



Dagsorden til møde i Ældre-, Social og Sundhedsudvalget

Mødetidspunkt 18-08-2021 17:00

**Mødeafholdelse Botilbuddenes administration, Bank-Mikkelsens Vej 12, 2820
Gentofte**

Indholdsfortegnelse

Ældre-, Social og Sundhedsudvalget

18-08-2021 17:00

1 (Åben) Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, 2. kvartal 2021	3
2 (Åben) Aftale med Region Hovedstaden om IV-behandling i kommunalt regi.....	3
3 (Åben) Danmarkskort 2020 over omgørelsesprocenter m.v. på socialområdet	5
4 (Åben) Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne	8
5 (Lukket) Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne	8
Offentlig titel Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne	8
6 (Åben) Underskrift	8

1 (Åben) Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, 2. kvartal 2021

Sags ID: EMN-2021-03863

Resumé

Denne kvartalsrapport omfatter to målområder i Gentofteplanen: 'Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte' og 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje'.

Kvartalsrapporteringen for 2. kvartal 2021 forelægges til drøftelse.

Baggrund

Kvartalsrapporten viser en række nøgletal for udviklingen inden for udvalgte ydelsesområder for de to målområder 'Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte' og 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje'.

Der følges i denne kvartalsrapport op på følgende afsluttede opgaveudvalg under Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget:

- Ny Sundhedspolitik (Borgerrettet Forebyggelse)

Desuden gives en økonomisk status for de to målområder.

Indstilling

Social & Sundhed indstiller

Til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget:

At kvartalsrapporteringen tages til efterretning.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

1. Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget 2. kvartal 2021 12.08.2021 (4088126 - EMN-2021-03863)
2. SU - budgetændringer ØR2 (4053047 - EMN-2021-03863)
3. Ny sundhedspolitik opfølgning på opgaveudvalg 3. kvartal 2021 (4088227 - EMN-2021-03863)

2 (Åben) Aftale med Region Hovedstaden om IV-behandling i kommunalt regi

Sags ID: EMN-2021-04377

Resumé

KKR Hovedstaden har godkendt aftale om intravenøs (IV) behandling til borgere i kommunalt regi den 16. juni 2021. Borgere i hovedstadskommunerne kan med aftalen modtage nogle typer IV-behandling i eller tæt på eget hjem. Dermed kan de undgå ambulante besøg på hospitalet i den periode, behandlingen varer.

Aftalen skal inden ikrafttrædelse godkendes af de enkelte kommuner og forelægges hermed med henblik på politisk godkendelse i Gentofte Kommune.

Baggrund

Indgåelse af en IV-aftale er et pejlemærke i Sundhedsaftale 2019-2023 og en særskilt signaturindsats, som er aftalt mellem Region Hovedstaden og KKR Hovedstaden.

Forud for KKR's godkendelse har Sundhedskoordinationsudvalget godkendt aftalen på mødet den 11. juni 2021 og kommunaldirektørkredsen på K29-mødet den 4. juni 2021.

IV-aftalen skal sikre høj faglig kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i forløb for borgere i IV-behandling i kommunalt regi på delegation fra hospitalet. Grundprincippet for samarbejdet er, at ingen borgere skal opleve ubegrundede overgange eller unødvendige indlæggelser.

Aftalen omfatter forløb med IV-antibiotika, IV-væske (isoton) og IV-pumpe. IV-behandling i kommunalt regi kan ske i tidsrummet 07-23 og med maksimalt fire daglige besøg. Endvidere er det en forudsætning, at borgerne er indstillede på at fortsætte eller færdiggøre deres IV-behandling i kommunalt regi, samt at borgerne lægefagligt er vurderet egnede til at modtage IV-behandling i kommunalt regi.

Ifølge aftalen beholder hospitalerne finansierings- og behandlingsansvaret for IV-behandlingen. Aftalen afgrænser målgrupper og forudsætninger for, at IV-behandling kan ske i kommunalt regi. En væsentlig del af aftalen er en takstmodel, der fastsætter den takst, som regionen skal afregne med kommunerne for at løse opgaven. Modellen tager afsæt i kommunernes konkrete erfaringer med IV-behandling og reelle udgifter hertil. Det har været et bærende princip, at takstafregningen skal være enkel at administrere, og ikke give anledning til lokale diskussioner mellem kommuner og hospitaler.

I forhold til aftalen udestår en afklaring vedr. afregning for korttarmspatienter, der modtager parenteral ernæring (intravenøs ernæringstilførsel) og herunder IV medicinsk behandling og IV væskebehandling i kommunalt regi. Kommunerne vurderer, at der er tale om sygehusbehandling i hjemmet, og dermed en regional opgave, hvor hospitalet har behandlings- og finansieringsansvaret. Det er derfor nødvendigt at indgå aftale om behandlingen med regionen, før hospitalerne kan delegere opgaven til kommunerne. En sådan aftale skal indeholde afregning af kommunerne for de udgifter, der forbundet med varetagelse af behandlingen i kommunalt regi, da kommunerne ikke må varetage sygehusopgaver vederlagsfrit, jf. opgavefordelingsprincippet. Udgifterne til varetagelse af behandlingen i kommunalt regi anslås at være ca. 800.000 kr. årligt pr. patient

På trods af udestående vedr. korttarmspatienter anbefaler KKR Hovedstaden, at aftalen tiltrædes. Samtidig opfordrer KKR de 29 kommuner til at afvise alle nyhenviste korttarmspatienter, så længe der er politisk uenighed om, hvem der skal finansiere opgaven.

Aftalen træder i kraft 4. oktober 2021 og bliver evalueret efter to år.

Indstilling

Social & Sundhed indstiller

Til Ældre, Social- og Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen:

1. At godkende aftale om IV-behandling i kommunalt regi.

2. At godkende at afvise alle nye henvisninger af korttarmspatienter, så længe der er politisk uenighed om, hvem der skal finansiere opgaven.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

1. Aftale om IV-behandling i kommunalt regi KKR Hovedstaden (4031879 - EMN-2021-04377)

3 (Åben) Danmarkskort 2020 over omgørelsesprocenter m.v. på socialområdet

Sags ID: EMN-2021-03306

Resumé

Siden 2018 skal Social- og Ældreministeriet (tidligere Børne- og Socialministeriet) hvert år inden 1. juli offentliggøre kommuneopdelte danmarkskort med det forudgående års statistik over omgørelsesprocenten i Ankestyrelsens afgørelser i klagesager efter lov om social service.

Kommunalbestyrelsen skal behandle danmarkskortet på et møde inden udgangen af det år, hvor danmarkskortet offentliggøres.

Baggrund

Der anvendes tre begreber, når Ankestyrelsen udregner omgørelsesprocenter:

Stadfæstelse: Ankestyrelsen er enig i afgørelsen. Der sker ingen ændringer for den, der har klaget.

Ændring/Ophævelse: Ankestyrelsen er helt eller delvist uenig i afgørelsen og ændrer/ophæver den.

Hjemvisning: Hvis der for eksempel mangler væsentlige oplysninger i en sag, og Ankestyrelsen ikke selv kan indhente dem, sender styrelsen sagen tilbage til myndigheden. Det betegnes "at hjemvise en sag" og betyder, at myndigheden skal genoptage sagen og afgøre den på ny.

Når en afgørelse hjemvises, ændres eller ophæves, benævnes det, at kommunens afgørelse bliver omgjort. Det hedder det, selvom en hjemvisning ikke nødvendigvis betyder, at afgørelsen bliver ændret. Omgørelsesprocenten er derfor andelen af afgørelser, der bliver omgjort (hjemvist, ændret eller ophævet) af Ankestyrelsen.

Børne- og Socialministeriet har ligesom de foregående år udarbejdet 3 danmarkskort for omgørelsesprocenter i 2020: for hele socialområdet, for børnehandicapområdet og for særlige bestemmelser på voksenhandicapområdet. Kortene for børnehandicapområdet og for særlige bestemmelser på voksenhandicapområdet indgår i kortet for det samlede socialområde. Kortene kan ses på ministeriets hjemmeside:

[Omgørelsesprocenter på socialområdet i 2020 \(sm.dk\)](#)

[Omgørelsesprocenter på børnehandicapområdet i 2020 \(sm.dk\)](#)

[Omgørelsesprocenter på voksenhandicapområdet i 2020 \(sm.dk\)](#)

På kortet for **hele socialområdet** indgår alle bestemmelser i lov om social service.

Som det fremgår af tabel 1 og 2 i vedlagte notat, behandlede Ankestyrelsen i 2020 135 afgørelser på hele socialområdet fra Gentofte Kommune. Omgørelsesprocenten var 51 %. Heraf var 18 % ændrede/ophævede og 33 % hjemviste afgørelser. Stadfæstelsesprocenten var 49 %. I 2019 og 2018 blev der behandlet henholdsvis 50 og 81 afgørelser. Omgørelsesprocenten var 26 % henholdsvis 44 %. Heraf var i 2019 10 % ændrede og 16 % hjemviste afgørelser, mens stadfæstelsesprocenten var 74 %. I 2018 var omgørelsesprocenten på 44% fordelt på 7 % ændrede og 37 % hjemviste afgørelser, mens stadfæstelsesprocenten var 56 %. I 2020 er omgørelsesprocenten for hele socialområdet steget i forhold til 2019. Ændrede/ophævede afgørelser er steget med 8 procentpoint, mens antallet af hjemviste afgørelser er steget med 17 procentpoint. I forhold til 2018 er omgørelsesprocenten i 2020 7 procentpoint højere.

På det sociale børneområde har Gentofte Kommune i 2020 truffet ca. 3000 afgørelser. Ankestyrelsen har på det sociale børneområde behandlet 79 afgørelser i 2020 fra Gentofte Kommune. Heraf ændrede/ophævede Ankestyrelsen 18 afgørelser og hjemviste 28 afgørelser. 33 afgørelser blev stadfæstet.

På det sociale voksenområde behandler Gentofte Kommune årligt flere tusinde afgørelser. Ankestyrelsen har på det sociale voksenområde behandlet 56 afgørelser i 2020 fra Gentofte Kommune. Heraf ændrede/ophævede Ankestyrelsen 6 afgørelser og hjemviste 17 afgørelser. 33 afgørelser blev stadfæstet.

I kommunerne Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal er der i 2020 sket et fald i omgørelsesprocenter i forhold til 2019 på henholdsvis 16, 16 og 7 procentpoint. I forhold til 2018 er der i 2020 sket et fald i omgørelsesprocenten i Gladsaxe og Lyngby-Taarbæk på henholdsvis 10 og 28 procentpoint. I Rudersdal ses ingen ændret omgørelsesprocent.

På kortet for **børnehandicapområdet** indgår følgende bestemmelser i lov om social service:

- Pasningstilbud, hjemmetræning m.m. (§§ 32, 32a, 36, 39-40)
- Merudgiftsydelse (§ 41)
- Tabt arbejdsfortjeneste (§§ 42- 43)
- Personlig hjælp og ledsagelse (§§ 44 – 45)

Som det fremgår af tabel 5 og 6 i vedlagte notat, behandlede Ankestyrelsen i 2020 41 afgørelser fra Gentofte Kommune på børnehandicapområdet. Omgørelsesprocenten var 61 %. Heraf var 12 % ændrede/ophævede afgørelser og 49 % hjemvisninger. Stadfæstelsesprocenten var 39 %. I 2019 og 2018 blev der behandlet henholdsvis 6 og 42 afgørelser. Omgørelsesprocenten var 33 % henholdsvis 64 %. Heraf var i 2019 17 % ændrede/ophævede og 17 % hjemviste afgørelser, mens stadfæstelsesprocenten var 67 %. I 2018 var omgørelsesprocenten på 64 % fordelt på 10 % ændrede/ophævede og 55 % hjemviste afgørelser, mens stadfæstelsesprocenten var 36 %. I 2020 er omgørelsesprocenten således steget med 28 procentpoint i forhold til 2019. Det skyldes et fald i ændrede/ophævede afgørelser på 5 procentpoint, mens antallet af hjemviste afgørelser er steget med 32 procentpoint.

I kommunerne Gladsaxe og Rudersdal er der i 2020 sket et fald i omgørelsesprocenter i forhold til 2019 på henholdsvis 37 og 4 procentpoint, mens omgørelsesprocenten i Lyngby-Taarbæk er steget med 7 procentpoint. I forhold til 2018 er der i 2020 sket et fald i omgørelsesprocenten i Gladsaxe og Lyngby-Taarbæk på henholdsvis 23 og 6 procentpoint. I Rudersdal ses en stigning i omgørelsesprocenten på 15 procentpoint.

Stigningen på børneområdet giver anledning til at Børn og Familie fortsat udvikler afdelingens praksis for at sikre, at omgørelsesprocenten nedbringes. I det følgende er der opridset hvilke tiltag der er iværksat med henblik på at nedbringe omgørelsesprocenten.

- Alle omgjorte og hjemsendte sager er gennemgået således at læring sikres fremadrettet i fremtidige sager.
- Børn og Familie har bedt Ankestyrelsens Taskforce om et udviklingsforløb, som er udviklet af Ankestyrelsen og Socialstyrelsen. Formålet med denne indsats er at sikre korrekte afgørelser, så vi i højere grad undgår hjemvisninger og ændringer af afgørelser.
- Når en afgørelse hjemsendes fra Ankestyrelsen og der er tvivl om afgørelsens indhold tager rådgiverne direkte kontakt til sagsbehandleren i Ankestyrelsen. Formålet er at få præciseret grundlaget for hjemvisning og bede Ankestyrelsen uddybe hvad de mener kommunen burde gøre anderledes.

På kortet for **voksenhandicapområdet** indgår følgende bestemmelser i lov om social service:

- Kontante tilskud (§ 95)
- Borgerstyret personlig assistance (§ 96)
- Ledsageordning (§ 97)
- Merudgifter (§ 100)

Som det fremgår af tabel 9 og 10 i vedlagte notat, behandlede Ankestyrelsen i 2020 3 afgørelser fra Gentofte Kommune på voksenhandicapområdet. Omgørelsesprocenten var 33 %, idet en afgørelse blev hjemvist, mens der ikke var ændrede/ophævede afgørelser. Stadfæstelsesprocenten var 67 %. Både i 2019 og 2018 blev der behandlet 5 afgørelser. Omgørelsesprocenten var begge år 40 %, fordelt på 20 % ændrede/ophævede og 20 % hjemviste afgørelser (begge år). Stadfæstelsesprocenten var begge år 60 %.

Social & Handicap træffer årligt ca. 100 afgørelser inden for de bestemmelser, der indgår i danmarkskortet for voksenhandicapområdet.

I kommunerne Gladsaxe og Lyngby-Taarbæk er der i 2020 sket en stigning i omgørelsesprocenter i forhold til 2019 på henholdsvis 14 og 39 procentpoint, mens omgørelsesprocenten i Rudersdal faldt med 26 procentpoint. I forhold til 2018 er der i 2020 sket et fald i omgørelsesprocenten i Gladsaxe og Rudersdal på henholdsvis 16 og 1 procentpoint. I Lyngby-Taarbæk ses et fald på 4 procentpoint.

Børn og Skole, Kultur, Unge og Fritid og Social & Sundhed orienterer nærmere om omgørelsesprocenterne for Gentofte Kommune i vedlagte bilag.

Danmarkskortet har været i høring hos Handicaprådet og Seniorrådet. Der vil blive orienteret om rådernes høringssvar på møderne i Børneudvalget og Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Børn og Skole, Kultur, Unge og Fritid, Social & Sundhed indstiller

Til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, Børneudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen:

At orienteringen om danmarkskort 2020 over omgørelsesprocenter på socialområdet tages til efterretning.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

1. Notat om danmarkskort 2020 over omgørelsesprocenter m.v. på socialområdet (4079855 - EMN-2021-03306)

4 (Åben) Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne

Sags ID: EMN-2020-02219

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

5 (Lukket) Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne

Offentlig titel Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne

Sags ID: EMN-2020-02219

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

6 (Åben) Underskrift

Sags ID: EMN-2021-00493

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

Dokument Navn:	Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget 2. kvartal 2021 12.08.2021.pdf
Dokument Titel:	Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget 2. kvartal 2021 12.08.2021
Dokument ID:	4088126
Placering:	Emnesager/Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, 2. kvartal 2021 /Dokumenter
Dagsordens titel	Kvartalsrapport til Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, 2. kvartal 2021
Dagsordenspunkt nr	1
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	3

Dette dokument blev genereret af  getorganized
for SharePoint

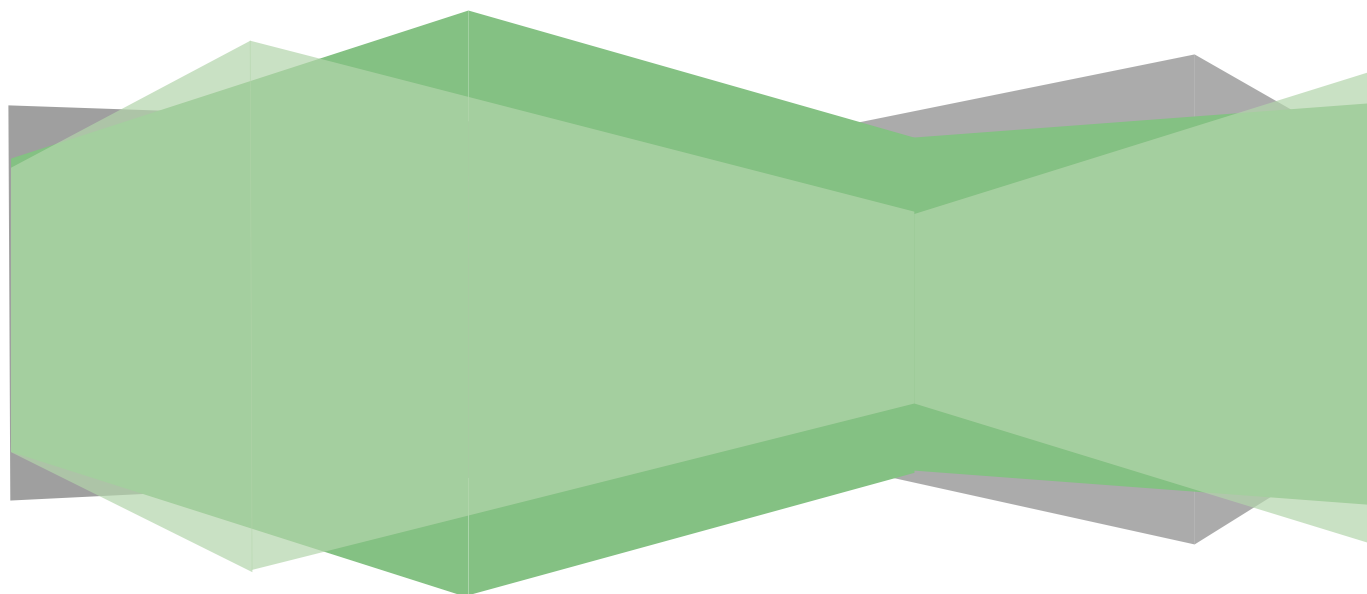
Gentofte Kommune



Kvartalsrapportering

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget

August 2021





INDHOLDSFORTEGNELSE

BORGERE MED HANDICAP, PSYKISK SYGDOM OG SOCIALT UDSATTE	3
STØTTE TIL SELVSTÆNDIGT BOENDE BORGERE	3
DAGTILBUD	4
BOTILBUD TIL MENNESKER MED NEDSAT FYSISK ELLER PSYKISK FUNKTIONSEVNE	8
BELÆGNING PÅ KOMMUNENS BOTILBUD FOR VOKSNE MED HANDICAP	11
MISBRUGSBEHANDLING	12
MODTAGELSE AF FLYGTNINGE	14
ØKONOMISK STATUS – BORGERE MED HANDICAP, PSYKISK SYGDOM OG SOCIALT UDSATTE	15
FOREBYGGELSE, REHABILITERING OG PLEJE	16
PERSONLIG OG PRAKTISK HJÆLP	16
HJEMMESYGEPLEJE	20
SYGEPLEJEKLINIKKER	21
PLEJE- OG ÆLDREBOLIGER	23
GENOPTRÆNINGSPLEANER	26
ØKONOMISK STATUS – FOREBYGGELSE, REHABILITERING OG PLEJE	27
ANLÆGSSTATUS	29



UDVALGSSTATUS

Aktiviteter og udgifter under Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget vedrører målområderne i Gentofteplanen 'Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte' og 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje'.

Målområdet *Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte* omfatter opgaver og udgifter vedrørende borgere med kognitive udfordringer, hjerneskade, fysisk handicap, psykisk sygdom, borgere inden for autismeområdet, udsatte, hjemløse, borgere med misbrug samt flygtninge. Dertil kommer udgifter til boligydelse.

Centralt for området er den rehabiliterende tilgang, hvor målet er at understøtte borgerne i at have et så selvstændigt og uafhængigt liv som muligt. Der arbejdes desuden med at tilbyde en koordineret indsats for borgere og familier på tværs af forvaltningsområderne med udgangspunkt i en løsningsfokuseret tilgang.

For selvstændigt boende med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, psykisk sygdom eller særlige sociale problemer og behov for støtte til at klare hverdagen er der fokus på så vidt muligt at tilbyde gruppeforløb frem for individuel støtte. Udvikling i brugen af gruppeforløb afprøves blandt andet i satspuljeprojektet "Godt videre i egen bolig" – et 3-årigt projekt for unge med autisme i samarbejde med Lyngby-Taarbæk Kommune.

På psykiatriområdet er der fokus på borgerinddragelse og peer-metoden i den daglige indsats og på 4K-samarbejdet om Skolen på Tværs. På handicapområdet er der fokus på kommunikation med borgerne, og målet er borgerinddragelse og samskabelse.

Lovgrundlaget for området er lov om social service (i det følgende benævnt serviceloven eller SEL) samt dele af sundhedsloven (SUL).

Målområdet *"Forebyggelse, rehabilitering og pleje"* omfatter aktiviteter og udgifter vedrørende borgere med behov for hjælp i form af hjemmepleje, hjemmesygepleje, hjælpemidler, plejeboliger, dagcentre, genoptræning og rehabilitering. Området omfatter endvidere udgifter til kommunal medfinansiering af de regionale sundhedsudgifter.

Målgruppen for området er især ældre borgere, som støttes i at have et så selvstændigt og uafhængigt liv som muligt. For at forebygge indlæggelser og genindlæggelser har kommunen et tværgående træningsteam, forebyggende hjemmebesøg, sygeplejeklinikker og et tværkommunalt samarbejde om akutsygepleje, der sammen med øvrige indsatser skal understøtte målet omkring rehabilitering, behandling og forebyggelse.

Målområdet fokuserer bl.a. på at implementere Fælles Sprog III (FS III), som er en ny fælles kommunal arbejdsmetode til både at visitere og dokumentere leverede indsatser. FS III bidrager til samarbejdet på tværs af visitation, hjemmepleje, sygepleje, plejeboliger og Tranehaven, når den samme faglige metode anvendes.



BORGERE MED HANDICAP, PSYKISK SYGDOM OG SOCIALT UDSATTE

Nedenfor vises nøgletal på et udvalg af Social & Handicaps kerneydelser¹.

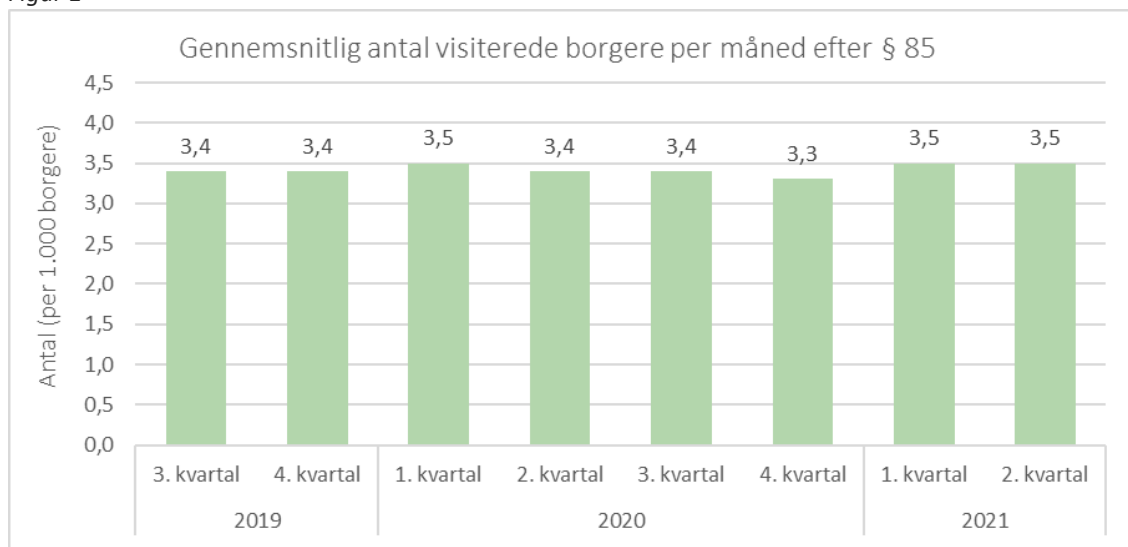
Støtte til selvstændigt boende borgere

Støtte til selvstændigt boende borgere består af hjælp, omsorg og støtte efter servicelovens § 85. Det vil sige træning og hjælp til udvikling af færdigheder til borgere med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Figur 1 illustrerer fordelingen af det gennemsnitlige antal visiterede borgere til hjemmevejledning og bostøtte (SEL § 85) per 1.000 borgere i kommunen over de seneste otte kvartaler.

Det gennemsnitlige antal visiterede borgere per måned er stabilt fra 1. kvartal 2021 til 2. kvartal 2021.

Figur 1



Gentofte Kommune har to vejlednings- og bostøttetilbud: Center for Netværk og Socialpsykiatrisk Center. Der foregår aktuelt en sammenlægning af de to tilbud, som fra 1.8.2021 vil være ét samlet center og hedde Center for Trivsel og Netværk, hvorfra vejledningen/bostøtte vil blive leveret. Den gennemsnitlige borger hos Center for Netværk fik i første kvartal 2021 visiteret 4,65 timer per måned samt netværksskabende aktiviteter. En gennemsnitlig borger fra Socialpsykiatrisk Center modtog i første kvartal 2021 6,9 timer per måned, samt fri adgang til at komme i centerets café, Café Stolpen. Desuden udfører centerets støtte-kontaktpersoner lovpligtigt opsøgende arbejde i forhold til borgere med psykiske lidelser, misbrug eller særlige sociale problemer. Kun i sager, hvor der er behov for en særligt specialiseret ydelse, købes ydelsen hos en ekstern leverandør.

¹ Målgruppen er borgere fra 18+ år og der, hvor der vises antal pr. 1000 borgere er det i forhold til hele befolkningen i Gentofte Kommune.



Dagtilbud

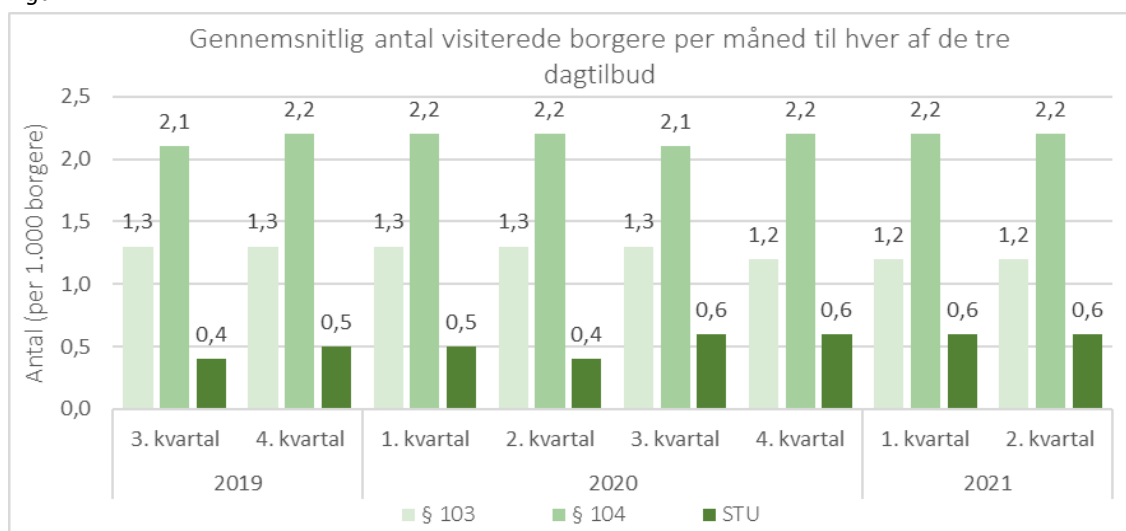
Dagtilbud omfatter aktivitets- og beskæftigelsestilbud. Området består af:

- Beskyttet beskæftigelse til personer under 65 år, som grundet betydelig nedsat fysisk- eller psykisk funktions- evne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på almindelige vilkår på ar- bejdsmarkedet, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning (SEL § 103).
- Aktivitets- og samværstilbud til at opretholde eller forbedre personlige færdigheder eller livsvilkår til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer (SEL § 104).
- Særligt tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU) til unge mellem 16-25 år, der har brug for særlig støtte til at gennemføre en ungdomsuddannelse pga. fx autisme, ADHD, indlæringsvanskeligheder, en sindslidelse eller andet. STU er målrettet borgere, der selv med ekstra socialpædagogisk støtte ikke er i stand til at tage en ungdomsuddannelse på almindelige vilkår. Borgerne har et retskrav på STU, hvis de vurderes at være i mål- gruppen. STU er ikke kompetencegivende.

Figur 2 illustrerer udviklingen i det gennemsnitlige antal visiterede borgere per 1.000 borgere i kommunen over de seneste otte kvartaler - til hvert af de tre tilbudstyper. Figur 2a illustrerer udviklingen i antal unikke borgere per kvartal, for hvert af de tre dagtilbud.

Figur 2 viser, at det gennemsnitlige antal visiterede borgere til SEL § 103, SEL § 104 og STU ligger stabilt fra 1. kvartal 2021 til 2. kvartal 2021. Det samme ses ved antal unikke borgere jf. figur 2a.

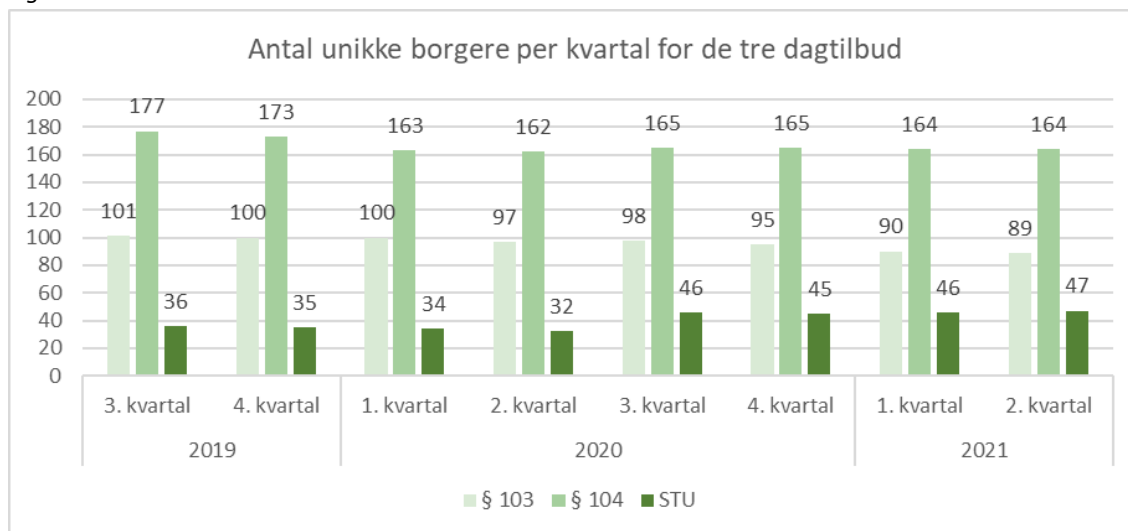
Figur 2



Note: På grund af sene registreringer på STU er datasættet rettet bagud i tid. Af denne grund afviger tallene fra tidligere kvartalsrapporter.



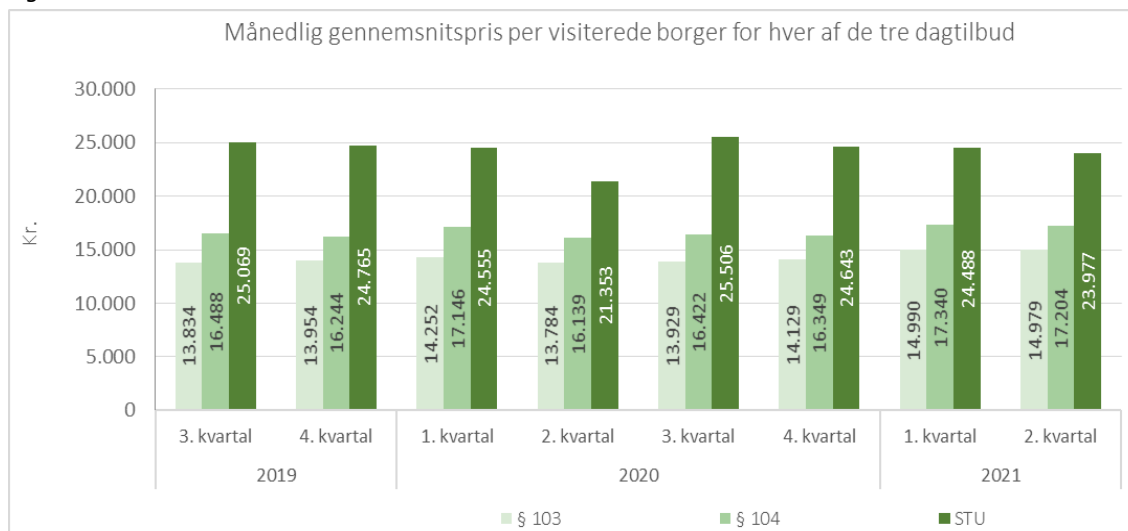
Figur 2a



Note: På grund af sene registreringer på STU er datasættet rettet bagud i tid. Af denne grund afviger tallene fra tidligere kvartalsrapporter.

Figur 3 viser udviklingen i den gennemsnitlige månedlige udgift per forløb i løbende priser. Figuren viser, at gennemsnitsprisen for både SEL § 103 og SEL § 104 ligger stabilt fra 1. kvartal 2021 til 2. kvartal 2021. Der ses et fald i de gennemsnitlige udgifter på STU, hvilket primært skyldes en økonomisk bedre rammeaftale efter udbud af STU. Ved vurdering af hvilket uddannelsesstilbud der kan tilbydes borgeren, er der et stort fokus på både faglige og økonomiske hensyn.

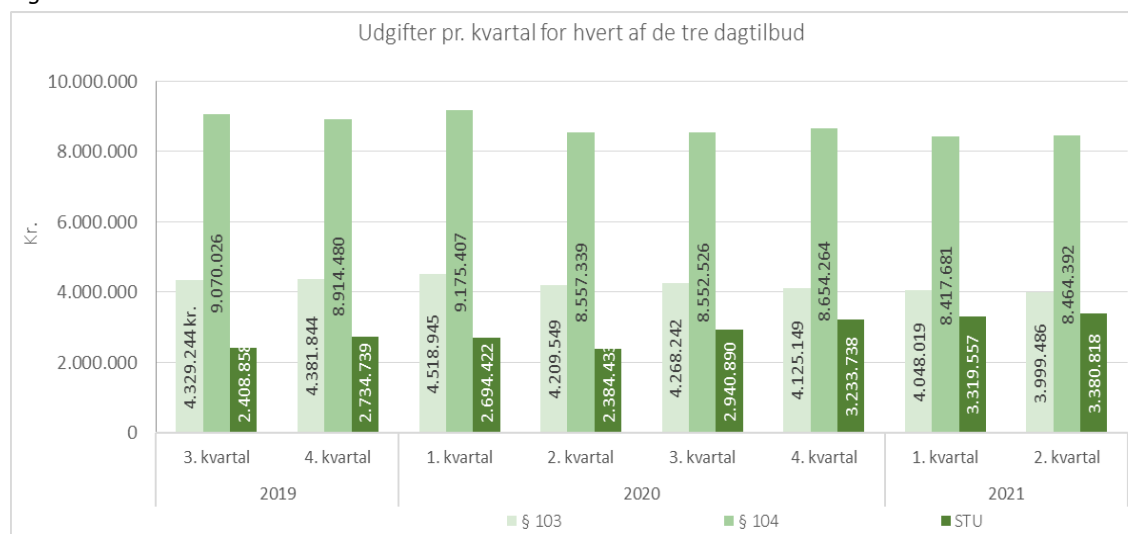
Figur 3



Figur 3a viser udviklingen i udgifter pr. kvartal for §§ 103 og 104 samt STU. Figuren viser, at de samlede udgifter for de tre typer dagtilbud i perioden falder for §§ 103 og 104 men stiger for STU. Tallene er i løbende priser.



Figur 3a



Af figur 4 fremgår den forventede belægning på området for dagtilbud i 2021, som i 2021 forventes at være 91,7 %. Det er 2,9 procentpoint lavere end den gennemsnitlige belægning i 2020. Belægningen svarer til, at der forventes at være 25 tomme ud af 296 pladser hele året.

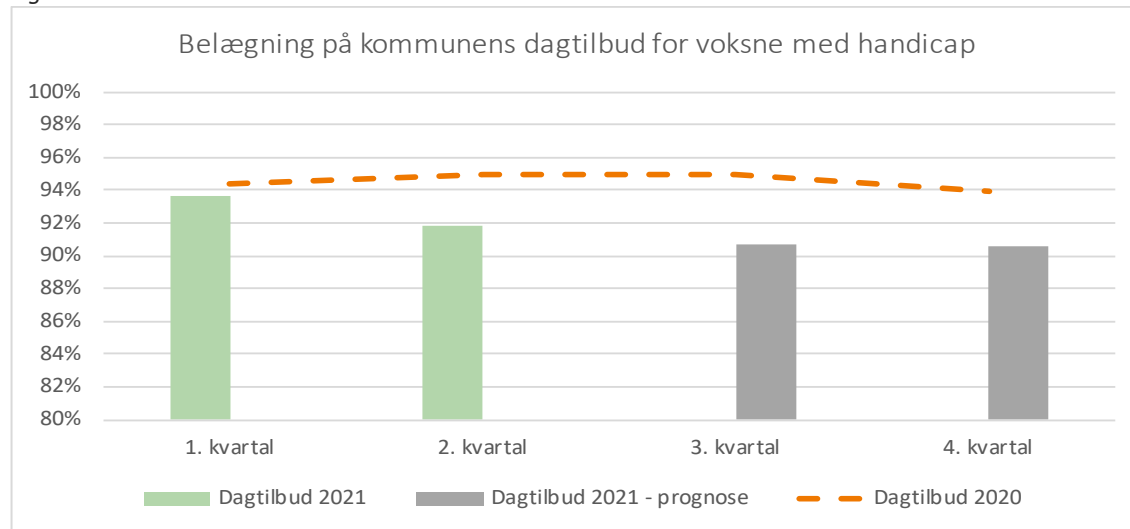
Ændringen fra den seneste kvartalsrapport afspejler en faldende belægning – og en belægningsgrad, som er mindre end hidtil antaget.

Job- Aktivitets- og Kompetencecentret (JAC) forventes at få 17 færre brugere end de 170 i budgettet. Men da brugerne generelt er indskrevet på en højere takst end forudsat, er den lavere belægning uproblematisk for kommunens økonomi, men afspejler snarere, at de brugere, der aktuelt indskrives på JAC, har et større støttebehov end tidligere.

De kommunale voksenhandicaptilbud samt det selvejende Østerled, er omfattet af den såkaldte aktivitetsreguleringsordning. Ordningen indebærer, at tilbuddene medfinansierer de tabte takstindtægter. Omvendt tilføres yderligere ressourcer via ordningen, hvis de brugere, der indskrives, har et større behov end forudsat ved takstberegningen.



Figur 4



Anm.: Omfatter antal fuldtidsbrugere (antal brugere der benytter et dagtilbud 5 dage om ugen hele året) i visiterede kommunale dagtilbud (undtaget dog tilbud under NextJob) samt selvejende dagtilbud med driftsoverenskomst med Gentofte Kommune (undtagen Sundhedscenter Hvide Hus). Dagtilbud omfatter tilbud efter servicelovens §§103-104.

Kilde: Opkrævninger i fagsystemet Sensum suppleret med oplysninger om forventede til- og afgange fra tilbuddene.

Note: En ændring på 1 procentpoint svarer til 2,9 fuldtidspladser. Fra 2. kvartal 2021 er den minimale værdi på 2. akse ændret fra 90% til 80%.

**Botilbud til mennesker med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne**

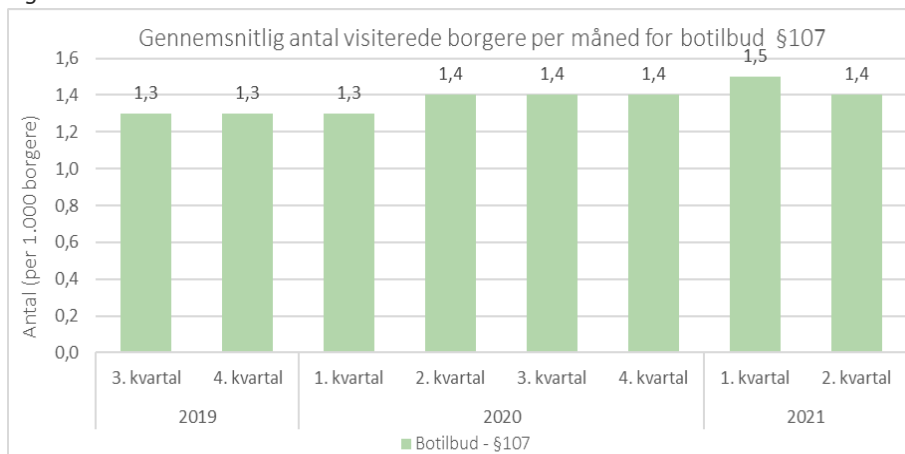
Gentofte Kommune benytter en række forskellige botilbud og bofællesskaber til personer med en nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, som har brug for et botilbud i kortere eller længere tid. Pladserne købes både i og uden for Gentofte Kommune. Området består af:

- Botilbud med midlertidigt ophold (SEL § 107)
- Botilbud med længerevarende ophold (SEL § 108)
- Botilbud med egen lejekontrakt, men hvortil der er knyttet pædagogisk støtte (ABL § 105/SEL § 85). Disse er sammenlignelige med SEL § 108 tilbud
- Botilbud efter Lov om friplejeboliger. Disse er ligeledes sammenlignelige med SEL § 108 tilbud.

Da det er samme målgruppe, der visiteres til længerevarende botilbud (SEL § 108), botilbud med egen lejekontrakt og pædagogisk støtte (ABL § 105/SEL § 85) samt til botilbud efter Lov om friplejeboliger, er disse tre typer af botilbud slået sammen i figur 7 og 8.

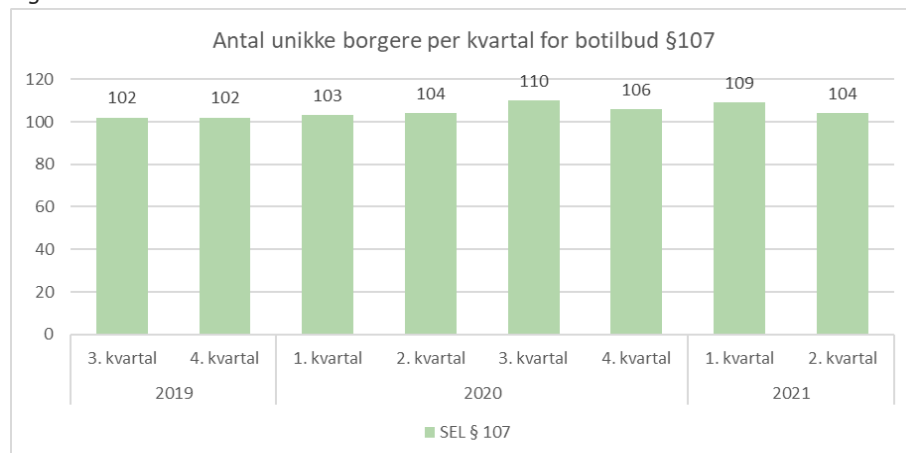
Figur 5 og 6 viser udviklingen i det gennemsnitlige antal visiterede borgere til botilbud per 1.000 borgere i kommunen for henholdsvis midlertidige botilbud (§ 107) og længerevarende botilbud (§ 108, ABL § 105/SEL § 85, samt friplejeboliger). Figur 5a og 6a illustrerer udviklingen i antal unikke borgere per kvartal, for henholdsvis midlertidige og længerevarende botilbud.

Figur 5 viser, at det gennemsnitlige antal visiterede borgere til midlertidige botilbud (SEL §107) er faldet fra 1. kvartal 2021 til 2. kvartal 2021, det samme er antal unikke borgere på § 107 jf. figur 5a. Faldet skyldes at flere borgere har skiftet tilbud til henholdsvis § 85 tilbud og længerevarende botilbud. Til gengæld er den gennemsnitlige udgift pr. borger i midlertidigt botilbud stabilt jf. figur 7.

Figur 5

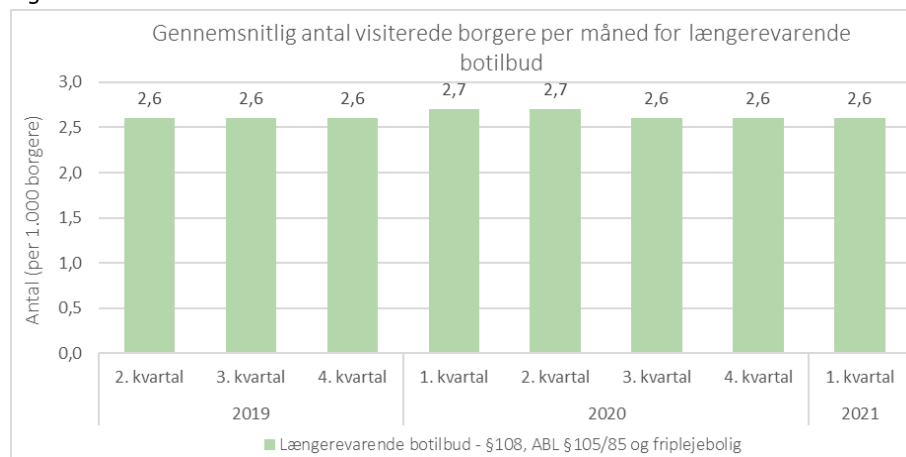


Figur 5a



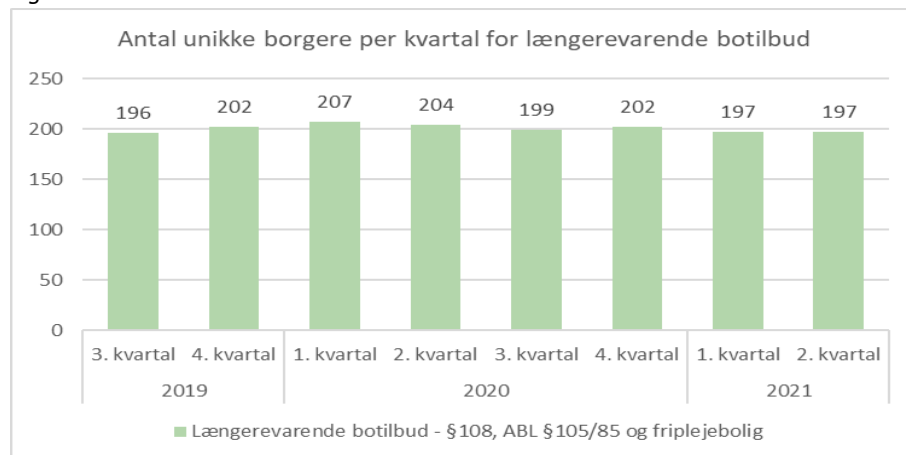
Figur 6 viser, at det gennemsnitlige antal visiterede borgere til de længerevarende botilbud fortsat ligger stabilt, det samme gør antal unikke borgere jf. figur 6a. Den månedlige gennemsnitspris pr. borger i længerevarende tilbud er steget fra 1. kvartal 2021 til 2. kvartal 2021. Stigningen skyldes en særlig dyr enkeltsag. Da denne sag er registreret som værende gældende fra 1. kvartal 2021, er de gennemsnitlige udgifter for 1. kvartal 2021 tilrettet, så de giver et mere retvisende billede.

Figur 6



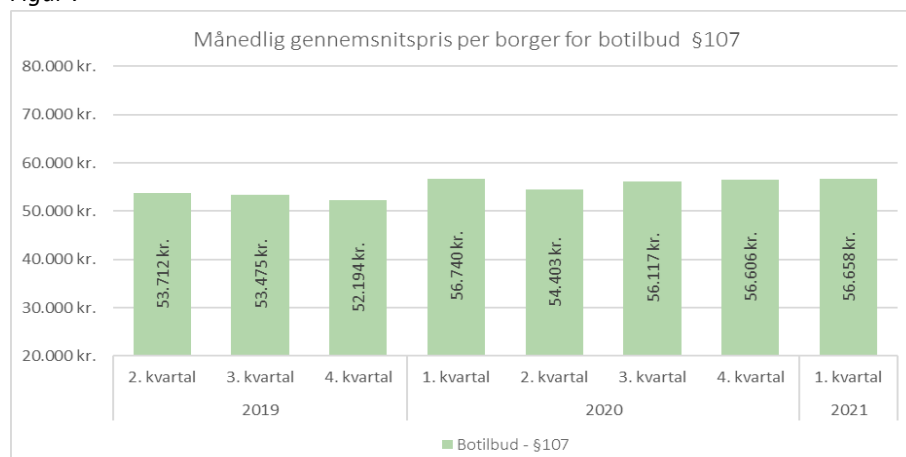


Figur 6a

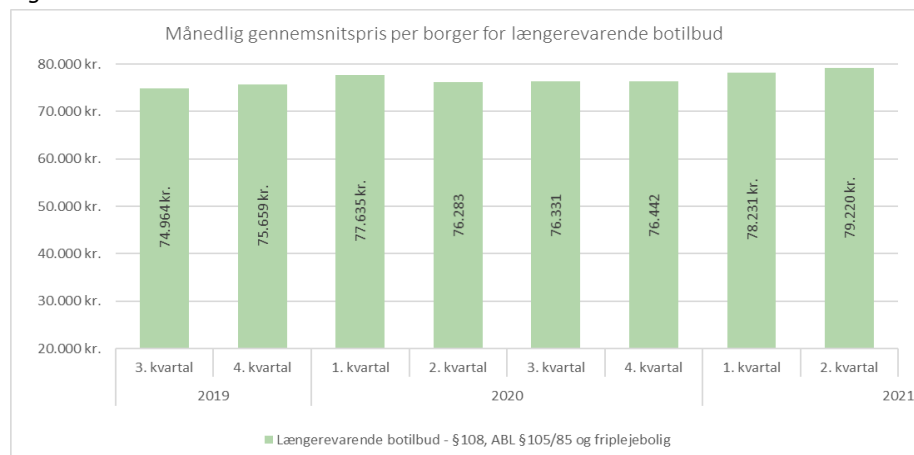


Endelig vises den gennemsnitlige månedlige udgift pr. borger i henholdsvis et midlertidigt og et længerevarende botilbud i figur 7 og 8. Den gennemsnitlige udgift pr. borger i midlertidigt botilbud er stabilt mens der er en stigning på længerevarende botilbud.

Figur 7



Figur 8





Belægning på kommunens botilbud for voksne med handicap

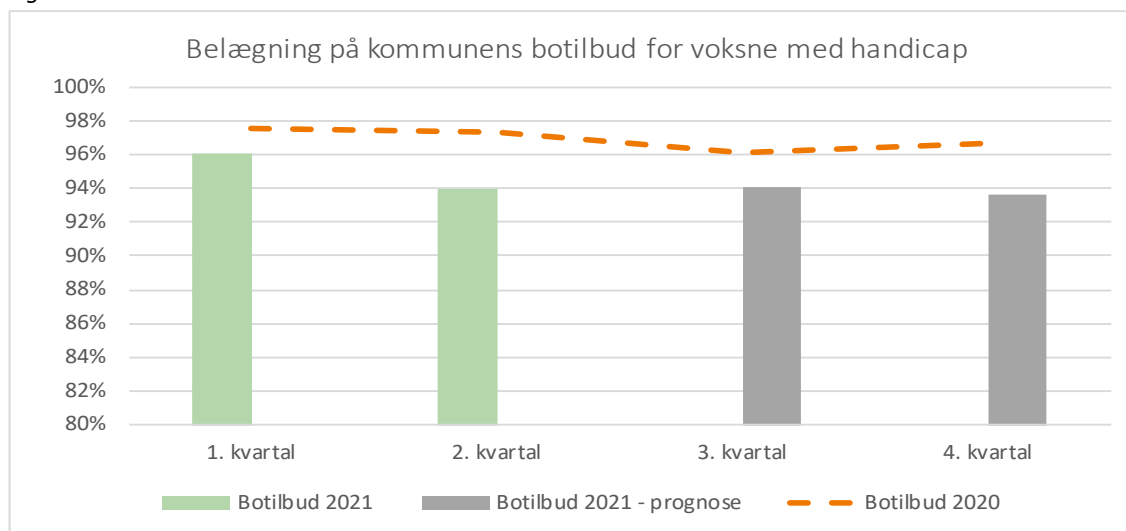
Figur 9 viser belægningen på området for botilbud. Denne forventes i 2021 at være 94,5% og dermed 2,4 procentpoint lavere end i 2020. Det svarer til, at knap 14 ud af de 248 boliger forventes at stå tomme i 2021. Ændringen fra den seneste kvartalsrapport afspejler en faldende belægning – og en belægningsgrad, som er mindre end hidtil antaget.

Den væsentligste samlede tomgang er på Hvide og Gule hus, hvor 10 ud af 13 boliger forventes benyttet. Pilekrogen har aktuelt 3 tomme ud af 16 pladser. Herberget Overførstergården forventes at have 3 tomme ud af 23 pladser, mens Helhedstilbuddet Blindenetværket har 3 tomme ud af 33 pladser.

Forvaltningen har stort fokus på at udrede, hvad der forklarer den generelt stigende tomgang. Derudover undersøges det, om der er særlige forklaringer på, hvorfor de ovenfor nævnte tilbud har ekstraordinært mange tomme boliger. Endelig er der fokus på at gøre køberkommuner opmærksomme på de ledige boliger.

De kommunale voksenhandicaptilbud samt det selvejende Østerled er omfattet af den såkaldte aktivitetsreguleringsordning. Ordningen indebærer, at tilbuddene medfinansierer de tabte takstindtægter. Omvendt tilføres yderligere ressourcer via ordningen, hvis de brugere der indskrives, har et større behov end forudsat ved takstberegningen.

Figur 9



Anm.: Omfatter antal fuldtidsbrugere (antal brugere der benytter botilbuddet hele året) i kommunale botilbud samt selvejende botilbud med driftsoverenskomst med Gentofte Kommune. Botilbud omfatter i denne forbindelse tilbud efter servicelovens §§107-108 og 110 samt botilbud efter almenboligloven og lejeloven med støtte efter servicelovens §85.

Kilde: Opkrævninger i fagsystemet Sensum suppleret med oplysninger om forventede til- og afgang fra tilbuddene.

Note: En ændring på 1 procentpoint svarer til 2,5 fuldtidspladser. Fra 2. kvartal 2021 er den minimale værdi på 2. akse ændret fra 90% til 80%.

I forhold til Servicelovens § 109 (krisecenter) og Servicelovens § 110 (forsorgshjem) opgøres disse to botilbud kun én gang årligt i forbindelse med 1. kvartal. Da faktureringen for borgere, der har modtaget én af disse ydelser, ofte sker et stykke tid efter, at ydelsen er givet, giver en årlig opgørelse det mest retvisende billede.



MISBRUGSBEHANDLING

Området omfatter den hjælp, som Gentofte Kommune yder til borgere, der henvender sig med et problematisk forbrug af alkohol eller stoffer.

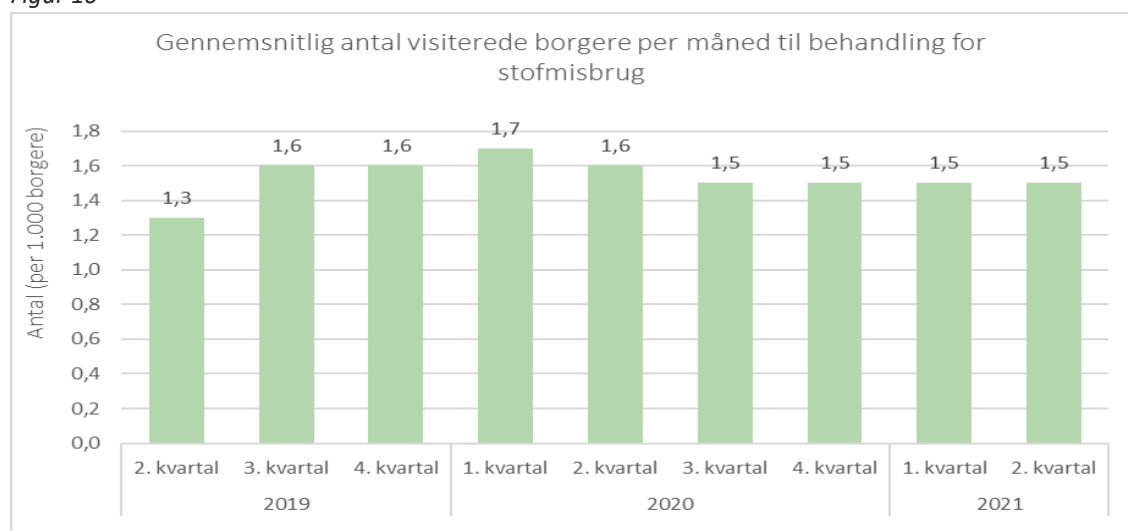
Der leveres kun tal vedrørende udgifterne til alkoholbehandling og intensiv behandling for misbrug én gang om året i forbindelse med kvartalsrapporteringen for 1. kvartal. Det skyldes dels, at regninger vedrørende alkoholbehandling ikke modtages månedligt, men vilkårligt i løbet af året, og dels at udgifterne til intensiv misbrugsbehandling er meget svingende hen over året. En årlig opgørelse giver derfor det mest retvisende billede.

Når en borger ønsker at gå i alkoholbehandling, kan borgeren henvende sig til kommunen eller anonymt til et godkendt alkoholbehandlingssted, hvorefter kommunen på et tidspunkt i løbet af året modtager en regning. Da mange borgere vælger at gå i anonym alkoholbehandling, er der ikke præcise tal for, hvor mange borgere, der har valgt at gå i behandling, og derfor følges der fremadrettet op på antal ydelser leveret for året frem for antal borgere i behandling. Nogle borgere starter på mere end et behandlingsforløb inden for et år, og således giver antallet af ydelser et mere retvisende billede. Af samme årsag følges der op på den gennemsnitlige pris per leveret ydelse for alkoholbehandling, i stedet for gennemsnitsudgifterne per borger. Alkoholbehandling er ikke en visiteret ydelse, men Gentofte Kommune har et tæt samarbejde med udbyderne på området om at sikre den mest effektive behandling for den enkelte borger.

Der leveres også kun årlige tal for den intensive behandling på det samlede misbrugsområde, som vil være meget svingende både over kvartalerne og over år i forhold til pris og behandlingens længde. Selvom andelen, der visiteres til et intensivt døgnforløb er lille, kan det betyde en væsentlig stigning i udgifterne, hvis denne andel stiger hen over årene.

Figur 10 viser, at det gennemsnitlige antal borgere per 1.000 borgere i kommunen, der er visiteret til behandling for stofmisbrug, ligger stabilt hen over de sidste fire kvartaler. Udskiftninger i personalegruppen i Social & Handicap Myn-dighed, har desværre medført forsinkelser i registreringer i journaliseringsystemet Sensum. Af denne årsag er data-sættet i denne kvartalsrapport tilrettet bagud, så der nedenfor vises de mest retvisende tal.

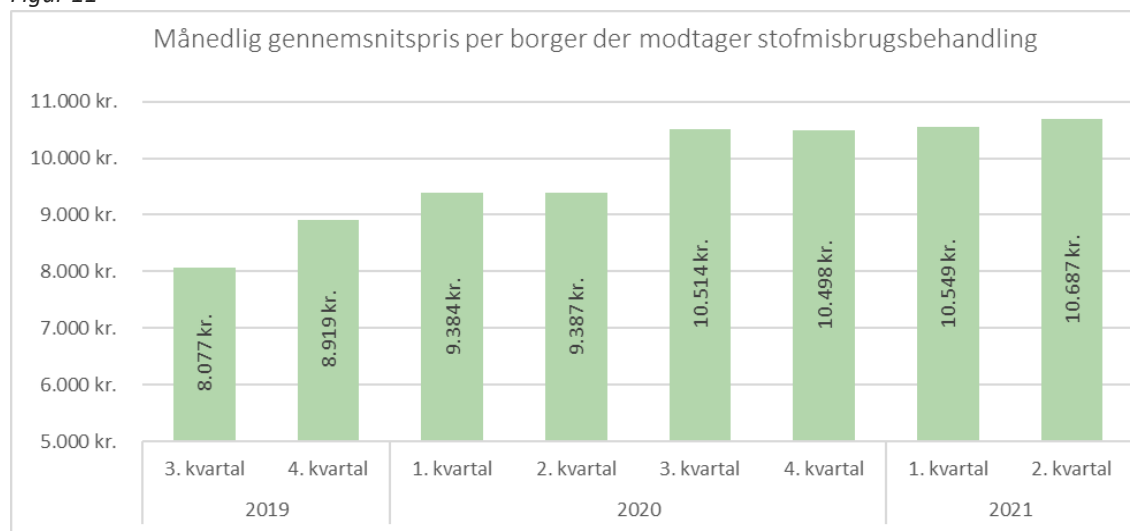
Figur 10





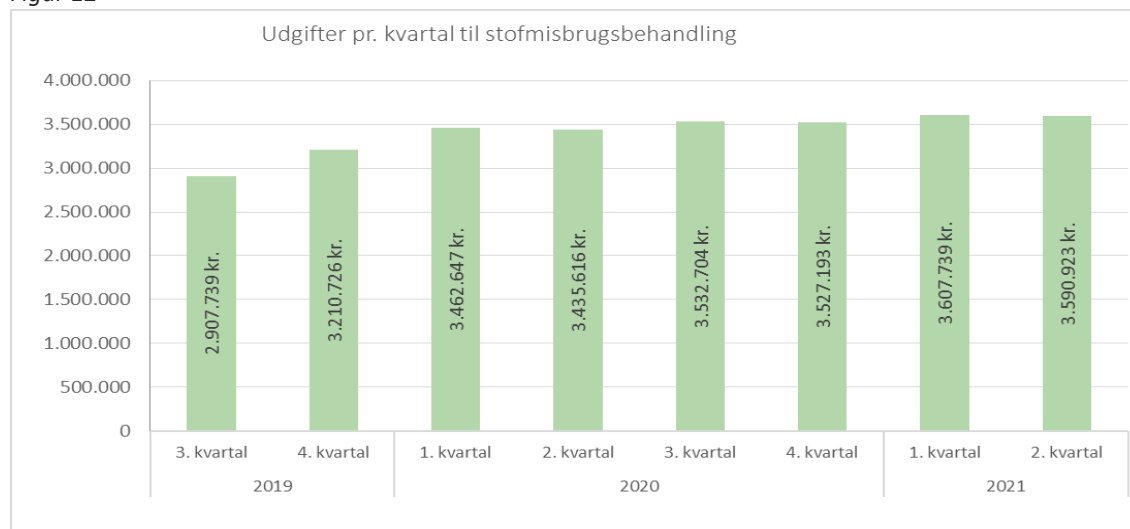
Figur 11 viser udviklingen over de seneste otte kvartaler i den gennemsnitlige månedlige udgift per forløb i løbende priser. Med andre ord det prisniveau som er gældende i det aktuelle kvartal. Af figur 11 fremgår det, at den månedlige gennemsnitspris per borger, der modtager stofmisbrugsbehandling, ligger stabilt fra 1. kvartal 2021 til 2. kvartal 2021. Ser vi på udviklingen hen over kvartalerne, kan vi se en tendens til stigende udgifter, som skyldes flere borgere på særligt høje takster.

Figur 11



Figur 12 viser udviklingen i udgifter pr kvartal til misbrugsbehandling. Her ses ligesom ved den månedlige gennemsnitspris en stigning fra 3. kvartal 2019 til 2. kvartal 2021.

Figur 12

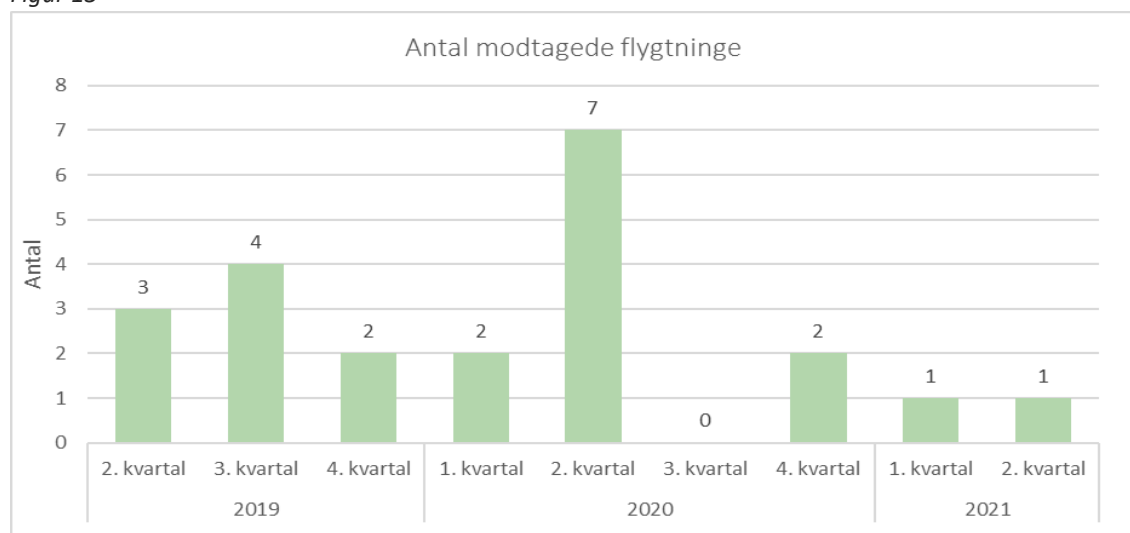




Modtagelse af flygtninge

Gentofte Kommune var i kvoteåret² 2020 sat til at skulle modtage og boligplacere 7 flygtninge. Kommunen modtog i alt 11 flygtninge i kvoteåret. Udlændingestyrelsen kan visiterer flygtninge ud over kvoten i en kommune, når en flygtning har særlig tilknytning til kommunen. Dette er forklaringen på, at Gentofte Kommune modtog 4 mere end kvoten. Gentofte Kommune skal i kvoteåret 2021 modtage 7 flygtninge, og der er indtil videre modtaget 2.

Figur 13



² Kvoteåret løber fra 1. marts til 28. februar og de 4 kvartaler i kalenderåret svarer dermed ikke til kvoteåret.



ØKONOMISK STATUS – BORGERE MED HANDICAP, PSYKISK SYGDOM OG SOCIALT UDSATTE

Borgere med handicap

	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Forbrug	Forventede bevillingsændringer	Forventet regnskab
Serviceudgifter	424,3	425,8	156,7	0,6	432,1

Afvigelse mellem forventet regnskab og korrigeret budget inkl. forventede bevillingsændringer

5,7

Det korrigerede budget udgør 425,8 mio. kr., og der forventes et regnskab på 432,1 mio. kr. svarende til et merforbrug på 5,7 mio. kr. og tekniske omplaceringer på 0,6 mio. kr.

Der forventes umiddelbart et merforbrug på 1,5 mio. kr. på myndighedsområdet og et merforbrug på 4,2 mio. kr. på driften af botilbuddene.

Baggrunden for merforbruget på myndighedsområdet er øgede udgifter til ungdomsuddannelserne (STU) på grund af flere indskrevet i 2. halvår 2020, og det medfører højere udgifter end forventet ved budgetlægningen. Dertil kommer øgede udgifter på misbrugs- og alkoholområdet, hvor flere borgere modtager behandling, kombineret med højere takster. Der arbejdes i øjeblikket med forskellige scenarier for initiativer, der kan medvirke til at reducere udgiftsstigningen. Det forventes foreløbigt, at udgifterne vil ligge højere end i 2020. Endelig forventes øgede udgifter til borgere i behandlingstilbud og flere borgere på krisecentre og herberger. Modsat forventes færre udgifter til borgere med BPA (borgerstyret personlig assistance) og i botilbud end budgetlagt.

For driften forventes et samlet merforbrug på 4,2 mio. kr. Baggrunden for merforbruget er dels forventede udgifter på 4,0 mio. kr. vedrørende COVID-19 i 1. halvår 2021 og dels færre takstindtægter på 3,3 mio. kr. som følge af ledige pladser. Modsat forventes mindreudgifter på 3,1 mio. kr. på driften af botilbud. Der arbejdes med tiltag for at øge belægningen på botilbuddene og derigennem øge takstindtægterne. Der søges om teknisk omplacering af 0,6 mio. kr. fra Forebyggelse, Rehabilitering og Pleje vedrørende udmøntning af aftale om stimuli af oplevelsesindustrien gennem kultur- og oplevelsesaktiviteter til sårbare borgere.

Borgere med handicap

	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Forbrug	Forventede bevillingsændringer	Forventet regnskab
Overførselsudgifter	0,3	0,3	0,5	0,0	-2,7

Afvigelse mellem forventet regnskab og korrigeret budget inkl. forventede bevillingsændringer

-3,0

Det korrigerede budget udgør 0,3 mio. kr., og der forventes et foreløbigt regnskab på -2,7 mio. kr. svarende til et mindreforbrug på 3,0 mio. kr. Baggrunden er lavere udgifter i forbindelse med en gennemgang af borgere, der modtager boligstøtte eller -sikring, hvor andre kommuner er forpligtet til at betale. Mindreforbruget vedrører perioden tilbage til 2017.



FOREBYGGELSE, REHABILITERING OG PLEJE

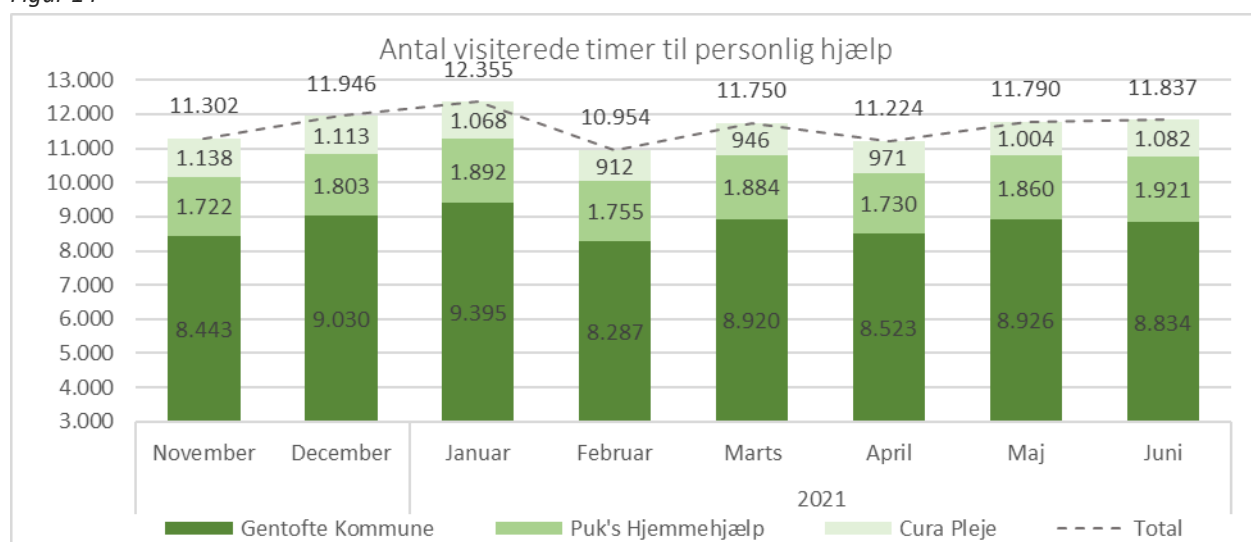
Nedenfor fremgår aktivitetstal for udvalgte ydelsesområder i Pleje & Sundhed.

Personlig og praktisk hjælp

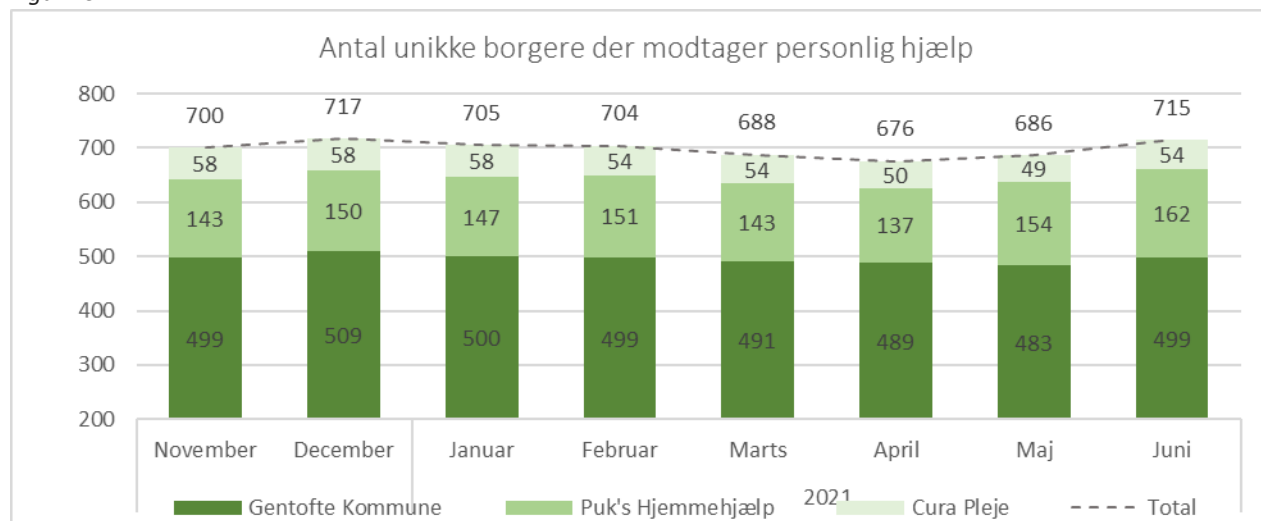
Aktivitetstallene i figur 14-20 omfatter personlig og praktisk hjælp til borgere, der bor i eget hjem. Aktivitetstallene er vist for hver måned.

Figur 14 og 15 viser henholdsvis antal visiterede timer til personlig hjælp og antal unikke visiterede borgere per måned fra november 2020 til juni 2021 fordelt på den kommunale leverandør, Puk's Hjemmehjælp og Cura Pleje. Antallet af visiterede timer for personlig hjælp varierer hen over den viste periode.

Figur 14



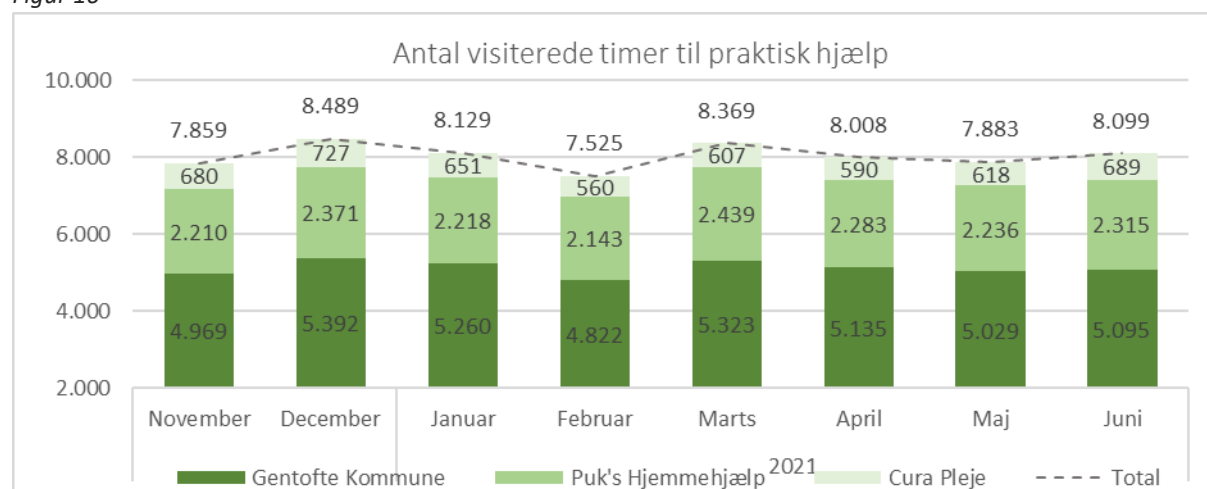
Figur 15



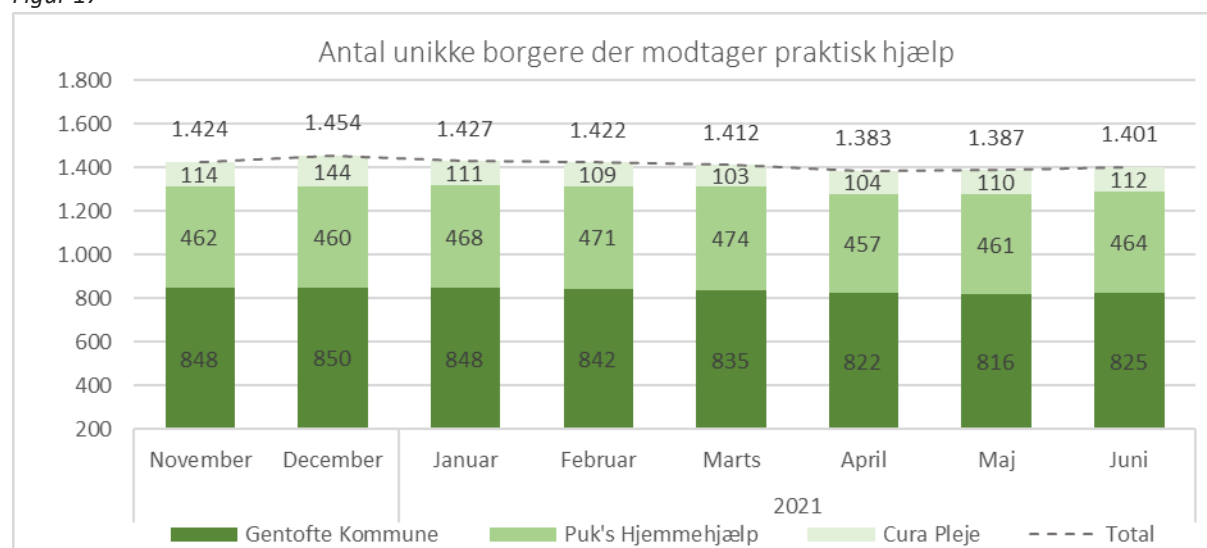


Figur 16 og 17 viser henholdsvis antal visiterede timer til praktisk hjælp og antal unikke visiterede borgere per måned fra november 2020 til juni 2021 fordelt på den kommunale leverandør, Puk's Hjemmehjælp og Cura Pleje. Antallet af visiterede timer for praktisk hjælp varierer hen over den viste periode.

Figur 16



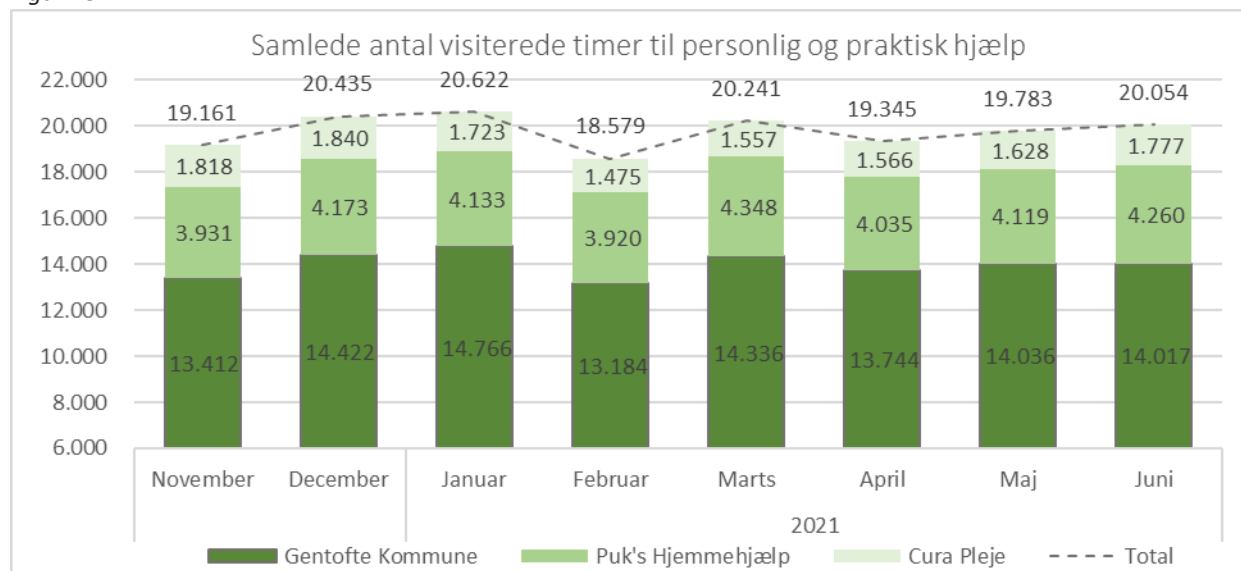
Figur 17



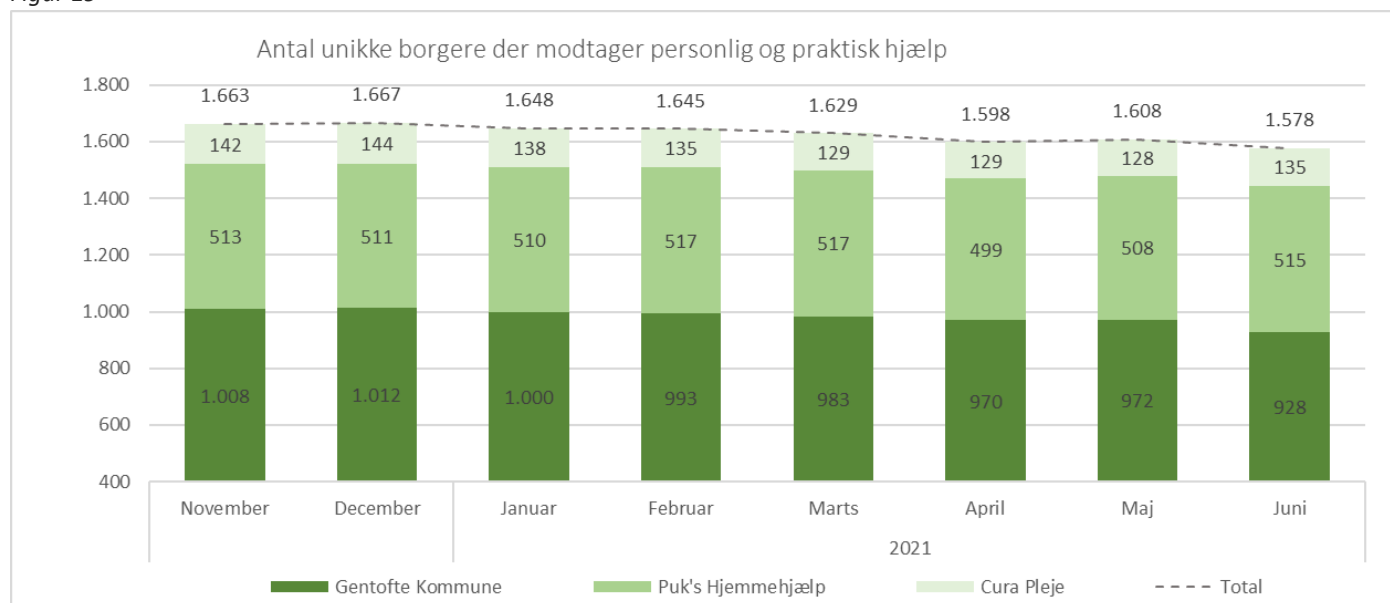


Figur 18 og 19 viser henholdsvis det samlede antal visiterede timer til praktisk og personlig hjælp og antal unikke borgere, som er visiteret til praktisk og personlig hjælp per måned i fra november 2020 til juni 2021 fordelt på den kommunale leverandør og Puk's Hjemmehjælp og Cura Pleje.

Figur 18



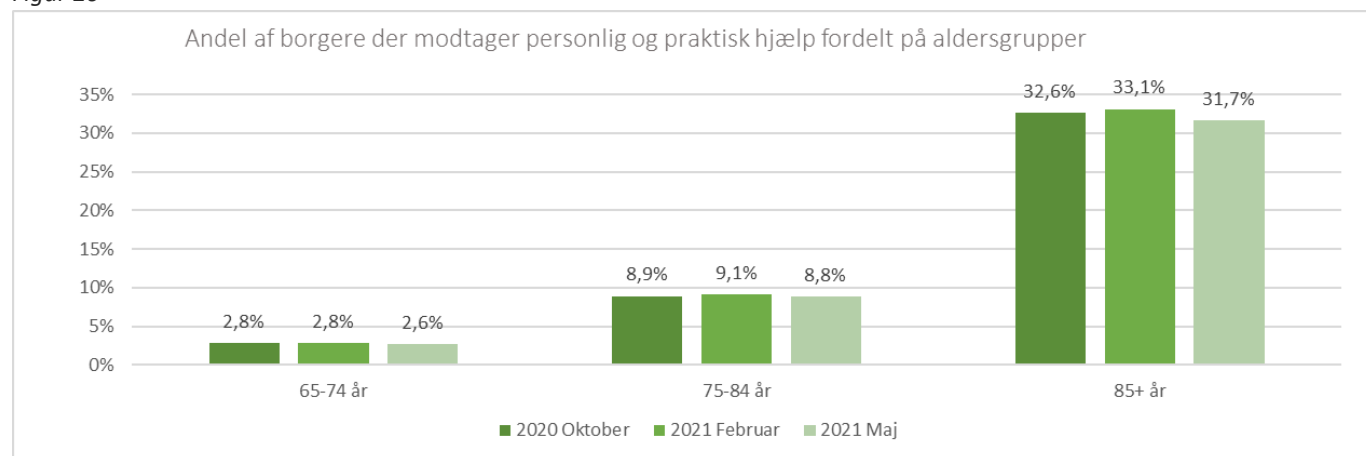
Figur 19





Figur 20 viser den procentvis andel af borgere, der modtager praktisk og personlig hjælp i forhold til det samlede antal borgere i samme aldersgruppe i Gentofte Kommune. Andelen af borgere, der modtager praktisk og personlig hjælp i den viste periode i 2020 og 2021, er relativt stabilt for alle aldersgrupper.

Figur 20





Hjemmesygepleje

Hjemmesygepleje omfatter bl.a. sygdomsforebyggende pleje og rådgivning, koordinering, sårpleje, medicindosering og smertebehandling. Hjemmesygepleje omfatter også forløb som f.eks. palliativ pleje til alvorligt syge og døende. Den sygepleje, som leveres af Akut-teamet, er ikke inkluderet i opgørelsen.

Tabel 1 viser det samlede antal visiterede/registrerede hjemmesygeplejetimer på månedsbasis for borgere, som har modtaget hjemmesygepleje fra juli 2020 til juni måned 2021.

Tabel 1

Oversigt over antal visiterede/registrerede timer og antal unikke borgere der modtager hjemmesygepleje		Antal visiterede/registrerede timer	Antal unikke borgere	Gennemsnitligt antal hjemmesygepleje timer per borger om ugen
3. kvartal 2020	Juli	8.463	1.016	1,92
	August	8.240	997	1,91
	September	8.273	1.027	1,86
4. kvartal 2020	Oktober	8.706	1.037	1,94
	November	8.040	1.038	1,79
	December	7.878	1.041	1,75
1. kvartal 2021	Januar	7.787	1.041	1,73
	Februar	6.861	1.026	1,54
	Marts	7.526	1.026	1,69
2. kvartal 2021	April	7.508	1.012	1,71
	Maj	7.721	1.019	1,75
	Juni	7.598	941	1,86



Sygeplejeklinikker

Sygeplejeklinikkerne er beliggende på Mitchellsstræde og på Holmegårdsparken. Borgere, som er visiteret til sygepleje, kan henvises af hjemmesygeplejen til klinikken, hvis borgeren selv kan komme hen på klinikken, evt. med hjælp fra pårørende. Borgeren kan f.eks. få hjælp til sårbehandling, øje- og øredrypning, medicindosering, oplæring i at tage insulin, kompressionsforbinding, lægeordnede indsprøjtninger, antabusbehandling og skift af blærekateter.

Tabel 2 og 3 viser aktiviteten for hver klinik. Begge klinikker har kapacitet til at modtage 9-10 besøg om dagen. Nogle borgere får flere sygeplejeindsatser per besøg. Sygeplejersken, som betjener klinikken, varetager også andre sygeplejeopgaver og besøg i borgerens hjem, hvis der ikke er booket besøg i klinikken.

Tabel 2

Oversigt over antal borgere og besøg i Sygeplejeklinik Mitchellsstræde		Antal unikke brugere	Antal besøg	Antal besøg i gennemsnit per dag*
3. kvartal 2020	Juli	49	102	4,4
	August	32	145	6,9
	September	36	154	7,0
4. kvartal 2020	Oktober	35	155	7,0
	November	31	116	5,5
	December	26	130	5,9
		Antal unikke brugere	Antal indsatser	Antal indsatser i gennemsnit per dag*
1. kvartal 2021	Januar	22	111	5,6
	Februar	21	106	5,3
	Marts	22	161	7,0
2. kvartal 2021	April	23	145	8,1
	Maj	25	159	8,4
	Juni	28	161	7,3

*Note: Klinikkerne har kun åbent i hverdage, så antal besøg i gennemsnit per dag, er opgjort ud fra, hvor mange arbejdsdage, der har været i en måned.

Registreringen er ændret fra antal besøg til antal indsatser. Data kan derfor ikke sammenlignes før og efter 2021.



Tabel 3

Oversigt over antal borgere og besøg i Sygeplejeklinik Holmegårdsparken		Antal unikke brugere	Antal besøg	Antal besøg i gennemsnit per dag*
3. kvartal 2020	Juli	30	153	6,7
	August	25	156	7,4
	September	29	182	8,3
4. kvartal 2020	Oktober	24	180	8,2
	November	29	186	8,9
	December	32	188	8,5
		Antal unikke brugere	Antal indsatser	Antal indsatser i gennemsnit per dag*
1. kvartal 2021	Januar	30	152	7,6
	Februar	32	144	7,2
	Marts	30	156	6,8
2. kvartal 2021	April	24	92	5,1
	Maj	25	108	5,7
	Juni	27	126	5,7

*Note: Klinikkerne har kun åbent i hverdage, så antal besøg i gennemsnit per dag, er opgjort ud fra, hvor mange arbejdsdage, der har været i en måned.

Registreringen er ændret fra antal besøg til antal indsatser. Data kan derfor ikke sammenlignes før og efter 2021.



Pleje- og ældreboliger

Når en borger er visiteret til en plejebolig med fast personale eller plejebolig med hjemmehjælp, skal kommunen tilbyde en bolig senest 2 måneder efter, at borgeren er visiteret, såfremt borgeren ikke ønsker en specifik plejeboligbebyggelse. Det kaldes ventelistegaranti. Ældreboliger er ikke omfattet af ventelistegarantien.

Data for pleje- og ældreboligområdet vises til og med maj 2020 og igen fra juli 2020. Dette skyldes, at boligområdet er konverteret til det nye omsorgsjournalsystem Nexus i juni 2020. Under konverteringen er sagsbehandlingen på boligområdet fortsat som vanligt, men det er ikke muligt at vise data for juni 2020.

Tallene i figur 21, 22 og 23 viser det aktuelle antal visiterede borgere, der venter på en bolig på det pågældende tidspunkt - fordelt på boligkategorierne: plejeboliger med fast personale, plejeboliger med hjemmehjælp og ældreboliger.

Ventelisten til plejeboliger er delt op i:

- 1) Fritvalgslisten: Borgere, som ønsker at bo i en specifik plejeboligbebyggelse
- 2) Garantilisten: Borgere, som ikke ønsker en specifik plejeboligbebyggelse og som ifølge lovgivningen, har krav på at få tilbudt en plejebolig senest 2 måneder fra den dato, hvor borgeren er visiteret.

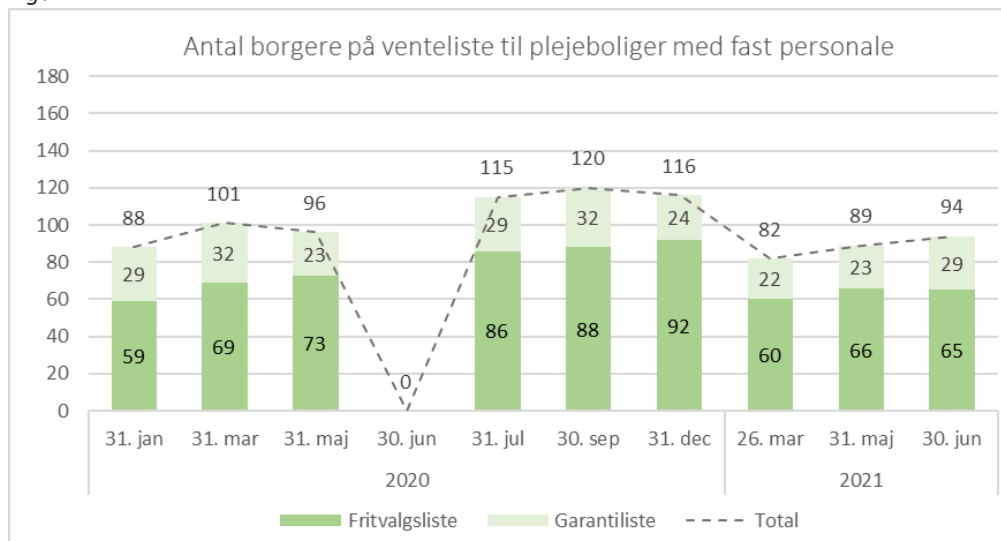
Hvis en borger på garantilisten siger nej til et boligtilbud, påbegyndes en ny to måneders garantiperiode. Hvis en borger på fritvalgslisten siger nej til en bolig i en af de ønskede bebyggelser påbegyndes en ny anciennitetsperiode.

Figur 21 viser udviklingen i antallet af borgere på fritvalgs- og garantiventelisten til en plejebolig med fast personale. Antallet af borgere på garanti- og fritvalgslisten påvirkes af ændringer i antal tilgængelige boliger, antallet af ansøgere og antal borgere, der takker ja til et boligtilbud i den viste periode.

Faldet på begge fritvalgslisten skyldes fortsat tæt kontakt med borgere, der takker nej til et boligtilbud. Borgere, som tilkendegiver, at de ikke ønsker at flytte, men vil forblive i eget hjem, fjernes derfor fra ventelisten.

I forhold til plejebolig med hjemmehjælp er der desuden vigende efterspørgsel og arbejdsgangene ved tildelingen af ledige plejeboliger med hjemmehjælp er evalueret og efterfølgende optimeret.

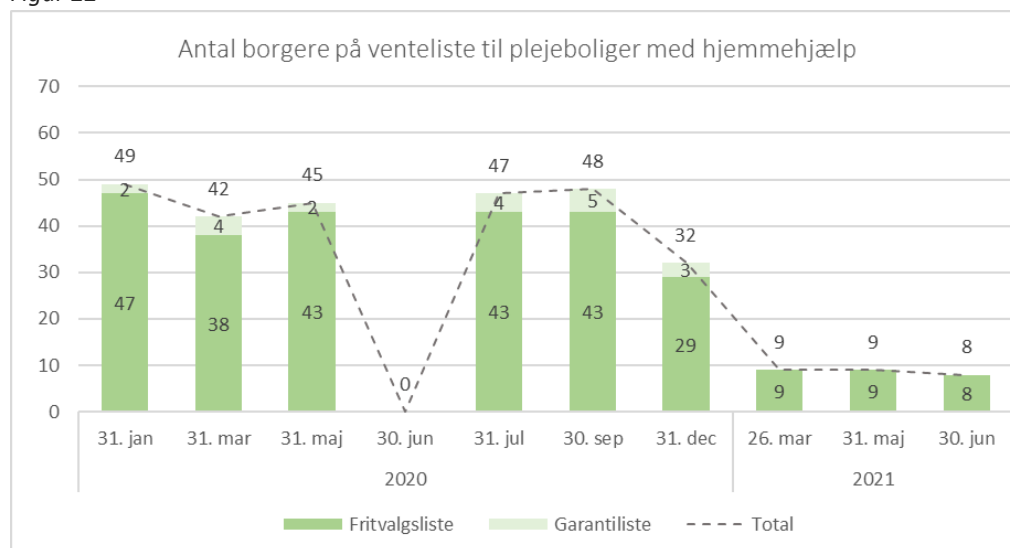
Figur 21





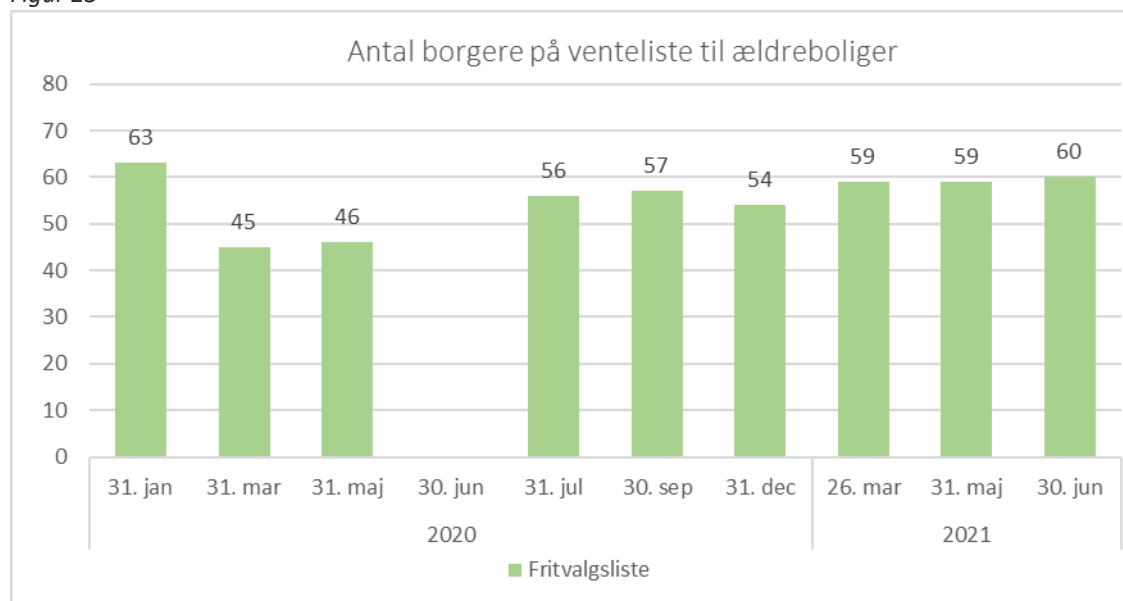
Figur 22 viser udviklingen i antallet af borgere på fritvalgs- og garantilisten til en plejebolig med hjemmehjælp.

Figur 22



Figur 23 viser antal borgere på venteliste til ældrebolig. For ældreboliger er der ifølge lovgivningen ingen garantiforpligtelse, hvorfor der kun er en fritvalgsventeliste.

Figur 23





Tabel 4 viser antallet af borgere på garantlisten, som har modtaget et boligtilbud, hvor garantiforpligtelsen var hhv. opfyldt og ikke opfyldt. I 2. kvartal 2021 fik 55 borgere fra garantlisten for begge boligtyper et boligtilbud. Alle 55 borgere fik et boligtilbud inden for garantiperioden på 2 måneder.

Gentofte Kommune kan pr. 30. juni 2021 visitere til 614 plejeboliger med fast personale, 210 plejeboliger med hjemmehjælp og 489 ældreboliger.

Konverteringen af de sidste plejeboliger med hjemmehjælp til plejebolig med fast personale på Søndersøhave blev tilendebragt 1. februar 2021.

Tabel 4 - Opfyldelse af garantiforpligtelsen for plejeboligområdet

Antal borgere fra garantlisten, som er tilbudt bolig i løbet af 1.4. - 30.6.2021	Opfyldt garanti	Ikke opfyldt garanti
Plejebolig med fast personale	54	0
Plejebolig med hjemmehjælp	1	0
I alt	55	0



Genoptræningsplaner

Ifølge Sundhedsloven §140 skal regionen tilbyde en individuel genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra hospital.

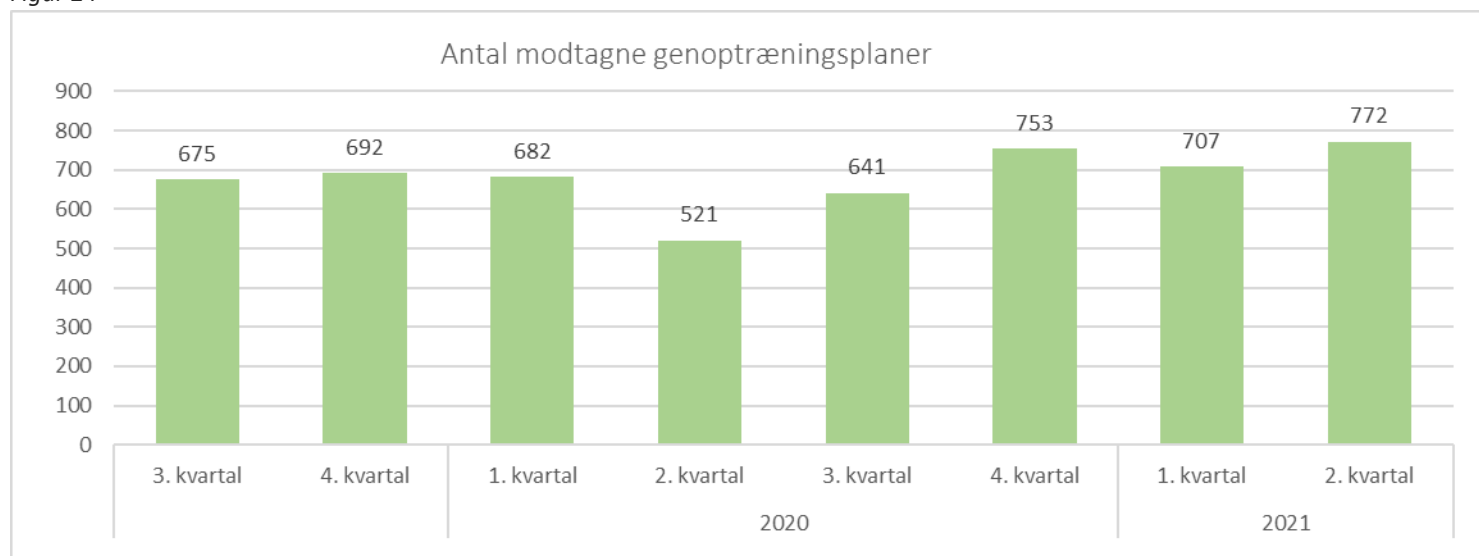
Formålet med genoptræningsplanerne er at sikre målrettede, sammenhængende og effektive genoptræningsforløb for patienter, der har behov for genoptræning efter udskrivning fra hospital. Genoptræningsplanen er en henvisning af den enkelte patient til genoptræning efter udskrivning fra hospitalet og skal sikre, at de sundhedspersoner, som har ansvaret for genoptræningsindsatsen efter udskrivning fra hospital, har den nødvendige og tilstrækkelige information til at varetage en faglig relevant og tilstrækkelig genoptræningsindsats.

Genoptræningsplanen skal angive, om patienten har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau. Almen genoptræning varetages af Tranehaven og kan foregå under indlæggelse eller som ambulant forløb.

Tranehaven varetager yderligere genoptræning og vedligeholdende træning efter Lov om Social Service samt vederlagsfri fysioterapi efter Sundhedsloven for borgere, som har valgt at få dette i Tranehavens regi.

Figur 24 viser det samlede antal modtagne genoptræningsplaner. Hen over perioden ses udsving i antallet af modtagne genoptræningsplaner. 2. kvartals nedgang i 2020 i antal genoptræningsplaner skyldes prioriteringer på hospitalssområdet som følge af COVID-19.

Figur 24





Forebyggelse, rehabilitering og pleje

ØKONOMISK STATUS – FOREBYGGELSE, REHABILITERING OG PLEJE

Forebyggelse, rehabilitering og pleje

	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Forbrug	Forventede bevillingsændringer	Forventet regnskab
Serviceudgifter	878,0	873,9	385,2	-1,2	870,2
Afvigelse mellem forventet regnskab og korrigeret budget inkl. forventede bevillingsændringer					-2,5

Det korrigerede budget udgør 873,9 mio. kr., og der forventes et regnskab på 870,2 mio. kr. svarende til et mindreforbrug på 2,5 mio. kr. og tekniske omplaceringer på -1,2 mio. kr.

Det samlede mindreforbrug på 2,5 mio. kr. er sammensat af både mer- og mindreforbrug.

For hjemmesygeplejen blev der i 2020 på baggrund af en fremskrivning af de økonomiske konsekvenser af den demografiske udvikling identificeret stigende udgifter på 8,1 mio. kr. for 2021. Der blev ved budgetlægningen for 2021 tilført 5,6 mio. kr. via rammekorrekationer og interne omplaceringer. Der er iværksat en række initiativer, som har medvirket til at reducere ressourceforbruget til et lavere niveau end forventet ved budgetlægningen, så der nu er behov for kun at tilføre 1,0 mio. kr.

Der forventes merudgifter til sundhedsydelser på 1,2 mio. kr., hvor udgifterne til vederlagsfri fysioterapi ligger på et højere niveau end budgetlagt. Derudover forventes merforbrug på 1,2 mio. kr. på de selvejende plejeboliger, idet flere af disse har fået større negative genbevilling fra 2020. Endelig forventes samlet coronarelaterede udgifter på 7,9 mio. kr. Heraf forventes 2,2 mio. kr. at ligge ud over budgettet og vedrører primært værnemidler til fordeling på tværs i kommunen. De resterende udgifter på 5,7 mio. kr. vedrørende test af medarbejdere i hjemmeplejen, -sygeplejen og plejeboligerne samt ekstra rengøring forventes at kunne afholdes inden for budgettet.

Modsat forventes merindtægter på 8,1 mio. kr. fra mellemkommunal afregning af plejeboliger og hjemmehjælp til udenbys borgere og færre udgifter til Gentofte borgere i plejebolig i andre kommuner.

På områdets fællesudgifter ligger det samlede budget til "Stimuli af virksomheder og aktører inden for oplevelsesindustrien". Der søges om teknisk omplacering af 1,1 mio. kr. af dette budget til andre bevillingsområder. Derudover har Sundhedsstyrelsen givet tilsagn om tilskud på 12,1 mio. kr. fra Pulje til at styrke omsorg og nærvær i ældreplejen til anvendelse i 2021-2022. Der søges om tillægsbevilling på 12,1 mio. kr. til at afholde udgifterne og tilsvarende tillægsbevilling til at afholde indtægterne.

Forebyggelse, rehabilitering og pleje

	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Forbrug	Forventede bevillingsændringer	Forventet regnskab
Overførselsudgifter	310,4	310,4	121,3	0,0	313,6
Afvigelse mellem forventet regnskab og korrigeret budget inkl. forventede bevillingsændringer					3,2

Det korrigerede budget for kommunal medfinansiering er 307,0 mio. kr., og der forventes et regnskab på 310,2 mio. kr., svarende til et merforbrug på 3,2 mio. kr.



Medio 2021 er der foretaget en efterregulering af den kommunale betaling af sundhedsudgifterne for 2020 set i forhold til de samlede medfinansieringsudgifter på regionsniveau. Gentofte modtager 4,8 mio. kr. i tilbagebetaling, som indgår under finansielle poster.



Anlægsstatus

ANLÆGSSTATUS

Socialudvalget - anlægsudgifterne

	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Forbrug	Forventede bevillingsændringer	Forventet regnskab
Samlede anlægsudgifter	147,6	200,9	52,8	-22,5	165,7

Afvigelse mellem forventet regnskab og korrigeret budget inkl. forventede bevillingsændringer **-12,8**

Der forventes et regnskab på 165,7 mio. kr. svarende til et mindreforbrug på 12,8 mio. kr. i forhold til det korrigerede budget. Mindreforbruget skyldes primært, at brandsikring af plejeboliger fortsætter ind i 2022.

Relateret document 2/3

Dokument Navn:	SU - budgetændringer ØR2.pdf
Dokument Titel:	SU - budgetændringer ØR2
Dokument ID:	4053047

Budgetændringer - Social og Sundhed

Beløb angivet i millioner - Negative tal forbedrer økonomien - positive forværrer den.

Budgetudvikling

Oversigten herunder angiver årets vedtagne og eventuelle ansøgte ændringer til det oprindelige budget under det enkelte bevillingsområde. Datoangivelsen for tillægsbevillinger og tekniske omplaceringer er fastsat efter den dag, de er godkendt eller forventes godkendt i Kommunalbestyrelsen. Beløb under 50.000 kr. angives som 0,0 mio. kr.

Borgere med Handicap**Oprindeligt budget****424,6**

Dato	Ændringstype	Udgiftstype	Emne	Beløbsændring
29-03-2021	Genbevilling	Service	Genbevilling overført fra 2020	2,9
26-04-2021	Teknisk omplacering	Service	Udmøntning af effektiviseringer	-0,8
26-04-2021	Teknisk omplacering	Service	Nedlæggelse af stilling	-0,6
26-04-2021	Teknisk omplacering	Service	Overførsel af kompetenceudgifter	-0,1

Korrigeret budget**426,0****Ansøgte tillægsbevillinger**

Dato	Ændringstype	Udgiftstype	Emne	Beløbsændring
30-08-2021	Teknisk omplacering	Service	Udmøntning af effektiviseringer	0,0
30-08-2021	Teknisk omplacering	Service	Midler til stimuli af oplevelsesindustrien	0,6

Forventede afvigelser

Dato	Ændringstype	Udgiftstype	Emne	Beløbsændring
30-06-2021	Afvigelse	Service	Øvrigt mer- eller mindreforbrug	5,7
30-06-2021	Afvigelse	Overførsler	Øvrigt mer- eller mindreforbrug	-3,0

Forventet regnskab**429,4****Forebyggelse, Rehabilitering og Pleje****Oprindeligt budget****1.188,4**

Dato	Ændringstype	Udgiftstype	Emne	Beløbsændring
28-09-2020	Teknisk omplacering	Service	Effektiviseringer - Rengøring	-0,3
29-03-2021	Genbevilling	Service	Genbevilling overført fra 2020	-2,6
26-04-2021	Teknisk omplacering	Service	Udmøntning af effektiviseringer	-4,0
26-04-2021	Teknisk omplacering	Service	Flytning af IT-medarbejdere	0,8
26-04-2021	Tillægsbevilling	Service	Stimuli af oplevelsesindustrien på social og ældreområdet- udg.	2,2

Korrigeret budget**1.184,4****Ansøgte tillægsbevillinger**

Dato	Ændringstype	Udgiftstype	Emne	Beløbsændring
30-08-2021	Teknisk omplacering	Service	Effektiviseringer - Forsikringsudbud	-0,1
30-08-2021	Teknisk omplacering	Service	Effektiviseringer indefrosne feriemidler - selvejende institutioner	-0,3
30-08-2021	Teknisk omplacering	Service	Midler til stimuli af oplevelsesindustrien	-1,1
30-08-2021	Teknisk omplacering	Service	Pensionsbidrag i den lønfri del af barslen	0,2
30-08-2021	Tillægsbevilling	Service	Statslig pulje til kompetenceudvikling - Tilskud	-12,9
30-08-2021	Tillægsbevilling	Service	Statslig pulje til kompetenceudvikling - Udgifter	12,9

Forventede afvigelser

Dato	Ændringstype	Udgiftstype	Emne	Beløbsændring
30-06-2021	Afvigelse	Service	Øvrigt mer- eller mindreforbrug	-2,5
30-06-2021	Afvigelse	Overførsler	Øvrigt mer- eller mindreforbrug	3,2

Forventet regnskab**1.183,8**

Relateret document 3/3

Dokument Navn:	Ny sundhedspolitik_opfølgning på opgaveudvalg 3. kvartal 2021.pdf
Dokument Titel:	Ny sundhedspolitik opfølgning på opgaveudvalg 3. kvartal 2021
Dokument ID:	4088227

Opfølgning på opgaveudvalget Ny sundhedspolitik 3. kvartal 2021

Vedtaget af Kommunalbestyrelsen:	28. november 2016
Reference til stående udvalg:	Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget
Opgaveudvalgets anbefalinger:	Resultatet af opgaveudvalgets arbejde er et forslag til en samlet 8-årig strategi for den borgerrettede forebyggelse i Gentofte Kommune for perioden 2017-2024, samt et notat, der beskriver baggrund og fokusområder for strategien. Se link .

Sundhedspolitikken indeholder syv strategiske målsætninger, der skal bidrage til at skabe livskvalitet og flere gode leveår for borgerne i Gentofte Kommune.

Kommunalbestyrelsen prioriterer hvert andet år hvilke strategiske målsætninger, der skal sætte retning for den borgerrettede forebyggelse på baggrund af de aktuelle sundhedsudfordringer i Gentofte Kommune. Der er tilknyttet en sundhedspulje til sundhedspolitikken, som støtter to-årige handleplaner, der skal bidrage til at implementere den borgerrettede forebyggelse. Sundhedspuljen støtter forsøgs- og udviklingsprojekter, ikke drift.

I perioden 2017-2020 er der igangsat 15 handleplaner, og for perioden 2021-2022 er der igangsat 7 handleplaner.

Opfølgning pr. august 2021

Perioden 2017-2020

De 15 igangsatte handleplaner har samlet set bidraget positivt til at implementere den borgerrettede sundhedspolitik i Gentofte Kommune. Der er blevet afprøvet nye veje i den borgerrettede forebyggelse, og de deltagende borgers sundhed er blevet forbedret – fysisk, mentalt og socialt.

Følgende kan fremhæves.

Mange målgrupper involveret

Handleplanerne har været målrettet unge, voksne og seniorer. Nogle har også været specifikt målrettet borgere med særlige sundhedsudfordringer, fx borgere med udviklingshæmning, borgere med socialpsykiatriske problematikker og borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Vellykket rekruttering

Det har generelt været let at rekruttere borgere til de sundhedsfremmende indsatser, og borgerne har vist stor interesse for at deltage.

Fastholdelse af deltagerne og høj gennemførelsesprocent

Der har været stor succes med at fastholde deltagerne, og der er opnået høje gennemførelsesprocenter, helt op til 100 % deltagelse. Fastholdelse af deltagerne er opnået ved motivation, hyppig kontakt og ved at udvise åbenhed og lydhørhed, hvis deltagerne havde brug for sparring og support. Motivation er også i nogle handleplaner understøttet ved tilbud om en BodyAge-måling før og efter deltagelse, og/eller ved at deltagerne blev tilbudt en elektronisk skridttæller, hvis de skulle gå 10.000 skridt dagligt som et led i projektet.

Sundhedsfaktorer i fokus: KRAM og trivsel

Der har været fokus på alle KRAM-faktorer samt på borgernes trivsel – fra unge til seniorer. Nogle handleplaner har haft en énstrengt indsats, og andre en flerstrengt indsats med fokus på at fremme såvel den mentale, fysiske som sociale sundhed.

Gode og veldokumenterede resultater

Mange handleplaner har givet gode og overbevisende resultater målt ud fra såvel borgernes selv vurderede helbred som ud fra objektive kriterier. Eksempler herpå er handleplaner målrettet prædiabetikere samt sårbare voksne og unge udfordret af livet. Evalueringer har vist stor udtalt tilfredshed blandt de deltagende borgere samt objektive, fysiske og mentale forbedringer af borgernes sundhed, trivsel og livskvalitet. Handleplanerne 'Sund Start – Livsstilsprojekt for prædiabetikere', 'Robuste seniorer med skarpe hjerner' og 'Gratis psykologhjælp til unge 15-25 år' er eksempler på dette.

Seks ud af syv strategiske målsætninger i sundhedspolitikken har været prioriteret

De fire første år, 2017-2020, har seks ud af syv målsætninger har været politisk prioriteret, se nedenfor, og inden for disse målsætninger er der blevet gennemført flere handleplaner. Den strategiske målsætning 'Sund kost- og madkultur' har ikke været politisk prioriteret i 2017-2020, men enkelte handleplaner med fokus på de strategiske målsætninger 'Bevægelse hele livet', 'Bedre trivsel' og 'Borgere med særlige sundhedsudfordringer' har også haft fokus på sund kost.

Der er gået nye veje i den borgerrettede forebyggelse

Der har været fokus på at gå nye veje og skabe ny viden som grundlag for nye forebyggende indsatser. Fx ved at undersøge årsager til risikobetinget adfærd, som i handleplanen 'Hvem ryger næste gang?', der har undersøgt årsager til unge pigers rygevaner, da unge piges daglige rygning i Gentofte Kommune lå over landsgennemsnittet. Undersøgelsen gav ny viden til brug ved planlægning af indsatser målrettet denne målgruppe, og viden fra handleplanen har bidraget til at kvalificere arbejdet i opgaveudvalget 'Unge Sundhed og Trivsel'. Handleplanen 'Borgerrettet alkohol- og rusmiddelindsats' blev igangsat for at styrke den udadgående og opsøgende indsats over for borgere med et problematisk forbrug af rusmidler og deres pårørende. Handleplanen dokumenterede, at der var stor søgning fra borgere, såvel unge som voksne, og et behov for en indsats med en ny og enklere vej ind i kommunen. Indsatsen er derfor forlænget med en 4-årig bevilling som et supplement til den øvrige alkohol- og rusmiddelindsats.

COVID-19

I 2020 og 2021 har COVID-19 sat sine aftryk og resulteret i, at nogle handleplaner ikke har kunnet gennemføre planlagte aktiviteter, da fx ungdomsuddannelserne og Ungecenter Gentofte blev lukket ned. Det ses i forbindelse med handleplanerne 'Ung i bevægelse' og 'Motion og fællesskaber for unge ledige borgere', men det er aftalt, at de planlagte aktiviteter vil blive gennemført, når det igen bliver muligt.

Perioden 2021-2022

Kommunalbestyrelsen besluttede i november 2020 de strategiske målsætninger, der skal sætte retningen for den borgerrettede forebyggelse i 2021-2022, og i foråret 2021 blev der bevilget midler til nye handleplaner. Se nedenfor.

Perspektiver og fremadrettet fokus for perioden 2021-2024

Sikre større forankring af handleplaner med dokumenteret effekt

Mange handleplaner gennemført i perioden 2017-2020 har vist gode resultater og dokumenteret effekt målt ud fra såvel borgernes selvvaluerede helbred som ud fra objektive kriterier. Da sundhedspuljen tilknyttet den borgerrettede sundhedspolitik kun støtter forsøgs- og udviklingsprojekter – og ikke drift – kræver videreførelse, forankring og evt. opskalering af disse handleplaner, at der findes midler til formålet fx via fondsmidler eller kommunale driftsmidler, hvis Gentofte Kommune vurderer, at en handleplan skal forlænges eller overgå til drift. Alternativt kan videreførelse og forankring ske via frivillige og/eller lokale foreninger og organisationer.

Nogle handleplaner er på den baggrund blevet videreført eller forlænget. Eksempler herpå er handleplanen 'Borgerrettet alkohol- og rusmiddelindsats', som dokumenterede et behov for indsatsen og blev forlænget 4 år. 'Gratis psykologhjælp til unge 15-25 år' har ligeledes dokumenteret et stort behov for indsatsen, og i Gentofte Kommunes Budget 2021 er der bevilget midler til fortsat drift i 2021 og 2022, så unge også fremover kan få hurtig og anonym hjælp.

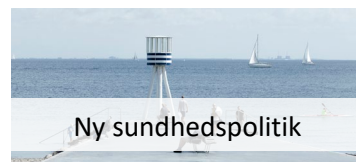
Der er også opnået positive resultater med videreførelse og forankring af handleplaner ved samarbejde med frivillige og lokale foreninger. Fx er handleplanen 'Sund Start – Livsstilsprojekt for prædiabetikere' videreført af frivillige i regi af Frivilligcenter Gentofte, og 'Robuste seniorer med skarpe hjerner' er videreført af tovholdere udpeget blandt de deltagende borgere med tilknytning til Vangedes Venner.

Programledelse for borgerrettet forebyggelse

Der er primo 2021 nedsat en programledelse, som skal bidrage til at sikre koordinering, prioritering og forankring af den borgerrettede forebyggelse på tværs af Gentofte Kommune, herunder også bidrage til forankring af handleplaner med dokumenteret effekt.

De udvalgte strategiske målsætninger og igangsatte handleplaner for perioden 2017-2022

Sundhedspolitikens syv strategiske målsætninger	
• Bevægelse hele livet • Sund kost og madkultur • Sund livsstil • Bedre trivsel • Sund ungekultur • Borgere med særlige sundhedsudfordringer • Nye veje til borgerrettet forebyggelse	
Strategiske målsætninger prioriteret i 2017-2018	Strategiske målsætninger prioriteret i 2019-2020
• Bevægelse hele livet • Sund livsstil • Borgere med særlige sundhedsudfordringer • Nye veje til borgerrettet forebyggelse	• Bevægelse hele livet • Sund livsstil og bedre trivsel • Sund ungekultur • Borgere med særlige sundhedsudfordringer
Strategiske målsætninger prioriteret i 2021-2022	
• Bevægelse hele livet • Sund kost- og madkultur • Sund livsstil og bedre trivsel • Sund ungekultur	

**Handleplaner i 2017-2020****Strategisk målsætning: Bevægelse hele livet**

1.	Sund Start – Livsstilsprojekt for prædiabetikere	1. juni 2017-31. dec. 2017
2.	Robuste ældre med skarpe hjerner	1. juni 2017-31. dec. 2017
3.	Gentofte i bevægelse	Forår 2017-31. dec. 2018
4.	Ung i bevægelse	1. jan. 2019-31. dec. 2020

Strategisk målsætning: Sund livsstil

5.	Hvem ryger næste gang? – Piger er cool uden røg	1. juni 2017-31. okt. 2018
6.	Borgerrettet alkohol- og rusmiddelindsats	Forår 2017-30. nov. 2018

Strategisk målsætning: Bedre trivsel

7.	Par i bevægelse i naturen: ABC-projekt	1. jan. 2019-31. dec. 2019
8.	Gratis psykologhjælp til unge 15-25 år	1. jan. 2019-31. dec. 2020

Strategisk målsætning: Sund ungekultur

9.	Sund ungekultur – Forældresamarbejde i overgangen fra grundskole til ungdomsuddannelse	1. jan. 2019-31. dec. 2020*
10.	Prøvehandling ifm. opgaveudvalget 'Unge Sundhed og Trivsel': Fælles om ungelivet	1. jan. 2019-31. dec. 2020
11.	Unge seksuelle sundhed	1. jan. 2019-31. dec. 2020

Strategisk målsætning: Borgere med særlige sundhedsudfordringer

12.	Flere gode leveår med sund kost	Forår 2017-31. okt. 2018
13.	Fastholdelse af funktionsevnen for udsatte borgere – Den Kulturelle Byhave i Hellerup	1. dec. 2017-31. okt. 2018
14.	Motion og fællesskaber for unge ledige borgere	1. jan. 2019-31. dec. 2020

Strategisk målsætning: Nye veje til borgerrettet forebyggelse

15.	Sunde Fællesskaber – i dit lokalområde	1. april 2017-31. dec. 2018
-----	--	-----------------------------

* Handleplanen igangsættes først i 2021: Har afventet anbefaling fra opgaveudvalget 'Unge Sundhed og Trivsel'.

Handleplaner i 2021-2022**Strategisk målsætning: Bevægelse hele livet**

1.	Ung i bevægelse	Juni 2021-31. dec. 2022
2.	Cykelture med grøn guide	Maj 2021-medio 2022

Strategisk målsætning: Sund kost- og madkultur

3.	Mere økologi i Gentofte Kommunes institutioner og tilbud	Juni 2021-31. dec. 2022
----	--	-------------------------

Strategisk målsætning: Sund livsstil og Bedre trivsel

4.	Unge og søvn – genvej til trivsel og bedre indlæring	Juni 2021-31. dec. 2022
5.	Robuste seniorer - når ældre kan selv eller sammen med andre	Maj 2021-31. dec. 2022

Strategisk målsætning: Sund ungekultur

6.	Stop dit forbrug af nikotin/snus – et gruppetilbud til unge i Gentofte Kommune	Juni 2021-medio 2022
7.	Udvikling af samarbejdsmodel for unges seksuelle sundhed	Juni 2021-31. dec. 2021

Dokument Navn:	Aftale om IV-behandling i kommunalt regi KKR Hovedstaden.pdf
Dokument Titel:	Aftale om IV-behandling i kommunalt regi KKR Hovedstaden
Dokument ID:	4031879
Placering:	Emnesager/Aftale med Region Hovedstaden om IV-behandling i kommunalt regi/Dokumenter
Dagsordens titel	Aftale med Region Hovedstaden om IV-behandling i kommunalt regi
Dagsordenspunkt nr	2
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

Dette dokument blev genereret af  getorganized
for SharePoint

A stylized illustration of a diverse group of people in a waiting area. The people are depicted in various colors and poses, representing different ages and ethnicities. Some are standing, some are sitting, and one person is using a wheelchair. A blue IV stand is visible on the left. The background is a simple light gray. In the bottom left corner, there is a logo for 'REGION Hovedstaden' and in the bottom right corner, there is a logo for 'KKR HOVEDSTADEN'.

Indhold

1. Indledning	2
1.1 Aftalens grundlag	2
1.2 Aftalens parter	2
1.3 Formål	2
1.4 Målgruppe	3
1.5 IV-behandling	4
2. Samarbejde om IV-behandling i kommunalt regi	5
2.1 Henvisning og visitation	5
2.2 Behandlingsansvar	6
2.3 Opstart på kommunal IV-behandling	6
2.4 Kommunikation og samarbejde under behandlingsforløb i kommunalt regi	7
2.5 Rådgivning under borgerens forløb	7
2.6 Afslutning af forløb	7
2.7 Kompetencer	8
3. Aktivitet og økonomi	9
3.1 Aktivitet	9
3.2 Økonomi	9
4. Monitorering og opfølgning	11
4.1 Monitorering	11
4.2 Opfølgning	11
5. Øvrige forhold	12
5.1 Implementering af aftalen	12
5.2 Ikrafttræden og opsigelse af aftalen	12
6. Temagruppens sammensætning	13

1. Indledning

Intravenøs behandling (IV-behandling) er et regionalt ansvarsområde, som finansieres og foregår på hospitalet under indlæggelse eller som ambulant behandling. IV-behandling kan også foregå i borgerens eget hjem med udgående personale fra hospitalet eller som selvadministration/brugerstyret behandling.

Hvis borgerne i stedet kan modtage deres intravenøse behandling af en kommunal sygeplejerske hjemme eller fx i et kommunalt sundhedscenter, vil det spare borgerne for transporttid og skabe større frihed og fleksibilitet i deres hverdag. Når borgeren modtager sin behandling udenfor hospitalet, kan det være med til at forebygge hospitalsinfektioner og særligt hos ældre borgere understøtte, at de fastholder deres funktionsniveau og bevarer en højere grad af livskvalitet.

IV-behandling i kommunalt regi dækker over, at kommunen efter vejledning fra den udskrivende hospitalsafdeling, administrerer den videre IV-behandling.

Kommunen har til enhver tid visitationsretten og vurderer derfor, om en borgers IV-behandling kan varetages af kommunen.

1.1 Aftalens grundlag

Med Sundhedsaftale 2019-2023 vil vi skabe mere sammenhæng i borgernes forløb, mere lighed i sundhed, mere samspil med borgeren og mere sundhed for pengene.

Denne aftale tager afsæt i sundhedsaftalens bærende principper for samarbejdet, herunder helhedssyn, effektiv ressourceudnyttelse og klar opgave- og ansvarsfordeling. I aftalen betyder det, at der altid skal vælges den behandlingsform, som er mest sikker og effektiv, som er mindst mulig indgribende i borgerens liv, og som understøtter den bedste udnyttelse af ressourcerne.

Aftalen er en forsøgsordning, hvor parterne i aftaleperioden har mulighed for at tilrette og genforhandle aftalen.

1.2 Aftalens parter

Samarbejdsaftalen er udarbejdet i regi af sundhedsaftalen. Parterne er de 29 kommuner i Region Hovedstaden og Region Hovedstaden.

1.3 Formål

Formålet med denne aftale er at give borgerne mulighed for at modtage IV-behandling i kommunalt regi. Aftalen skal sikre høj faglig kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i forløb for borgere i IV-behandling i kommunalt regi på delegation fra hospitalet. Grundprincippet for samarbejdet er, at ingen borgere skal opleve ubegrundede overgange eller unødvendige indlæggelser.

1.4 Målgruppe



Målgruppen for aftalen er borgere i stabile forløb

- som er opstartet i IV- behandling, der er givet under indlæggelse, ambulant eller af udgående personale fra hospitalet.
- som er indstillede på at fortsætte eller færdiggøre deres IV-behandling i kommunalt regi.
- med et ikke indlæggelseskrævende behov for IV-behandling.
- som lægefagligt er vurderet egnede til at modtage IV-behandling i kommunalt regi.

Det forudsættes, at alle punkterne ovenfor er opfyldt. Der kan i helt særlige situationer og efter gensidig aftale mellem parterne være behov for at tage individuelle hensyn i konkrete forløb.

1.5 IV-behandling

Aftalen omfatter

- IV-behandling med antibiotika.
- IV-behandling med isotone væsker.
- IV-behandling med pumpe.

I særlige situationer, og når der er enighed herom, kan andre præparater, herunder anden IV-væskebehandling foretages. Det vil altid være en individuel vurdering.

Det vurderes altid om behandlingen alternativt kan gives som tabletter, som selvadministration/brugerstyret behandling eller i pumpe før traditionel IV-behandling.

Hospitalet anlægger en IV-adgang på borgeren, der egner sig til IV-behandling i kommunalt regi, med mindst mulig indgriben for borgeren og som samtidig understøtter smidige arbejdsgange for de kommunale sygeplejersker. Det vil typisk være gennem perifert venekateter (PVK), centralt venekateter (CVK eller PICC-line), vaskulær injektionsport (VIP) og MID-line. Hospitalet har ansvaret for at genanlægge IV-adgang. Af hensyn til borgeren kan kommunen dog vælge at genanlægge PVK, forudsat kompetencerne er til stede.

IV-antibiotika leveres i lukkede systemer i infusionspose til intermitterende behandling, samt udvalgte antibiotika i døgndækkende poser, der indgives ved hjælp af elektroniske pumper. Desuden udvides muligheden for behandling med IV-antibiotika i elastomeriske/mekaniske pumper til døgndækkende behandling. I takt med udvikling af døgndækkende elastomeriske/mekaniske pumper, vil opsætning af IV-antibiotika ske 1 gang i døgnet i stedet for intermitterende doser, der gives 2-4 gange i døgnet.

Af hensyn til risiko for anafylaktisk chok skal den første dosis IV-antibiotika gives i hospitalsregi. Denne dosis kan gives under indlæggelse, ambulant eller af udgående personale fra hospitalet.

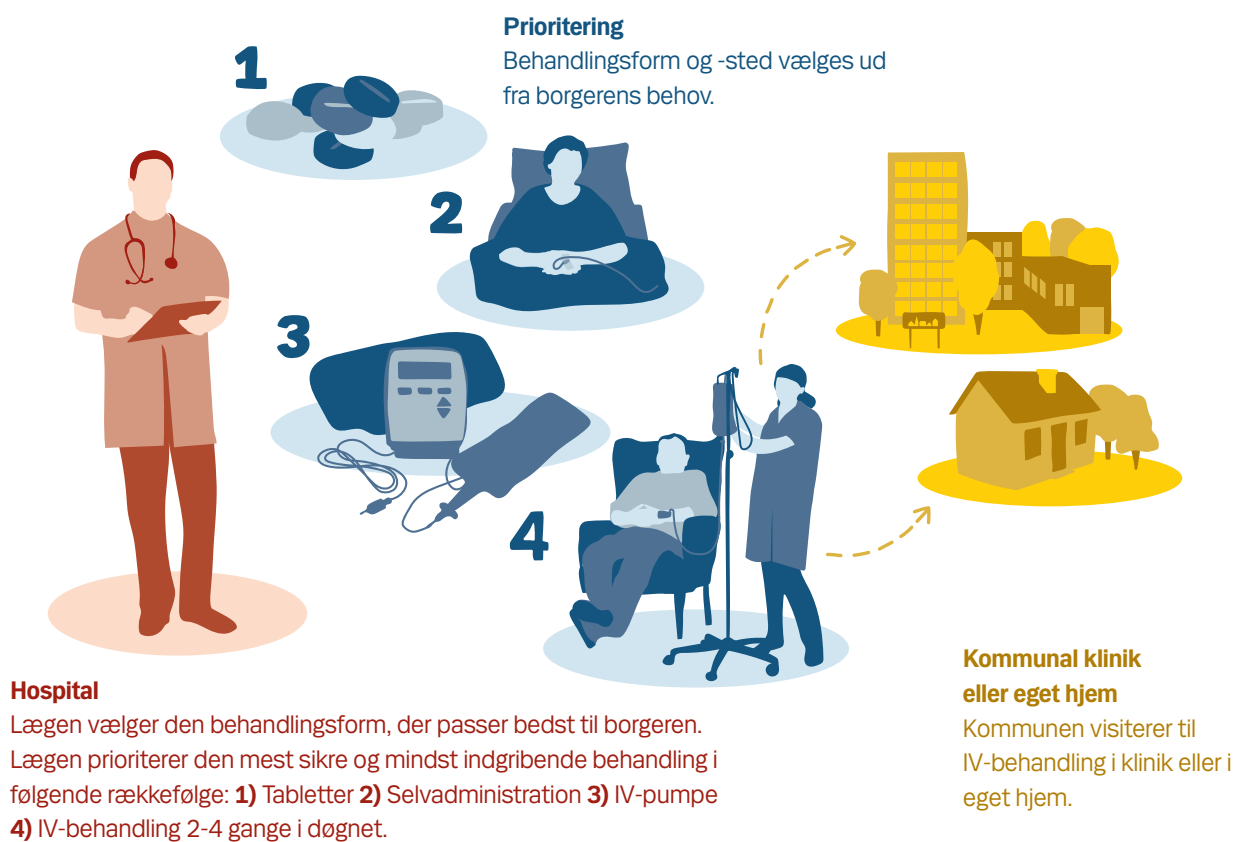
Den behandlingsansvarlige læge skal skriftligt præcisere, hvis borgeren ikke må forlades under indgiften.

I følgende situationer varetages behandlingsforløbet som udgangspunkt i hospitalsregi af hensyn til patientsikkerhed, arbejdsmiljø og/eller kommunal kapacitet:

- IV-behandlingsforløb med behov for mere end 4 besøg pr. døgn og/eller i tidsrummet fra 23.00-07.00.
- IV-behandlingsforløb, hvor den enkelte indgift indebærer at kommunalt personale skal opholde sig i borgerens hjem i mere end 60 minutter ad gangen.

2. Samarbejde om IV-behandling i kommunalt regi

IV-behandling uden for hospitalet



2.1 Henvisning og visitation

Lægen på hospitalet kan henvise borgere til IV-behandling i kommunalt regi, hvis det lægefagligt vurderes at borgeren er egnet til IV-behandling i kommunalt regi og hvis borgeren er i målgruppen for aftalen.

Det vurderes individuelt om borgeren kan overgå til tabletter eller selvadministration/brugerstyret behandling.

IV-behandling i kommunalt regi kan foregå i sundhedscenter/sygeplejeklinik/akutplads/midlertidig plads eller i eget hjem, herunder plejecentre og botilbud. Hvis IV-behandlingen finder sted i borgerens eget hjem, skal hjemmet være vurderet egnet hertil af kommunens personale.

Borgeren skal acceptere tilbuddet om IV-behandling i kommunalt regi. Borgeren skal altid oplyses om at hospitalet har behandlingsansvaret og informeres om mulighederne for ambulant tid eller indlæggelse, såfremt noget uforudset opstår, og dette ikke kan løses udenfor hospitalet.

Den samlede vurdering sker i et samarbejde mellem borgeren, eventuelt dennes pårørende samt fagpersoner i kommunen og på hospitalet.

2.2 Behandlingsansvar

Den behandlende hospitalsafdeling har det lægefaglige ansvar for den opstartede IV-behandling, indtil denne er afsluttet. IV-behandlingen delegeres til kommunen, mens hospitalet fortsat har ansvar for opfølgning på behandling, herunder blodprøver mv.

Praktiserende læge og Akutberedskabet har ikke ansvar for IV-behandling i kommunalt regi, som er opstartet i hospitalsregi.

I situationer hvor IV-behandlingen er opstartet på et andet hospital i Region Hovedstaden end i borgerens hjemkommunes planområde, også i Region Hovedstaden, er disse forløb omfattet af nærværende aftale.

2.3 Opstart på kommunal IV-behandling

Kontakt til kommunen

Hospitalet tager telefonisk kontakt til kommunen med henblik på at afklare og aftale IV-behandling i kommunalt regi.

Kommunen vurderer om de kan varetage opgaven, herunder sikre at de kommunale sygeplejersker har eller kan opnå de påkrævede kompetencer.

Uddybning af de digitale arbejdsgange mellem hospital og kommune præciseres i særskilt oversigt over digitalt kommunikations-flow.

Behandlingsplan

Lægen på hospitalet lægger en plan for det forventede IV-behandlingsforløb i kommunen, herunder nødvendige observationer, forslag til blodprøver og ændring i medicinsk behandling ved behov.

Information om behandlingsplan, observationstid, eventuel kontrol af infektionstal, behandlingens længde samt kontaktoplysninger til den behandlingsansvarlige afdeling på hospitalet sendes til kommunen via gældende MedCom henvisning.

Ved opstart på kommunal IV-behandling skal Fælles medicinkort (FMK) være ajourført med dosis, antal doser pr. dag, antal behandlingsdage og seponering af IV-behandling.

Al ordineret IV-medicin, IV-væske og IV-pumpe i forbindelse med den ordinerede behandling medgives fra hospitalet. Desuden medgives sygeplejeartikler til behandlingen samt opsamlingsudstyr til sikker destruktion af materiale og lægemiddelrester. Hospitalet har under hele IV-forløbet ansvar for at levere ordineret IV-medicin, IV-væske og IV-pumpe hos borgeren eller på kommunalt depot efter aftale. Tilsvarende har hospitalet ansvar for at levere

sygeplejeartikler samt opsamlingsudstyr til sikker destruktion af materiale og lægemiddelrester. Medgivet medicin opbevares i overensstemmelse med Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler.¹

Delegation af lægeforbeholdte opgaver til kommunale sygeplejersker kan aftales for den enkelte borger (dvs. der kan ikke laves rammedelegation).²

Information til egen læge

I forbindelse med henvisning til kommunal IV-behandling sender hospitalslægen en epikrise til borgerens praktiserende læge.

2.4 Kommunikation og samarbejde under behandlingsforløb i kommunalt regi

Efter vejledning fra den udskrivende hospitalsafdeling, administrerer kommunen den videre IV-behandling. Hospitalet genanlægger IV-adgang (PVK), hvis kommunen ikke har de nødvendige kompetencer.

Den kommunale sygeplejerske skal melde tilbage telefonisk til den behandlingsansvarlige læge på hospitalet, hvis tilstanden hos borgeren ændrer sig i forhold til det aftalte. Hvis det er tilfældet, skal hospitalslægen foretage en ny vurdering af, hvorvidt der skal foretages ændringer i behandlingen. Med henblik på dokumentation i patientjournal og omsorgssystem skal der følges op med korrespondancemeddelelser mellem parterne.

Hvis lægen på hospitalet ordinerer prøver, skal lægen give de kommunale sygeplejersker besked om prøvesvarene og om disse får betydning for det aftalte forløb. Kommunikation om prøvesvar sker efter aftale i det konkrete behandlingsforløb og kan ske både telefonisk og via korrespondancemeddelelser. Når et svar afgives mundtligt, skal kommunikationen foregå via Sikker Mundtlig Kommunikation. Med henblik på dokumentation i patientjournal og omsorgssystem skal der følges op med korrespondancemeddelelser mellem parterne.

Praktisk håndtering af ordinerede blodprøver aftales lokalt i planområderne.

Faglige vejledninger til hospitaler og kommuner vedrørende IV-behandling i kommunalt regi vil supplere og understøtte denne aftale.

2.5 Rådgivning under borgerens forløb

Hospitalet stiller kompetencer til rådighed i forbindelse med oplæring og rådgivning af det kommunale personale. Hospitalet står til rådighed hele døgnet for spørgsmål vedrørende igangværende IV-forløb.

2.6 Afslutning af forløb

For hver borger aftales det, hvordan et forløb forventes afsluttet. Afslutningen af et forløb skal ske efter en konkret vurdering foretaget i et samarbejde mellem hospitalslægen på den behandlende afdeling og den kommunale sygeplejerske.

¹ Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079>

² Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed). Sundheds- og Ældreministeriet, 2009. <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2009/115>

Som dokumentation for afslutning af forløbet i kommunen sender den kommunale sygeplejerske et afslutningsnotat til den behandlende afdeling på hospitalet.

Når forløbet er afsluttet, sender hospitalet en ambulant epikrise til borgerens praktiserende læge.

2.7 Kompetencer

Det forudsættes, at de kommunale sygeplejersker er oplært i forhold til IV-antibiotika- og IV-væskebehandling.

De kommunale sygeplejersker har faglige kompetencer indenfor følgende områder:

- Klinisk erfaring med observation og pleje af IV-adgang, herunder forebyggelse af komplikationer fx infektioner.
- Viden om og erfaring med hygiejniske principper og steril teknik.
- Viden om de valgte præparaters virkning, bivirkning og interaktion.
- Viden om behandling af allergiske reaktioner, herunder anafylaktisk chok.³
- Klinisk erfaring med væske- og elektrolyt behandling, samt behandlingens virkning, bivirkning og interaktion.
- Viden om hjerte- og kredsløbets respons på væske- og elektrolytbehandling.
- Kendskab til de arbejdsmiljømæssige krav i forbindelse med indgift af præparaterne.⁴

De kommunale sygeplejersker kan have behov for at genopfriske og vedligeholde deres faglige kompetencer - og for yderligere oplæring. Behov for oplæring i forhold til konkrete IV-behandlingsforløb kan fx ske ved sidemandsoplæring og aftales enten lokalt eller mellem hospitalet og den kommunale sygepleje.

Ved behov kan kurser mhp. kompetenceudvikling udbydes og koordineres i regi af planområderne samt på regionalt niveau.

³ Behandling ved mistanke om anafylaksi skal fremgå af lokale instrukser, jf. Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler (VEJ nr 9079 af 12/02/2015). <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079>; Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2015/9079>

⁴ Af miljømæssige hensyn bortskaffes risikoaffald i henhold til kommunens regler for håndtering af risikoaffald.

3. Aktivitet og økonomi

3.1 Aktivitet

Det er forventningen, at der i Region Hovedstaden er ca. 5.700 årlige IV-forløb i kommunalt regi, når aftalen er fuldt implementeret. Estimatet af antal årlige forløb er baseret på en vurdering fra Herlev og Gentofte Hospital, der har erfaring med IV-forløb i kommunalt regi samt det estimat, der ligger til grund for en tilsvarende aftale i Region Midtjylland.

Det er forudsat, at halvdelen af forløbene i kommunalt regi sker i borgerens hjem og halvdelen på kommunal klinik. Vurderingen er foretaget ud fra en helhedsbetragtning, hvor en del af borgerne vil være i stand til at transportere sig til kommunal klinik for at modtage IV-behandling. I tilfælde, hvor det ikke er muligt enten af borgerhensyn eller fordi klinikken er lukket, modtager borgeren IV-behandling i eget hjem.

3.2 Økonomi

Der er udarbejdet en takstmodel for afregning af forløb. Takstmodellen består af en trappemodel med forløbstakster for tre typer IV-behandling (IV-antibiotika, IV-væske, IV-pumpe) samt dagstakster, der bliver afregnet for længere forløb. Dagstakst bliver alene anvendt når forløbene strækker sig udover de antal dage, der er forudsat i forløbet. Forløbstakster er valgt for at skabe en enkel model, der er let at administrere. Det er forventningen, at hovedparten af forløbene alene vil blive afregnet med forløbstakst.

Længden af forløbene varierer

- IV-antibiotika, forløb på 1-6 dage (fra 7. dagen afregnes dagstakst).
- IV-væske (isoton), forløb på 1-3 dage (fra 4. dagen afregnes dagstakst).
- IV-pumpe, forløb på 1-6 dage (fra 7. dagen afregnes dagstakst).

I takstmodellen indgår en 'trappe', som regulerer taksten i takt med antallet af borgere, der modtager IV-behandling i kommunalt regi, stiger. Trappemodellen afspejler, at i takt med at antallet af årlige IV-besøg stiger, opnår kommunerne bedre mulighed for at planlægge og tilrettelægge IV-behandling. Trappemodellen består af 3 successive trin, hvor antal årlige IV-forløb i Region Hovedstaden definerer trinene. De første 1.500 forløb bliver afregnet efter taksterne på trin 1. De følgende forløb op til 3.000 bliver afregnet efter taksterne på trin 2. Herefter bliver forløbene afregnet efter taksterne på trin 3.

Taksterne ses i tabel 1 på næste side.

Tabel 1: Takster for afregning af IV-behandling i kommunalt regi i Region Hovedstaden, i kr. 2020-niveau

	Trin 1 (0-1499 årlige forløb)		Trin 2 (1500-2999 årlige forløb)		Trin 3 (3000+ årlige forløb)	
	Forløb	Dagstakst	Forløb	Dagstakst	Forløb	Dagstakst
IV-antibiotika	6915	1485	6411	1366	6159	1306
IV-væske (isoton)	1343	341	1274	309	1240	292
IV-pumpe	2049	341	1912	309	1843	292

Principper for registrering og afregning præciseres i særskilt vejledning.

4. Monitorering og opfølgning

4.1 Monitorering

For at skabe et godt grundlag for planlægning, opfølgning og løbende kvalitetsudvikling i samarbejdet skal aftalen monitoreres.

Der monitoreres og registreres på følgende parametre:

- Antal borgere henvist til IV-behandling i kommunen.
- Antal borgere visiteret til IV-behandling i kommunen.
- Type af IV-behandling.
- Antal daglige behandlinger.
- Tid medgået til behandling pr. behandling.
- Længde af forløb med IV-behandling.
- Hvor stor en del af IV-behandlingen, der sker hhv. i borgerens hjem/kommunal klinik.

Data opgøres i kommunerne og på hospitalerne.

4.2 Opfølgning

Der gennemføres en undersøgelse af den brugeroplevede kvalitet, herunder vil brugerrepræsentanter blive inddraget i tilrettelæggelse af undersøgelsen.

Med henblik på at følge aktiviteten tæt, følges der op på aktivitetsdata hver 3. måned. Der foretages en evaluering af aftalen efter 2 år.

Resultater fra opfølgningen forelægges til drøftelse i Tværsektoriel strategisk styregruppe og Sundhedskoordinationsudvalget.

5. Øvrige forhold

5.1 Implementering af aftalen

Implementering sker i regi af sundhedsaftalen. Den lokale implementering forankres i de somatiske samordningsudvalg. I hvert planområde nedsættes en implementeringsgruppe.

Ved behov for drøftelse af principielle problemstillinger kan samordningsudvalgene rejse disse til drøftelse i Tværsektoriel strategisk styregruppe.

5.2 Ikrafttræden og opsigelse af aftalen

Nærværende aftale træder i kraft den 4. oktober 2021 og er af 2 års varighed. Inden aftalens udløb og senest den 30. september 2023 tages der stilling til forlængelse af aftalen.

Med aftalens ikrafttræden indledes implementering af aftalen i planområderne.

6. Temagruppens sammensætning

Aftalen er udarbejdet af en temagruppe nedsat under Tværsektoriel strategisk styregruppe for Sundhedskoordinationsudvalget i Region Hovedstaden i perioden august 2020-maj 2021.

Temagruppen var sammensat af følgende ledere, brugere og fagpersoner med kendskab til eksisterende erfaringer og aftaler eller viden om IV-behandling i kommunalt regi:

Formandskab

Niels Peter Møller, direktør, Brøndby Kommune (kommunal formand).

Rene Priess, vicedirektør, Herlev og Gentofte Hospital (regional formand).

Brugerrepræsentanter

Bente Clausen, brugerrepræsentant.

Bjarne Kristensen, brugerrepræsentant.

Søren Rimmen, brugerrepræsentant.

Kommunale repræsentanter

Karen Nørskov Toke, sundhedschef, Københavns Kommune.

Anne-Marie Bergstrøm Mølbæk, leder af sundhedsområdet, Ballerup Kommune.

Susanne Tronier, centerchef, Rudersdal Kommune.

Anette Sophie Beck Hjort, sektionschef, Hillerød Kommune.

Linda Rask Westergaard Nielsen, sundhedsfaglig chefkonsulent, Københavns Kommune.

Regionale repræsentanter

Jesper Lihn, enhedschef, Region Hovedstaden/Jean Hald Jensen, enhedschef, Region Hovedstaden.

Tina Holm Nielsen, vicedirektør Amager og Hvidovre Hospital.

Helle Rabing, ledende oversygeplejerske, Amager og Hvidovre Hospital.

Finn Rønholt, ledende overlæge, Herlev og Gentofte Hospital.

Helle Tødt, samordningskonsulent, Herlev og Gentofte Hospital.

Christian Worm, centerdirektør, Rigshospitalet.

Gitte Søndergaard, læge, Region Hovedstadens Akutberedskab.

Jørgen Steen Andersen, praktiserende læge, PLO-H repræsentant.

Sekretariat

Vibeke Nymann Folmer sundhedskonsulent, Det fælleskommunale sundhedssekretariat – Hovedstaden/

Trine Cornelius Høgh, konsulent, Det fælleskommunale sundhedssekretariat – Hovedstaden.

Christian Roldsgaard Hejlesen, teamleder, Det fælleskommunale sundhedssekretariat – Hovedstaden.

Michala Jessen, chefkonsulent, Region Hovedstaden/Winnie Brandt, chefkonsulent, Region Hovedstaden.

Pernille Faurischou, sundhedsfaglig chefkonsulent, Region Hovedstaden

Dokument Navn:	Notat om danmarkskort 2020 over omgørelsesprocenter m.v. på socialområdet.pdf
Dokument Titel:	Notat om danmarkskort 2020 over omgørelsesprocenter m.v. på socialområdet
Dokument ID:	4079855
Placering:	Emnesager/Danmarkskort 2020 over omgørelsesprocenter m.v. på socialområdet/Dokumenter
Dagsordens titel	Danmarkskort 2020 over omgørelsesprocenter m.v. på socialområdet
Dagsordenspunkt nr	3
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

Dette dokument blev genereret af  getorganized
for SharePoint

Internt notat

Behandling

Børneudvalget, den 17. august 2021

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget, den 18. august 2021

Økonomiudvalget, den 23. august 2021

Kommunalbestyrelsen, den 30. august 2021

Indledning

Siden 2018 skal Social- og Ældreministeriet (tidligere Børne- og Socialministeriet) hvert år inden 1. juli offentliggøre kommuneopdelte danmarkskort med det forudgående års statistik over omgørelsesprocenten i Ankestyrelsens afgørelser i klagesager efter lov om social service.

Kommunalbestyrelsen skal behandle danmarkskortet på et møde inden udgangen af det år, hvor danmarkskortet offentliggøres.

På møde den 26. november 2018 behandlede Kommunalbestyrelsen sag om danmarkskort for 2017. Der henvises nærmere til dagsordenen for dette møde, punkt 3. På møde den 27. maj 2019 behandlede Kommunalbestyrelsen sag om danmarkskort for 2018. Der henvises nærmere til dagsordenen for dette møde, punkt 7. På møde den 31. august 2020 behandlede Kommunalbestyrelsen sag om danmarkskort for 2019. Der henvises nærmere til dagsordenen for dette møde, punkt 15.

Social- og Ældreministeriet har i juni 2021 offentliggjort danmarkskort for 2020.

Baggrund

Der anvendes tre begreber, når Ankestyrelsen udregner omgørelsesprocenter:

Stadfæstelse: Ankestyrelsen er enig i afgørelsen. Der sker ingen ændringer for den, der har klaget.

Ændring/Ophævelse: Ankestyrelsen er helt eller delvist uenig i afgørelsen og ændrer/ophæver den.

Hjemvisning: Hvis der for eksempel mangler væsentlige oplysninger i en sag, og styrelsen ikke selv kan indhente dem, sender styrelsen sagen tilbage til myndigheden. Det betegnes "at hjemvise en sag" og betyder, at myndigheden skal genoptage sagen og afgøre den på ny.

Når en afgørelse hjemvises, ændres eller ophæves, benævnes det, at kommunens afgørelse bliver omgjort. Det hedder det, selvom en hjemvisning ikke nødvendigvis betyder, at afgørelsen bliver ændret. Omgørelsesprocenten er derfor andelen af sager, der bliver omgjort (hjemvist, ændret eller ophævet) af Ankestyrelsen.

Børne- og Socialministeriet har ligesom de foregående år udarbejdet 3 danmarkskort for omgørelsesprocenter i 2020: for hele socialområdet, for børnehandicapområdet og for særlige bestemmelser på voksenhandicapområdet. Kortene for børnehandicapområdet og for særlige bestemmelser for voksenhandicapområdet indgår i kortet for hele socialområdet.

Følgende af de tre danmarkskort er relevante for fagudvalgene Børneudvalget og Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget:

Børneudvalget: Hele socialområdet og Børnehandicapområdet.

Ældre-, Social- og Sundhedsudvalget: Hele socialområdet og Voksenhandicapområdet.

Den følgende redegørelse for danmarkskort 2020 indeholder også oplysninger om danmarkskort 2019 og 2018.

Danmarkskort for hele socialområdet

I dette kort indgår alle bestemmelser i Lov om social service, det vil sige både børneområdet og voksenområdet, hvor der er klageadgang over kommunale afgørelser.

Ifølge Social- og Ældreministeriet var omgørelsesprocenten for alle landets kommuner i 2020 på 36 % hele socialområdet. Heraf var 9 % af sagerne ændrede/ophævede, mens 27 % var hjemviste sager. Stadfæstelsesprocenten var 64 %.

Til sammenligning var omgørelsesprocenten for alle landets kommuner i 2019 41 % på hele socialområdet. Heraf var 11 % af sagerne ændrede/ophævede og 30 % hjemviste sager. Stadfæstelsesprocenten var 59 %. I 2018 var omgørelsesprocenten på 36 %. Heraf var 9 % ændrede/ophævede og 27 % hjemviste sager. Stadfæstelsesprocenten var 64 %.

I Gentofte Kommune viser danmarkskort 2020 for hele socialområdet følgende omgørelsesprocent m.v.:

Tabel 1. Omgørelsesprocent i Gentofte Kommune for hele socialområdet 2020

	Gentofte 2020	
Omgørelsesprocent	51 %	69 afgørelser
- heraf ændringer	18 %	24 afgørelser
- heraf hjemvisninger	33 %	45 afgørelser
Stadfæstelsesprocent	49 %	74 afgørelser
I alt	100 %	135 afgørelser

Til sammenligning viste danmarkskortene for hele socialområdet i 2019 og 2018 følgende omgørelsesprocenter m.v.:

Tabel 2. Omgørelsesprocent i Gentofte Kommune for hele socialområdet 2019 og 2018

	Gentofte 2019		Gentofte 2018	
Omgørelsesprocent	26 %	13 afgørelser	44 %	36 afgørelser
- heraf ændringer	10 %	5 afgørelser	7 %	6 afgørelser
- heraf hjemvisninger	16 %	8 afgørelser	37 %	30 afgørelser
Stadfæstelsesprocent	74 %	37 afgørelser	56 %	45 afgørelser
I alt	100 %	50 afgørelser	100 %	81 afgørelser

Som det fremgår af Tabel 1 og 2, er omgørelsesprocenten i Gentofte Kommune i 2020 steget i forhold til 2019. Dette skyldes en stigning i ændrede/ophævede afgørelser, og en stigning i hjemviste afgørelser. Der blev truffet 135 afgørelser i 2020 mod 50 afgørelser i 2019.

I forhold til 2018 er omgørelsesprocenten i 2020 steget.

Med hensyn til antallet af klagesager ses en betydelig stigning, da der i 2020 blev behandlet 135 klagesager mod 50 i 2019 og 81 afgørelser i 2018. En tilsvarende stigning ses ikke i kommunerne Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal, jf. nedenfor.

På det sociale børneområde har Gentofte Kommune i 2020 behandlet ca. 3000 afgørelser. Ankestyrelsen har på det sociale børneområde behandlet 79 afgørelser i 2020 fra Gentofte Kommune. Af disse afgørelser ændrede/ophævede Ankestyrelsen 18 afgørelser, hjemviste 28 afgørelser og stadfæstede 33 afgørelser.

På det sociale voksenområde behandler Gentofte Kommune årligt flere tusinde afgørelser. Ankestyrelsen har på det sociale voksenområde behandlet 56 afgørelser i 2020. Af disse afgørelser ændrede/ophævede Ankestyrelsen 6 afgørelser, hjemviste 17 afgørelser og stadfæstede 33 afgørelser.

Til sammenligning havde kommunerne Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal følgende omgørelsesprocenter m.v. i 2020, samt i 2019 og 2018:

Tabel 3. Omgørelsesprocent i Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal for hele socialområdet 2020

	Gladsaxe 2020	Lyngby-Taarbæk 2020	Rudersdal 2020
Omgørelsesprocent	24 %	22 %	34 %
- heraf ændringer	4 %	2 %	9 %
- heraf hjemvisninger	20 %	20 %	25 %
Stadfæstelsesprocent	76 %	78 %	66 %
Antal afgørelser (afg.)	97 afg.	58 afg.	71 afg.

Tabel 4. Omgørelsesprocent i Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal for hele socialområdet 2019 og 2018

	Gladsaxe 2019/2018	Lyngby-Taarbæk 2019/2018	Rudersdal 2019/2018
Omgørelsesprocent	40 % / 34 %	38 % / 50 %	41 % / 34 %
- heraf ændringer	13 % / 10 %	8 % / 10 %	14 % / 9 %
- heraf hjemvisninger	28 % / 24 %	30 % / 41 %	27 % / 24 %
Stadfæstelsesprocent	60 % / 66 %	62 % / 50 %	59 % / 66 %
Antal afgørelser (afg.)	80 / 101 afg.	77 / 105 afg.	81 / 86 afg.

Det skal bemærkes om ministeriets tal for Gladsaxe Kommune i 2019, at der er en mindre afrundingsdiference i procenterne mellem ændrede/ophævede og hjemviste sager i forhold til den samlede omgørelsesprocent. Det samme gælder for ministeriets tal for kommunerne Lyngby-Taarbæk og Rudersdal i 2018.

Som det fremgår af Tabel 3 og 4, er der i kommunerne Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal i 2020 sket et fald i omgørelsesprocenten fra 2019. I alle tre kommuner skyldes ændringen fald i både ændrede og hjemviste sager.

I forhold til 2018 er der i 2020 sket fald i omgørelsesprocenten i Gladsaxe og i Lyngby-Taarbæk. I Rudersdal ses ingen ændret omgørelsesprocent.

Med hensyn til antallet af klagesager ses en stigning i Gladsaxe, da der i 2020 blev behandlet 97 klagesager mod 80 i 2019. I 2018 var antallet 101 afgørelser. I kommunerne Lyngby-Taarbæk og Rudersdal er antallet af afgørelser faldet over alle tre år. Som nævnt ovenfor kan der i Gentofte - i modsætning til Lyngby-Taarbæk og Rudersdal - ses en stigning i antallet af klagesager. Samtidig er stigningen af klagesager i Gentofte væsentlig større end stigningen i Lyngby-Taarbæk.

Der er nedenfor redegjort for ændrede/ophævede og hjemviste afgørelser på børnehandicapområdet og for særlige bestemmelser på voksenhandicapområdet, der også indgår i tallene for danmarkskortet for hele socialområdet.

Danmarkskortet for hele socialområdet 2020 kan ses via følgende link:

[Omgørelsesprocenter på socialområdet i 2020 \(sm.dk\)](https://sm.dk)

Danmarkskort for Børnehandicapområdet

I dette kort indgår følgende bestemmelser i lov om social service:

- Pasningstilbud, hjemmetræning m.m. (§§ 32, 32a, 36, 39-40)
- Merudgiftsydelse (§ 41)
- Tabt arbejdsfortjeneste (§§ 42 - 43)
- Personlig hjælp og ledsagelse (§§ 44 - 45)

Ifølge Social- og Ældreministeriet var omgørelsesprocenten for alle landets kommuner i 2020 52 % på børnehandicapområdet. Heraf var 16 % af sagerne ændrede/ophævede, mens 36 % var hjemviste sager. Stadfæstelsesprocenten var 48 %.

Til sammenligning var omgørelsesprocenten for alle landets kommuner i 2019 51 % på børnehandicapområdet. Heraf var 16 % af sagerne var ændrede/ophævede, mens 35 % var hjemviste sager. Stadfæstelsesprocenten var 49 %. I 2018 var omgørelsesprocenten på 47 %. Heraf var 14 % ændrede/ophævede og 33 % hjemviste sager. Stadfæstelsesprocenten var 53 %.

For Gentofte Kommune viser danmarkskortene for børnehandicapområdet i 2020 følgende omgørelsesprocenter m.v.:

Tabel 5. Omgørelsesprocent i Gentofte Kommune for Børnehandicapområdet i 2020

Gentofte 2020		
Omgørelsesprocent	61 %	25 afgørelser
- heraf ændringer	12 %	5 afgørelser
- heraf hjemvisninger	49 %	20 afgørelser
Stadfæstelsesprocent	39 %	16 afgørelser
I alt	100 %	41 afgørelser

Til sammenligning viste danmarkskortene for hele børnehandicapområdet i 2019 og 2018 følgende omgørelsesprocenter m.v.:

Tabel 6. Omgørelsesprocent i Gentofte Kommune for Børnehandicapområdet i 2019 og 2018

	Gentofte 2019		Gentofte 2018	
Omgørelsesprocent	33 %	2 afgørelser	64 %	27 afgørelser
- heraf ændringer	17 %	1 afgørelser	10 %	4 afgørelser
- heraf hjemvisninger	17 %	1 afgørelser	55 %	23 afgørelser
Stadfæstelsesprocent	67 %	4 afgørelser	36 %	15 afgørelser
I alt	100 %	6 afgørelser	100 %	42 afgørelser

Det skal bemærkes om ministeriets tal for 2019 og 2018, at der ses en mindre afrundingsdifference i procenterne for ændrede/ophævede og hjemviste sager i forhold til den samlede omgørelsesprocent.

Som det fremgår af Tabel 5 og 6, er omgørelsesprocenten i Gentofte Kommune i 2020 steget i forhold til 2019. Dette skyldes et fald i ændrede/ophævede afgørelser, mens antallet af hjemviste afgørelser er steget.

I forhold til 2018 er omgørelsesprocenten i 2020 faldet.

Med hensyn til antallet af klagesager ses en stigning, da der i 2020 blev behandlet 41 klagesager mod 6 i 2019. I 2018 var antallet 42 afgørelser.

Børn og Familie kan konstatere, at omgørelsesprocenten er steget i forhold til sidste år. I Børn og Familie behandler specialteamet de sager, der vedrører børn og unge med funktionsnedsættelser. De træffer ligeledes mange afgørelser årligt, og har i 2020 truffet i alt 461 afgørelser ud af afdelingens samlede 3.082 afgørelser. Ca. 9 procent af disse afgørelser er blevet påklaget og behandlet i Ankestyrelsen. Af det samlede antal afgørelser er det 1% af afgørelserne truffet i specialteamet, som Ankestyrelsen ændrer ved at ophæve kommunes afgørelser. Af det samlede antal afgørelser truffet i specialteamet er det 4,5%, som Ankestyrelsen hjemviser til fornyet behandling.

Til sammenligning har kommunerne Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal følgende omgørelsesprocenter m.v. i 2020, samt i 2019 og 2018:

Tabel 7. Omgørelsesprocent i Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal Kommune for Børnehandicappedet i 2020

	Gladsaxe 2020	Lyngby-Taarbæk 2020	Rudersdal 2020
Omgørelsesprocent	20 %	60 %	59 %
- heraf ændringer	10 %	20 %	12 %
- heraf hjemvisninger	10 %	40 %	47 %
Stadfæstelsesprocent	80 %	40 %	41 %
Antal afgørelser (afg.)	10 afg.	5 afg.	17 afg.

Tabel 8. Omgørelsesprocent i Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal Kommune for Børnehandicappedet i 2019 og 2018

	Gladsaxe 2019/2018	Lyngby-Taarbæk 2019/2018	Rudersdal 2019/2018
Omgørelsesprocent	57 % / 43 %	53 % / 66 %	63 % / 44 %
- heraf ændringer	14 % / 8 %	12 % / 13 %	25 % / 15 %
- heraf hjemvisninger	43 % / 35 %	41 % / 53 %	38 % / 30 %
Stadfæstelsesprocent	43 % / 57 %	47 % / 34 %	37 % / 46 %
Antal afgørelser (afg.)	14 / 40 afg.	17 / 32 afg.	24 / 27 afg.

Det skal bemærkes om ministeriets tal for Rudersdal Kommune i 2018, at der ses en mindre afrundings-difference i procenterne for ændrede/ophævede og hjemviste sager i forhold til den samlede omgørelsesprocent.

Som det fremgår af Tabel 7 og 8, er omgørelsesprocenten i 2020 i kommunerne Gladsaxe og Rudersdal faldet i forhold til 2019. I begge kommuner skyldes ændringen fald i ændrede afgørelser, ligesom der ses fald i Gladsaxes hjemviste afgørelser. I Rudersdal ses en stigning i hjemviste afgørelser. I Lyngby-Taarbæk Kommune er omgørelsesprocenten i 2020 steget. Ændringen skyldes stigning i ændrede afgørelser, mens hjemviste afgørelser er faldet.

I forhold til 2018 er omgørelsesprocenten i 2020 faldet i Gladsaxe og i Lyngby-Taarbæk. I Rudersdal er omgørelsesprocenten steget.

Med hensyn til antallet af behandlede klagesager i 2020 ses fald i alle tre kommuner i forhold til såvel 2019 som 2018.

Som nævnt ovenfor kan der i Gentofte - i modsætning til de tre andre kommuner - ses en stigning i antallet af klagesager.

Stigningen på børneområdet giver anledning til at Børn og Familie fortsat udvikler afdelingens praksis for at sikre, at omgørelsesprocenten nedbringes. I det følgende er der opridset hvilke tiltag der er iværksat med henblik på at nedbringe omgørelsesprocenten.

Alle omgjorte og hjemsendte sager er gennemgået således at læring sikres fremadrettet i fremtidige sager.

Børn og Familie har bedt Ankestyrelsens Taskforce om et udviklingsforløb, som er udviklet af Ankestyrelsen og Socialstyrelsen. Formålet med denne indsats er at sikre korrekte afgørelser, så der i højere grad undgås hjemvisninger og ændringer af afgørelser.

Når en afgørelse hjemsendes fra Ankestyrelsen og der er tvivl om afgørelsens indhold, tager rådgiverne direkte kontakt til sagsbehandleren i Ankestyrelsen. Formålet er at få præciseret grundlaget for hjemvisning og bede Ankestyrelsen uddybe, hvad de mener kommunen burde gøre anderledes.

Danmarkskortet for Børnehandicapområdet 2020 kan ses via følgende link:

[Omgørelsesprocenter på børnehandicapområdet i 2020 \(sm.dk\)](#)

Danmarkskort for Voksenhandicapområdet

I dette kort indgår følgende bestemmelser i lov om social service:

- Kontante tilskud (§ 95)
- Borgerstyret personlig assistance (§ 96)
- Ledsageordning (§ 97)
- Merudgifter (§ 100)

Ifølge Social- og Ældreministeriet var omgørelsesprocenten for alle landets kommuner i 2020 42 %. Heraf var 7 % af sagerne ændrede/ophævede, mens 35 % var hjemviste sager. Stadfæstelsesprocenten var 58 %.

Til sammenligning var omgørelsesprocenten for alle landets kommuner i 2019 46 %. Heraf var 9 % af sagerne ændrede/ophævede, mens 37 % var hjemviste sager. Stadfæstelsesprocenten var 54 %. I 2018 var omgørelsesprocenten 32 %. Heraf var 7 % ændrede/ophævede og 25 % hjemviste sager. Stadfæstelsesprocenten var 68 %.

For Gentofte Kommune viser danmarkskortene for voksenhandicapområdet i 2020, samt i 2019 og 2018 følgende opgørelsesprocenter m.v.:

Tabel 9. Omgørelsesprocent i Gentofte Kommune for Voksenhandicapområdet i 2020

Gentofte 2020		
Omgørelsesprocent	33 %	1 afgørelser
- heraf ændringer	0 %	0 afgørelser
- heraf hjemvisninger	33 %	1 afgørelser
Stadfæstelsesprocent	67 %	2 afgørelser
I alt	100 %	3 afgørelser

Tabel 10. Omgørelsesprocent i Gentofte Kommune for voksenhandicapområdet i 2019 og 2018

	Gentofte 2019		Gentofte 2018	
Omgørelsesprocent	40 %	2 afgørelser	40 %	2 afgørelser
- heraf ændringer	20 %	1 afgørelser	20 %	1 afgørelse
- heraf hjemvisninger	20 %	1 afgørelser	20 %	1 afgørelse
Stadfæstelsesprocent	60 %	3 afgørelser	60 %	3 afgørelser
I alt	100 %	5 afgørelser	100 %	5 afgørelser

Som det fremgår af Tabel 9 og 10, er omgørelsesprocenten i Gentofte Kommune i 2020 faldet i forhold til 2019. Dette skyldes et fald i ændrede/ophævede afgørelser, mens antallet af hjemviste afgørelser er steget.

I forhold til 2018 er omgørelsesprocenten i 2020 ligeledes faldet, og med samme fordeling af ændrede/ophævede og hjemviste afgørelser som i 2019.

Med hensyn til antallet af klagesager ses et fald, da der i 2020 blev behandlet 3 klagesager mod 5 i såvel 2019 som 2018.

Social & Handicap træffer årligt ca. 100 afgørelser inden for de bestemmelser, der indgår i danmarkskortet for voksenhandicapområdet.

Til sammenligning har kommunerne Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal følgende omgørelsesprocenter m.v.:

Tabel 11. Omgørelsesprocent i Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal Kommune for voksenhandicapområdet I 2020

	Gladsaxe 2020	Lyngby-Taarbæk 2020	Rudersdal 2020
Omgørelsesprocent	39 %	50 %	44 %
- heraf ændringer	6 %	0 %	11 %
- heraf hjemvisninger	33 %	50 %	33 %
Stadfæstelsesprocent	61 %	50 %	56 %
Antal afgørelser (afg.)	18 afg.	4 afg.	9 afg.

Tabel 12. Omgørelsesprocent i Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal Kommune for voksenhandicapområdet I 2019 og 2018

	Gladsaxe 2019/2018	Lyngby-Taarbæk 2019/2018	Rudersdal 2019/2018
Omgørelsesprocent	25 % / 23 %	11 % / 54 %	70 % / 43 %
- heraf ændringer	25 % / 0 %	11 % / 31 %	20 % / 14 %
- heraf hjemvisninger	0 % / 23 %	0 % / 23 %	50 % / 29 %
Stadfæstelsesprocent	75 % / 77 %	89 % / 46 %	30 % / 57 %
Antal afgørelser (afg.)	4 / 13 afg.	9 / 13 afg.	10 / 14 afg.

Som det fremgår af Tabel 11 og 12, er omgørelsesprocenten i 2020 i kommunerne Gladsaxe og Lyngby-Taarbæk steget i forhold til 2019. I begge kommuner ses et fald i ændrede/ophævede afgørelser og en stigning i hjemviste afgørelser. I Rudersdal er omgørelsesprocenten i 2020 faldet i forhold til 2019. Ændringen skyldes fald i både ændrede og hjemviste afgørelser.

I forhold til 2018 er omgørelsesprocenten i 2020 steget i Gladsaxe og Rudersdal. I Lyngby-Taarbæk er omgørelsesprocenten faldet.

Med hensyn til antallet af behandlede klagesager i 2020 ses en stigning i Gladsaxe samt fald i Lyngby-Taarbæk og Rudersdal. Det gælder både i forhold til for 2019 og 2018.

Danmarkskortet for Voksenhandicapområdet 2020 kan ses via følgende link:

[Omgørelsesprocenter på voksenhandicapområdet i 2020 \(sm.dk\)](https://sm.dk)