plejecenter via træk i pensionen	Lyngehus	
Opkræves af boligselskabet sammen med huslejen	Skovvang	

Priserne er gældende for 2016 og reguleres årligt

Til- og framelding samt muligheder for at ændre i dine valg

Hvis du har et planlagt fravær fra plejeboligen (eksempelvis i forbindelse med ferie eller planlagt indlæggelse) i mere end fire dage, kan du fritages for betaling til madordningen, mens du er væk. Det kræver, at du varsler personalet om dette senest en måned i forvejen. Øvrige serviceydelser betales ved fravær.

Madordning

Du tilmeldes automatisk ved indflytning og betaler fra indflytningdagen. Opkrævning sker via træk i pensionen. Madordningen kan kun fravælges, hvis du får fuld sondeernæring – i dette tilfælde betales for en sondepakke, som dækker små mængder af mad og drikke. *Maden forudbestilles og/eller indkøbes for en længere periode for at holde priserne lave og servicen høj. Ved ydelsens ophør skal du betale for den periode, maden er forudbestilt til dog max. 14/21 dage. Teksten i kursiv udgår hvis model B vælges.*

Pårørende der spiser med

Hvis du har til valgt denne mulighed, kan dine pårørende spise med efter forudgående tilmelding. Betaling for gæstemad opkræves via pensionen. Af hensyn til bestillings- og leveringsfristerne på mad, skal pårørende tilmelde sig spisning senest tre uger før. Ved særlige lejligheder og højtider, kan der være særlige tilmeldingsfrister. Der vil blive informeret i god tid.

Pårørende er altid velkomne til at spise egen medbragt mad.

Grund- og linnedpakke

Du tilmeldes automatisk grundpakken ved indflytning. Grundpakken dækker også leje og vask af linned. Opkrævning sker via træk i pensionen.

Nedenstående i kursiv udgår hvis det besluttes at sammenlægge de to nuværende pakker:

Indflytning:

Fra d. 1. til og med d.15. i en måned: du opkræves for en hel måned.

Fra d. 16. i en måned: du opkræves for en halv måned.

Ved ydelsens ophør:

Fra d. 1. til og med d. 15. i en måned: du opkræves for en halv måned.

Ved ophør fra d. 16. i en måned: du opkræves for en hel måned.

Du kan ændre dit valg af linnedpakke ved at kontakte personalet.

I stedet for ovenstående skrives: Du betaler fra indflytningdag til ydelsens ophør.

Fuldmagt

Jeg giver med min underskrift fuldmagt til, at Allerød Kommune anmoder Udbetaling Danmark om at trække i min folkepension/førtidspension til dækning af ovennævnte ydelser. Ved træk i pensionen anses betalingen som rettidigt betalt til Allerød Kommune. Fuldmagten er gældende, indtil den kaldes tilbage.

Dato _____

Underskrift _____

Bilag: 11.3. Værdighedspolitik 2016-2019 godkendt version.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

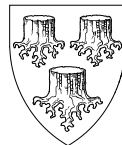
Adgang: Åben

Bilagsnr: 31543/16



VÆRDIGHEDSPOLITIK

ALLERØD KOMMUNE 2016-2019



Indhold

FORORD	3
INDLEDNING	4
VÆRDIGRUNDLAG	5
VISION.....	5
INDSATSOMRÅDER.....	7
1. LIVSKVALITET	7
2. SELVBESTEMMELSE	8
3. KVALITET, TVÆRFAGLIGHED OG SAMMENHÆNG I PLEJEN	8
4. MAD OG ERNÆRING	9
5. EN VÆRDIG DØD.....	9
DET VIDERE ARBEJDE	9

Forord

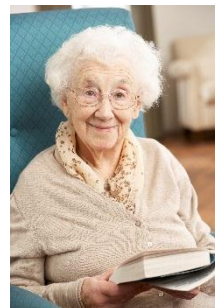
Allerød Kommunes værdighedspolitik er udarbejdet i foråret 2016 af repræsentanter fra Ældre og Sundhed og repræsentanter fra Ældrerådet.

Værdighedspolitikken skal sikre en værdig pleje og omsorg, så ældre har mulighed for at leve det liv, som de ønsker.

Allerød Kommunes værdighedspolitik er rammesættende og beskriver den overordnede retning for politikområdet i Allerød Kommune.

Værdighedspolitikken understøtter en udvikling, hvor borgere, pårørende, frivillige og medarbejdere på ældreområdet må engagere sig og samarbejde om at gøre Allerød Kommune til en forgangskommune i at skabe en værdig ældrepleje.

På vegne af Allerød Byråd
Sundheds- og Velfærdsudvalget



Indledning

Værdighed er blevet et nøglebegreb i den politiske debat om prioritering af ressourcer til ældreområdet. På finansloven 2016 er der afsat en ekstra milliard kroner årligt fra 2016 og frem til en værdig ældrepleje.

Midlerne ligger ud over kommunens budgetter og skal derfor gå til nye initiativer eller udvidelse af eksisterende. Midlerne kan anvendes til at ansætte yderligere personale og til kompetenceudvikling ud fra en vurdering af, hvor behovet er størst lokalt.

Sundheds- og Ældreministeriet har forudbestemt, at kommunen skal beskrive, hvordan ældreplejen kan understøtte følgende områder i forhold til plejen og omsorgen for den enkelte ældre:

- Livskvalitet
- Selvbestemmelse
- Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen
- Mad og ernæring
- En værdig død

Værdigrundlag

I Allerød Kommune arbejder vi på alle niveauer med værdigrundlaget: **”Resultater gennem dialog”**

Visionen på ældre- og sundhedsområdet er **”Sammen om sundhed”**.

Det betyder, at vi gensidigt drøfter og lytter til synspunkter, der kan lede frem til de bedste løsninger. Dialogen, der bærer værdigrundlaget ud i praksis, kendetegnes ved respekt, åbenhed og troværdighed.

- **Respekt:** Vi respekterer borgerens forskellige udgangspunkter og medvirker til, at den enkelte borger kender mulighederne i Allerød Kommune
- **Åbenhed:** Vi er parate til forandringer og indgår i åben dialog med borgere og samarbejdspartnere.
- **Troværdighed:** Vi skal have professional viden om det, vi gør. Vi skal gøre det, vi siger og sige det, vi gør.

Værdigrundlaget skal afspejles i den måde, vi arbejder på, i forholdet til den enkelte borger og i forholdet til hinanden.



Vision

Allerød Kommunes vision er, at vore ældre borgere skal kunne opretholde et godt og værdigt liv, også under omstændigheder, som kræver en værdig ældrepleje. Visionen skal sikre retning og være toneangivende for den indsats og de tilbud, der udvikles og etableres. Det betyder,

- at kommunens plejehjem er bemandedt døgnet rundt, så medarbejderne kan give den hjælp borgeren har brug for, hvor fokus er sikkerhed, sundhed og værdighed
- at kommunens plejehjem og hjemmepleje skal have medarbejdere med de nødvendige kompetencer, som sikrer en god kvalitet i behandling, rehabilitering, pleje og omsorg

De mål, der skal sikre den enkeltes værdighed, skal formuleres i hverdagen i samspil med borgeren. Det er essentielt at fokusere på, hvad der er vigtigt og nødvendigt for den enkelte.

Indsatsområder

Værdighedspolitikken tager udgangspunkt i Sundheds- og Ældreministeriets forudbestemte indsatsområder: Livskvalitet, Selvbestemmelse, Kvalitet, Tværfaglighed og sammenhæng i plejen, Mad og ernæring og En værdig død.

I erkendelse af at udvikling i befolkningsgrundlaget og lovgivning samt borgernes og omgivelsernes krav og muligheder er i konstant forandring, skal tilbuddene løbende udvikles, justeres og evalueres i forhold til de værdier, visioner og indsatsmål, der fremgår af i værdighedspolitikken.

1. Livskvalitet

En lang række faktorer har betydning for ældres livskvalitet, bl.a. at den ældre føler sig tryk, har samvær med andre, kan deltage i aktiviteter og har mulighed for at vedligeholde og styrke fysiske og psykiske færdigheder. Den personlige hjælp, omsorg og pleje m.v. skal tilrettelægges, så indsatsen øger livskvaliteten og giver den enkelte ældre et værdigt liv. Indsatsen skal understøtte, at den enkelte ældre kan fortsætte sin hidtidige livsstil og gøre – eller få hjælp til at gøre – nogle af de ting, der har betydning for den ældres livskvalitet.

Derfor er målene:

- at sikre, at den enkelte borger kan få støtte til at fungere i hverdagen og få relevant hjælp, når der er behov for det
- at sikre, at den enkelte har mulighed for eksistentielle samtaler og samvær med andre
- at lytte til de ældres ønsker og opmuntre til at fortsætte livet med de interesser og vaner, som den ældre hidtil har levet med



2. Selvbestemmelse

Ældres afhængighed af personlig hjælp, omsorg og pleje må ikke være ensbetydende med tab af værdighed. Ældre skal behandles med respekt og værdighed.

Derfor er målene:

- at sikre, at de ældre har mulighed for at bestemme over egen hverdag og bevare deres døgnrytme
- at borgerne har mulighed for at være velsoigneret, og klædt som de ønsker
- at borgerne har mulighed for at komme ud i frisk luft og mulighed for at få støtte til at deltage i sociale aktiviteter, hvis de ønsker det

3. Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen

Ældre med behov for hjælp, pleje og omsorg skal møde et fagligt kvalificeret personale, og indsatsen skal være baseret på bedste viden og metoder. Plejen og omsorgen skal tage udgangspunkt i den enkeltes behov og tilrettelægges, så den ældre oplever et sammenhængende og koordineret forløb på tværs af sundhedsfaglige indsatser og mellem de forskellige sektorer.

Derfor er målene:

- at borgere og pårørende skal føle sig trygge ved, at personalet har et opmærksomt og omsorgsfuldt fokus på deres behov og med sundhed og trivsel i centrum
- at forebyggelse af sygdom samt kontinuitet og høj faglighed i omsorg, pleje og behandling er en integreret del i hverdagspraksissen

4. Mad og ernæring

Mange svage ældre er undervægtige eller småt spisende og har behov for ernæringsrigtig og velsmagende mad. Samtidig er måltiderne et vigtigt socialt samlingspunkt. Det er vigtigt både at sikre ernæringsrigtig og velsmagende mad, samt at skabe gode og hyggelige rammer for de ældres måltider, som giver de ældre lyst til at spise.

Derfor er målene:

- at ældre tilbydes varieret og ernæringsrigtig mad i rammer, der giver lyst til at spise
- at borgerne har en god tandsundhed, så de uden ubehag og smerte kan nyde et godt måltid

5. En værdig død

Plejen og behandlingen skal understøtte, at livet får en værdig, tryk og så vidt mulig smertefri afslutning. Fagligt kvalificerede medarbejdere skal sikre, at unødige indlæggelser undgås, så den døende og de pårørende får mulighed for at tage afsked i vante og rolige omgivelser. Forløbet i forbindelse med den ældres død skal opleves trygt og sammenhængende for både den ældre og de pårørende. Den sidste tid skal tage udgangspunkt i borgerens egne ønsker, men der skal også tages hånd om de pårørende, så de føler sig hørt og inddraget i situationen.

Derfor er målene:

- at borgerne tilbydes lindrende behandling, støtte, rammer og nærvær, som kan tilgodese et værdigt terminalt forløb
- at pårørende føler sig set og hørt i hele det terminale forløb
- at der tages hånd om efterlode



Det videre arbejde

Værdighedspolitikken integreres i det daglige arbejde i Ældre og Sundhed. Status på indsatsområderne behandles årligt på et Ældrerådsmøde og i Sundheds- og Velfærdsudvalget.

Byrådet og Ældre og Sundhed vil have fokus på at få beskrevet nye indsatser på området, ligesom regionen, regeringen mfl. vil udfordre nye kommunale indsatser.





Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

Bjarkesvej 2
3450 Allerød
48 100 100

www.alleroed.dk

Bilag: 11.1. Værdighedspolitik supplerende prioriteringsskema august 2016.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 59364/16

Værdighedspolitik

Supplerende prioriteringsskema, indsatser værdighedsmidler i august 2016

Forslag til indsats	Understøtter kriterierne	Udgift 2016
<p>Demenskoordinator Den demografiske udvikling viser, at Allerød kommune står over for en stigende andel af borgere med demenssygdom. Dette fordrer, at medarbejderne er klædt på til at varetage den større opgave. I 2016/2017 planlægges i et samlet fagligt kompetenceløft inden for demensområdet for medarbejderne i Ældre og Sundhed.</p> <p>Ved ansættelse af en demenskoordinator i kommunen, vil der kunne skabes større sammenhæng for borgere med demens, idet en demenskoordinator vil være bindeled mellem borgere, Hjemmepleje og Plejecentre. Demenskoordinatoren skal agere som professionel sparringspartner for personalet og være den overordnede tovholder på kommunens demensindsats på tværs, så gode resultater skabes, fastholdes og viderebringes.</p>	Kvalitet, sammenhæng og tværfaglighed	500.000
<p>Sammenhængende indsats: Urinvejsinfektion, inkontinens og sensorbleer Urinvejsinfektion er hyppigt forekommende hos borgere, der modtager sundhedsydelse og kan medføre en række alvorlige konsekvenser og sygehusindlæggelse. Urinvejsinfektion kan skyldes hygiejneforhold ved anlæggelse af kateter, ligesom permanente brugere af kateter har øget risiko for infektion. En systematisk indsats på plejecentrene og i hjemmeplejen, hvor medarbejderne har et øget fokus på infektionsrisici omkring kateterpleje forventes at mindske antallet af urinvejsinfektioner.</p> <p>Mange ældre borgere har problemer med at holde på vandet (inkontinens), hvilket hæmmer deres livskvalitet. Ældre og Sundhed ønsker at afprøve en teknologisk sensorble, der kan højne livskvaliteten hos borgerne med inkontinens, samtidig med at den gør dagligdagen lettere for plejepersonalet og plejen mere effektiv. Sensorbleer registrerer borgernes vandladningsmønstre og – mængde. Den indsigts personalet får via registreringsrapporten, kan anvendes til at give borgeren den bedst egnede ble og sørge for, at borgeren bliver hjulpet på toilettet på de rigtige tidspunkter. Bleen giver desuden viden om på hvilket tidspunkt, det er bedst at give vanddrivende medicin, og om borgeren drikker for lidt eller for meget væske.</p> <p>Indsatsen skal have fokus på styrkelse af nuværende inkontinensindsats, og vil bestå af kompetenceudvikling af det sundhedsfaglige personale, implementering af systematisk og tværfaglig udredning af borgere i eget hjem og på plejecentre samt afprøvning af sensorbleer.</p>	Livskvalitet Kvalitet, sammenhæng og tværfaglighed	150.000
<p>Aktiv pleje og fysisk fælles aktiviteter Borgerne på midlertidig plads har behov for generelle fysiske fællesaktiviteter og dermed fælles, socialt samvær – ud over det specifikke genoptræningsbehov, som ofte er årsagen til, at de er på midlertidig plads. Støtte til aktiverende indsats kunne desuden komme Aktivitetens brugere til gavn, da disse opholder sig på Engholm en eller flere dage om ugen. Med den aktuelle normering, er det svært at opfylde det generelle behov både i dagtimerne og i særdeleshed i eftermiddags- og aftentimer samt i weekender.</p>	Livskvalitet Kvalitet, sammenhæng og tværfaglighed	500.000

<p>Den tværfaglige, aktiverende indsats ville løfte kvaliteten og effekten af borgerens ophold mod et højere funktionsniveau ved tilbagevenden til eget hjem.</p>		
<p>Øget ressourcer i ydertimerne Ressourcer i ydertimerne i alle ugens 7 dage samt i weekenderne særligt omkring aftenmåltiderne/tidlig aften. Indsatsen skal understøtte: socialt samvær, hjælp til småt-spisende, tilgodese individuel sengetid, tilgodese toiletbehov, at blive vendt tilstrækkeligt og øget nærvær omkring den dødende.</p> <p>Sundheds – og Velfærdsudvalget har afsat 1.500.000 kr. til denne indsats i 2016. Ældre og Sundhed foreslår, at der afsættes ekstra ressourcer til denne indsats, da det vil frigive yderligere tid til sårbare borgere.</p>	<p>Livskvalitet Selvbestemmelse Kvalitet Mad og ernæring En værdig død</p>	<p>1.000.000</p>
<p>Aktivitet ud af huset på plejecentrene Borgerne på kommunens plejecentre har i hverdagen tilbud om forskellige aktiviteter såsom gymnastik, højtlesning, bading, korte gåture m.m. Der er sparsomme midler til arrangementer ud af huset fx at tage i Dyrehaven og se bøgen springe ud, at tage til havet og spise en is, at komme ud på en gård eller i zoologisk have – eller at køre igennem en by med juleudsmykning osv. Fælles oplevelser styrker det sociale fællesskab og giver borgerne livsglæde og tilfredshed.</p> <p>Midlerne skal dække personaletimer og aktiviteter.</p>	<p>Livskvalitet</p>	<p>200.000</p>
<p>Hjerneskadekoordination til 65+, ikke erhvervsaktive Borgere, der er + 65, og ikke erhvervsaktive, og som bliver senhjerneskadet, kan modtage træning og hjælp i hjemmet på linje med andre ældre borgere med funktionstab. Denne gruppe borgere har dog et særligt behov for koordination af rehabiliteringsindsatsen. Det kræver et specialiseret neuro-fagligt kendskab til følgerne efter hjerneskode at sammensætte forløbet, vejlede borgerne og støtte de pårørende.</p> <p>For at imødekomme behovet for koordinering kan rehabiliteringsindsatsen i kommunalt regi tilrettelægges og koordineres af en hjerneskadekoordineringsfunktion. Behandlergruppen omkring borgerne omfatter såvel regionale som kommunale aktører og indsatsen forløber fra få måneder op til et år, hvor det er vigtigt at alle involverede parter er bekendt med deres indsats, samt hvad der i øvrigt sker omkring borgeren. Hjerneskadekoordinatoren sikrer bl.a. en fælles målsætning blandt aktørerne og sikrer inddragelse af borger og pårørende.</p>	<p>Kvalitet, sammenhæng og tværfaglighed</p>	<p>200.000</p>

Bilag: 11.2. Værdighedsindsatser godkendt af byråd d. 28. april 2016

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 59783/16

Værdighedspolitik

Indsætter godkendt af byrådet den 28. april 2016 på baggrund af indstilling fra Sundheds- og Velfærdsudvalget

Forslag til indsats 2016	Understøtter kriterierne	Hjemmepleje	Plejecentre	Midlertidig plads	Udgift i 2016
Natnormering på Mimosen Som led i besparelserne 2010, har der kun været én nattevagt på Mimosen. Personalet har i denne periode fået hjælp fra hjemmeplejen, så vidt der kunne afgives ressourcer. Beboerne er blevet tiltagende komplekse, hvorfor det er fagligt nødvendigt at øge natbemandingen.	Livskvalitet Selvbestemmelse Kvalitet En værdig død		400.000 kr.		400.000 kr. Løbende indsats
Øget ressourcer i ydertimerne/weekenderne Ressourcer i ydertimerne i alle ugens 7 dage samt i weekenderne særligt omkring aftenmåltiderne/tidlig aften. Indsatsen skal understøtte: socialt samvær, hjælp til småt-spisende, tilgodese individuel sengetid, tilgodese toiletbehov, forebyggelse af tryksår og øget nærvær omkring terminale og døende borgere.	Livskvalitet Selvbestemmelse Kvalitet Mad og ernæring En værdig død	1.500.000 kr.			1.500.000 kr. Løbende indsats
Sammenhængende indsats: Tandpleje, Ernæring, Dysfagi (problemer med at spise, drikke og synke). Mange svage ældre har en dårlig tandsundhed med gener fra mund og huller i tænderne. Dette påvirker livskvaliteten og kan medføre en forringet tyggeevne, dårlig ernæring og være medvirkende årsag til udvikling af mange og livstruende sygdomme fx lungebetændelse.	Livskvalitet Kvalitet, sammenhæng og tværfaglighed Mad og ernæring				400.000 kr.
Hjælp til flytning Enkelte borgere har ikke mulighed for at få hjælp og støtte af pårørende i forbindelse med flytning. Fx melde flytning til kommunen, bestille flyttemand, opsigelser af abonnementer, sætte et billede op - opgaver som ikke kræver professionel ekspertise.	Livskvalitet Kvalitet				15.000 kr. Løbende indsats
Aflastning af pårørende (hjælp) Midlertidig praktisk hjælp til pårørende til borgere i terminalfasen.	Kvalitet En værdig død	10.000 kr.			10.000 kr. Løbende indsats
Frivillighedsindsats Afdækning af, hvordan frivillighedsindsatsen kan organiseres og udmøntes i praksis. Afdækningen skal danne afsæt til senere udrulning i 2017 og frem.	Kvalitet og sammenhæng				30.000 kr. Engangssum
Kvalitet i forflytning Sikre borgerens værdighed i alle situationer, hvor borgeren får hjælp til forflytning. Midlerne skal bruges til strategi og kompetenceudvikling af personalet.	Kvalitet, sammenhæng og tværfaglighed				80.000 kr. Engangssum

Ekstraordinær indsats ift. fysiske rammer herunder midlertidig gang	Livskvalitet, Kvalitet, En værdig død			1.475.000 kr.	1.475.000 kr. -
Kompetencepulje uddannelse	Kvalitet, sammenhæng og tværfaglighed	418.000 kr.			418.000 kr. -
Administrationsbeløb, revision					100.000 kr.
Total					4.428.000 kr.

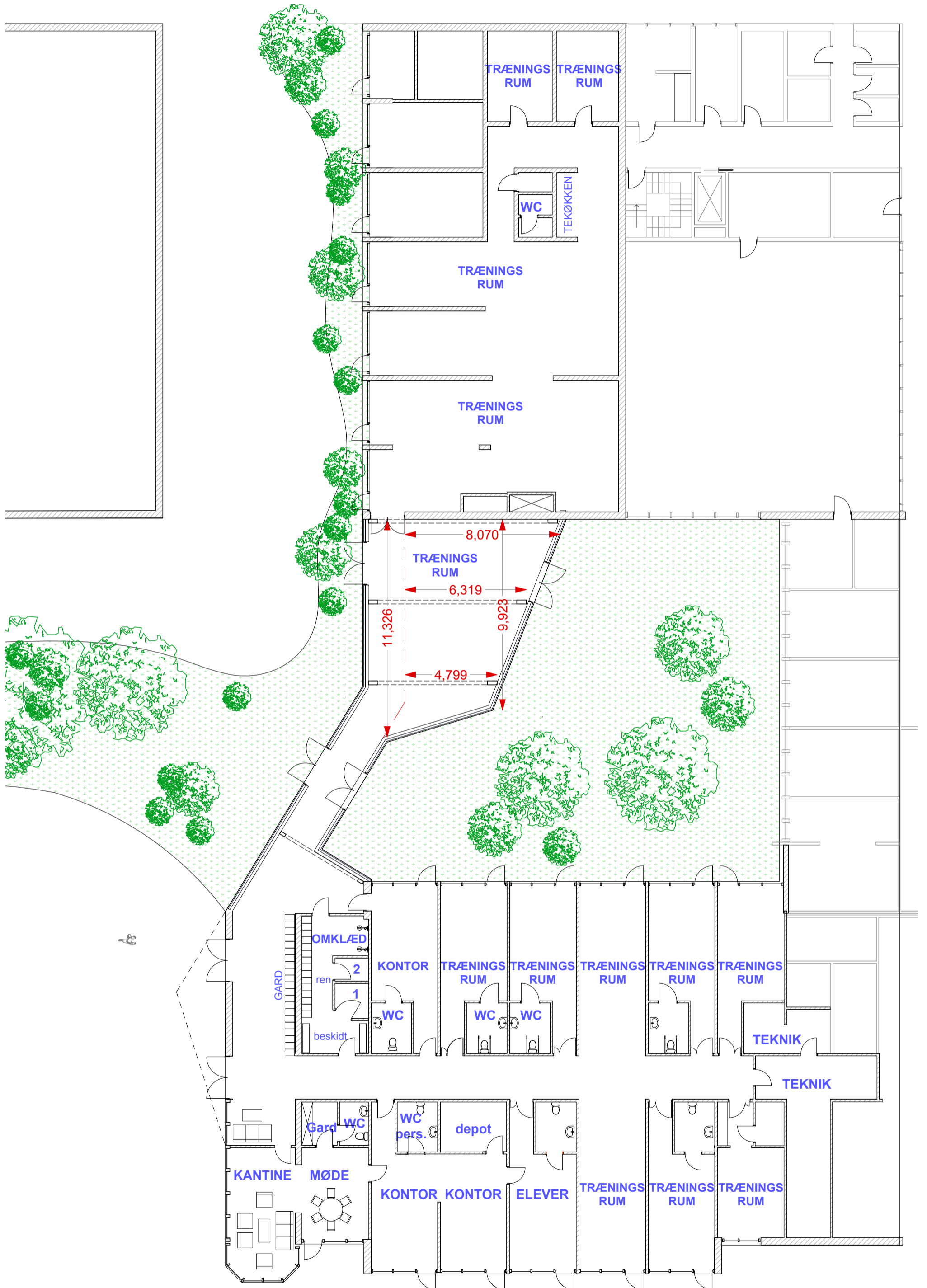
Bilag: 12.1. Allerød Genoptræning - Lille projekt - Genoptræning. Plan med mål (1).pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 62276/16



Bilag: 12.2. Genoptræningen SITPLAN 250816

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 62548/16

P-PLADS
(ej kommunal)

P-PLADS

P-plads

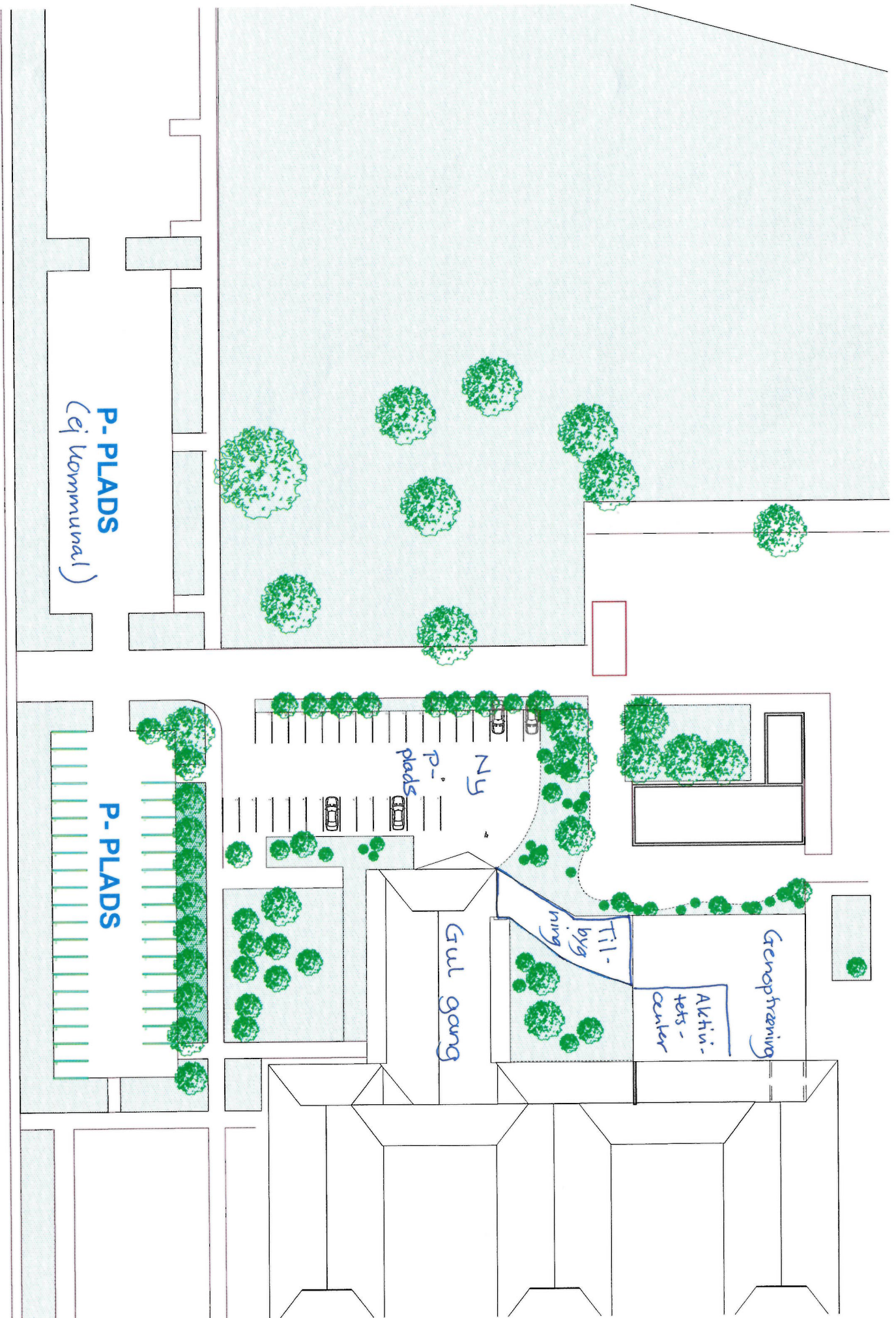
Ny

Gul gang

Til-
byg-
ning

Alti-
tets-
center

Grønt træning



**Bilag: 13.1. Sundhedskoordinationsudvalgets opfølgning på arbejdet med
Sundhedsaftalen i 2015 docx.pdf**

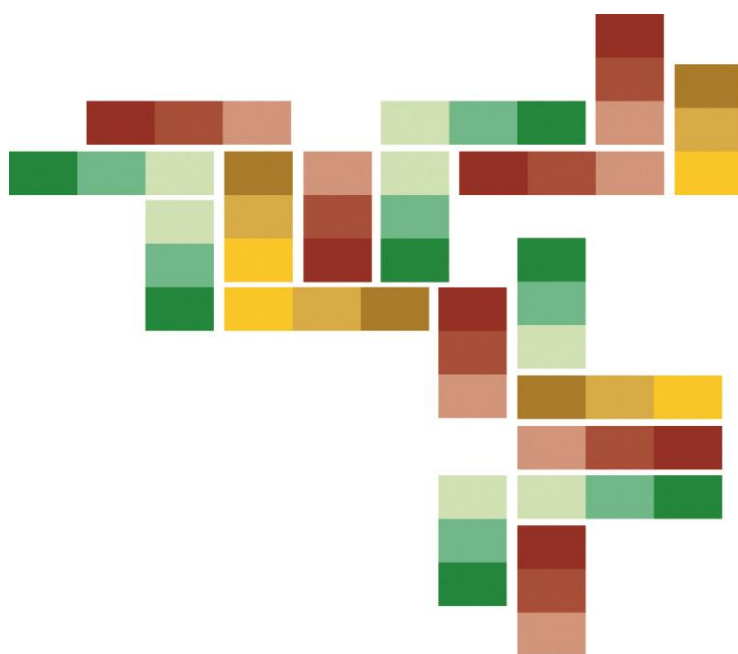
Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 52580/16

Opfølgning på arbejdet med Sundhedsaftalen i 2015



Sundhedsaftale 2015 - 2018 er indgået mellem
Region Hovedstaden og kommunerne i regionen

Se mere om sundhedsaftalen på www.regionh.dk/sundhedsaftale

Forord

Mange borgere, der er syge eller i risiko for at blive ramt af sygdom, kan have brug for en sammenhængende indsats fra både kommuner, hospitaler og praksissektor. Det er netop de borgere, som sundhedsaftalen handler om.

Regionen og kommunerne er enige om, at sundhedsaftalen skal medvirke til at styrke det helhedsorienterede og forebyggende samarbejde med borgeren som aktiv samarbejdspart. Derudover vil vi sætte særligt fokus på vores samarbejde om de mest sårbare og udsatte borgere. Det er også et fælles mål, at indsatsen skal nedbringe ulighed i sundhed.

Derfor har vi opsat fire visioner for sundhedsaftalen:

- At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen

Vi har nu arbejdet med vores sundhedsaftale i godt et år. På de følgende sider kan I læse om eksempler på, hvordan der er blevet arbejdet med de fire visionsområder i 2015, som var det første år med sundhedsaftalen.

I bilagsdelen fremgår der korte afrapporteringer på alle de indsatser, der er blevet igangsat i 2015, ligesom der findes oversigter over sundhedsaftalens indikatorer inden for de enkelte visionsområder.

Endelig vil vi fremhæve vores hjemmeside www.regionh.dk/sundhedsaftale, hvor man løbende kan følge udviklingen i arbejdet og se en lille film om aftalen.

God læselyst!

Med venlig hilsen



Per Seerup Knudsen
Fmd. for sundhedskoordinationsudvalget



Ninna Thomsen
Næstfmd. for sundhedskoordinationsudvalget

Del 1: Sundhedsaftalens organisering

2015 har været et opstartsår for sundhedsaftalen. Derfor har der gennem hele året været lagt kræfter i at få rammerne på plads for arbejdet med aftalen.

Der er dannet en organisation, som kan udvikle og implementere sundhedsaftalens indsatser, der er arbejdet med, hvordan borgerperspektivet kan indgå aktivt og der er arbejdet med sundhedsaftalens indikatorer.

Sundhedsaftalens første halve år stod i organiseringens tegn

I sundhedsaftalens første halve år har vi dannet en organisering, som skal hjælpe med at omsætte sundhedsaftalens fire politiske visioner til virkelighed.

Den fælles proces omkring organiseringen har været vigtig for at skabe et stærkt grundlag for det fremtidige samarbejde om sundhedsaftalen blandt alle parter.

I sundhedsaftalens implementeringsplan for 2015 var der 30 indsatser. Indsatserne er delt ud til 6 permanente og 3 tidsafgrænsede arbejdsgrupper. Enkelte indsatser løftes i eksisterende faglige fora. Alle arbejdsgrupper har repræsentation af kommuner, region og almen praksis, og de permanente grupper har delt formandskab og delt sekretariat mellem kommuner og region. Arbejdsgruppen om aktivt samarbejde med borgeren har også en medformand udpeget af Patientinddragelsesudvalget.

Alle arbejdsgrupper refererer direkte til Den Administrative Styregruppe under Sundhedskoordinationsudvalget. Dette skal sikre, at der ét sted er overblik over samtlige grupper og indsatser, samt at der er ét udvalg, som tæt og løbende følger arbejdet med at udvikle og implementere indsatserne – i hele aftaleperioden. Sundhedsaftalen har desuden fået sin helt egen hjemmeside med overblik over alle indsatser og arbejdsgrupper.

Sideløbende er der arbejdet med at styrke den organisatoriske og indholdsmæssige sammenhæng mellem sundhedsaftalen og praksisplanen for almen praksis.

Samarbejde med borgere i arbejdet med sundhedsaftalen

I 2015 har vi lagt linjen for, at borgerperspektivet kan få rum og plads i arbejdet med sundhedsaftalen. Det har været vigtigt at styrke brugerperspektivet i sundhedsaftlearbejdet, herunder også at sikre, at sundhedsaftalens egen organisation selv efterlever visionen om aktivt samarbejde med borgerne.

Der er etableret et Patientinddragelsesudvalg, som skal bidrage til at styrke borgerperspektivet i det arbejde, der foregår i Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget. Udvalgene har evalueret på samarbejdet og alle parter har givet udtryk for tilfredshed samt at der er stor opbakning til at fortsætte samarbejdet.

Arbejdsgrupperne under sundhedsaftalen er i øjeblikket ved at se på, hvordan borgeres perspektiver kan komme til at spille en større rolle i arbejdet med indsatserne i sundhedsaftalen. Udgangspunktet er, at borgernes perspektiver kan indgå på mange forskellige måder – fra at invitere faste medlemmer med i arbejdsgrupperne til brug af casefortællinger, resultater fra brugerundersøgelser osv.

Indikatorer i sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen peger på 11 indikatorer, som skal bidrage til at følge udviklingen på området. Indikatorerne er udpeget under hensyntagen til, hvad der på nuværende tidspunkt er muligt at måle ud fra eksisterende registreringer og datakilder. Derudover skal de i videst mulig udstrækning sige noget om effekt for borgeren.

Indikatorerne indgår primært i denne opfølgning for at vise udgangspunktet for sundhedsaftaleperioden (en såkaldt "baseline"). I bilag 1 er indikatorerne præsenteret med data, dog er indikatorerne for borgeren som aktiv samarbejdspart, genindlæggelser af nyfødte samt middellevetid for borgere med psykisk sygdom fortsat under afklaring. I de kommende års opfølgninger på sundhedsaftalen forventes det, at der kan vises et mere fuldkomment billede.

Udviklingen i indikatorerne fra primo 2015 til ultimo 2015 har været begrænset. Det skal ses i sammenhæng med, at sundhedsaftalens indsatser i 2015 primært har været i udviklingsstadiet. Først når de konkrete indsatser er udviklet færdig og bringes i pilottest og/eller udbredelse i hele regionen kan man forvente, at sundhedsaftalen kan påvirke indikatorerne. Yderligere vil det også være sådan, at andre forhold end lige sundhedsaftalens indsatser påvirker indikatorerne.

Del 2: Arbejdet med de fire visionsområder

I de følgende afsnit præsenteres der eksempler på, hvordan der i 2015 er blevet arbejdet med at opfylde sundhedsaftalens fire visioner i form af konkrete indsatser.

De beskrevne indsatser er blot et udsnit af det arbejde, der er lagt i sundhedsaftalens første år. De er trukket frem for at illustrere, hvordan arbejdet foregår og give eksempler på hvilke resultater der er nået i sundhedsaftalens første år, eller som er undervejs.

Visionen om borgeren som aktiv samarbejdspart

Visionen om borgeren som aktiv samarbejdspart har fået sin egen arbejdsgruppe. Denne gruppe har i 2015 bl.a. set på metoder til, hvordan man kan samarbejde med den enkelte borger om hans eller hendes forløb.

Gruppen anbefaler foreløbig, at der i kommuner, på hospitaler og i almen praksis arbejdes videre med allerede kendte og anvendte metoder, nemlig recovery-tankegangen (i kommunerne), Fælles beslutningstagen (i hospitalssektoren) og den personcentrerede medicin (i almen praksis).

Arbejdsgruppen mener imidlertid, at det samtidig er vigtigt at arbejde med de forudsætninger, der skal være til stede for at etablere partnerskaber med borgere. Derfor vil arbejdsgruppen også komme med forslag til, hvordan parterne kan understøtte den nødvendige kulturændring.

I forhold til at styrke det organisatoriske samarbejde med brugerrepræsentanter vil der blive afprøvet et pilotprojekt om bruger/pårørenderepræsentanter i samordningsudvalgene.

Visionen om nye samarbejdsformer

I sundhedsaftalen er det en vision at udvikle og udbrede nye samarbejdsformer på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren. Dette område har ligeledes fået sin egen arbejdsgruppe.

Arbejdsgruppen har i 2015 udarbejdet forslag til principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering. Principperne er inspireret af de projekter og nye samarbejdsformer, der kan iagttages nationalt og internationalt, og som har vist gode resultater. Sundhedskoordinationsudvalget drøfter i maj 2016 forslaget til principper.

Arbejdsgruppen har taget hul på at konkretisere hvilke opgavefelter og målgrupper, det kan være relevant at udvikle en ny samarbejdsmodel omkring. I 2016 skal der udvælges og igangsættes afprøvning af to til tre større modelprojekter ud fra de ovennævnte principper.

Visionen om lighed i sundhed

Visionen om lighed i sundhed har mange facetter. Et af de områder, som der er stor fokus på, er tilbud til borgere, som samtidig har en psykisk sygdom og et misbrug (en såkaldt "dobbelt diagnose").

Borgere med både misbrug og psykisk sygdom oplever alt for ofte et fragmenteret behandlingsforløb uden sammenhæng mellem den kommunale misbrugsbehandling og den regionale behandling af den psykiske sygdom.

I sundhedsaftalen for 2015 – 2018 er det derfor aftalt, at der skal sættes yderligere fokus på at sikre borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrugsproblematik en effektiv, koordineret udredning og behandling gennem udvikling og udbredelse nye organisatoriske modeller for samarbejdet mellem region og kommuner.

I 2015 er der i andre regi igangsat tre samarbejdsprojekter, som alle har en vinkel på, hvordan udfordringen skal løses. De tre projekter er:

- Udarbejdelse af model for implementering af koordinerede indsatsplaner. Den koordinerede indsatsplan er et værktøj til, at flere sårbare mennesker med en dobbeltdiagnose skal få relevant og integreret behandling af både psykiatrisk lidelse og misbrug (Købehavns Kommune og Psykiatrisk Center, Sankt Hans)
- Afprøvning af en ny samarbejdsform, der skal sikre og videreudvikle indsatsen over for psykisk sygdom og samtidigt misbrug ved etablering af et fælles tværsektorielt team. Teamet integrerer indsatsen på tværs af behandlingspsykiatri, misbrugsbehandling og socialpsykiatri. Teamet skal fungere opsøgende og behandlende og yde selve indsatsen på botilbuddene (Købehavns Kommune og Socialpsykiatrisk Center Amager og Psykiatrisk Center Amager).
- I KKR- Hovedstadens Udviklingsstrategi i Rammeaftale 2015 blev tilbud til borgere med dobbeltdiagnoser udvalgt som et særligt tema på det specialiserede socialområde. Som følge heraf blev der i marts 2016 afholdt en tværsektoriel konference om emnet, og der vil blive udarbejdet et inspirationskatalog med idéer til implementering og tilrettelæggelser af indsatser for borgere med dobbeltdiagnoser.

Visionen om kvalitet og sammenhæng

Sammenhængende borgerforløb med høj kvalitet kræver, at kommuner, hospitaler og almen praksis har fælles mål, og at de understøttes af systematisk dialog. Sundhedsaftalen indeholder en række indsatser, som har fokus på at understøtte kommunikationen og koordination af borgernes forløb.

Nedenfor beskrives tre eksempler på indsatser, som der blev arbejdet med i 2015 for at udfylde visionen om kvalitet og sammenhæng.

Epikriser

Når en borger afsluttes fra hospital skal hospitalet sende en epikrise til borgerens egen læge og den henvisende læge. En epikrise er et kort sammendrag af borgerens sygehistorie, indlæggelsesforløb og plan for efterbehandling. Hurtig fremsendelse af epikriser er yderst vigtigt for at borgeren kan blive modtaget godt af almen praksis og kommunen.

I sundhedsaftalen er det aftalt, at epikrisen fremover skal fremsendes inden for 1 dag, hvis borgeren er kendt af kommunen, og/eller der er behov for kommunal opfølgning efter udskrivning. Hospitalerne har imidlertid besluttet at sætte ambitionsniveauet endnu højere, sådan at hospitalerne vil fremsende epikriser inden for 1 dag for *alle borgere*. Såvel borgere med en somatisk som psykiatrisk sygdom er omfattet af aftalen.

Hospitalerne har arbejdet meget intensivt på at kunne fremsende epikriser hurtigere end de tre dage, der hidtil har været kravet. Allerede tidligt i 2015 viste der sig en tydelig udvikling. Fra januar til december 2015 er der sket en stigning fra 64 til godt 75 procent i andelen af epikriser, der fremsendes inden for 1 dag.

Den Administrative Styregruppe følger løbende udviklingen.

Kommunikationsaftalen på det somatiske område

Når en borger indlægges og udskrives fra et hospital er kommunikationsaftalen endnu et værktøj til at sikre at de rette oplysninger flyder mellem hospital og kommuner. Hovedprincippet i kommunikationsaftalen er, at udskrivning starter ved indlæggelsen. En tidlig dialog om borgerne skal sikre, at borgerne kan udskrives så hurtigt og sikkert som muligt samt bidrage til at forebygge genindlæggelser.

Region Hovedstadens 6 hospitaler og alle 29 kommuner i regionen har siden september 2012 arbejdet efter den samme kommunikationsaftale, som også er understøttet af nationale elektroniske standarder.

I sundhedsaftalen er det aftalt at revidere den gældende Kommunikationsaftale blandt andet med henblik på en forenkling af centrale aftaledele. Der skal endvidere sættes fokus på aktiv inddragelse og samarbejde med borgeren i forbindelse med udskrivelsen.

I 2015 har der været arbejdet med opgaven bl.a. under inddragelse af en KORA-evaluering af den hidtidige aftale. Der har i denne proces også været fokus på, hvordan borgeren kunne indgå i samarbejdet omkring udskrivelsen. I den reviderede aftale, som forventes implementeret i efteråret 2016 er der sat fokus på:

- At hospitalet får relevant, præcis og rettidig information ved indlæggelsen
- At kommunen får de nødvendige informationer til den rette tid i forbindelse med indlæggelsesforløbet og udskrivelsen
- At Udskrivningsrapporten gennemgås med borgeren i forbindelse med udskrivelsen

- At der ved implementeringen skal sættes fokus på ledelsesforankring

Samarbejdsaftaler om borgere med psykisk sygdom

Region Hovedstaden og kommunerne i regionen har siden 2007 haft bilaterale samarbejdsaftaler, der beskriver samarbejde og snitflader mellem regionen og kommunerne i forbindelse med henvisning, udredning, behandling og rehabilitering af hhv. voksne borgere og børn og unge med psykisk sygdom.

Aftalerne har udgjort et godt grundlag for samarbejdet. Men det er i sundhedsaftalen aftalt, at de 29 bilaterale aftaler skal revideres og omdannes til én generisk samarbejdsaftale på voksenområdet henholdsvis børne- og ungeområdet, der gælder for alle kommuner og alle psykiatriske centre/børne- og ungdomspsykiatrisk center. Der er ligeledes et stort ønske om at tydeliggøre almen praksis rolle i samarbejdet om den enkelte borgers forløb.

Arbejdet med revisionen af samarbejdsaftalerne gik i gang umiddelbart efter sommerferien i 2015 og primo 2016 var to udkast klar til aftaler for hhv. voksenområdet og børne- og ungeområdet.

Aftaleudkastene er begge bygget op ud fra en forløbstankegang, hvor der er hentet inspiration fra bl.a. kommunikationsaftalen på det somatiske område, som er nævnt oven for.

I de to aftaleudkast er der samtidig lagt vægt på at tydeliggøre de bærende værdier fra sundhedsaftalen. Herunder er det klart formuleret i de to aftaleudkast:

- At borgeren oplever en sammenhængende og koordineret indsats på tværs af kommune, Region Hovedstadens Psykiatri og praktiserende læger,
- At borgere med psykisk sygdom inddrages aktivt i deres eget forløb,
- At indsatsen er recoveryorienteret, baseret på netværksinddragelse og rehabilitering.

De to aftaleudkast var udsendt i en bred administrativ høring i april og maj måned 2016.

Bilag

- Bilag 1: Oversigt over sundhedsaftalens indikatorer inden for de enkelte visionsområder
- Bilag 2: Status på indsatser igangsat i 2015



Bilag 1

Opfølgning på arbejdet med Sundhedsaftalen i 2015

- **Oversigt over Sundhedsaftalens indikatorer**

Visionsområde:	Borgeren som aktiv samarbejdspart
Indikator nr. 1	Det er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen, og der skal udvikles en indikator for borgeren som aktiv samarbejdspart, som det er muligt at måle på
Status 2015:	Den Administrative Styregruppe har den 21. marts 2016 drøftet foreløbige overvejelser fra arbejdsgruppens vedr. aktivt samarbejde med borgerne om valg af indikatorer til måling af øget aktivt samarbejde med borgerne i sundhedsaftalen. Styregruppen vil afvente arbejdsgruppens endelige afrapportering inden der udvælges indikatorer.
Definition:	
Datakilder:	

Visionsområde:	Nye og bedre samarbejdsformer
Indikator nr. 2	At vi har afprøvet 2-3 større nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.
Status 2015:	Projekter vedrørende nye samarbejdsmodeller igangsættes først i 2016.
Definition:	Der medtages kun projekter vedr. nye samarbejdsmodeller, der er igangsat i regi af sundhedsaftalen.
Datakilde:	Manuel opførelse.

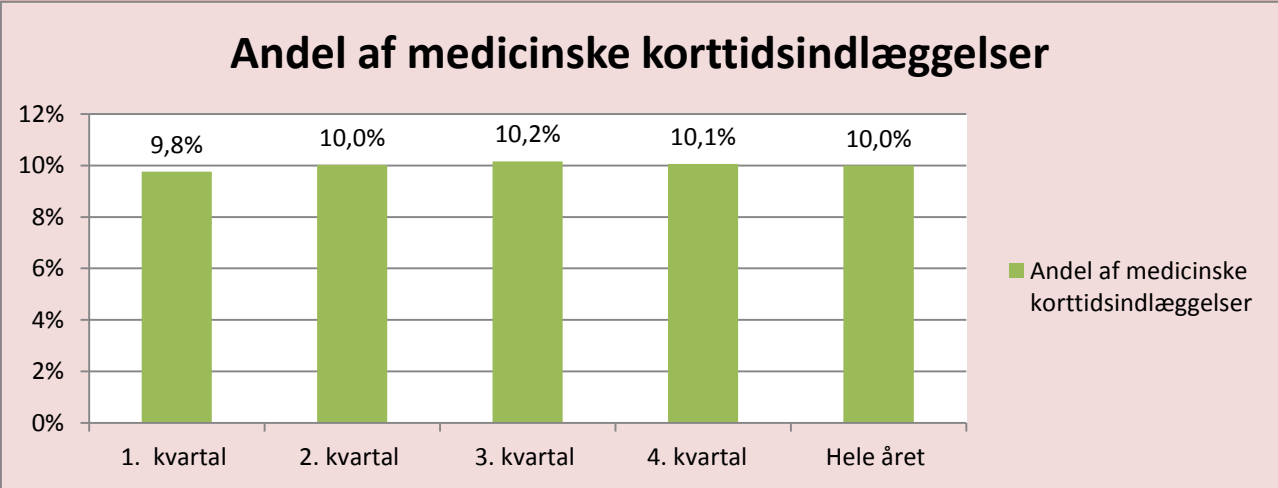
Visionsområde:	Lighed i sundhed
Indikator nr. 3	At middellevetiden for borgere med psykisk sygdom stiger og nærmer sig middellevetiden for befolkningen som helhed i region Hovedstaden
Status 2015:	<p>Den Administrative Styregruppe har den 21. april 2016 drøftet indikatoren "<i>At middellevetiden for borgere med psykisk sygdom stiger og nærmer sig middellevetiden for befolkningen som helhed i Region Hovedstaden</i>". Der har vist flere væsentlige udfordringer i forbindelse opførelse af indikatoren.</p> <p>Den Administrative Styregruppe anbefaler derfor, at Sundhedskordinationsudvalget godkender, at indikatoren ændres fra effekt-fokus (måling af selve middellevetiden) til et fokus på status for indsatser, der iværksættes med henblik på at øge middellevetiden for borgere med psykisk sygdom.</p>
Definition:	
Datakilde:	

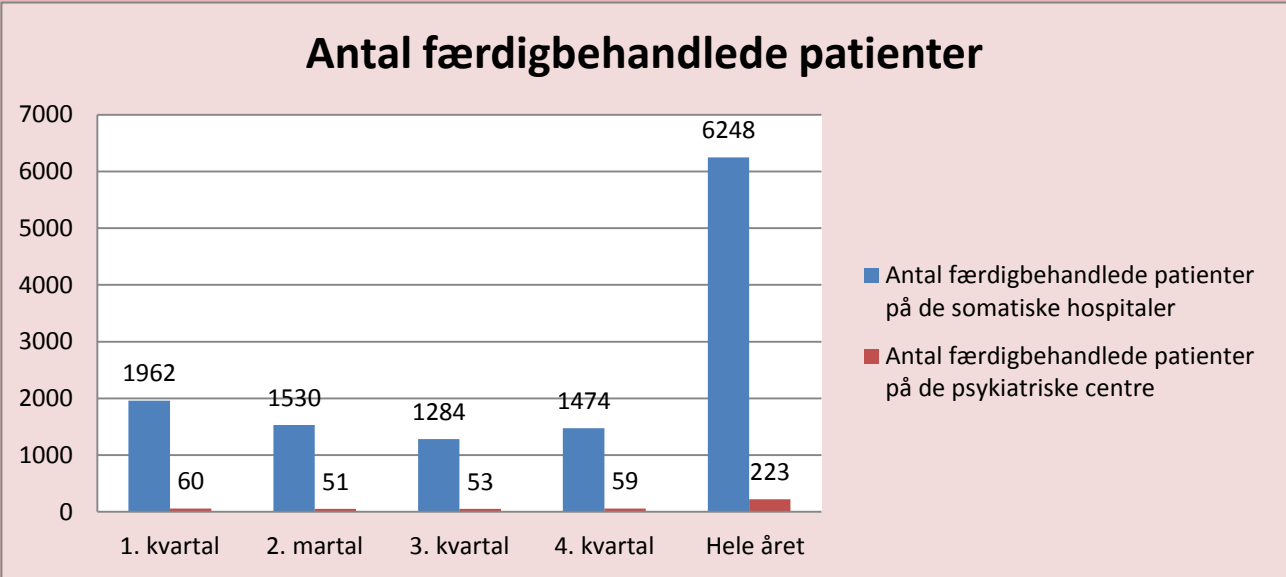
Visionsområde:	Sammenhæng og kvalitet															
Indikator nr. 4	At almen praksis og hospitalerne henviser flere borgere med behov for forebyggelse og rehabilitering til udvalgte tilbud i kommunerne															
Status 2015:	<p style="text-align: center;">Antal henvisninger til kommunernes forebyggelse og rehabiliteringstilbud</p> <p>The bar chart displays the number of referrals from two sources: practicing doctors (blue bars) and hospitals (red bars) across four quarters. The y-axis represents the number of referrals, ranging from 0 to 4,000 in increments of 500. The x-axis lists the quarters: 1. kvartal, 2. kvartal, 3. kvartal, and 4. kvartal. Referrals from practicing doctors are consistently higher than those from hospitals, with a notable increase in the 4th quarter.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kvartal</th> <th>Henvisninger fra praktiserende læge</th> <th>Henvisninger fra hospital</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. kvartal</td> <td>3.500</td> <td>600</td> </tr> <tr> <td>2. kvartal</td> <td>3.500</td> <td>600</td> </tr> <tr> <td>3. kvartal</td> <td>3.500</td> <td>600</td> </tr> <tr> <td>4. kvartal</td> <td>3.800</td> <td>800</td> </tr> </tbody> </table>	Kvartal	Henvisninger fra praktiserende læge	Henvisninger fra hospital	1. kvartal	3.500	600	2. kvartal	3.500	600	3. kvartal	3.500	600	4. kvartal	3.800	800
Kvartal	Henvisninger fra praktiserende læge	Henvisninger fra hospital														
1. kvartal	3.500	600														
2. kvartal	3.500	600														
3. kvartal	3.500	600														
4. kvartal	3.800	800														
Definition:	Der måles på antal henvisninger (REF01).															
Datakilder:	E-sundhed															

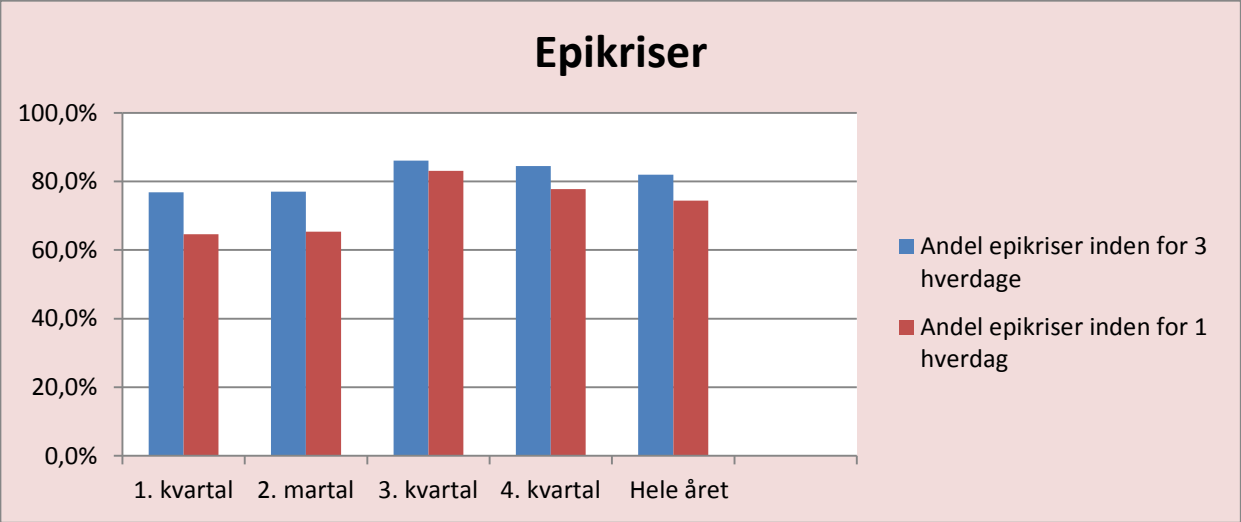
Visionsområde:	Sammenhæng og kvalitet												
Indikator nr. 5	At andelen af borgere, der bliver indlagt med en forebyggelig diagnose, reduceres												
Status 2015:	<div style="text-align: center;"> <h3>Andel af forebyggelige indlæggelser</h3> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategori</th> <th>Andel af forebyggelige indlæggelser (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. kvartal</td> <td>12,4%</td> </tr> <tr> <td>2. kvartal</td> <td>11,3%</td> </tr> <tr> <td>3. kvartal</td> <td>10,2%</td> </tr> <tr> <td>4. kvartal</td> <td>10,8%</td> </tr> <tr> <td>Hele året</td> <td>11,2%</td> </tr> </tbody> </table> </div>	Kategori	Andel af forebyggelige indlæggelser (%)	1. kvartal	12,4%	2. kvartal	11,3%	3. kvartal	10,2%	4. kvartal	10,8%	Hele året	11,2%
Kategori	Andel af forebyggelige indlæggelser (%)												
1. kvartal	12,4%												
2. kvartal	11,3%												
3. kvartal	10,2%												
4. kvartal	10,8%												
Hele året	11,2%												
Definition:	<p>Med en forebyggelig diagnose menes sygdomme hvor indlæggelse vurderes at kunne være forebygget gennem en tidlig forebyggende indsats. Diagnoserne er udvalgt på nationalt niveau og omfatter følgende diagnoser: Nedre luftvejssygdom , væskemangel, blærebetændelse, forstoppelse, ernæringsbetinget blodmangel, knoglebrud, tarminfektion, tryksår og sociale og plejemæssige forhold. Opgørelserne omfatter kun borgere med bopæl i Region Hovedstaden behandlet på Region Hovedstadens hospitaler. Borgere der har været indlagt på private hospitaler eller hospitaler i andre regioner m.m., er således ikke medtaget.</p> <p>Andelen af forebyggelig indlæggelser er beregnet i forhold til alle indlæggelser af borgere med bopæl i Region Hovedstaden behandlet på Region Hovedstadens hospitaler. Borgere der har været indlagt på private hospitaler eller hospitaler i andre regioner m.m., er således ikke medtaget. Herudover medtager opgørelsen ikke borgere der udskrives og genindlægges inden for samme døgn.</p>												
Datakilder:	E-sundhed												

Visionsområde:	Sammenhæng og kvalitet												
Indikator nr. 6	At andelen af borgere, der bliver genindlagt med en forebyggelig diagnose, reduceres												
Status 2015:	<p style="text-align: center;">Andel af forebyggelige genindlæggelser</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kvartal</th> <th>Andel af forebyggelige genindlæggelser</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. kvartal</td> <td>1,39%</td> </tr> <tr> <td>2. kvartal</td> <td>1,27%</td> </tr> <tr> <td>3. kvartal</td> <td>1,10%</td> </tr> <tr> <td>4. kvartal</td> <td>1,17%</td> </tr> <tr> <td>Hele året</td> <td>1,23%</td> </tr> </tbody> </table>	Kvartal	Andel af forebyggelige genindlæggelser	1. kvartal	1,39%	2. kvartal	1,27%	3. kvartal	1,10%	4. kvartal	1,17%	Hele året	1,23%
Kvartal	Andel af forebyggelige genindlæggelser												
1. kvartal	1,39%												
2. kvartal	1,27%												
3. kvartal	1,10%												
4. kvartal	1,17%												
Hele året	1,23%												
Definition:	<p>Med genindlæggelse af borgere med en forebyggelig diagnose menes borgere, der akut genindlægges inden for 30 dage efter en udskrivning, og som i forbindelse med genindlæggelse får en forebyggelig diagnose.</p> <p>De forebyggelig diagnoser er udvalgt på nationalt niveau omfatter plan og omfatter følgende diagnoser: Nedre luftvejssygdom, væskemangel, blærebetændelse, forstoppelse, ernæringsbetinget blodmangel, knoglebrud, tarminfektion, tryksår og sociale og plejemæssige forhold.</p> <p>Andelen af forebyggelig indlæggelser er beregnet i forhold til alle indlæggelser af borgere med bopæl i Region Hovedstaden behandlet på Region Hovedstadens hospitaler. Borgere, der har været indlagt på private hospitaler eller hospitaler i andre regioner m.m., er således ikke medtaget. Herudover medtager opgørelsen ikke borgere der udskrives og genindlægges inden for samme døgn.</p>												
Datakilder:	E-sundhed												

Visionsområde:	Sammenhæng og kvalitet
Indikator nr. 7	At færre nyfødte genindlægges
Status 2015:	Definition og afgrænsning af dataudtræk til brug for opfølgning på indikatoren er under afklaring.
Definition:	
Datakilder:	

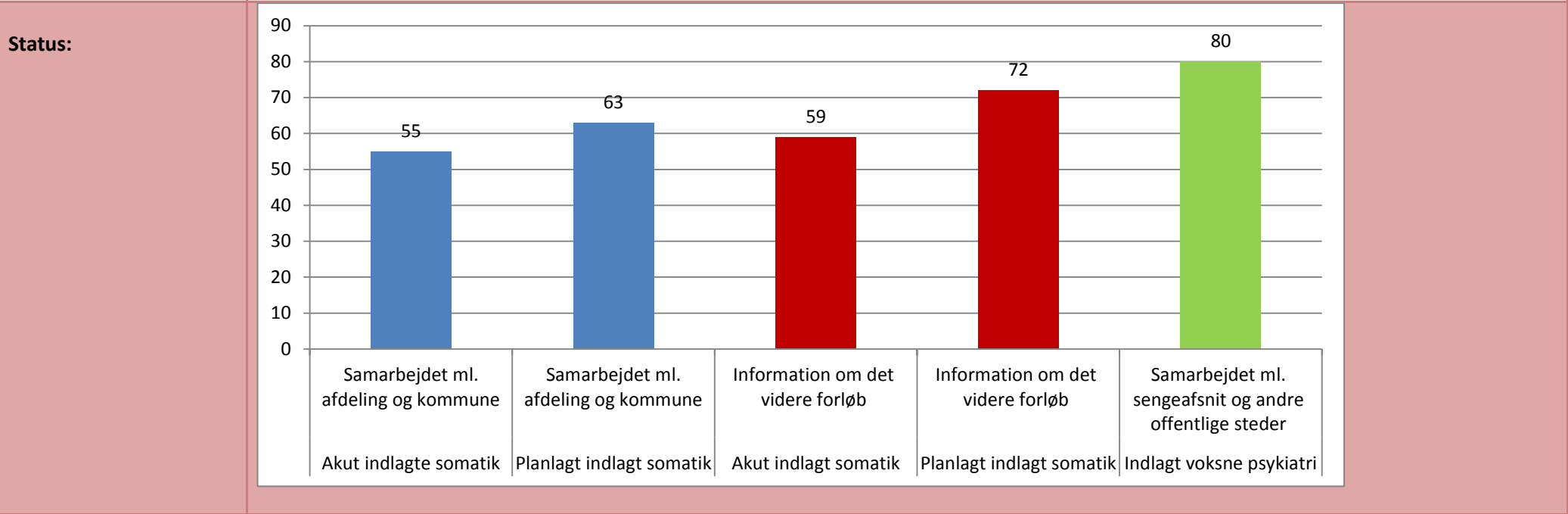
Visionsområde:	Sammenhæng og kvalitet												
Indikator nr. 8	At andelen af akutte medicinske korttids-indlæggelser reduceres												
Status 2015:	<p style="text-align: center;">Andel af medicinske korttidsindlæggelser</p>  <table border="1" data-bbox="407 395 1680 885"> <thead> <tr> <th>Kvartal</th> <th>Andel af medicinske korttidsindlæggelser</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. kvartal</td> <td>9,8%</td> </tr> <tr> <td>2. kvartal</td> <td>10,0%</td> </tr> <tr> <td>3. kvartal</td> <td>10,2%</td> </tr> <tr> <td>4. kvartal</td> <td>10,1%</td> </tr> <tr> <td>Hele året</td> <td>10,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Kvartal	Andel af medicinske korttidsindlæggelser	1. kvartal	9,8%	2. kvartal	10,0%	3. kvartal	10,2%	4. kvartal	10,1%	Hele året	10,0%
Kvartal	Andel af medicinske korttidsindlæggelser												
1. kvartal	9,8%												
2. kvartal	10,0%												
3. kvartal	10,2%												
4. kvartal	10,1%												
Hele året	10,0%												
Definition:	<p>Med akutte medicinske korttids-indlæggelser menes her forløb, hvor indlæggelse og udskrivning sker inden for samme døgn (0-dagsindlæggelser).</p> <p>Opgørelserne omfatter kun borgere med bopæl i Region Hovedstaden behandlet på Region Hovedstadens hospitaler. Borgere, der har været indlagt på private hospitaler eller hospitaler i andre regioner m.m., er således ikke medtaget</p>												
Datakilder:	E-sundhed												

Visionsområde:	Sammenhæng og kvalitet																		
Indikator nr. 9	At andelen af borgere, der optager en seng på hospital efter de er færdigbehandlet, reduceres																		
Visionsområde:	<p style="text-align: center;">Antal færdigbehandlede patienter</p>  <table border="1" data-bbox="418 392 1700 970"> <thead> <tr> <th>Tidspunkt</th> <th>Antal færdigbehandlede patienter på de somatiske hospitaler</th> <th>Antal færdigbehandlede patienter på de psykiatriske centre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. kvartal</td> <td>1962</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2. martal</td> <td>1530</td> <td>51</td> </tr> <tr> <td>3. kvartal</td> <td>1284</td> <td>53</td> </tr> <tr> <td>4. kvartal</td> <td>1474</td> <td>59</td> </tr> <tr> <td>Hele året</td> <td>6248</td> <td>223</td> </tr> </tbody> </table>	Tidspunkt	Antal færdigbehandlede patienter på de somatiske hospitaler	Antal færdigbehandlede patienter på de psykiatriske centre	1. kvartal	1962	60	2. martal	1530	51	3. kvartal	1284	53	4. kvartal	1474	59	Hele året	6248	223
Tidspunkt	Antal færdigbehandlede patienter på de somatiske hospitaler	Antal færdigbehandlede patienter på de psykiatriske centre																	
1. kvartal	1962	60																	
2. martal	1530	51																	
3. kvartal	1284	53																	
4. kvartal	1474	59																	
Hele året	6248	223																	
Definition:	Opgørelserne omfatter <u>antallet</u> af borgere med bopæl i Region Hovedstaden, som har været indlagt et af Region Hovedstadens hospitaler, og som ikke har kunnet udskrives ved tidspunktet for færdigbehandlingen.																		
Datakilder	E-sundhed																		

Visionsområde:	Sammenhæng og kvalitet																		
Indikator nr. 10	At andelen af udskrivelser, hvor der er afsendt en rettidig elektronisk epikrise, øges																		
Status 2015:	 <table border="1"> <caption>Epikriser</caption> <thead> <tr> <th>Tidspunkt</th> <th>Andel epikriser inden for 3 hverdage (%)</th> <th>Andel epikriser inden for 1 hverdag (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. kvartal</td> <td>~76,0%</td> <td>~64,0%</td> </tr> <tr> <td>2. kvartal</td> <td>~76,0%</td> <td>~65,0%</td> </tr> <tr> <td>3. kvartal</td> <td>~86,0%</td> <td>~82,0%</td> </tr> <tr> <td>4. kvartal</td> <td>~84,0%</td> <td>~77,0%</td> </tr> <tr> <td>Hele året</td> <td>~81,0%</td> <td>~73,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Tidspunkt	Andel epikriser inden for 3 hverdage (%)	Andel epikriser inden for 1 hverdag (%)	1. kvartal	~76,0%	~64,0%	2. kvartal	~76,0%	~65,0%	3. kvartal	~86,0%	~82,0%	4. kvartal	~84,0%	~77,0%	Hele året	~81,0%	~73,0%
Tidspunkt	Andel epikriser inden for 3 hverdage (%)	Andel epikriser inden for 1 hverdag (%)																	
1. kvartal	~76,0%	~64,0%																	
2. kvartal	~76,0%	~65,0%																	
3. kvartal	~86,0%	~82,0%																	
4. kvartal	~84,0%	~77,0%																	
Hele året	~81,0%	~73,0%																	
Definition:	<p>Epikrisen er et udskrivningsbrev som hospitalet sender til borgerens egen læge i forbindelse med udskrivelse fra sygehus.</p> <p>I Sundhedsaftalens 2015 – 2018 er det aftalt, at vi vil understøtte en samlet set hurtigere fremsendelse af epikriser til egen læge end i dag. Særligt for borgere, hvor kommunen eller egen læge er umiddelbart involveret i den fortsatte behandling af borgeren, sikres det, at epikrisen fremsendes til egen læge samme dag for borgere udskrevet på hverdage inden kl. 12 og ellers senest en hverdag efter udskrivelsen af borgeren. Opgørelserne omfatter kun borgere med bopæl i Region Hovedstaden behandlet på Region Hovedstadens hospitaler. Borgere, der har været indlagt på private hospitaler eller hospitaler i andre regioner m.m., er således ikke medtaget.</p>																		
Datakilder:	E-sundhed																		

Visionsområde: Sammenhæng og kvalitet

Indikator nr. 11 At andelen af borgere, der oplever godt samarbejde og god kommunikation, stiger



Definition: Der måles på følgende udvalgte spørgsmål fra hhv. LUP somatik og LUP psykiatri:

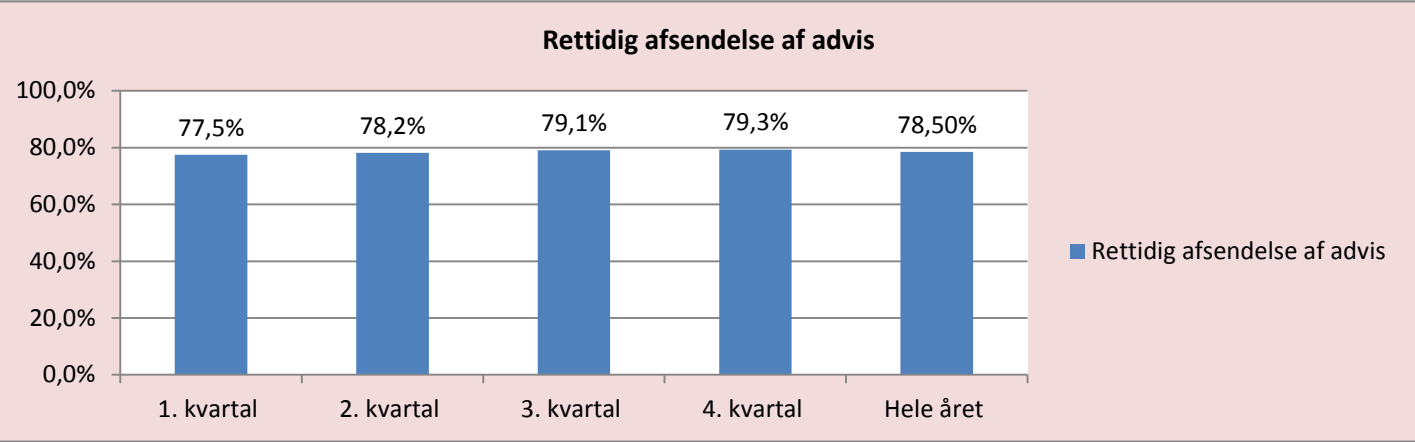
LUP Somatik

1. Antal patienter, der svarer "virkelig godt eller "godt" på spørgsmålet: Hvordan vurderer du, at afdelingen og den kommunale hjemmesygepleje/hjemmesygepleje har samarbejdet om din udskrivelse?
2. Antal patienter, der svarer "virkelig godt eller "godt" på spørgsmålet: Blev du informeret om den videre plan for dit forløb eksempelvis i forhold til opfølgning og/eller genoptræning?

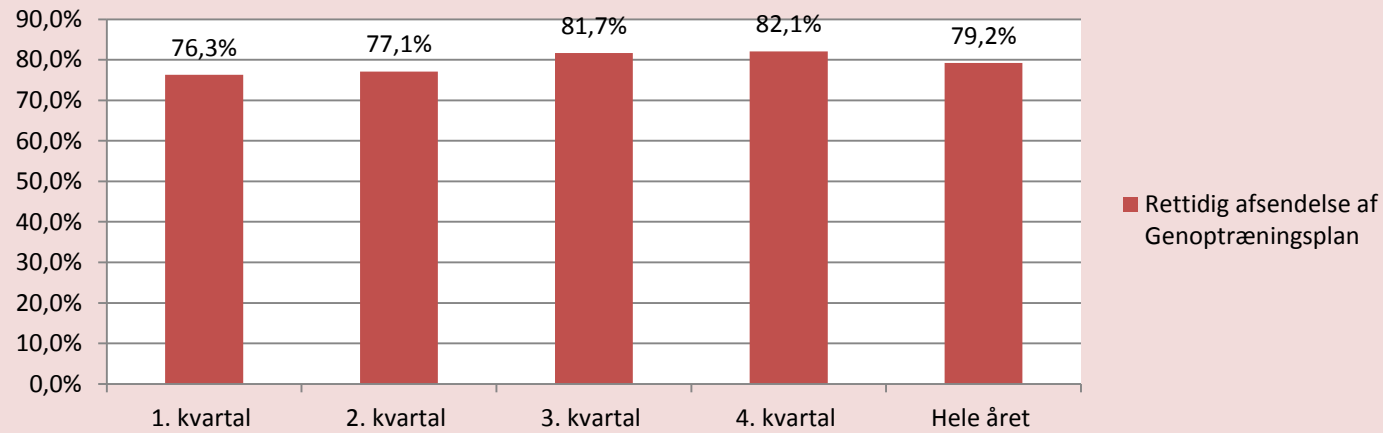
LUP Psykiatri

3. Antal patienter, der svarer "virkelig godt eller "godt" på spørgsmålet: Hvordan oplever du samarbejdet er mellem andre offentlige steder, som du har kontakt med om din sygdom?

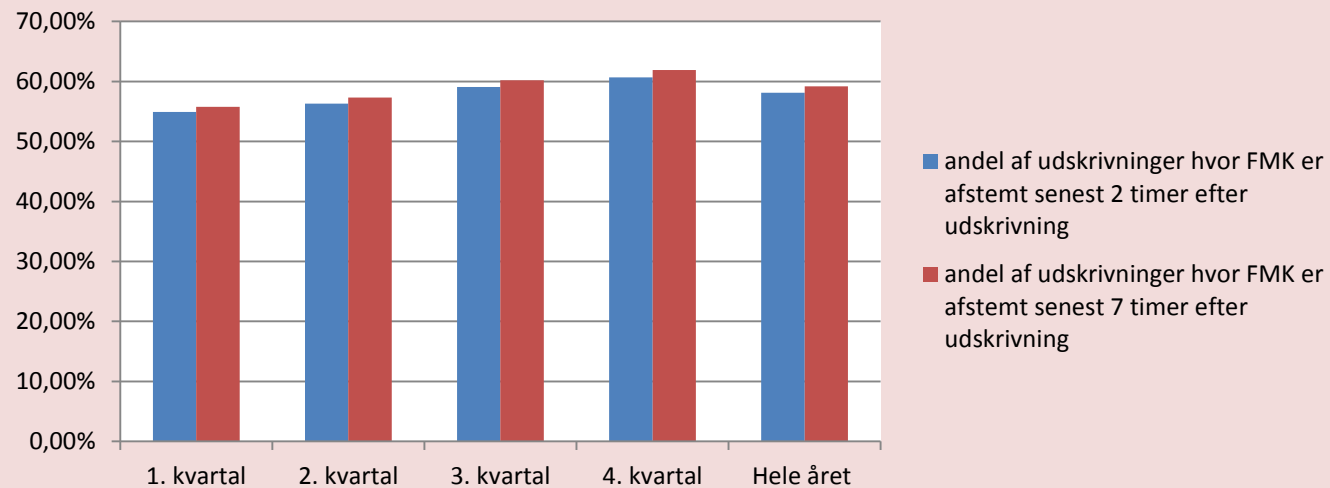
	For LUP Somatik tages udgangspunkt i spørgeskemaet til indlagte patienter (akut indlagt og planlagt indlagt) og for LUP Psykiatri tager udgangspunkt i spørgeskemaet for indlagte voksne patienter.
Datakilder:	Kilde: LUP 2015, somatik og psykiatri.

Visionsområde	Sammenhæng og kvalitet												
Indikator nr. 12	At anvendelsesgraden og rettidigheden af udvalgte indikatorer vedr. digital kommunikation øges.												
Status 2015:	<p style="text-align: center;">Rettidig afsendelse af avis</p>  <table border="1"><thead><tr><th>Kvartal</th><th>Rettidig afsendelse af avis (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>1. kvartal</td><td>77,5%</td></tr><tr><td>2. kvartal</td><td>78,2%</td></tr><tr><td>3. kvartal</td><td>79,1%</td></tr><tr><td>4. kvartal</td><td>79,3%</td></tr><tr><td>Hele året</td><td>78,50%</td></tr></tbody></table>	Kvartal	Rettidig afsendelse af avis (%)	1. kvartal	77,5%	2. kvartal	78,2%	3. kvartal	79,1%	4. kvartal	79,3%	Hele året	78,50%
Kvartal	Rettidig afsendelse af avis (%)												
1. kvartal	77,5%												
2. kvartal	78,2%												
3. kvartal	79,1%												
4. kvartal	79,3%												
Hele året	78,50%												

Rettidig afsendelse af genoptræningsplan



FMK afstemt ved udskrivelse



Definitioner:	<p>Udskrivningsadvis: Udskrivningsadviser er automatisk genererede informationer fra hospital med oplysninger om udskrivningsdatoer. Registreringen af udskrivningen skal ske senest to timer efter patientens faktiske udskrivningstidspunkt. Borgerens hjemkommune modtager udskrivningsadvis, såfremt (og kun såfremt) borgeren modtager kommunale omsorgsydelser.</p> <p>Genoptræningsplaner: En genoptrænings-plan er fremsendt rettidig, når den fremsendes senest 2 timer efter udskrivningstidspunktet. Opgørelsen omfatter kun afsendelse af genoptræningsplaner for borgere, der har været indlagt</p> <p>FMK: Fælles Medicinkort (FMK) er en elektronisk oversigt med aktuelle oplysninger om borgernes medicin og vaccinationer. FMK skal løbende opdateres (afstemmes), når der sker ændringer i borgerens medicin. Nedenstående skema viser hvor mange medicinkort der er afstemt senest 7 timer efter udskrivelse fra hospitalet. Det skal bemærkes at FMK ikke kræves afstemt i forbindelse med flytning af patienter mellem hospitaler i regionen. Hertil kommer, at der for FMK er udeladt spæd-børn under 7 dage, fødsler og personer med erstatnings-cpr.nr.</p>
Datakilder:	Data generes af CSC på baggrund af oplysninger fra hospitalernes patientadministrative systemer -

SKU: Status på indsatser igangsat i 2015

P:\CSU\Tværsektorielt Udvikling\Sundhedsaftaler 3. generation\Henriette\Implementeringsplan\Statusopfølgning

Visionsområder

Farvekode: Borgeren som aktiv samarbejdspart	
Farvekode: Nye og bedre samarbejdsformer	
Farvekode: Lighed i sundhed	
Farvekode: Sammenhæng og kvalitet	

Indsats	afsnit i SA3	Forankring af indsatsen	Indsatsbeskrivelse	Status januar 2016
1	2.1	Arbejdsgruppe vedr. Aktivt samarbejde med borgere og pårørende	<i>Fremme aktivt samarbejde med borgere i alle sektorer ved at prioritere mellem eksisterende aktiviteter og metoder, der kan styrke samarbejdet mellem borgere, herunder pårørende og fagprofessionelle, og tage stilling til udbredelse af projekter, som har vist sig virkningsfulde og effektive.</i>	Arbejdsgruppen afleverede en status i Den Administrative Styregruppe den 13. 03.16. DAS tog arbejdsgruppens status til efterretning og drøftede arbejdsgruppens overvejelser vedr. valg af metoder til styrkelse af det aktive samarbejde på individniveau. Styregruppen var enig i, at det er fornuftigt at lægge op til en vis grad af valgfrihed i anvendelse af metoder, men at det samtidig er vigtigt at vise vejen og ikke brede sig for meget ud. Formålet er således ikke blot at kunne præsentere metodebeskrivelser, men også at udfolde metoderne i et implementeringsperspektiv.
2	2.1	Telemedicinsk Videncenter	<i>Understøtte borgerens indflydelse på og muligheder for egenomsorg, herunder sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af telemedicinske indsatser. I arbejdet skal der indledningsvist identificeres og tages stilling til udbredelse og koordinering mellem eksisterende aktiviteter på området for telesundhed.</i>	Indsats 2 består af 4 delprojekter 1) Kortlægning: Kortlægning af eksisterende tværsektorielle initiativer inden for telesund (træk fra database), udarbejde idekatalog som inspiration og herefter indgå konkrete aftaler vedrørende initiativer der ønskes driftsmodnet/udbredt inkl. afklaring af ressourceforbrug og ansvarsfordeling. I første halvdel af 2016 udarbejdes et idekatalog med forslag til konkrete telemedicinske initiativer. Der vil efterfølgende kunne indgås konkrete aftaler med kommunerne 2) National udrulning af hjemmemonitorering af patienter med KOL. Projektet forventes at overgå til nationalt udbredning i 2016. Forud for evt. udrulning i hovedstadsregionen evt. beslutning om pilotprojekt, herunder stilling til inddragelse af kommunerne og evt. almen praksis. Den Administrative Styregruppe har den 13. 03. 2016 godkendt etablering af det regionale landsdelsprogram, herunder at Dansk Lungeforenings tilbydes repræsentation i programstyregruppen. 3) Telemedicinsk sårurdering er et nationalt projekt, der er under udrulning i hovedstadsregionen med sigte på implementering i samtlige 29 kommuner og på 5 sårambulatorier ultimo august 2015. Den Administrative Styregruppe har den 13. 03. 2016 godkendt projektbeskrivelse om gevinstrealisering og rådgivning i forhold til telemedicinsk sårurdering. Den Administrative Styregruppe har godkendt den reviderede fællesregionale samarbejdsaftale. 4) HjerteInsufficiensTelemedicin - HIT2 bygger på erfaringerne fra et tidligere projekt HIT1, der har kørt i Region Hovedstaden frem til 2013. HIT2 forventes at køre som pilotprojekt i hovedstadsregionen i 2015 i et samarbejde med mindst én kommune. Status: HjerteInsufficiensTelemedicin –(HIT2) bygger på erfaringerne fra et tidligere projekt HIT1, der har kørt i Region Hovedstaden frem til 2013. HIT2 har kørt som pilotprojekt på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital i 2015, og overgår til drift i 2016. Der har i pilotprojektet i 2015 været indgået en samarbejdsaftale med Frederiksberg Kommune, der vil blive beskrevet i den afsluttende evaluering, hvorefter Frederiksberg Kommune vil vurdere mulighederne for et videre samarbejde.
3+4	2.2	Arbejdsgruppe vedr. aktivt samarbejde med borgere og pårørende	<i>Arbejde for styrkelse af systematisk involvering af borgere ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb</i>	Konklusion fra DAS 13.03.2016: Vedr. arbejdsgruppens anbefaling om at styrke det organisatoriske samarbejde med brugerrepræsentation i samordningsudvalgene, var Styregruppen enig om, at bede de enkelte samordningsudvalg om at drøfte anbefalingen suppleret med en forsøgsperiode i flere af samordningsudvalgene, inden der kan træffes en endelig beslutning.
5	3.1	Arbejdsgruppe vedr. Nye samarbejdsformer	<i>Aftale principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller med f.eks fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.</i>	Udkast til principper og opgavefelter forelægges første halvdel af 2016 i DAS
9	4.1.2	Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	<i>For at sikre udvikling af differentierede tilbud, hvor borgerens behov og ønsker er i fokus, vil vi udvælge to til tre målgrupper, hvor der afprøves løsninger, der tilgodeser det øgede behov for koordinering og fleksibilitet, der gør sig gældende for målgruppen. Dette skal ske med afsæt i den tilgængelige viden.</i>	Der er i 2015 arbejdet med indhold og procesplan. Der har været afholdt en workshop om eksisterende initiativer og målgruppeidentifikation. Arbejdet fortsætter i 2016

11	4.2.2.	Samarbejde mellem RHP og KK	<p>For at sikre borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrugsproblematik en effektiv, koordineret udredning og behandling af både psykisk sygdom og misbrug vil vi udvikle og udbrede nye organisatoriske modeller for dette samarbejde mellem region og kommuner. Det skal ske med afsæt i lokale erfaringer fra samarbejdsaftalerne og eksisterende projekter. Modellerne tilpasses tillige de nationale retningslinjer for koordinerede indsatsplaner</p>	<p>Der er i 2015 igangsat flere nye samarbejdsprojekter. Herunder projekter om:</p> <p>A) Udarbejdelse af en generisk model for implementering af koordinerende indsatsplaner. Intentionen med de koordinerede indsatsplaner er at flere af flere sårbare mennesker med en dobbeltdiagnose skal få relevant og integreret behandling af både psykiatrisk lidelse og misbrug. Projektet, der løber frem til oktober 2016, er et udviklingsprojekt med deltagelse af Københavns Kommune og Psykiatrisk Center, Sankt Hans. Målgruppen for projektet er i projektperioden borgere med bopæl i Københavns Kommune, men der er intentionen at projektets erfaringer skal spredes ud og indgå som inspiration for samarbejde mellem region hovedstadens psykiatri og alle kommunerne i regionen</p> <p>B) Fælles team, der udfører opsøgende og integreret behandling af borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrug på deres botilbud. Der er tale om et udviklingsprojekt med deltagelse af Københavns Kommune og Region Hovedstadens Psykiatri (Socialpsykiatrisk Center Amager og Psykiatrisk Center Amager). Projektet er foreløbigt finansieret frem til ultimo 2017. Formålet med projektet er at afprøve en ny samarbejdsform mellem kommunen og Region Hovedstadens psykiatri, der skal sikre og videreudvikle indsatsen over for psykisk sygdom og samtidig misbrug ved etablering af et fælles tværsektorielt team, der integrerer indsatsen på tværs af behandlingspsykiatri, misbrugsbehandling og socialpsykiatri. Teamet skal fungere opsøgende og behandlende og yde selve indsatsen på botilbuddene. Det er aftalt, at projektet midtvejsevalueres medio 2016 og at der i forbindelse hermed sker en drøftelse af mulighederne for udbredelse af modellen.</p> <p>C) Rammeaftalerne</p> <p>Udover ovenstående projekter er der også fokus sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykisk sygdom og misbrug i samarbejdsaftaler. Derudover skal også fremhæves, at KKR-Hovedstaden har valgt at have tilbud til borgere med dobbeltdiagnoser som et særligt tema for Udviklingsstrategien i Rammeaftalen for 2015. I forbindelse hermed planlægges i marts 2016 afholdt en konference med kommunale og regionale beslutningstagere og faglige konsulenter, og der vil i den forbindelse blive udarbejdet et inspirationskatalog med idéer til implementering og tilrettelæggelser af indsatser for borgere med dobbeltdiagnoser. Efterfølgende danner idékatalog og input fra konferencen bagtæppe for anbefalinger til mulige tværkommunale og/eller tværsektorielle tiltag, der kan bidrage til at udvikle tilbud til borgere med dobbeltdiagnoser. Arbejdet er forankret i Gladsaxe og Ballerup Kommuner.</p> <p>Videre proces: Embedsmandsudvalget for Social og Specialundervisning træffer beslutning om hvorvidt og i hvilken der skal arbejdes videre med anbefalingerne. Dette forventes at ske medio 2016.</p>
13	5.1.1	Styregruppen for evaluerings- og analysemodellen	<p>For at styrke datadreven kvalitetsudvikling vil vi registrere data i rehabiliteringsdatabasen indenfor udvalgte indikatorer først for diabetes og dernæst for KOL.</p>	<p><u>Status for hospitalerne</u></p> <p>Pr. 1. januar 2016 påbegyndes en registrering i DrKOL (nationale kliniske database) af to indikatorer for rehabiliteringen, der gør det muligt at monitorere på antallet af patienter i rehabilitering i tilknytning til hospitalerne i Danmark:</p> <p>Derudover er der fra 1. januar 2015 påbegyndt en registrering af, hvorvidt patienten siger, at de har fået et rehabiliteringstilbud inden for de sidste to år i tilknytning til a) hospital, b) kommune eller c) ikke har modtaget et tilbud.</p> <p>Data om rehabiliteringsindsatserne på hospitalerne kan tidligst forventes at blive tilgængelige i 2017.</p> <p><u>Status for kommunerne</u></p> <p>Registrering i database eller elektronisk indhentning af data fra de kommunale omsorgssystemer?</p> <p>En af hovedudfordringerne har været at finde en løsning for, hvordan der bedst indhentes kommunale data for rehabiliteringen. Oprindeligt blev der nationalt (og før da også regionalt) arbejdet efter en løsning, hvor kommunerne registrerede data i en elektronisk indtastningsflade. Kommunerne (20 kommuner) har på en national workshop i januar i år imidlertid klart givet udtryk for, at de ikke ønsker at registrere i en database, da dette indebærer, at de så skal registrere de samme data to gange. Kommunerne mener, at data bør kunne hentes direkte fra kommunernes elektroniske omsorgssystemer.</p> <p>For kommunerne er det på nationalt niveau (i regi af RKKP) og dernæst i styregruppen for Evaluerings- og analysemodellen således besluttet, at der arbejdes for en løsning, som gør at kommunerne kan undgå dobbeltregistrering.</p> <p>I det nationale samarbejde med RKKP er der derfor ved at blive udarbejdet en revideret ansøgning til styregruppen for DrKOL med henblik på at få midler til et pilotprojekt om elektronisk indhentning af data fra kommunerne for KOL-rehabilitering samt anvendelse og opfølgning på tværsektorielle data.</p>
16	5.1.2	Arbejdsgruppe vedr. IT og Elektronisk kommunikation	<p>Følge den Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet anvisninger for udbredelse af beskedbaseret digital kommunikation for psykiatrien, socialpsykiatrien, handicapområdet og jobcentre. Med udgangspunkt i ovenstående punkter skal den eksisterende tværsektorielle kommunikationsaftale udbygges og implementeres.</p>	<p>Der er sket en tidsforskydning i forhold til igangsætning af indsatserne</p>

17	5.1.2	FMK-tværs	<i>For at styrke brugen af det Fælles Medicin Kort vil vi udarbejde og medio 2015 have implementeret en aftale om, hvordan parterne anvender FMK i det tværsektorielle samarbejde. Aftalen skal dels dække forhold under implementeringen og dels sikre arbejdsgange og følge op på kvaliteten i anvendelsen af FMK, når FMK er i drift medio 2015. Aftalen skal imødekomme de særlige forhold, der gør sig gældende, på det specialiserede socialområde.</i>	Det fortsatte kardinalpunkt for at opnå enighed omkring en fælles tværsektoriel vejledning er, at PLO ikke anerkender at ajourføring er en almindelig del af anvendelsen af FMK. Med dette afsæt, er det formandskabet for FMK-Tværs' vurdering, at det endnu er for tidligt at konkludere på mulighederne for at finde et fælles ståsted med PLO, således at der kan laves aftale om en tværsektoriel vejledning for hovedstadsregionen. Hvis det viser sig, at der ikke kan opnås enighed, vurderer formandskabet dog, at det vil betyde en markant forringet kvalitet i arbejdet med FMK for alle parter. Ikke mindst for kommunerne. DAS har besluttet, at der er behov for få en dialog på et højere ledelsesmæssigt niveau. FMK-tværs gruppen skal fortsætte med deres øvrige opgaver
18	5.1.3	Arbejdsgruppe vedr. Patientsikkerhed	<i>Medvirke til udvikling af Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD), så data kan ses på tværs af sektorer.</i>	Arbejdet fortsætter i 2016
19	5.1.3	Arbejdsgruppe vedr. Patientsikkerhed	<i>Aftale og implementere en tværsektoriel organisering af samarbejdet mellem region og kommunerne omkring utilsigtede hændelser, som tager udgangspunkt i samarbejdet mellem regionale og kommunale risikomanagere og patientsikkerhedskonsulenter fra almen praksis.</i>	DAS har den 11. marts 2016 godkendt Ramme for samarbejdet om det tværsektorielle patientsikkerhedsarbejde.
21	5.1.4	Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	<i>Fastlægge hvilke indikatorer, der skal anvendes til at følge implementeringsgraden og kvaliteten af forløbsprogrammerne, samt aftale hvilke konkrete mål for kvalitet i tilbuddene og videre implementering, der skal nås.</i>	Arbejdet med udarbejdelse af indikatorer er overgået til styregruppen for Evaluerings og analysemodellen. Det forventes, at der forelægges et forslag til indikatorer for DAS i september 2016.
22	5.1.4	Arbejdsgruppe vedr. Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	<i>Med henblik på mere effektiv ressourceudnyttelse og bedre patientoplevelt kvalitet gennemføres først et fælles analysearbejde, hvor der kan samkøres data på tværs af sektorgrænser. Dernæst udvikles og afprøves en model, der kan reducere forebyggeligt storforbrug af sundhedsydelse for ældre medicinske patienter med kroniske sygdomme. Efterfølgende vurderes mulighederne for udbredelse af modellen.</i>	Storforbrugerprojektet afsluttes senere end forventet, hvorfor arbejdet med indsatsen udskydes ind i 2016
27	5.1.5	Sårpleje, Telemedicinsk Videncenter CSU	<i>Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sårpleje. I aftalen skal der udpeges særlige indsatsområder, herunder evaluering og udvikling af rådgivningen via telemedicinsk kommunikation samt udvikling af indikatorer på området. Der skal i aftalen være fokus på at øge kompetencerne hos relevante målgrupper omkring forebyggelse af tryksår.</i>	Indsats 27 udfoldes som et projekt, bestående af to overordnede elementer, hhv. "Gevinrealisering" og "Rådgivning af social- og sundhedsassistenter- og hjælpere i kommunerne i forebyggelse af tryksår og sårpleje". Projektledelsen er delt mellem kommuner og region. Der er udarbejdet en projektbeskrivelse. Den Administrative Styregruppe godkendte, at projektet tager kontakt til samtlige kommuner med henblik på kortlægning af den aktuelle udbredelse af telemedicinsk sårvurdering.
29	5.1.6	Arbejdsgruppe vedr. Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	<i>Udarbejde en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere, når de udfører lægelige ordinationer i hjemmesygeplejen, på plejehjem, i akutfunktioner og botilbud. (Skal løftes i sammenhæng med indsats 56)</i>	Arbejdet med at afdække ønsker, muligheder, regler uklarheder og barrierer er startet op i 2015 og arbejdet fortsætter i 2016. Udarbejdelse af en overordnet ramme vil foregå i 2016
30	5.1.7	DAS	<i>Løbende og efter behov indgå aftaler i regi af Sundhedskoordinationsudvalget om opgaveoverdragelse i forbindelse med større, strukturelle og principielle flytninger af opgaver mellem kommuner og region.</i>	Der har i 2015 ikke været initiativer der skal afrapporteres
32	5.2.1	Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	<i>Sikre systematisk opdatering af kommuner og hospitalers informationer om tilbud på forebyggelses- og rehabiliteringsområdet på SOFT-portalens således, at den nyeste og relevante information om konkrete forebyggelses- og rehabiliteringstilbud altid er tilgængelig på Sundhed.dk. Herunder skal der også sikres synlighed af tilbud, som er rettet mod borgere med psykisk sygdom, vidtgående psykisk og/eller fysisk handicap og borgere med et skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler</i>	Arbejdsgruppen for patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom har nedsat en arbejdsgruppe, som har vurderet behov for at iværksættelse af særlige tiltag til at sikre en systematisk opdatering af tilbud på sundhed.dk. Det er i den forbindelse konstateret, at de arbejdsgange, der er iværksat er tilstrækkelige. Samtidig er det ved gennemgang af tilbuddene på SOFT vurderet, at beskrivelserne efterhånden er af ensartet og god kvalitet. Gruppen ser dog muligheder for forbedringer, som kan bidrage til en øget brug af SOFT-portalens, særligt i almen praksis, som vil tages op med Sundhed.dk. Derudover er der behov for at sikre at tilbud indenfor psykiatrien og misbrugsbehandling kommer på SOFT. Dette arbejde skal ske i samarbejde med KKR.
42	5.2.6	Embedsmandsudvalget for Sundhed og i Arbejdsgruppen vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom.	<i>Sikre entydig og lettilgængelig henvisningsprocedure til misbrugsbehandling</i>	Af rapporteret i DAS januar 2016, Den Administrative Styregruppe godkendte anbefalingerne vedr. implementering af indsats 42, herunder forslag til forankring af anbefalingerne i hhv. Embedsmandsudvalget for Sundhed og i Arbejdsgruppen vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom.

50	5.2.10	Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	For at styrke den tidlige opsporing i almen praksis af borgere med KOL og astma hos børn udarbejdes samarbejdsaftaler herom.	Afventer nationale initiativer
51	5.3.1	DCK	Snarligt revidere den gældende Kommunikationsaftale blandt andet med henblik på en forenkling af centrale aftaledele. Der skal endvidere sættes fokus på aktiv inddragelse og samarbejde med borgeren i forbindelse med udskrivelse	DAS har 11. marts 2016 godkendt revideret Kommunikationsaftale. Pilottest og implementering vil afvente implementering af version 1.03 af hjemmepleje- hospitalsmeddelelserne. Det forventes igangsættelse 1. januar 2017
52 + 15	5.3.1	Arbejdsgruppe vedr. IT og Elektronisk Kommunikation	52: Udarbejde og implementere Kommunikationsaftaler for: Ambulante forløb, børn og unge, det akutte område og på psykiatriområdet – herunder også for børne- og ungdomspsykiatrien (børn+unge+psyk) 15: For at understøtte sammenhæng og tilgængelighed af data vil vi implementere beskedsbaseret digital kommunikation for det ambulante område og akutområdet	Der er nedsat projektgrupper under arbejdsgruppen vedrørende Sundheds IT og elektronisk kommunikation med henblik på igangsættelse af 1) implementering af digital kommunikation og udarbejdelse af kommunikationsaftaler ambulante besøg/akutte besøg/børn og unge, 2) implementere digital kommunikation og udarbejde kommunikationsaftale for psykiatrien, ad 3) opdatering af hjemmepleje- hospitalsmeddelelserne og genoptræningsplanen, ad4) Diverse analyser af behov og muligheder for digital kommunikation vedr. jobcentre og privathospitaler, speciallæger og præhospitalet, ad 5) fortsat udvikling af LIS og implementering af LÆblanketter
54 + 36a + 39 + 47	5.3.1	Arbejdsgruppe vedr. Revision af samarbejdsaftaler på psykiatriområdet Børn og voksne	54: Revidere og omdanne Samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet til én generisk samarbejdsaftale på voksenområdet henholdsvis børne- og ungeområdet, der gælder for alle kommuner og alle psykiatriske centre/børne- og ungdomspsykiatriske center. Herunder skal der arbejdes systematisk med understøttelse af aftalernes implementering i den daglige drift. 36a: Aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og praktiserende læger om børn og unge, der ønskes henvist til Børne- og Ungdomspsykiatriske Center. 39: Sikre synlighed og let tilgængelig information om henvisning fra primærsektor til regionens børne- og unge psykiatri 47: Sikre klar kommunikation om udrednings- og behandlingsansvar og sikre lettilgængelige henvisningsveje til behandlingstilbud i kommuner, hospitaler og praksissektoren. (psykisk sygdom)	Arbejdsgrupperne for revision af samarbejdsaftaler på psykiatriområdet fremlagde udkast til samarbejdsaftaler på henholdsvis voksen og børneområdet på DAS 11. marts 2016. Samarbejdsaftalerne sendes i høring i perioden 18. marts til 29. april 2016.
58	5.3.3.1	Arbejdsgruppe vedr. Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	For at skabe overblik og effektiv ressourceudnyttelse vil vi sikre koordinering og implementering i forhold til forløbskoordination og de regionale og kommunale følgeordninger: Følge hjem, ringe hjem og opfølgende hjemmebesøg samt kommunale ordninger, der følger op efter udskrivning. (red. forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter)	Arbejdsgruppen vedr. Forebyggelse af ind- og genindlæggelser har opstartet arbejdet med at kortlægge eksisterende tilbud med henblik på sammen med evalueringer af de regionale og de kommunale tilbud analyseres så der kan udarbejdes anbefalinger til DAS om optimering og koordinering af regionale og kommunale følgeordninger. Arbejdet fortsætter i 2016
61	5.3.4	Hospitalsdirektionerne	Understøtte en samlet set hurtigere fremsendelse af epikriser til egen læge end i dag. Særligt for borgere, hvor kommunen eller egen læge er umiddelbart involveret i den fortsatte behandling af borgeren, sikres det at epikrisen fremsendes til egen læge, samme dag for borgere udskrevet på hverdage inden kl 12 og ellers senest en hverdag efter udskrivelsen af borgeren	Sundhedskoordinationsudvalget og DAS orienteres om status for udviklingen i hurtigere fremsendelse af epikriser efter en fast kadance, f.eks. kvartalsvist. Andelen af epikriser, der fremsendes inden for 3 hverdag inden for de sidste 12 måneder er steget med ca. 9 procentpoint, fra knapt 76 procent i februar 2015 til knapt 85 procent i januar 2016. Tilsvarende er epikriser fremsendt inden for 1 hverdag steget med ca. 12 procentpoint fra knapt 63 procent i februar 2015 til godt 75 procent i januar 2016. Der er i regionen fortsat stort fokus på at leve op til målsætningen om hurtigere fremsendelse af epikriser. Det er i den forbindelse besluttet, at fremsendelse af epikriser inden for 1 hverdag erstatter det hidtidige regionale driftsmål om fremsendelse af epikriser inden for 3 hverdage. Dermed vil fremsendelse af epikriser inden for 1 hverdag også fremadrettet indgå som driftsmål på afdelingernes tavlemøder.
62	5.3.5	Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	Vi har i 2014 udarbejdet en fælles plan for implementering af anbefalingerne i det nationale forløbsprogram for kræftrehabilitering og palliation, som vi vil følge.	Der foregår løbende orientering og drøftelser af implementeringen. Arbejdet fortsætter i 2016
63	5.3.5	Implementeringsgruppe, CSU	Arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering af børn og voksne med erhvervet hjerneskade.	Implementering af forløbsprogram vedr. Rehabilitering af hjerneskade er pauseret

68	5.4.2	Arbejdsgruppe vedr. Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler	<i>For at skabe mere smidige kommunikationsveje mellem hospital og kommune om borgere med samtidigt behov for genoptræning og rehabilitering vil vi bl.a. i takt med udviklingen af MedCom-standarderne arbejde for, at den samme MedCom-standard anvendes til både genoptrænings- og rehabiliteringsforløb</i>	Opgaven er flyttet til 2016
69	5.4.3	Arbejdsgruppe vedr. Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler	<i>For at skabe sammenhæng i genoptræningsforløb, der bygger på mest mulig evidens, skal allerede igangsat udvikling af tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser færdiggøres og implementeres. Arbejdet med at udvikle nye tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser fortsættes ud fra en organisering af udviklingsarbejdet, der er ressourceeffektiv.</i>	Den Administrative Styregruppe har godkendt, at de tre tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelse for henholdsvis Total knæ alloplastik, Hoved-halskræft og Distal radius fraktur udsendes til samordningsudvalgene med henblik på implementering.
72	5.4.4.4	Arbejdsgruppe vedr. Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler	<i>Indgå aftale om udmøntning af Bekendtgørelse samt vejledning om genoptræning eksempelvis ved udarbejdelse af et nyt snitfladekatalog og fastsættelse af ventetider, der hvor det er sundhedsfagligt begrundet.</i>	Afventer oplæg fra skrivegruppe - fortsætter i 2016
73	5.4.4.4	Arbejdsgruppe vedr. Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler	<i>Implementere nationale visitationsretningslinjer for personer med erhvervet hjerneskade når retningslinjerne kommer.</i>	Afventer oplæg fra skrivegruppe - fortsætter i 2016

Bilag: 14.2. Serviceniveau Allerød Kommune sammenholdt med kommuner med nogenlunde samme indbyggertal i andre regioner

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 59613/16

Serviceniveau Allerød Kommune sammenholdt med kommuner med **nogetlunde samme indbyggertal i andre regioner.**

Oplysningerne bygger på kommunernes kvalitetsstandarder, som de fremgår af deres hjemmesider juli/august 2016.

	Allerød(24.809)	Kerteminde(23.871) Syd	Odder(22.176) Midt	Rebild(29.162) Nord	Lejre(27.333) Sjælland
Praktisk Hjælp					
Rengøring					
Hvad	Op til 68 m2	65 m2	Svarende til 2 værelses lejlighed	Svarende til 2 værelses lejlighed	65 m2
Hvor ofte	Hver 3. uge	Hver 2. uge	Hver 3. uge	Hver 2. uge	Hver 2. uge
Tøjvask					
Hvad	To maskiner vaskes i eget hjem hvis vaskemaskine. Alternativt vaskeordning.	Vaskeordning	Maskinvask i eget hjem. Mængde fremgår ikke.	Maskinvask i eget hjem. Mængde fremgår ikke.	Maskinvask i eget hjem eller på fælles vaskeri. Mængde fremgår ikke
Hvor ofte	Hver 2. uge	Hver uge	Hver 2. uge	Hver uge	Hver uge
Indkøb					
Hvad	Varebestilling	Varebestilling	Varebestilling eller indkøb af dagligvarer.	Varebestilling	Varebestilling
Hvor ofte	Hver uge	Hver uge	Hver uge	Hver uge	Hver uge
Personlig pleje					
Bad					
Hvad	Vurdering af behov	Ikke noget særskilt om bad	Ikke noget særskilt om bad	Ikke noget særskilt om bad	Ikke noget særskilt om bad

Hvor ofte	Hver uge (mulighed for oftere)	Fremgår ikke	Hver uge	Fremgår ikke	Hver uge
KLs nøgletal (2014)					
Procent af 65-79 årige der modtager hjælp	3,2	Fremgår ikke	4,9	6,2	4,3
Procent af 80+ årige der modtager hjælp	23,3	Fremgår ikke	28,5	33,7	32,3
Hvor mange timers hjælp får 65-79 årige pr. uge	5	Fremgår ikke	4	4,4	3,6
Hvor mange timers hjælp får 80+ årige pr. uge	4,8	Fremgår ikke	3,9	4,1	4,5
Netto udgifter til pleje og omsorg pr. 65 i kr.+	29.661	40.444	40.913	43.607	34.784

Bilag: 14.1. Serviceniveau Allerød sammenhold med tilgrænsede kommuner, som ikke indgår i KORAs analyse

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 59610/16

Allerød sammenholdt med **tilgrænsende kommuner, som ikke indgår i KORAs analyse.**

Oplysningerne bygger på kommunernes kvalitetsstandarder, som de fremgår af deres hjemmesider juli/august 2016.

	Allerød(24.809)	Frederikssund(44.767)	Hillerød(49.711)	Hørsholm(24.938)	Rudersdal(55.851)
Praktisk Hjælp					
Rengøring					
Hvad	Op til 68 m2	Op til 65 m2	65 m2	67 m2	Svarende til 2 værelses lejl.
Hvor ofte	Hver 3. uge	Hver 2. uge	Hver 3. uge	Hver 3. uge	Hver 2. uge
Tøjvask					
Hvad	To maskiner vaskes i eget hjem hvis vaskemaskine. Alternativt vaskeordning.	Vaskeordning	Maskinvask i eget hjem eller på fælles vaskeri. max. 6 kg	Maskinvask i eget hjem eller vaskeri i bebyggelsen	Maskinvask i eget hjem eller på fælles vaskeri. Mængde fremgår ikke.
Hvor ofte	Hver 2. uge	Hver 2. uge	Hver 2. uge	Hver 2. uge	Hver 2. uge
Indkøb					
Hvad	Varebestilling	Varebestilling	Indkøb af op til 6 kg. I nærmeste butik.	Indkøb af dagligvarer hos nærmeste butik	Varebestilling
Hvor ofte	Hver uge	Hver uge	Hver uge	Hver uge	Hver uge
Personlig pleje					
Bad					
Hvad	Vurdering af behov	Ikke noget særskilt om bad	Ikke noget særskilt om bad	Ikke noget særskilt om bad	Vurdering af behov

Hvor ofte	Hver uge (mulighed for oftere)	Vurdering af behov	Vurdering af behov	Hver uge	Hver uge
KLs nøgletal (2014)					
Procent af 65-79 årige der modtager hjælp	3,2	4,1	4,9	4,8	5,3
Procent af 80+ årige der modtager hjælp	23,3	27,3	27,8	29,9	32,9
Hvor mange timers hjælp får 65-79 årige pr .uge	5	4,4	4,2	3,2	3,8
Hvor mange timers hjælp får 80+ årige pr. uge.	4,8	3,6	3,4	3,4	4
Netto udgifter til pleje og omsorg pr. 65 i kr.+	29.661	35.299	43.078	35.060	45.726

**Bilag: 14.3. Serviceniveau Allerød Kommune sammenholdt med de kommuner
som indgår i KORAs sammenligningsgruppe.docx**

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 59614/16

Allerød sammenholdt med de kommuner som **indgår** i KORAs sammenligningsgruppe.

Oplysningerne bygger på kommunernes kvalitetsstandarder, som de fremgår af deres hjemmesider juli/august 2016.

ARK 1.	Allerød(24.809)	Dragør(14.146)	Furesø(40.325)	Egedal(42.770)	Vallensbæk(15.484)	Albertslund(27.869)
Praktisk Hjælp						
Rengøring						
Hvad	Op til 68 m2	65 m2	Op til 65 m2	65-67 m2	Dagligt benyttede rum	65 m2
Hvor ofte	Hver 3.uge	Hver 3.uge	Hver 2.uge	Hver 2.uge	Hver 2.uge	Hver 2. uge
Tøjvask						
Hvad	To maskiner vaskes i eget hjem hvis vaskemaskine. Alternativt vaskeordning.	Maskinvask i eget hjem eller vaskeri i ejendommen. Alternativt vaskeordning.	Som hovedregel vaskeordning. I maskine i eget hjem hvis borger modtagerdaglig hjælp til personlig pleje.	Maskinvask i eget hjem - en maskinfuld. Alternativt vaskeordning.	Tøjvask i hjemmet eller på fællesvaskeri. Mængde ikke angivet.	Vaskeordning
Hvor ofte	Hver 2.uge	Hver 3.uge	Hver 2.uge	Hver uge. Hver 2. uge hvis vaskeordning.	Hver 2.uge	Hver 2.uge
Indkøb						
Hvad	Varebestilling	Varebestilling	Varebestilling	Varebestilling	Indkøb af dagligvarer eller varebestilling	Varebestilling
Hvor ofte	Hver uge	Hver uge	Hver uge	Fremgår ikke	Hver uge	Hver uge
Personlig pleje						
Bad						
Hvad	Vurdering af behov	Vurdering af behov	Vurdering af behov	Vurdering af behov	Vurdering af behov	Vurdering af behov
Hvor ofte	Hver uge (mulighed for	Hver uge	Som hovedregel 1-2 x pr. uge	Fremgår ikke	Fremgår ikke	2 x pr. uge

	oftere)					
KLs nøgletal (2014)						
Procent af 65-79 årige der modtager hjælp	3,2	5,3	5	3,9	4,9	5,2
Procent af 80+ årige der modtager hjælp	23,3	39,3	26,8	28,6	32,6	27,4
Hvor mange timers hjælp får 65-79 årige pr. uge.	5	5,2	2,6	4,7	4,8	3,8
Hvor mange timers hjælp får 80+ årige pr. uge.	4,8	6,1	2,9	3,6	4,1	3,2
Netto udgifter til pleje og omsorg pr. 65 i kr.+	29.661	33.724	35.287	28.585	33.673	34.328

ARK 2.	Allerød(24.809)	Fredensborg(40.110)	Lejre(27.333)	Greve(49.610)	Solrød(21.897)
Praktisk Hjælp					
Rengøring					
Hvad	Op til 68 m2	Daglig benyttede rum svarende til 2 værelses lejlighed	65 m2	65,5 m2	65 m2
Hvor ofte	Hver 3. uge	Hver 2. uge	Hver 2. uge	Hver 2. uge	Hver 3. uge
Tøjvask					
Hvad	To maskiner vaskes i eget hjem hvis vaskemaskine. Alternativt vaskeordning.	Vaskeordning. Alternativt i egen maskine hvis visiteret til daglig hjælp.	Vask i egen maskine eller i fælles vaskeri. Mængde fremgår ikke.	Vaskeordning. Demente kan få vaske i eget hjem.	Vask i eget hjem eller hjælp til at sende på vaskeri.
Hvor ofte	Hver 2. uge	Hver 2. uge	Hver uge	Hver 2. uge	Hver 3. uge. Hvis borger har behov for daglig hjælp er det muligt at få vasket hver uge.
Indkøb					
Hvad	Varebestilling	Varebestilling	Varebestilling	Varebestilling	Varebestilling
Hvor ofte	Hver uge	Hver uge	Hver uge	Hver uge	Fremgår ikke
Personlig pleje					
Bad					
Hvad	Vurdering af behov	Vurdering af behov	Vurdering af behov	Visiteres som pakker afhængigt af behov.	Vurdering af behov

Hvor ofte	Hver uge (mulighed for oftere)	Hver uge	Hver uge	Op til 2 x pr. uge	Hver uge
KLs nøgletal (2014)					
Procent af 65-79 årige der modtager hjælp	3,2	5,3	4,3	5,1	4,2
Procent af 80+ årige der modtager hjælp	23,3	37,2	32,3	28,3	29
Hvor mange timers hjælp får 65-79 årige	5	4,5	3,6	3,5	4,3
Hvor mange timers hjælp får 80+ årige	4,8	5,1	4,5	4,1	5
Netto udgifter til pleje og omsorg pr. 65 +	29.661	37.690	34.784	31.346	29.839

Bilag: 15.1. Sundhedspolitik 2012-2016.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 59739/16



SUNDHEDSPOLITIK

ALLERØD KOMMUNE 2012-2016



Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	2
Forord ved udvalgsformanden	3
Vision for kommunens sundhedsindsats	3
Indledning.....	4
Metode	5
Fra Sundhedspolitik til Handleplan	5
1. Indsatsområde: Trivsel (Mental sundhed).....	6
2. Indsatsområde: Kost	8
3. Indsatsområde: Rygning	10
4. Indsatsområde: Alkohol	12
5. Indsatsområde: Motion.....	14
Det videre arbejde med Sundhedspolitikken	15

Forord ved udvalgsformanden

Allerød Byråd ønsker med Sundhedspolitikken 2012 – 2016 at sætte sundhed på dagsordenen.

Med Sundhedspolitikken sætter vi fokus på et godt og sundt liv, en aktiv hverdag og den fælles opgave, hvor den enkelte borger har ansvar for sin egen sundhed, og kommunen har ansvar for at skabe rammer og tilbud for at sundheden og det gode liv kommer i fokus. Sundhed skal være en naturlig del af livet.

Sundhedspolitikken skal sætte sundhed i fokus i forhold til alle borgere fra fødsel til død. For at sikre rigtige og effektive indsatser, der fremmer og støtter sundhed, er det nødvendigt at skabe fokus og prioritering af sundhed på tværs af de kommunale områder.

*På Sundheds og Velfærdsudvalgets vegne
Jesper Hammer*

Vision for kommunens sundhedsindsats

Det er kommunens vision, at

- *Alle borgere i Allerød har en aktiv hverdag og et godt liv.*
- *Alle borgere tager ansvar for deres egen sundhed.*
- *Der er et særligt fokus på sundhed i forhold til de sårbare borgere.*
- *Det skal være nemt at træffe det sunde valg.*
- *Sundhed tænkes ind i alle kommunens områder.*



Indledning

Sundhed er et anliggende for alle: børn, unge, voksne og ældre. Sundhedspolitikken omfatter således alle borgere, - med særligt fokus på børn, unge, ældre og sårbare borgere. Det særlige fokus på børn og unge knytter sig til princippet om en tidlig indsats, som er helt essentiel for forebyggelse, da livsstilsvaner grundlægges i barndommen. Et særligt fokus på ældre retter sig mod gruppen af svage ældre, som omfatter borgere med øget risiko for sygdom pga. nedsat immunforsvar, dårlig ernæring, nedsat bevægelighed og demensramte.

Sundhedsfremme på voksenområdet handler om at sikre, at voksne har et godt liv, er arbejdsduelige med lavt sygefravær og fri for sygdomme.

Sundhedsloven og nationale anbefalinger fastslår, at ansvaret for sundheden er et kommunalt anliggende. På denne baggrund har kommunen forpligtigelse til at skabe politik og sætte mål for sundheden.

Sundheden skal tænkes ind i hverdagen for den enkelte borger og i de politiske beslutninger. Byrådet må gå forrest og træffe beslutninger, der støtter forebyggelse og sundhedsfremme. Det sunde valg skal være det lette valg, og sundhed skal være et naturligt valg, når beslutninger skal tages og valg skal træffes.

For at fremme sundhed i Allerød Kommune skabes indsatser, som er baseret på viden om metoder og effekter både i forhold til den enkelte borger, og hvordan vi kan indrette rammerne og lokalsamfundet for at styrke sundhed og forebyggelse. Indsatserne vælges på baggrund af, hvor forebyggelse har størst effekt til gavn for flest mulige borgere.

Sundhedspolitikken er generel og vil med sine budskaber og visioner række langt ind over andre kommunale politikker. Sundhedspolitikken skal ses tværgående og tænkes ind i alle områder.

Den aktuelle sundhedspolitik tager udgangspunkt i den generelle viden om sundhed og forebyggelse med fokus på Allerød Kommunes Sundhedsprofil 2010.

I Sundhedsprofilen fremgår det, at der i Allerød er brug for indsatser i forhold til KRAM faktorerne: KOST, RYGNING, ALKOHOL og MOTION suppleret af indsatser, der styrker TRIVSEL og forebygger STRESS. De udvalgte fokusområder er samtidig de faktorer, der har størst indflydelse på hvor længe vi lever, og hvor syge vi er.



Metode

Sundhedspolitikken er bestilt af Sundheds- og Velfærdsudvalget og er udarbejdet af repræsentanter fra Ældre og Sundhed, Sundhedsplejen og Ældrerådet.

Formålet med indsatserne i Sundhedspolitikken er at implementere varige sundhedsfremmende og forebyggende tiltag i den kommunale drift. Indsatserne realiseres indenfor de eksisterende budgetter. Ved behov for yderligere finansiering søges så vidt muligt eksterne midler.

Sundhedspolitikken er baseret på Sundhedsprofilen for region og kommuner, Region Hovedstaden 2010. Profilen indeholder data om borgere over 16 år og bidrager med viden om deres sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd. Beskrivelsen giver et godt billede af kommunens sundhedsmæssige udfordringer og danner herved grundlag for de politisk prioriterede sundhedsindsatser. Data vedrørende børn og unge under 16 år stammer fra den kommunale sundhedstjeneste i Allerød Kommune.

Effekten af sundhedsindsatserne vil blive evalueret i forbindelse med gentagelsen af Sundhedsprofilen. Det vil sige, at succeskriterierne for sundhedspolitikken vil blive evalueret i 2014, når data fra Sundhedsprofilen 2013 bliver tilgængelige. Sundhedsindsatserne monitoreres løbende i forhold til kortsigtede resultater og langsigtede effekter og fremlægges for Sundheds- og Velfærdsudvalget en gang om året.

Fra Sundhedspolitik til Handleplan

Hvor Sundhedspolitikken fortæller borgerne om byrådets visioner, mål og hensigter, fortæller Handleplanen, hvilke initiativer der skal gøre Sundhedspolitikken til virkelighed, så folkesundheden kan øges i Allerød Kommune. Handleplanen er en dynamisk plan, som løbende kan revideres i planperioden, hvis der kommer øgede interne og eksterne krav.

Sundhedspolitikken og Handleplanen gælder for alle borgere i Allerød Kommune. Allerød Kommune vil, indtil ultimo 2016, fokusere på indsatsen inden for områderne kost, rygning, alkohol, motion og trivsel.



1. Indsatsområde: Trivsel (Mental sundhed)

1.1 Hvilken viden er der på området?

Trivsel kan forbindes med at have en følelse af livskvalitet og en generel glæde ved det, man laver. Trivsel handler om hvordan vi udfolder vores evner, håndterer dagligdagens udfordringer og stress samt indgår i fællesskaber med andre mennesker. Indsatser under trivsel rettes mod borgernes velbefindende.

- Forebyggelse af stress kan have en positiv effekt på at nedbringe sygefraværet.
- Tidlig opsporing af børn i mistrivsel kan hjælpe til, at risikoen for problemer senere i livet mindskes.

1.2 Lovpakke (Sundhedslovens § 119)

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis og tilbyde forebyggende og sundhedsfremmende tilbud.

1.3 Handleplan

Hvordan er status i Allerød kommune:

I Allerød Kommune er der flere muligheder for psykosocial støtte og netværksdannelse:

- Unge – for eksempel ungdomsklubber og "Kontakten" for unge.
- Voksne - værestedet "Kilen".
- Ældre - Pensionisthuset og hyggeklubber.

Indsats for børn/unge:

- Tidlig opsporing af børn i mistrivsel forankret i børnehaver og Sundhedsplejen.
- Tidlig opsporing af fødselsdepressioner hos nybagte forældre.

Hvad er målet:

Allerød Kommune ønsker med sine indsatser for Trivsel:

- Faldende andel af borgere med dårligt mentalt helbred.
- Faldende andel af borgere med højt stressniveau.

Fakta i Allerød kommune:

- 15 % af borgerne har et højt stressniveau.
- 10 % af borgerne har et dårligt eller mindre godt selv vurderet helbred.
- Inden for det sidste år har 8 % af borgerne haft en forbigående psykisk lidelse og 2,1 % har haft en vedvarende psykisk sygdom eller mental forstyrrelse.



Beskrivelse af indsats:

Allerød Kommune vil arbejde for:

- Mobbefri kommune.
- Tilbud om undervisning/information om forebyggelse af stress og mistrivsel.
- Besøgssamarbejde på tværs af generationer.

Indsats for børn/unge:

- Forældregrundkursus/forældreforberedelse til alle.

Indsats for ældre:

- Samarbejde med frivillige om øgning af andelen af socialt aktive seniorer.
- Åbne plejecentre (fællesspisning, deltagelse ved højtider og større arrangementer).

Vidste du.....

Ifølge WHO's opfattelse rummer Mental sundhed to elementer:

- **Oplevelsesdimension:**
At opleve at have det godt, at være overvejende glad, i godt humør og tilfreds med livet.
- **Funktionsdimension:**
At kunne klare dagligdags gøremål som fx at købe ind, lave mad, gå på arbejde eller i skole, at kunne indgå i sociale relationer og at kunne håndtere de forskellige udfordringer og stressbelastninger, som en almindelig dagligdag kan byde på.

2. Indsatsområde: Kost

2.1 Hvilken viden er der på området?

De officielle anbefalinger til en sund livsstil udtrykkes i de 8 kostråd fra Fødevarestyrelsen. Rådene er hverdagens huskeråd til en sund balance mellem mad og fysisk aktivitet.

Lever man efter kostrådene, vil kroppen få dækket behovet for vitaminer, mineraler og andre vigtige næringsstoffer.

Ved at følge de 8 kostråd nedsætter man risikoen for livsstils-sygdomme som hjertekarsygdomme, type 2 diabetes og kræft, og forebygger overvægt/fedme.

Hovedparten af den danske befolkning kan med fordel leve efter kostrådene. Undtagelser er børn under 3 år, småtspisende ældre og personer der har en sygdom, der stiller andre krav til maden.

Overvægt medfører øget risiko for udvikling af følgesygdomme som type 2 diabetes, hjertekarsygdomme, muskelsygdomme og visse kræftformer. Derudover kan overvægt føre til psykosociale problemer og forringet livskvalitet.

Den undervægtige ældre borger har mindre modstandskraft og dermed sværere ved at klare sig gennem et sygdomsforløb med øget funktionstab til følge.

2.2 Lovpakke

Ifølge Dagtilbudsloven fra 2010, skal alle børn i daginstitutioner have tilbud om et sundt frokostmåltid alle hverdage. Forældrebestyrelsen kan beslutte at fravælge et sundt frokostmåltid, medmindre Kommunalbestyrelsen har besluttet, at frokostmåltidet indgår som en del af dagtilbudsydelsen for alle børn i samme aldersgruppe.

2.3 Handleplan

Hvordan er status i Allerød kommune:

Information om de officielle kostanbefalinger findes på kommunens hjemmeside sammen med kostpolitik for 0-6 årige og ældre.

Indsats for børn/unge:

- Screening af alle skolebørn hvert 2. år for højde og vægt. Ved afvigelser i BMI gives tilbud om relevant indsats.
- Vejledning til alle spædbørnsforældre i ernæringsrigtig kost.

Fakta i Allerød kommune:

- 32 % af kommunens borgere er moderat eller svært overvægtige (voksne).
- 19 % af kommunens borgere har kroniske sygdomme som KOL, diabetes, hjertekarsygdomme og kræft, hvor kost er et vigtigt element i rehabiliteringen.
- 52 elever (ud af 2024 adspurgte) var i skoleåret 2010/2011 overvægtige i henhold til Sundhedsplejens dataindsamling.
- 50 % af de ældre, som bor på plejecenter er undervægtige (Mad og Måltider).



Indsats for ældre:

- Tilbud om ernæringscreening til alle borgere på plejehjem og relevant indsats ved behov.
- Tilbud om ernæringscreening til alle borgere >75 år.

Hvad er målet:

Allerød Kommune ønsker med sine indsatser for sund ernæring, at medvirke til at skabe gode og sunde kostvaner hos borgerne - inklusiv alle kommunens institutioner, skoler, plejecentre og hjemmeplejen.

Indsats for ældre:

- Tilbud om ernæringscreening af alle hjemmeboende ældre ved visitation til hjemmepleje.
- Forebyggelse af fejlnæring hos sårbare ældre.

Beskrivelse af indsats:

Allerød Kommune vil arbejde for:

- Information via kommunens hjemmeside.
- Sunde tilbud i dagsinstitutioner, skoler, SFO'er og haller.
- Ernæringsvejledning til daginstitutioner, skoler, hjemmeplejen og plejecentre.
- Støtte til de svageste borgere til en sund ernæring.

Vidste du.....

De 8 kostråd er de officielle ernæringsanbefalinger til Voksne i Danmark:

1. Spis frugt og grønt – 6 om dagen.
2. Spis fisk og fiskepålæg – flere gange om ugen.
3. Spis kartofler, ris eller pasta og fuldkornsbrød – hver dag.
4. Spar på sukker – især fra sodavand, slik og kager.
5. Spar på fedtet – især fra mejeriprodukter og kød.
6. Spis varieret – og bevar normalvægten.
7. Sluk tørsten i vand.
8. Vær fysisk aktiv – mindst 30 minutter om dagen.

3. Indsatsområde: Rygning

3.1 Hvilken viden er der på området?

- Rygning er den enkeltfaktor, som forringer vores sundhed mest.
- Rygning øger risikoen for kræft, hjertekarsygdomme og KOL.
- Levetiden hos rygere forkortes med ca. 10 år.
- Passiv rygning er skadelig for både børn og voksne.
- Børn, hvis mødre har røget under graviditeten eller har været udsat for passiv rygning, har en gennemsnitlig lavere fødselsvægt.
- Rygere (både aktive og passive) har øget risiko for spontan abort og for tidlig fødsel.

3.2 Lovpakke

Lov om røgfri miljøer fra 2007 giver personer, der opholder sig indendørs på arbejdspladser, på skoler og uddannelsessteder, i offentlige institutioner og restauranter et retskrav på ikke at blive udsat for passiv rygning.

3.3 Handleplan

Hvordan er status i Allerød kommune:

Information om relevante henvisninger til rygestop findes på kommunens hjemmeside.

Allerød Kommune tilbyder rygestopkurser i forbindelse med alle forløbsprogrammer for borgere med kroniske sygdomme.

Indsats for børn/unge:

- Tilbud om rygestopforløb til skoleelever.
- Tilbud om rygestopkurser i alle spædbørnsfamilier.

Indsats for ældre:

- Tilbud om vejledning til visiterede borgere efter behov.

Hvad er målet:

Allerød Kommune ønsker med sine indsatser for rygning:

- Flere ikke-rygere.
- Ingen borgere udsættes for passiv rygning.

Fakta i Allerød kommune:

- Allerød kommune har 14 % daglige rygere over 16 år.
- 5 % af ikke-rygere er udsat for passiv rygning.
- Der ryges i 6 % af de hjem, hvor der bor børn.



Beskrivelse af indsats:

Allerød Kommune vil arbejde for:

- Ingen passiv rygning for borgere i kommunale bygninger.
- Understøttelse til etablering af røgfrie miljøer.

Indsats for børn/unge

- Forebyggelse af rygestart hos skoleelever.
- Tilbud om rygestopkurser på ungdomsuddannelser.
- Styrkelse af forældres viden om passiv rygningens betydning for børns helbred.

Vidste du.....

- Hvert år dør knap 14.000 danskere som følge af rygning.
- Ca. 900 danskere dør årligt som følge af passiv rygning

(opgørelse fra Statens Institut for Folkesundhed fra 2012)

4. Indsatsområde: Alkohol

4.1 Hvilken viden er der på området?

Et stort alkoholforbrug øger risikoen for en lang række sygdomme og ulykker. Det kan endvidere have store sociale konsekvenser for eksempel i form af ødelagte parforhold, omsorgssvigt af børn, udstødelse fra arbejdsmarkedet, kriminalitet, uønsket sex og vold.

- Oplysningsindsatser kan skabe opmærksomhed og normændringer hos borgerne, så det bliver tydeligt, hvilke negative konsekvenser der er af et højt alkoholforbrug.
- Begrænsning af tilgængelighed til alkohol er et af de mest effektive tiltag i alkoholforebyggelsen.
- Unge, som drikker tidligt og i store mængder, har større risiko for senere i livet at udvikle et skadeligt alkoholforbrug.
- Udsættelse af debutalder og nedsættelse af indtaget mængde alkohol vil være med til at forebygge et overforbrug.

4.2 Lovpakke (Sundhedsloven § 141).

Borgere med alkoholproblemer har ret til anonym ambulant behandling uden bevilling fra kommunen. Længerevarende dagbehandling og døgnbehandling skal altid bevilges af kommunen.

4.3 Handleplan

Hvordan er status i Allerød kommune:

I budgetforhandlingerne for 2012-2015 blev det politisk besluttet at afsætte et beløb til alkoholforebyggelse.

- Tværkommunalt samarbejde fra 2012 om en fælles alkoholindsats og kampagne i uge 40.
- Rammeaftale med Nordsjællands Misbrugscenter som dækker både alkohol- og stofmisbrug.
- Kommunal henvisning eller borger/pårørende henvendelse til Nordsjællands Misbrugscenter.

Indsats for børn/unge:

- Afholdelse af dialogmøder med alle forældre i 7. klasse om unge, alkohol og fester (SSP).
- Tilbud fra SSP om familiemøder i 8. klasse om unge, alkohol og fester.

Indsats for ældre:

- Vejledning til visiterede borgere tilbydes efter behov.

Fakta i Allerød kommune:

- 17 % af borgerne viser tegn på alkoholafhængighed.
- 26 % af borgerne har udviklet en egentlig afhængighed, heraf 35 % mænd og 18 % kvinder.
- 24 % af de borgerne, der har udviklet alkoholafhængighed, har hjemmeboende børn.
- 49 % af de unge mellem 16-24 år har en risikabel alkoholadfærd.
- Borgere i Allerød med en risikabel alkoholadfærd er ikke motiveret for at ændre deres forbrug. Langt de fleste negligerer deres forbrug og vurderer deres alkoholvaner som fornuftige.



Hvad er målet:

Allerød Kommune ønsker med sine indsatser for alkohol, at reducere andelen af borgere, der har risikabel alkoholadfærd.

Indsats for børn/unge:

- Udskydelse af unges alkoholdebut.

Beskrivelse af indsats:

Allerød Kommune vil arbejde for:

- Styrkelse af borgernes viden om alkoholproblemer og problemernes følgevirkninger for familielivet gennem kampagner.
- Styrkelse af samarbejdet omkring opretholdelsen af loven om udskænkning til unge under 18 år, også ved skole og foreningsfester.
- Kompetenceudvikling af kommunes frontpersonale i relation til screening af borgere for evt. problematisk alkoholadfærd samt kompetenceudvikling i forhold til håndtering af alkoholpåvirkede borgere.
- Viden om hvortil personalet kan henvise borgere, der har brug for yderligere rådgivning eller behandling.
- Styrkelse af samarbejdet på tværs af forvaltningen og virksomhederne i form af netværksopbygning.

Indsats for ældre:

- Indarbejdelse af spørgsmål i forbindelse med faldulykker og medicinforbrug

Vidste du.....

Sundhedsstyrelsens udmeldinger på alkoholområdet:

- Intet alkoholforbrug er risikofrit for dit helbred.
- Drik ikke alkohol for din sundheds skyld.
- Du har en lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd (lavrisikogrænse).
- Du har en høj risiko for at blive syg på grund af alkohol hvis du drikker mere end 14/21 om ugen (højrisikogrænse).
- Stop før 5 genstande ved samme lejlighed.
- Er du gravid – undgå alkohol. Prøver du at blive gravid – undgå alkohol for en sikkerheds skyld.

5. Indsatsområde: Motion

5.1 Hvilken viden er der på området?

- Fysisk aktivitet er med til at forebygge livsstilssygdomme såsom hjerte-karsygdomme, type II diabetes, stress, muskel- og skeletlidelser, visse former for kræft og psykiske lidelser.
- Fysisk aktivitet forbedrer det psykiske og sociale velvære, herunder livsglæde, overskud, social trivsel, selvtillid og handlekompeterencer.
- Fysisk aktivitet stimulerer indlæringsprocesser i forhold til problemløsning, logisk tænkning, rumopfattelse, sproglige færdigheder, arbejdshukommelse, selvopfattelse og opmærksomhed.
- Fysisk aktivitet forebygger fald hos ældre.

5.2 Lovpakke

Sundhedslovens § 119 og § 140 og Servicelovens § 86. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis og tilbyde forebyggende og sundhedsfremmende tilbud.

5.3 Handleplan

Hvordan er status i Allerød kommune:

Kommunen støtter idræt og motion ved at stille lokaler til rådighed og give tilskud til klubber og foreninger.

Indsats for voksne/ældre:

- Kommunalt tilbud om selvtræning til førtids- og alderspensionister.
- Prioritering af faldforebyggelsesindsats – politisk vedtaget i budgetforhandlingerne for 2012-2015.
- Kommunalt tilbud om træning i henhold til Sundheds- og Servicelov.

Hvad er målet:

Allerød Kommune ønsker med sine indsatser for motion:

- Flere fysisk aktive borgere.
- Fokusering på rammer for fysisk aktivitet og træning i de offentlige rum.

Fakta i Allerød kommune:

- 21 % af borgerne har dagligt mere end 4 timers stillesiddende aktiviteter i fritiden.
- 48 % af borgerne har dagligt mere end 6 timers stillesiddende arbejde.
- 21 % af borgerne har dagligt mindst 10 timers stillesiddende adfærd.
- 35 % af borgerne hverken cykler eller går til og fra arbejde/uddannelse.



Beskrivelse af indsats:

Allerød Kommune vil arbejde for:

- Flere sikre gang- og cykelstier, som indbyder til aktiv transport.
- Øgede muligheder for aktivitet i de offentlige rum og i naturen.
- Støtte til klubber/organisationer, der tilbyder fysisk aktivitet og træning.

Indsats for børn/unge:

- Alle børn er fysisk aktive mindst en time i løbet af skoledagen.
- Alle daginstitutioner arbejder med en bevægelsespolitik.

Indsats for ældre

- Understøttelse og vejledning til svage ældre i forhold til fysisk aktivitet.

Vidste du.....

- Børn, der er fysisk aktive mindre end en time dagligt, har en markant højere forekomst af motoriske vanskeligheder (ca. 22 %) end børn, der er aktive mere end en time dagligt (ca. 7%).

Det videre arbejde med Sundhedspolitikken

Sundhed og forebyggelse indgår som en naturlig del i alle sammenhænge og beslutninger i Allerød Kommune.

Indsatsområderne vil blive evalueret løbende og minimum en gang årligt, og effekterne vil kunne evalueres i Sundhedsprofilen 2014.

Byrådet og forvaltningen vil fortsat have fokus på nye områder og indsatser, der kan fremme sundheden og på den måde sikre, at indsatserne fastholdes og nye udvikles i takt med mulighederne.



Allerød Kommune

Bjarkesvej 2
3450 Allerød
48 100 100
kommunen@alleroed.dk
www.alleroed.dk

Bilag: 16.1. Aftale_om_implementering_af_ordning_med_fasttilkny.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 53112/16

København den 26. maj 2016

Aftale mellem Praktiserende Lægers Organisation, staten, Danske Regioner og KL om implementering af initiativ om faste læger tilknyttet plejecentre

Aftalen

Praktiserende Lægers Organisation (PLO), staten, Danske Regioner og KL er enige om, at der skal implementeres en ordning, hvor beboere på plejecentre tilbydes at være tilmeldt en læge, der er fasttilknyttet plejecentret. Ordningen består af 2 elementer:

1. Beboerne på det enkelte plejecenter tilbydes at vælge en læge, der er fast tilknyttet til plejecentret. Honoreringen af lægerne for den sundhedsfaglige behandling, som ydes til de beboere, der er fast tilknyttet en læge, sker efter reglerne i Overenskomst om almen praksis.
2. Der indgås en konsulentkontrakt mellem kommunen og den fasttilknyttede læge til at yde generel sundhedsfaglig rådgivning til personalet på plejecentret.

Parterne lægger afgørende vægt på - og vil derfor understøtte - at ordningen bliver landsdækkende, og kommer til at omfatte samtlige plejehjem i løbet af en 4-årig indfasningsperiode (2016 – 2019). Dette omfatter begge elementer i ordningen, det vil sige både muligheden for, at beboerne på det enkelte plejecenter tilbydes at vælge en læge, der er fast tilknyttet til plejecentret og indgåelse af en konsulentkontrakt om, at den fasttilknyttede læge yder generel sundhedsfaglig rådgivning til personalet på plejecentret. I områder, hvor almen praksis ydelser leveres af andre ydere end læger, der virker efter Overenskomst om almen praksis, understøtter PLO alene implementeringen for så vidt angår de læger eller klinikker, der virker efter Overenskomst om almen praksis

Ordningen med fasttilknyttede læger til plejecentrene påvirker potentielt alle læger i lokalområdet, og skal i øvrigt tilpasses lokale forhold. Denne centralt indgåede aftale om at understøtte landsdækkende implementering af ordningen skal derfor følges op af lokale aftaler mellem parterne i praksisplanudvalgene, hvor de lokale parter aftaler, hvordan implementeringen konkret skal ske lokalt. I den forbindelse skal det overvejes, med hvilken kadence ordningen implementeres på den enkelte kommunes plejecentre. Det kan f.eks. i den forbindelse lokalt besluttes, at tidsforbruget på den sundhedsfaglige rådgivning, jf. pkt. 2 ovenfor, afpasses det aktuelle behov, f.eks. således, at der med henblik på at etablere et godt samarbejde om behandlingen af plejecentrets beboere afsættes mere konsulenttid i forbindelse med igangsættelsen af ordningen på plejecentrene, og dermed mindre tid senere i forløbet. Eventuelle gennernelle udfordringer med at sikre lægedækning i et lokalområde kan indgå i overvejelserne i forbindelse med den lokale implementering.

Med henblik på at understøtte de lokale parters aftaleindgåelse er PLO, staten, Danske Regioner og KL enige om, at følgende timetakst for lægernes sundhedsfaglige rådgivning skal anvendes: kr. 901 i 1. april 2016-niveau. Når de lokale parter indgår aftaler om, at lægerne ansættes af kommunerne som konsulenter til at yde generel sundhedsfaglig rådgivning skal denne timetakst anvendes. Øvrige forhold i forbindelse med ordningen aftales lokalt.

Monitorering og opfølgning

Der skal foretages en national monitorering og opfølgning på indfasningen af ordningen. Første opfølgning på implementeringen foretages primo 2017. Derefter foretages en opfølgning én gang årligt. Til brug for denne opfølgning indrapporterer de lokale parter ultimo 2016 – og derefter én gang årligt - status på den lokale implementering af ordningen.

Parterne vil løbende påse – og følge op på – at der er den nødvendige fremdrift i implementeringen.

Sophie Løhde
Sundheds- og ældreminister

Christian Freitag
Formand for PLO

Bent Hansen
Formand for Danske Regioner

Martin Damm
Formand for KL

Baggrund

Af "Aftale om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2016-2019" fremgår, at der gradvist indføres en landsdækkende ordning med fast tilknyttede læger til beboere på plejecentre. Der er afsat 100 mio. kr. i perioden 2016-2019 til ordningen.

Med henblik på at forbedre den sundhedsfaglige behandling af beboere på plejecentre, herunder at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser samt forbedring af medicinhåndteringen m.m., er satspuljepartierne enige om, at der gradvist skal indføres en landsdækkende ordning med fast tilknyttede læger til beboere på plejecentre baseret på erfaringerne med et tidligere gennemført pilotprojekt med fast tilknyttede læger.

Ordningen indebærer, at beboere på plejecentre bliver tilbudt en læge, som er fast tilknyttet plejecentret. Den enkelte beboer kan fortsat frit vælge en anden læge inden for rammerne af reglerne om valg og skift af læge. Den fast tilknyttede læge varetager behandlingen af den enkelte beboer. Derudover er der enighed om, at der afsættes satspuljemidler til, at kommunerne i en indkøringsfase kan honorere de fasttilknyttede læger til at yde generel sundhedsfaglig rådgivning til personalet på plejecentret – herunder rådgivning i forhold til medicinhåndtering udover det ansvar den enkelte læge i forvejen har i forhold til medicingennemgang.

Gennemsnitligt ophold på plejehjem, eksisterende ordninger med fast tilknyttede læger til plejehjem m.v.

I 2013 var den gennemsnitlige indflytningsalder i en plejebolig på 83,7 år. Indflytningsalderen for mænd er generelt lavere, end for kvinder. I 2013 var kvinder således i gennemsnit tre år ældre end mænd ved indflytning.

Beboerne bor ofte kort tid i en plejebolig. Beboerne bor i gennemsnit ca. 2 år og 8 måneder i en plejebolig. Knap en tredjedel bor mindre end et år i en plejebolig.

Ankestyrelsen har i forbindelse med en kortlægning af plejeboligområdet gennemført en national spørgeskemaundersøgelse. Størstedelen af kommunerne svarer i undersøgelsen, at de ikke har en fast tilknyttet læge på nogen af deres plejecentre, *jf. tabel 1*.

Tabel 1

I hvilket omfang er der tilknyttet en fast læge på de enkelte plejecentre?

	Antal kommuner	Pct.
Ja, på alle	1	1
Ja, på mere end halvdelen	0	0
Ja, på mindre end halvdelen	1	1
Ja, på enkelte	8	8
På ingen plejecentre	86	90
I alt	96	100

Anm.: Alle 98 kommuner er blevet bedt om at besvare spørgsmålet. I alt 96 kommuner har besvaret spørgsmålet. Det antages, at kommunernes besvarelser er baseret på en opgørelse af de kommunale plejecentre, og ikke selvejende og privatdrevne. Det kan dog være behæftet med en vis usikkerhed, om der er kommuner, der også har adgang til disse oplysninger for selvejende og privatdrevne plejecentre.

Kilde: Ankestyrelsens kortlægning af plejehjemsområdet

Økonomi

Der er afsat i alt 100 mio. kr. i perioden 2016-2019, som *tilføres kommunerne* til honorering af lægerne i forbindelse med, at lægerne i en indfasningsperiode yder

generel sundhedsfaglig rådgivning. Indfasningen forudsættes at foregå over en 4-årig periode, jf. tabel 2. Midlerne ligger uden for den overenskomstaftale økonomiske ramme for almen praksis.

Tabel 2					
Satspuljemidler til faste læger på plejecentre					
Mio. kr. 2016-pl	2016	2017	2018	2019	Permanent
Faste læger på plejecentre	40	20	20	20	0

Kilde: Aftale om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2016-2019.

Udmøntning

Ordningen med fasttilknyttede læger til plejecentre, som er aftalt med satspuljeaftalen, består af 2 komponenter:

1. Beboerne på det enkelte plejecentre tilbydes at vælge en læge, der er fast tilknyttet til plejecentret.
2. Der indgås en konsulentkontrakt mellem kommunen og den fasttilknyttede læge til at yde generel sundhedsfaglig rådgivning til personalet på plejecentret.

Ad 1. Beboerne på det enkelte plejecentre tilbydes at vælge en læge, der er fast tilknyttet til plejecentret.

Det forudsættes, at beboerne på det enkelte plejecentre tilbydes at være tilmeldt en læge, der har sin faste gang på plejecentret. Der kan – afhængig af plejehjemmets størrelse – være tilknyttet en eller flere læger til plejehjemmet. Der er tale om en frivillig ordning, hvor den enkelte beboer selv vælger, om vedkommende ønsker at være tilknyttet den eller de faste læger, der er tilknyttet plejecentret.

Ad 2. Der indgås en konsulentkontrakt mellem kommunen og den fasttilknyttede læge til at yde generel sundhedsfaglig rådgivning til personalet på plejecentret.

Der er afsat i alt 100 mio. kr. i perioden 2016-2019, som tilføres kommunerne til honorering af lægerne i forbindelse med, at lægerne yder generel sundhedsfaglig rådgivning.

Honoreringen af lægerne i forbindelse med, at de yder sundhedsfaglig behandling til den enkelte beboer sker efter de almindelige regler indenfor overenskomstens rammer (for de læger der virker efter overenskomsten).

Midlerne til kommunerne fordeles efter bloktilskudsøglen.

Bilag: 17.1. Allerød årsrapport 2015.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 31. august 2016 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 47817/16



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Styrelsen for Patientsikkerheds
tilsyn med plejehjem i
Allerød Kommune
2015

Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med plejehjem i Allerød Kommune 2015

© Styrelsen for Patientsikkerhed, 2016. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Styrelsen for Patientsikkerhed
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.stps.dk>

Emneord: Plejehjem, embedslægeinstitutioner, tilsyn, medicin håndtering, sundhedsfaglig dokumentation, journalføring og patientrettigheder.

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 23.5.2016.

Format: pdf

Udgivet af Styrelsen for Patientsikkerhed, juni 2016.

Indhold

1	Formål og lovgrundlag for Plejehjemstilsynet	4
2	Tilsynene i Allerød Kommune	5
3	Konklusioner	5
4	Målepunkter, instrukser og hygiejne	6
5	Målepunkter, dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser	8
6	Målepunkter, medicinhåndtering	9
7	Målepunkter, patienters retsstilling	12
8	Øvrige forhold	13

1 Formål og lovgrundlag for Plejehjemstilsynet

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer den sundhedsmæssige indsats ved at se på den sygeplejefaglige dokumentation og medicin håndteringen hos tilfældigt udvalgte beboere med komplekse plejebehov, som beskrevet i målepunkterne for tilsynet. Der er 10 målepunkter på området vedrørende instrukser og hygiejne, der er 7 målepunkter vedrørende dokumentationen i de sygeplejefaglige optegnelser, der er 20 målepunkter vedrørende medicin håndtering samt 2 målepunkter i forhold til patienters retsstilling i 2015.

Styrelsen for Patientsikkerhed havde ikke målepunkter i forhold til et særligt tilsynsystem i 2015.

Målepunkternes numre vedrører udelukkende Sundhedsstyrelsens interne dataopsamling.

Retningslinjer og lovgrundlag for Plejehjemstilsynet, kan findes på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside: <http://stps.dk>.

Ifølge Sundhedsloven § 219, stk. 1 og 2 og lovebekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014, foretager Styrelsen for Patientsikkerhed årlige tilsyn med de sundhedsfaglige forhold på landets plejehjem. Formålet med tilsynet er at medvirke til at forbedre den sundhedsmæssige indsats over for de svage ældre på landets plejehjem. Plejehjemmernes ledelse og forvaltningen i kommunen er ansvarlige for, at de sundhedsmæssige forhold på plejehjemmene er i overensstemmelse med gældende love og vejledninger. Deraf følger en forpligtelse til opfølgning på de eventuelle krav, der bliver givet efter Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn, således at disse bliver fulgt.

Ved ændring af [Lov nr. 538 af 17. juni 2008](#) blev det indført, at tilsynet på et plejehjem kan undlades det følgende år, hvis der ved et tilsynsbesøg ikke konstateres fejl og mangler, eller hvis der alene konstateres fejl og mangler, der efter Styrelsen for Patientsikkerhed skøn ikke har patientsikkerhedsmæssige konsekvenser. For at **undlade tilsyn året efter skal følgende forhold være opfyldt, og kommunen har pligt til at oplyse** Styrelsen for Patientsikkerhed **om disse**:

- Der har ikke siden sidste tilsyn været klagesager på plejehjemmet, eller disse har været af åbenlys grundløs karakter og/eller bagatelagtige, dvs. uden mistanke om patientsikkerhedsmæssige risici.
- Der har ikke siden sidste tilsyn været faglige tilsynssager eller andre sager af betydning for de sundhedsfaglige forhold.
- Kommunen har ikke meddelt Styrelsen for Patientsikkerhed, at der er fundet alvorlige problemer, som efter Styrelsens vurdering kan have betydning for de sundhedsfaglige forhold.
- Kommunen har ikke meddelt Styrelsen for Patientsikkerhed, at der er sket væsentlige ændringer siden sidste tilsyn, dvs. fx ny daglig ledelse, større personaleudskiftning eller lignende.

Styrelsen for Patientsikkerhed vurderer den sundhedsmæssige indsats ved at se på den sygeplejefaglige dokumentation og medicin håndteringen hos tilfældigt udvalgte patienter med komplekse plejebehov, som beskrevet i målepunkterne for tilsynet. Der bliver talt med patienter, ledelse og personale i forbindelse med tilsynet. Disse informationer indgår i den samlede vurdering af plejehjemmet.

Konklusionen af den samlede vurdering kan være en af følgende 5 kategorier:

- **Tilsynet har ikke fundet anledning til bemærkninger**
- **Tilsynet har fundet mindre fejl og mangler, som samlet set kun indebærer ringe risiko for patientsikkerheden**
- **Tilsynet har fundet fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden**
- **Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden**

- **Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler, som indebærer risiko for patientsikkerheden, og som har givet anledning til væsentlig kritik**

Retningslinjer og lovgrundlag for Plejehjemstilsynet kan findes på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside: www.stps.dk.

2 Tilsynene i Allerød Kommune

Styrelsen for Patientsikkerhed har gennemført i alt et tilsynsbesøg på følgende plejehjem, som kommunen skriftligt har anvist Styrelsen:

- Plejecenter Mimosen

Følgende plejehjem var undtaget for tilsyn i 2015:

- Plejecenter Lyngehus
- Allerød omsorgscenter Engholm
- Skovvang Plejehjem

Der blev ved tilsynene foretaget 3 stikprøver hos de 23 beboere på kommunens plejehjem for at belyse de sundhedsfaglige og sundhedsrelaterede forhold.

3 Konklusioner

Konklusionskategorier	Antal plejehjem
Tilsynet har ikke fundet anledning til bemærkninger	
Tilsynet har fundet få fejl og mangler, som samlet kun indebærer ringe risiko for patientsikkerheden	1
Tilsynet har fundet fejl og mangler, som indebærer patientsikkerhedsmæssige risici	
Tilsynet har fundet alvorlige fejl og mangler	
Tilsynet har fundet anledning til alvorlig kritik	

På et plejehjem opfyldte forholdene kravene for at blive undtaget for tilsyn i 2016:

Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn med plejehjem i Allerød Kommune 2015

- Plejecenter Mimosen

4 Målepunkter, instrukser og hygiejne

415: Personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for personalets kompetence, ansvars- og opgavefordeling.

Den skriftlige instruks skal beskrive kompetence, ansvars- og opgavefordeling for alle ansatte personalegrupper, herunder vikarer, samt regler for delegation af sundhedsfaglige opgaver.

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

515: Instrukser om beboernes behov for behandling

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for personalets opgaver i forbindelse med beboernes behov for behandling.

Den skriftlige instruks skal beskrive, hvordan personale skal forholde sig i forbindelse med ulykkestilfælde, smitsom sygdom, akut sygdom, kronisk sygdom og ved terminal behandling hos beboere, herunder krav til dokumentation af lægens anvisninger vedrørende delegerede opgaver og tilkald af læge

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

915: Instrukser om livsforlængende behandling

Ledelsen skal sikre, at der er skriftlige instrukser, om hvordan personalet i tilstrækkeligt omfang anmoder om en lægelig vurdering af patienterne med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling.

Instrukserne skal indeholde retningslinjer om:

- Ansvars- og kompetenceforhold
- Hvem der i konkrete sammenhænge anses for den behandlingsansvarlige læge
- Ansvar for det involverede sygeplejefaglige personale, der har kendskab til patienten, og dertil hørende nødvendige procedurer til overholdelse af pligten til at kontakte den behandlingsansvarlige læge i relevant omfang
- Inddragelse af patient og nærmeste pårørende forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- Journalføring, herunder for placering i plejehjemmets patientjournal af oplysninger fra den behandlingsansvarlige læges om dennes beslutning af fravalg af livsforlængende behandling herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

245:Sundhedsfaglig dokumentation

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser.

Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i forhold til føring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser, samt krav til indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

169:Medicinhandling

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for medicinhandling.

Den skriftlige instruks skal beskrive

- modtagelse af medicin, herunder kontrol og dokumentation af, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- personalegruppernes kompetence i forhold til medicinhandling
- dokumentation af medicinordinationer
- identifikation af beboeren og beboerens medicin
- hvordan medicin dispenseres
- medicinadministration og håndtering af dosisdispenseret medicin

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

701:Samarbejde med de behandlende læger

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for samarbejdet med de behandlende læger.

- Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med de behandlende læger, herunder håndtering af telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse og ophør med medicin.
- Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med den behandlingsansvarlige læge om den medicinske behandling, herunder gennemgang og revision af den ordinerede medicin og aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning.
- Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med den behandlende læge om behandling og kontrol af kroniske sygdomme

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

614:Håndhygiejne

Lederen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for håndhygiejne, der beskriver arbejdsgange og hjælpemidler til opfyldelse af almindelig anerkendt hygiejnisk standard

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

618:Håndhygiejne i overensstemmelse med instrukser etc.

Ledelsen skal sikre, at personalet har mulighed for at udføre håndhygiejne i overensstemmelse med instruksen, og at denne overholdes

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

314:Formelle krav til instrukser

Lederen skal sikre, at de skriftlige instrukser overholder de formelle krav til instrukser.

- De skriftlige instrukser skal være daterede, indeholde oplysning om, hvem der er ansvarlig for udarbejdelsen, og de skal være forsynet med dato for ikrafttrædelse og seneste ajourføring.
- De skriftlige instrukser skal indeholde en entydig og relevant fremstilling af emnet med en præcisering af den personalegruppe, som instruksen er rettet mod.
- De skriftlige instrukser skal have en udformning, et omfang og en placering, så de er anvendelige i det daglige arbejde

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

312: Personalet har kendskab til instrukserne, og følger retningslinjerne i disse

Ledelsen skal sikre, at personalet har kendskab til instruksernes indhold og opbevaring, og at de følger disse i det daglige arbejde.

- Ledelsen skal sikre, at personalet introduceres til instrukserne
- Ledelsen skal sikre, at personalet følger instrukserne i det daglige arbejde

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

For nærmere detaljer om målepunktsområderne, henvises til de enkelte plejehjems tilsynsrapporter.

5 Målepunkter, dokumentation i de sygeplejefaglige optegnelser

2110: De 11 områder i den sundhedsfaglige dokumentation

Den sundhedsfaglige dokumentation skal som minimum indeholde en beskrivelse af, hvorvidt beboeren har aktuelle eller potentielle problemer inden for følgende problemområder:

- Aktivitet (ADL)
- Sanseindtryk, inkl. syn og hørelse
- Kommunikation, inkl. hukommelse og sprogfunktion og vurdering af trænings behov
- Smertes
- Bevægeapparat, inkl. balance og faldtendens og vurdering af træningsbehov
- Vejrtrækning og kredsløb
- Søvn og hvile
- Psykosociale forhold, inkl. stimulation og intellektuel funktion samt evt. misbrug
- Hud og slimhinder, herunder vurdering af risiko for udvikling af tryksår
- Udskillelse af affaldsstoffer, herunder inkontinens og obstipation
- Ernæring, inklusiv vægt og vurdering af ernæringsbehov

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

216: Oversigt over beboernes sygdomme og handicap

Der skal udarbejdes en oversigt over beboernes sygdomme og handicap ved indflytningen, og den skal revideres ved ændringer i beboerens helbredstilstand

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem		1	

217: Aftaler der er med den behandlende læge

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af beboernes kroniske sygdomme og handicap, som er indgået med de behandlende læger ved indflytning. Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i beboernes tilstand og/eller ændring af aftalerne

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem		1	

218:Aktuel beskrivelse af pleje og behandling

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af pleje og behandling og indikation for denne, som er iværksat hos beboeren i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

214:Beskrivelse af opfølgning og evaluering

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af opfølgning og evaluering den pleje og behandling, som er iværksat hos beboeren i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme. Der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlende læge

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

219:Dokumentationen er overskuelig og systematisk

Dokumentationen i de sygeplejefaglige optegnelser skal føres overskueligt og systematisk

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem		1	

220:Dokumentation føres i én journal

Den sundhedsfaglige dokumentation skal føres i én journal, som er tilgængelig for notater fra personale, der deltager i observation, pleje og behandling samt opfylder de formelle krav til dokumentation af identifikation, datering, rettelse og opbevaring af sundhedsfaglig dokumentation. Det skal fremgå tydeligt af dokumentationen i journalen, hvis dele af denne føres på fx papir, og hvad disse omhandler. For at overholde systematik og entydig journalføring, vil oplysninger fra hjælpeark til en handleplan, hvor indsatsen håndteres i den elektroniske journal, skulle indføres i denne for at give et fyldestgørende overblik, og kan ikke indgå som separat bilag. Relevante bilag skal opbevares i journalen eller ved brug af elektronisk journal i en separat manuel journal og i mindst 5 år

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

For nærmere detaljer om målepunktsområderne, henvises til de enkelte plejehjems tilsynsrapporter.

6 Målepunkter, medicin håndtering

1112:Dato for ordinationen og/eller seponering

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem		1	

1113: Ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal den ordinerende læges navn eller navnet på sygehusafdelingen, hvor lægerne har ordineret medicin, være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

1114: Præparatets navn, dispenseringsform og styrke

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (f.eks. tabletter, mikstur) og styrke være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

1115: Enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal enkeltdosis og døgndosis, herunder tidspunkt for indgift af fast medicin være dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

1116: Enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal enkeltdosis og maksimal døgndosis for pn-medicin fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

1117: Behandlingsindikationer skal fremgå

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal behandlingsindikationer for den medicinske behandling fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

1118: Medicinlisten føres systematisk og entydigt

Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

132: Medicingennemgang

Det skal fremgå af de sygeplejefaglige optegnelser, hvornår den behandlende læge har gennemgået beboernes medicin, og personalet har dokumenteret de relevante faglige oplysninger og de delegerede sundhedsfaglige opgaver vedrørende medicin håndteringen

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem		1	

130:Overensstemmelse mellem ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin

Ledelse og personale skal sikre, at der er overensstemmelse mellem den ordinerede og den i medicinlisten anførte medicin

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

131:Overensstemmelse mellem antal tabletter på medicinliste og æsker

Ledelse og personale skal sikre, at der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

126:Den ordinerede medicin findes i medicinbeholdning

Ledelse og personale skal sikre, at den ordinerede medicin findes i beboerens medicinbeholdning

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem		1	

127:Ophældt p.n.-medicin

Ledelse og personale skal sikre, at ophældt p.n.-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med beboerens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for ophældning og udløbsdato

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

144:Identifikation ved medicinudlevering

- Personalet skal sikre, at beboerens identitet er i overensstemmelse med angivelse af navn og personnummer på doseringsæsken eller anden medicinbeholder.
- Udlevering af medicin skal ske på grundlag af identifikation af beboeren enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og – år eller ved sikker genkendelse

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

121:Medicinen opbevares forsvarligt

Medicinen skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

122:Hver enkelt beboers medicin opbevares adskilt

Hver enkelt beboers medicin skal opbevares adskilt fra de øvrige beboeres medicin

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

125:Aktuel medicin opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin

Aktuel medicin skal opbevares adskilt fra ikke aktuel medicin

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

123:Ingen fælles medicin

Reglen om, at der ikke må forefindes fælles medicin med undtagelse af adrenalin, bliver overholdt

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

128:Holdbarhedsdatoen er ikke overskredet

Holdbarhedsdatoen på beboerens medicin og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling må ikke være overskredet

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

129:Der er anbrudsdato

Der skal være anbrudsdato på medicinske salver, dråber mv. med begrænset holdbarhed efter åbning

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

124:Doseringsæsker er mærket korrekt

Doseringsæsker, og andre beholdere med ophældt medicin, skal være mærket med beboerens navn og personnummer

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

For nærmere detaljer om målepunktsområderne, henvises til de enkelte plejehjems tilsynsrapporter.

7 Målepunkter, patienters retsstilling

911:Varetagelse af helbredsmæssige interesser

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder oplysninger om information til beboerne eller de pårørende om planlagt pleje og behandling af beboeren, og beboerens eller de pårørendes tilkendegivelser herpå (informeret samtykke/stedfortrædende samtykke).

Det skal fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation, om beboeren vurderes til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

914:Informeret samtykke dokumenteret

Det skal fremgå af den sundhedsfaglige dokumentation, at der er indhentet informeret samtykke til behandling og pleje

	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke relevant
Antal plejehjem	1		

For nærmere detaljer om målepunktsområderne, henvises til de enkelte plejhjems tilsynsrapporter.

8 Øvrige forhold

Adgang til sundhedsfaglige ydelser:

- ❖ Det blev oplyst, at samarbejdet med beboernes praktiserende læger fungerede tilfredsstillende.
- ❖ Det blev oplyst, at samarbejdet med vagtlæger, speciallæger, omsorgstandplejen samt gerontopsykiatrisk team fungerede tilfredsstillende.
- ❖ Det blev oplyst, at der var et velfungerende samarbejde med de lokale sygehuse og hospitaler.
- ❖ Det blev oplyst, at beboerne var orienteret om muligheden for influenzavaccination og om Fødevarerstyrelsens og Sundhedsstyrelsens anbefaling af D-vitamin og kalciumtilskud.

Bygningsforhold og indeklima:

- ❖ Det blev oplyst, at der på plejehjemmet ikke var bygnings- og indretningsforhold, som medførte særlig risiko for ulykker, eller indeklimatekniske problemer, som havde betydning for beboernes sundhed.

Kvalitetssikring:

- ❖ Plejehjemmet indberettede alle de rapporteringspligtige utilsigtede hændelser, og der foregik internt på plejehjemmet en systematisk opfølgning af disse med henblik på forebyggelse.

Arbejdsdragt:

- ❖ Personalet anvendte arbejdsdragt i overensstemmelse med Vejledningen om arbejdsdragt indenfor sundheds- og plejesektoren.