



Dagsorden til møde i Socialudvalget

**Mødetidspunkt 10-08-2016 17:00
Mødeafholdelse Udvalgsværelse D**

Indholdsfortegnelse

Socialudvalget

10-08-2016 17:00

1 (Åben) Kvalitetsstandard 2016 for praktisk hjælp og pleje m.m. samt politik for tilsyn	3
2 (Åben) Social ulighed i sundhed	4
3 (Åben) Godkendelse af kommissorium for opgaveudvalg Sundhed i Gentofte - Bogerrettet behandling	5
4 (Åben) Kvartalsrapport til Socialudvalget, 2. kvartal 2016	6
5 (Åben) Justering af mål i Gentofte-Plan 2017	7
6 (Åben) Orientering om arbejdet i opgaveudvalget Ny Sundhedspolitik, august 2016	9
7 (Åben) Udpegning af medlem til Integrationsrådet	10
8 (Åben) Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne	11
9 (Lukket) Meddelelser fra formanden/forvaltningen og spørgsmål fra medlemmerne	11

1 (Åben) Kvalitetsstandard 2016 for praktisk hjælp og pleje m.m. samt politik for tilsyn

Sags ID: EMN-2016-02201

Resumé

Social & Sundhed forelægger til godkendelse "Kvalitetsstandard for Praktisk og personlig hjælp og pleje i hjemmet" efter Lov om Social Service § 83 og for "Kvalitetsstandard for Rehabilitering, genoptræning samt forebyggende og vedligeholdende træning" Lov om Social Service § 86 gældende for 2016.

Ligeledes forelægges "Politik for tilsyn med hjemmehjælp" efter Lov om Social Service § 83 gældende for 2016.

Baggrund

Jf. Lov om Social Service skal Kommunalbestyrelsen hvert år udarbejde og vedtage kvalitetsstandarden for praktisk og personlig hjælp og pleje samt træning.

Kvalitetsstandarden for 2015 blev godkendt ved Socialudvalgets møde den 8. januar 2015. I den nye politiske arbejdsform godkender Socialudvalget ikke længere alle kvalitetsstandarde, og der er i stedet fastlagt principper, der er retningsgivende og styrende for administrationens arbejde med justering af disse jf. beslutning på Socialudvalgets møde den 18. maj 2016 – dagsordenens pkt. 5. Der er dog i lovgivningen krav om at kvalitetsstandarden for praktisk hjælp og pleje (§ 83) og for træning (§ 86) behandles og godkendes politisk, hvorfor den forelægges.

Serviceloven fastlægger ligeledes, at Kommunalbestyrelsen skal udarbejde og vedtage en politik for tilsyn med tilbud efter § 83, som er omfattet af reglerne for frit leverandørvalg, og dette skal ske i tilknytning til den årlige vedtagelse af kvalitetsstandarden for § 83.

"Politikken for tilsyn med hjemmehjælp" omfatter således i Gentofte Kommune tilsynet med hjemmehjælpsleverandørerne som pr. 1.1.2016 er Gentofte Hjemmepleje (Gentofte Kommune) og 12 private firmaer.

Leverandørerne leverer hjemmehjælpsydelser til borgere i eget hjem, idet Socialudvalget tidligere har besluttet, at det frie leverandørvalg ikke omfatter beboerne i kommunens plejeboliger med hjemmehjælp. Tilsynet med plejeboligerne er omfattet af bestemmelserne om tilsyn efter Lov om Social Service § 151 i plejeboliger og lignende boligenheder. Tilsynet med hjemmehjælpsleverandørerne afrapporteres en gang årligt sammen med de øvrige tilsyn i årsberetning for tilsyn vedrørende pleje- og sundhedsområdet.

Pleje & Sundhed arbejder videre med "Træn-dig-fri", som er efterfulgt af etablering af et tværgående træningsteam og kompetenceudvikling af medarbejderne, så der jf. principperne arbejdes med et rehabiliterende og trænende sigte i relation til de kompenserende indsatser. Der er i den forbindelse etableret en ydelse til supplement til ydelser indenfor praktisk og personlig hjælp (Rehab. personlig og Rehab. praktisk). Borgeren får ydelsen i en tidsbegrænset periode som supplement til den allerede visiterede ydelse. Ydelsesbeskrivelse vedlægges.

Kvalitetsstandarden for praktisk hjælp og pleje m.m. samt politik for tilsyn har været forelagt Handicaprådet på dets møde den 20. juni 2016. Handicaprådets høringssvar er vedlagt. Ligeledes har Seniorrådet haft materialet i høring og eventuelle bemærkninger forligger til mødet i Kommunalbestyrelsen den 29. august 2016.

Kvalitetsstandarden publiceres på kommunens hjemmeside med tilhørende dokumenter og herunder også servicebeskrivelse til borgerne.

Vurdering

Det er Social & Sundheds vurdering, at kvalitetsstandarden for 2016 for praktisk og personlig hjælp og pleje m.m. samt politikken for tilsyn beskriver kommunens tilbud på området, så den danner grundlag for forventningsafstemning mellem borger og kommunen samtidig med, at den er retningsanvisende for leverandører af ydelser.

Indstilling

Social & Sundhed indstiller

Til Socialudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen:

1. At kvalitetsstandarden for 2016 for praktisk og personlig hjælp og pleje m.m. godkendes – herunder godkendelse af ydelsesbeskrivelse Rehab.personlig og Rehab.praktisk.
2. At Politik for tilsyn med hjemmehjælp godkendes.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

1. Overordnet kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet - Gældende for 2016 (1181854 - EMN-2016-02201)
2. Kvalitetsstandard - Rehabilitering, genoptræning, forebyggende og vedl.træning - Gældende 2016 (1181932 - EMN-2016-02201)
3. Kvalitetsstandard Praktisk og personlig hjælp og pleje i hjemmet og i plejeboliger - Gældende 2016 (1181824 - EMN-2016-02201)
4. Politik for tilsyn med hjemmehjælp 2016 (1182009 - EMN-2016-02201)
5. Ydelsesbeskrivelse Rehab. praktisk og Rehab. personlig (1181889 - EMN-2016-02201)
6. Høringssvar fra Handicaprådet (1244534 - EMN-2016-02201)

2 (Åben) Social ulighed i sundhed

Sags ID: EMN-2016-03508

Resumé

Under dette temapunkt gives Socialudvalget et overblik over begrebet social ulighed i sundhed samt præsenteres for en række socioøkonomiske data for Gentofte Kommune.

Baggrund

På møde den 19. august 2015 godkendte Socialudvalget en årsplan for temapunkter herunder et temapunkt om social ulighed i sundhed på mødet 10. august 2016.

Den sociale ulighed i sundhed har igennem de sidste 20 år i Danmark været stigende, hvilket betyder, at sundhedsrisici og sygdomme er fordelt socialt skævt i samfundet. Sygdom har både konsekvenser for den enkelte borgers mulighed for at leve det liv, som værdsættes og for

samfundsøkonomien. Der er borgere, der ikke kan indgå i arbejdsstyrken, og ulighed i sundhed koster penge i form af udgifter til blandt andet førtidspension, behandling og plejeydelser.

Erfaringer tyder på, at indsatser kan reducere den social ulighed i sundhed. Derfor er der også i kommunerne fokus på at have tiltag, der skaber mere lighed i sundhed.

Vedlagte notat har til formål at give et overblik over begrebet social ulighed i sundhed; hvad betyder det, og hvilke faktorer har indflydelse på den sociale ulighed i sundhed. Sidst præsenteres en række socioøkonomiske data for Gentofte Kommunes borgere.

Det er Social & Sundheds vurdering, at orienteringen giver det nødvendige indblik i begrebet social ulighed i sundhed og de socioøkonomiske data for Gentofte Kommunes borgere til, at Socialudvalget kan drøfte Gentofte Kommunes indsatser på området.

Der vil være et oplæg på mødet.

Indstilling

Social & Sundhed indstiller

Til Socialudvalget:

At orienteringen tages til efterretning.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

1. Notat om ulighed i sundhed (1242340 - EMN-2016-03508)
2. Indsatser i GK social ulighed i sundhed (1242342 - EMN-2016-03508)

3 (Åben) Godkendelse af kommissorium for opgaveudvalg Sundhed i Gentofte - Bøgerrettet behandling

Sags ID: EMN-2016-03865

Resumé

Udkast til kommissorium for opgaveudvalget Sundhed i Gentofte Kommune – Borgerrettet behandling forelægges hermed Socialudvalget til drøftelse og videre indstilling til Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen.

Baggrund

Mange forhold har betydning for det fremtidige sundhedsvæsen. Den demografiske udvikling viser, at antallet af borgere mellem 65-84 år vil stige over de kommende år. Derudover vil der være et øget antal borgere, der lever længere med flere kroniske lidelser. Endvidere kommer der nye behandlingsformer og nye teknologiske løsninger, som medfører kortere indlæggelser på hospitalerne og mere behandlings- og plejkrævende borgere, når borgerne hjemsendes til videre behandling i det nære sundhedsvæsen i kommunen. Samtidig kan det på landsplan konstateres, at en større del

af ressourcerne i sundhedsvæsenet anvendes til en mindre del af befolkningen. Endelig er der en forventning om, at ressourcerne i sundhedsvæsenet, herunder de kommunale udgifter, vil komme under stadigt stigende pres.

Opgaveudvalgets formål er via bred involvering at sætte fokus på den borgerrettede behandling i kommunen, og hvordan den skal udvikle sig.

'Sundhed i Gentofte – borgerrettet behandling' defineres som kommunens indsats for kronisk syge, indsatsen for at forebygge forværring af sygdom, forhindre komplikationer og tilbagefald, samt for rehabilitering, behandling og opfølgning efter udskrivelse.

Det ny opgaveudvalg skal arbejde med vision og målsætning samt sætte retning og rammer for udvikling af den tidlige indsats for kronisk syge, indsatsen for at forebygge forværring af sygdom, forhindre komplikationer og tilbagefald samt for rehabilitering, behandling og opfølgning efter udskrivelse fra hospital.

Opgaveudvalget foreslås sammensat af 5 medlemmer fra Kommunalbestyrelsen og 10 medlemmer, der afspejler forskellige grupper af borgere og erhvervsliv med interesse for og kompetencer relevante i forhold til opgaveudvalgets genstandsfelt, som beskrevet i forslag til kommissorium.

Opgaveudvalgets arbejde foreslås påbegyndt i december 2016 og afsluttet august 2017.

Indstilling

Social & Sundhed indstiller

Til Socialudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen:

At forslag til kommissorium for opgaveudvalget Sundhed i Gentofte – Borgerrettet behandling drøftes med henblik på vedtagelse af kommissoriet på Kommunalbestyrelsens møde den 31. august 2016.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

1. Kommissorium for opgaveudvalg, Sundhed i Gentofte Kommune - borgerrettet behandling (1267569 - EMN-2016-03865)

4 (Åben) Kvartalsrapport til Socialudvalget, 2. kvartal 2016

Sags ID: EMN-2016-03507

Resumé

Det er med den nye politiske arbejdsform besluttet, at de stående udvalg hvert kvartal forelægges en rapportering som supplement til den økonomiske kvartalsrapportering.

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

Kvartalsrapporteringen 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'.

Endvidere gives en økonomisk status for de to målområder.

Der gøres opmærksom på, at nogle af de nøgletal, der vises kvartalsvis, i denne rapport vises for månederne april og maj. I 3. kvartalsrapport til socialudvalgets møde i november ville disse data være opdaterede for hele 2. kvartal.

Indstilling

Social & Sundhed indstiller

Til Socialudvalget:

At kvartalsrapporten tages til efterretning.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

1. Kvartalsrapport, 2. kvartal 2016 (1242378 - EMN-2016-03507)
2. Bilag 1 - Lovbestemte ydelser (1240664 - EMN-2016-03507)
3. Bilag 2 - Årshjul for kvartalsrapporter til Socialudvalget (1240663 - EMN-2016-03507)
4. Bilag 3 - budgetændringer (1242400 - EMN-2016-03507)

5 (Åben) Justering af mål i Gentofte-Plan 2017

Sags ID: EMN-2016-03656

Resumé

Som en del af forslag til Gentofte-Plan 2017, som forelægges Økonomiudvalget den 6. september 2016, indgår mål på de enkelte målområder. Der forelægges her forslag til justering af mål inden for Socialudvalgets to målområder, 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje' samt 'Borgere med handicap, sindslidende og socialt udsatte'. Der lægges desuden op til justering af visionen for målområdet 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje'.

Baggrund

Økonomiudvalget vedtog den 18. april 2016 – dagsordenens pkt. 7 – procesplanen for udarbejdelse af Gentofte-Plan 2017, herunder at formen for planen fastholdes uændret med bl.a. vision og mål på de enkelte målområder. Endvidere indgik, at målene på målområderne som udgangspunkt vil blive forslået fastholdt uændret fra 2016 til 2017, dog med evt. tilpasninger til den løbende politikudvikling i opgaveudvalgene mv. og øvrige beslutninger.

Målene under målområdet 'Borgere med handicap, sindslidende og socialt udsatte' foreslås fastholdt uden justeringer, således:

1. Vi igangsætter byggeprojekter, der renoverer og ombygger vores bo- og dagtilbud med udgangspunkt i moderniseringsplanen "Det gode liv – i nye rammer".
2. Vi skaber nye løsninger i samarbejde med borgerne og indgår forpligtende samarbejder på tværs af opgaveområderne og med andre kommuner for at styrke opgaveløsning, sammenhæng og muligheder i borgernes liv.
3. Vi arbejder målrettet med rehabiliterende forløb og recovery, så vi træner og styrker borgernes evner, selvhjulpnehed og mulighederne for et selvstændigt liv.
4. Vi styrker lighed i sundhed gennem sundhedsfremmende initiativer.
5. Vi giver borgere størst mulighed for selvhjulpnehed og livskvalitet gennem IT, kommunikationsmetoder og andre velfærdsteknologiske løsninger.

For målområdet 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje' er foreslået en justering af visionen og af det 4. mål.

Visionen foreslås ændret fra:

'Vi vil være blandt de førende aktører i det nære sundhedsvæsen – for at understøtte borgernes mulighed for at forblive selvhjulpne, uafhængige af kommunal hjælp og leve et sundt liv'

Til:

'Vi vil et nært sundhedsvæsen, der på bedste måde understøtter borgernes mulighed for at forblive selvhjulpne, uafhængige af kommunal hjælp og leve et sundt liv'.

Det 4. mål under målområdet foreslås justeret således:

1. Vi understøtter, at beboerne i plejeboliger føler sig hjemme i et livgivende og aktiverende miljø, hvor beboere og frivillige inddrages i de daglige gøremål.
2. Vi arbejder målrettet med at sikre en fortsat høj kvalitet i løsningen af kerneopgaven og med at styrke medarbejdernes arbejdsmiljø gennem social kapital.
3. Vi nytænker og udvikler vores tilbud til borgerne igennem tværgående internt og eksternt samarbejde, anvendelse af velfærdsteknologi og inddragelse af frivillige.
4. Vi arbejder rehabiliterende, forebygger sygdomsforværring og indlæggelser gennem arbejdet med tidlig opsporing og tidlig indsats. (Tidligere formulering: "Vi forebygger sygdomsforværring og indlæggelser gennem arbejdet med tidlig opsporing og tidlig indsats").
5. Vi har fokus på samarbejde med andre kommuner, regionen og praksissektor med henblik på at understøtte sammenhængende borgerforløb.

Indstilling

Social & Sundhed indstiller

Til Socialudvalget:

1. At det justerede 4. mål for målområdet 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje' indarbejdes i forslag til Gentofte-Plan 2017, mens de øvrige mål på målområdet fastholdes som i 2016.
2. At den justerede vision for målområdet 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje' indarbejdes i forslag til Gentofte-Plan 2017.
3. At målene på målområdet 'Borgere med handicap, sindslidende og socialt udsatte' fastholdes som i 2016.

4. At de justerede mål og den justerede vision indarbejdes i forslag til Gentofte-Plan 2017, som forelægges for Økonomiudvalget den 6. september 2016.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

6 (Åben) Orientering om arbejdet i opgaveudvalget Ny Sundhedspolitik, august 2016

Sags ID: EMN-2015-17426

Resumé

Orientering om arbejdet i opgaveudvalget Ny Sundhedspolitik.

Baggrund

På Kommunalbestyrelsens møde den 31. august 2015, dagsordenens punkt 13, blev opgaveudvalget Ny Sundhedspolitik nedsat under Socialudvalget. Af kommissoriet for opgaveudvalget fremgår det, at Socialudvalget løbene orienteres på dets møder om opgaveudvalgets arbejde.

Der har været afholdt seks møder i opgaveudvalget i henholdsvis september, oktober, december 2015 og marts, april og juni 2016. Der er vedlagt et statusnotat til dagsordenspunktet.

Der blev nedsat tre arbejdsgrupper, 'Supersettings', 'Voksne, ældre og sundhed' og 'Ungekultur og sundhed' efter opgaveudvalgets møde i december 2015. Arbejdsgrupperne skulle alle bidrage til at kvalificere opgaveudvalgets arbejde med at udarbejde en ny sundhedspolitik for Gentofte Kommune.

Anbefalingerne fra de tre arbejdsgrupper blev gennemgået på opgaveudvalgets møder i marts og april 2016, og drøftelserne afstedkom en række forslag til justeringer og ændringer, der er blevet indarbejdet i de samlede anbefalinger.

På det femte møde i april blev resultaterne fra en midtvejsevaluering af arbejdet i opgaveudvalget gennemgået og drøftet. Opgaveudvalget formulerede hér også forslag til vision og principper for Gentofte Kommunes nye sundhedspolitik.

På baggrund af opgaveudvalgets drøftelser og forslag, og de tre arbejdsgruppers anbefalinger er der blevet udarbejdet et udkast til en ny sundhedspolitik. Udkastet blev udsendt til opgaveudvalget forud for deres møde i juni. På mødet blev udkastet præsenteret og drøftet. Opgaveudvalget blev herudover orienteret om planen for den videre proces for udviklingen af Gentofte Kommunes nye sundhedspolitik.

Der har til alle opgaveudvalgets møder været en høj deltagelsesprocent, og stor interesse og engagement fra udvalgets medlemmer.

Dagsordner, protokoller og præsentation fra møderne er tilgængelige for Kommunalbestyrelsens medlemmer via Politikerportalen.

Indstilling

Social & Sundhed indstiller

Til Socialudvalget:

At statusrapporteringen fra opgaveudvalget Ny Sundhedspolitik for Gentofte Kommune tages til efterretning.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

1. Notat om status for arbejdet i opgaveudvalget Ny Sundhedspolitik (1267657 - EMN-2015-17426)

7 (Åben) Udpegning af medlem til Integrationsrådet

Sags ID: EMN-2016-01427

Resumé

Kurt Bagge-Hansen, der er udpeget som medlem af Integrationsrådet efter indstilling fra Sammenslutningen af Idrætsforeninger i Gentofte (SIG), har meddelt, at han ønsker at udtræde af Integrationsrådet. SIG har indstillet Birger Hesse som repræsentant i rådet i Kurt Bagge-Hansens resterende funktionsperiode.

Baggrund

Ifølge § 2 i Integrationsrådets vedtægt har rådet 15 medlemmer samt suppleanter til de 6 medlemmer, der er valgt af og blandt flygtninge og indvandrere. Medlemmerne og suppleanterne udpeges af Kommunalbestyrelsen efter valg eller indstilling fra de grupper og foreninger m.v., der har plads i Integrationsrådet i henhold til rådets vedtægt. Kommunalbestyrelsen skal herunder udpege 1 medlem blandt personer med tilknytning til idrætsforeninger i kommunen. Integrationsrådets funktionsperiode følger den kommunale valgperiode.

På mødet den 22. juni 2015 udpegede Kommunalbestyrelsen Kurt Bagge-Hansen som medlem af Integrationsrådet blandt personer med tilknytning til idrætsforeninger i kommunen i Kate Skavins resterende funktionsperiode, det vil sige frem til den 31. december 2017. Der henvises til dagsordenen for dette møde, punkt 20.

Kurt Bagge-Hansen har efterfølgende meddelt Social & Sundhed, at han ønsker at udtræde af Integrationsrådet. SIG har på denne baggrund indstillet til Social & Sundhed, at Birger Hesse udpeges som medlem af Integrationsrådet i Kurt Bagge-Hansens resterende funktionsperiode.

Indstilling

Social & Sundhed indstiller

Til Socialudvalget og Kommunalbestyrelsen:

At udpege Birger Hesse som repræsentant blandt personer med tilknytning til idrætsforeninger i kommunen i Kurt Bagge-Hansens resterende funktionsperiode.

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

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

Sags ID: EMN-2016-00598

Tidligere beslutninger:

.

Bilag

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

Dokument Navn:	Overordnet kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet - Gældende for 2016.doc
Dokument Titel:	Overordnet kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet - Gældende for 2016
Dokument ID:	1181854
Placering:	Emnesager/Kvalitetsstandard 2016 for praktisk hjælp og pleje m.m. samt politik for tilsyn/Dokumenter
Dagsordens titel	Kvalitetsstandard 2016 for praktisk hjælp og pleje m.m. samt politik for tilsyn
Dagsordenspunkt nr	1
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	6

Dette dokument blev genereret af  getorganized
for SharePoint

**Overordnet
kvalitetsstandard**
for pleje- og sundhedsområdet

**Gentofte Kommune
2016**

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	4
1.1 Gentofte Kommunes kvalitetsstandarder	4
1.2 Læsevejledning.....	4
1.3 Begrebsafklaring.....	5
KVALITET	5
1.4 Kvalitetsstandardens formål	6
Den generelle formålsbestemmelse i lovens § 1, skal ses i sammenhæng med de specifikke formålsbestemmelser for indsatsen over for voksne:	6
1.4.1 Det fremgår af Lov om Social Service om kvalitetsstandarder og bekendtgørelse at	7
1.4.2 Mål med kvalitetsstandarderne.....	7
1.4.3 Kvalitetsstandarden som arbejdsredskab og styringsredskab	7
1.4.4 Kvalitetsmål for pleje- og sundhedsområdet	8
1.5 Målgruppe.....	9
2. VISITATION.....	10
2.1 Frister for sagsbehandling	11
3. FÆLLES SPROG II	12
3.1 Hvad er Fælles sprog II?.....	12
3.2 Helhedsvurdering.....	13
3.3. Faglig vurdering	13
3.4 Retningsgivende mål	14
3.5 Indsatsområder	15
3.6 Afgørelser.....	15
4. TILSYN, KONTROL OG OPFØLGNING.....	16
4.1 Kommunale tilsyn, kontrol og opfølgning	16
4.1.1 Kontrol og opfølgning på ydelser og leverandører af hjælp i selvstændige boliger:.....	16
4.1.2 Kontrol og opfølgning på ydelser og plejeboliger med hjemmehjælp	16
4.1.3 Kontrol og opfølgning på ydelser og plejeboliger med fast personale (plejehjem).....	17
4.1.4 Kontrol og opfølgning på dagcentre, forebyggelses- og rehabiliteringscenter samt aflastningspladser	17
4.2 Sundhedsstyrelsens tilsyn	17

4.3 Beboer-Pårørenderåd	17
5. KLAGEMULIGHEDER	18
5.1 Hvem kan klage.....	18
5.2 Hvad kan der klages over	18
5.3 Hvem skal der klages til.....	18
5.4 Hvordan klager man?.....	19
5.5 Frister for at klage.....	19
5.6 Mere information	19
BILAG 1.....	21
Lovgrundlag	21
Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område	21
Lov om behandling af personoplysninger.....	21
Lov om Social Service	22
Sundhedsloven	22
Hjemmesygepleje.....	23
Genoptræningsplaner.....	23
Lov om almene boliger	23
Lov om Arbejdsmiljø.....	23
Lov om røgfri miljøer	23

1. Indledning

Lov om Social Service fastsætter, at kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune skal udarbejde kvalitetsstandards for praktisk hjælp og personlig pleje (§§ 83 og 83a) samt træning (§ 86). Kvalitetsstandards er en skriftlig formulering af serviceniveauet på pleje- og sundhedsområdet, og er således et centralt redskab for områdets styring og udvikling.

Kvalitetsstandards gør det samtidig klart, hvad borgerne kan forvente, når de har behov for hjælp, da standarderne formidler kommunalbestyrelsens overordnede politiske beslutninger om serviceniveau, værdier og kvalitetskrav på pleje- og sundhedsområdet. Denne tydeliggørelse af kommunens serviceniveau er et vigtigt led i styrkelsen af borgernes retssikkerhed.

Endelig kan kvalitetsstandards medvirke til at synliggøre adskillelsen mellem myndigheds- og udførerfunktionen og deres respektive opgaver.

1.1 Gentofte Kommunes kvalitetsstandards

Kommunalbestyrelsen skal mindst én gang om året vedtage en kvalitetsstandard for personlig pleje og praktisk hjælp samt kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning (Lov om Social Service §§ 83, 83a og 86). I Gentofte Kommune er der desuden også udarbejdet kvalitetsstandards for hjælpemiddelområdet, herunder tekniske og kropsbårne hjælpemidler, boligindretninger samt biler. Ligeledes er der udarbejdet en kvalitetsstandard for dagcentre og daghjem samt ydelsesbeskrivelser for sociale ydelser, som tildeles af Pleje & Sundhed Myndighed. Kommunalbestyrelsen forelægges disse øvrige kvalitetsstandards, når der er anledning til det.

I dette dokument præsenteres den overordnede kvalitetsstandard for alle områder på pleje- og sundhedsområdet:

- Praktisk og personlig hjælp og pleje
- Plejeboliger med hjemmehjælp
- Hjemmesygepleje
- Plejeboliger med fast personale (plejehjem)
- Hjælpemidler, boligindretninger og biler
- Rehabilitering, genoptræning samt forebyggende og vedligeholdende træning
- Dagcentre og Daghjem
- Sociale ydelser bevilget af Pleje & Sundhed Myndighed

Kvalitetsstandards er tænkt som et dokument, hvor borgere, pårørende, ansatte i kommunen m.fl. kan læse nærmere om rammerne for kommunens serviceområder. Det er også et arbejdsredskab for alle medarbejdere og leverandører tilknyttet Pleje & Sundhed.

1.2 Læsevejledning

I dette dokument fremgår alle fælles informationer gældende for ydelserne på pleje- og sundhedsområdet.

Hvert underliggende område har også en kvalitetsstandard og ydelsesbeskrivelse, som på et relativt detaljeret niveau beskriver indholdet i de enkelte ydelser og med hvilken kvalitet ydelserne ønskes udført. I kvalitetsstandards opstilles endvidere klare rammer for tildeling af ydelserne. Rammerne synliggør det kommunale serviceniveau og de kvalitetsmål, som kommunalbestyrelsen har fastsat.

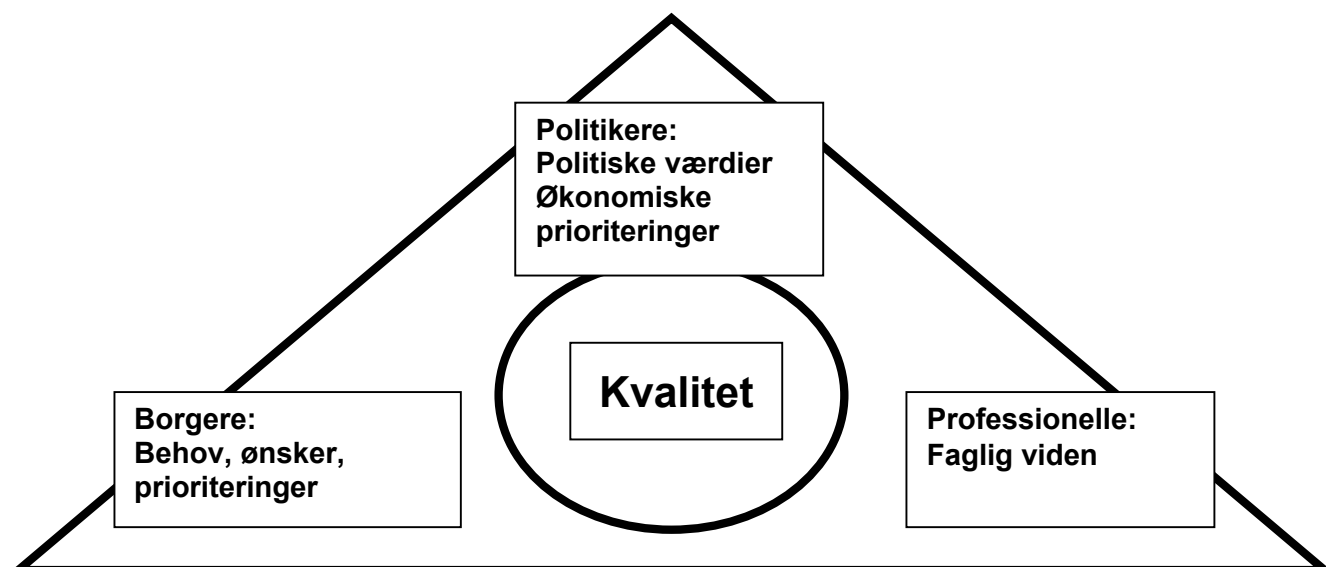
De faglige ydelsesbeskrivelser er udelukkende et arbejdsredskab for medarbejdere i Pleje & Sundhed Myndighed og for kommunens leverandører.

Kvalitetsstandardernes indhold er sammenfattet i en række pjecer. Disse servicebeskrivelser er især tiltænkt borgere, der modtager hjælp, eller har interesse for området, men også myndighed og leverandører skal orientere sig i og efterleve servicebeskrivelserne.

1.3 Begrebsafklaring

I kvalitetsstandarderne anvendes en række begreber, som ikke er hverdagssprog. Her følger en forklaring på de centrale begreber:

- Kvalitet: Som udgangspunkt for arbejdet med kvalitetsstandarden er der valgt denne opfattelse af hvad kvalitet er:¹



Kvalitet kan endvidere defineres som de samlede egenskaber ved et objekt eller handling, som gør det i stand til at opfylde borgerens behov. Og: "Kvalitet er et udtryk for, i hvilken grad resultatet svarer til de opstillede mål og krav. God kvalitet er høj målopfyldelse, men dårlig kvalitet er lav målopfyldelse."²

- Kvalitetsstandard: Standard, der angiver krav til kvalitet
- Kvalitetsmål: Mål for den ønskede kvalitet
- Kvalitetskontrol: Periodisk eller vedvarende måling og vurdering af kvalitet
- Kvalitetsmåling: Del af kvalitetskontrol, hvor kvaliteten af en ydelse eller et produkt objektivt konstateres
- Myndighed: Enhed, der træffer afgørelser om ydelser til borgerne ud fra et af kommunalbestyrelsen fastlagt serviceniveau

¹ Figuren er gengivet fra Finansministeriet: Nyt syn på den offentlige sektor, juni 1993

² Sundhedsstyrelsen: National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, Sundhedsstyrelsen, 1993

Behandles på Socialudvalgets møde den 10.8.2016 og

Kommunalbestyrelsens møde den 29.8.2016.

Sagsnr. EMN-2016-02201.

- Visitering: En konkret faglig vurdering af behov for ydelser, foretaget af myndighed med efterfølgende afgørelse og evt. bevilling.
- Udfører / leverandør: Enhed, der udfører og / eller leverer de ydelser, som myndighed har bevilget.
- Funktionsevne: Begrebet er et overordnet udtryk for, hvad borgeren kan. Funktionsevne beskriver det konkrete og komplekse samspil mellem borgerens svækkelse, sygdom / handicap (diagnoser og kropslige funktioner), omgivelserne og personlige faktorer, der er afgørende for borgerens muligheder for at udføre dagligdagsaktiviteter, og leve et meningsfyldt liv.

1.4 Kvalitetsstandardens formål

Med kvalitetsstandarden som redskab skal Lov om Social Services opfyldes:

§ 1 Formålet med denne lov er

Stk. 1.

- 1) at tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer,
- 2) at tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte, og
- 3) at tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Stk. 2.

Formålet med hjælpen efter denne lov er at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Stk. 3.

Hjælpen efter denne lov bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie. Hjælpen tilrettelægges ud fra den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte.

Den generelle formålsbestemmelse i lovens § 1, skal ses i sammenhæng med de specifikke formålsbestemmelser for indsatsen over for voksne:

§ 81 Kommunalbestyrelsen skal tilbyde en særlig indsats til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer.

Formålet med indsatsen er

- 1) at forebygge, at problemerne for den enkelte forværres,
- 2) at forbedre den enkeltes sociale og personlige funktion samt udviklingsmuligheder,
- 3) at forbedre mulighederne for den enkeltes livsudfoldelse gennem kontakt, tilbud om samvær, aktivitet, behandling, omsorg og pleje og
- 4) at yde en helhedsorienteret indsats med servicetilbud afpasset efter den enkeltes særlige behov i egen bolig, herunder i botilbud efter lov om almene boliger m.v. eller i botilbud efter denne lov.

1.4.1 Det fremgår af Lov om Social Service³ om kvalitetsstandarder og bekendtgørelse⁴ at lovgivningen stiller følgende krav til, hvad der skal indgå i en kvalitetsstandard:

- Serviceinformation til borgerne om den hjælp, de kan forvente at modtage, hvis de får behov for hjælp
- Beskrivelse af kommunens serviceniveau
- Beskrivelse af indhold, omfang og udførelsen af hjælp
- Klare mål for ydelserne og en beskrivelse af, hvordan der følges op på de fastsatte mål
- Kommunalbestyrelsens kvalitetskrav til leverandører af hjælp, herunder krav til personalets kompetencer, arbejdsmiljø m.v.

1.4.2 Mål med kvalitetsstandarderne

Målet med kvalitetsstandarderne er at sikre, at der visiteres og udføres opgaver inden for pleje- og sundhedsområdet, som efterlever de vedtagne standarder for god service, god pleje, behandling og rehabilitering samt at opgaveløsningen holder sig inden for rammerne af det politisk vedtagne serviceniveau.

Kvalitetsstandarderne skal dermed til enhver tid understøtte den gældende politik for pleje- og sundhedsområdet og de afsatte økonomiske ressourcer. Endelig skal kvalitetsstandarderne løbende videreudvikles i lyset af faglige erfaringer og politiske beslutninger på området.

Kvalitetsstandarderne er retningsgivende for alle, der arbejder inden for de pågældende serviceområder - det være sig myndighed, såvel som private og kommunale udførere. Med standarderne informeres medarbejderne om, hvorledes opgaverne ønskes løst. Kvalitetsstandarderne skal bidrage til at sikre borgernes retssikkerhed, således at borgere med ensartede behov får tildelt den samme hjælp.

Ved hjælp af kvalitetsstandarderne kan borgeren afstemme sine forventninger til kommunens ydelser. Kvalitetsstandarderne er altså et vigtigt redskab til at sikre gennemsigtighed på serviceområderne. Borgerne får således mulighed for at få kendskab til kommunalbestyrelsens vedtagelser, og opnår viden om, hvilken service de er berettiget til.

Endelig skal praksis kunne holdes op mod kvalitetsstandarden i forbindelse med kontrol og tilsyn med de leverede ydelser.

1.4.3 Kvalitetsstandarden som arbejdsredskab og styringsredskab

Kvalitetsstandarderne giver myndighed et godt grundlag at træffe afgørelser efter, ligesom kvalitetsstandarderne og de faglige ydelsesbeskrivelser sammen med leverandørkontrakten og de konkrete afgørelser giver leverandøren præcise rammer for levering af ydelser til de enkelte borgere.

Medarbejdere, der træffer afgørelser, skal som myndighed anvende kvalitetsstandarderne i forbindelse med tildeling af ydelser, idet tildeling af ydelser skal ske inden for det serviceniveau, der er beskrevet i kvalitetsstandarderne. Kvalitetsstandarderne udgør altså et centralt arbejdsredskab for visitatorer og sagsbehandlere, samt offentlige og private leverandører af

³ Se afsnit Bilag 1 for uddybning af Lov om Social Service.

⁴ Bekendtgørelse nr. 1575 af 27. december 2014: "Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder for hjemmehjælp og træning efter servicelovens §§ 83, 83 a og 86."

Behandles på Socialudvalgets møde den 10.8.2016 og

Kommunalbestyrelsens møde den 29.8.2016.

Sagsnr. EMN-2016-02201.

hjemmepleje. Standarderne er også redskaber til et tværfagligt samarbejde mellem disse fagpersoner.

De faglige ydelsesbeskrivelser er koncentreret om udførelsen af den enkelte opgave, idet det forventes at instrukser og arbejdsgangsbeskrivelser, knyttet til de enkelte serviceområder, overholdes af medarbejderne.

1.4.4 Kvalitetsmål for pleje- og sundhedsområdet

Der er i Gentofte Kommune løbende fokus på en udviklende indsats. Det tilstræbes, at borgeren i videst muligt omfang udnytter egne ressourcer, og derfor inddrages i løsningen af opgaver. Borgerens livskvalitet, værdier og ressourcer skal bevares til trods for svækkelse, sygdom eller handicap. Såfremt borgeren ikke har ressourcer til selv at udføre opgaven, vil formålet med tildelte indsatser være enten:

- at udrede behov og udviklingspotentiale, eller
- at generhverve tabte / udvikle nye funktioner til så høj grad af uafhængighed som muligt, eller
- at fastholde eksisterende funktioner, eller
- at vejlede borgeren til at benytte andre redskaber eller teknologiske hjælpemidler eller
- at bevare borgerens livskvalitet og værdighed til trods for svækkelse, sygdom eller handicap.

For at Pleje & Sundhed Myndighed kan yde borgerne den bedst mulige hjælp til at bibeholde et så selvstændigt liv som muligt på baggrund af borgerens individuelle behov, er det vigtigt at borgeren er motiveret, tager medansvar og samarbejder. Borgerens pårørende inddrages også, hvis borgeren ønsker det. Hvis en borger efter at have modtaget instruktion, vejledning, anvisning om mindre belastende arbejdsstillinger, anvisning til anskaffelse af andre redskaber eller teknologiske hjælpemidler og evt. hjælpemiddel samt træning er i stand til selv at udføre en opgave helt eller delvist skal denne efterfølgende gøre det, og borger anses for ikke at være berettiget til hjælp til opgaven.

Kvalitetsmålene for udførelsen af ydelsen er:

- at det altid vurderes om borgeren ved et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb kan forbedre sin funktionsevne og dermed få nedsat sit behov for kompenserende hjælp
- at ydelsen understøtter og motiverer til et godt og aktivt liv, så borgeren i så høj grad som muligt kan klare sig uden personlig og praktisk hjælp
- at borgeren er så aktiv og selvhjulpne som muligt i forhold til de opgaver, som borgeren skal klare i sin hverdag
- at borgeren selv udfører de dele af de personlige og praktiske opgaver, der magtes - også selv om det måtte tage længere tid
- at de rehabiliterende mål sættes i samarbejde med borgeren
- at ydelsen gives i samråd med borgeren

- at ydelsen har et forebyggende sigte
- at ydelsen gives med respekt for borgerens synspunkter, normer og livsstil samt at borgeren oplever at egen identitet opretholdes
- at der ydes hjælp til at strukturere og koordinere handlingerne i opgaveudførelsen hensigtsmæssigt – herunder anviser mindre belastende arbejdsstillinger og strukturering af opgaven
- at medarbejderen anviser borgeren andre redskaber og teknologiske hjælpemidler, så borgeren kan klare sin hverdag selv
- at medarbejderne overholder tavshedspligten
- at borgeren mødes med medmenneskelighed, nærvær og engagement
- at medarbejderne respekterer borgerens hjem og husorden
- at medarbejderne kan observere borgerens tilstand og behov, og handle hensigtsmæssigt herpå f.eks. ved en løbende tilpasning til borgerens funktionsevne
- at borgeren oplever tilfredshed med hjælpen, og har tillid til medarbejderen og leverandøren

1.5 Målgruppe

Serviceniveauet i kvalitetsstandarderne omfatter både hjemmeboende borgere og beboere i plejebolig.

Praktisk og personlig hjælp efter Lov om Social Service § 83 gives til borgere, som grundet midlertidig eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre opgaverne helt eller delvist. Ved ansøgning om hjælp eller ansøgning om ændring i hjælpen vurderes det, om ansøgeren ved et korterevarende og tidsafgrænset forløb vil kunne rehabiliteres (Lov om Social Service § 83a) til at komme til at varetage opgaven helt eller delvist. Da der er forskellige vilkår for udførelse af hjælpen hos hjemmeboende borgere og beboere i plejebolig, er der forskelligheder i måden at tildele og planlægge hjælpen. Endvidere findes der en række kvalitetsområder og ydelser, der kun er gældende for enten hjemmeboende borgere eller beboere i plejebolig.

Hjælpemidler, forbrugsgoder og boligindretninger gives til borgere med varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Genoptræning efter Lov om Social Service § 86, stk. 1 gives til borgere, der er midlertidigt svækket eksempelvis efter sygdom og borgere, som ikke ved egen eller anden indsats kan fastholde eller udvikle deres funktionsniveau, og derved trues af funktionstab eller hospitalsindlæggelse. Genoptræningen kan også være en del af visitationsprocessen ved ansøgning om praktisk eller personlig hjælp. En væsentlig del af den faglige vurdering vil være at afklare, om borgeren ved genoptræning vil kunne komme til at klare hele opgaven eller dele af den opgave, som der ansøges om hjælp til.

Vedligeholdende træning efter Lov om Social Service § 86, stk. 2 gives til borgere med behov for at kunne vedligeholde eksisterende fysiske, sociale og kognitive funktioner, også i forlængelse af

et genoptræningsforløb. Vedligeholdende træning sigter på at forebygge hospitalsindlæggelse og på at borgeren opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv med størst mulig selvhjulpethed. Genoptræning efter Sundhedsloven gives til borgere, som har fået udleveret en genoptræningsplan fra hospitalet.

Myndighedsopgaver

Pleje & Sundhed Myndighed træffer afgørelser og visiterer på pleje- og sundhedsområdet, hjælpemiddelområdet, boligområdet og dele af området for kompenserende specialundervisning i Gentofte Kommune.

2. Visitation

Enhver borger, som henvender sig til Pleje & Sundhed Myndighed med et ønske om at modtage en ydelse, vil blive vurderet og eventuelt visiteret hertil. Visitationen til borgeren sker ved en individuel, konkret vurdering af borgeren. Det er borgerens egne og de øvrige ressourcer i borgerens hjem, der danner grundlag for den ydelse, som kommunen kan bevilge. Visitationens afgørelse træffes på baggrund af borgerens funktionsevne, behov og rehabiliteringsmuligheder samt kommunens serviceniveau på det pågældende område. Med ansøgerens samtykke samarbejdes med og indhentes oplysninger fra eksempelvis egen læge og hospital.

Det er visitatorenes opgave, at:

- sikre borgere kender sine rettigheder,
- vurdere borgerens rehabiliteringsmuligheder og i samarbejde med borgeren sætte mål for rehabiliteringen
- sikre samspil i en rehabiliterende indsats overfor borgeren,
- sikre en forventningsafstemning med borgere og dennes pårørende,
- fastlægge det overordnede formål med indsatsen
- sætte rehabilitering på dagsordenen og
- sikre at borgeren i så høj grad som muligt udnytter eller bringes til at udnytte egne ressourcer

Vurdering og visitering består i:

Dataindsamling

- Der indsamles data om borgerens hverdagsliv

Analyse

- Faglig vurdering foretages

Afgørelse

- Det retningsgivende mål defineres
- Der træffes afgørelse
- Hvor der er regler om frit valg bedes borgeren i forbindelse med afgørelsen træffe valg om leverandør

Dokumentation

- Afgørelsen og visitationen dokumenteres i KMD Care
- Borgeren gives besked om afgørelsen

2.1 Frister for sagsbehandling

Kommunalbestyrelsen har fastsat frister for behandling af sager på det sociale område.

De nedennævnte frister gælder fra det tidspunkt, hvor der er modtaget en ansøgning, til der senest skal være truffet afgørelse.

Kan fristen ikke overholdes i en konkret sag, får ansøgeren skriftlig besked om, hvornår der kan forventes svar.

Op til 3 arbejdsdage:

- Personlig hjælp og pleje (Lov om Social Service § 83). - Er der akut behov for personlig hjælp og pleje, ydes denne inden for et døgn.
- Madlevering / madservice (Lov om Social Service § 83)
- Plejevederlag (Lov om Social Service §§ 120, 121, 122)
- Linnedservice
- Afløsning / aflastning i hjemmet og uden for hjemmet (Lov om Social Service § 84)

Op til 10 arbejdsdage:

- Praktisk hjælp og pleje (Lov om Social Service § 83)
- Indkøbsordning (Lov om Social Service § 83)
- Dagcenter (Lov om Social Service §§ 84 og 85)
- Individuel kørsel (Lov om Social Pension § 14)
- Tilbud om daghjem (Lov om Social Service § 192)

Op til 15 arbejdsdage:

- Hjælpebidler – kropsbårne (Lov om Social Service § 112)
- Omsorgstandpleje (Lov om Social Service § 131)

Op til 20 arbejdsdage:

- Udpegning af egen hjælper til hjemmehjælp (Lov om Social Service § 94)
- Borgerstyret Personlig Assistance (BPA) (Lov om Social Service § 95)
- Hjælpebidler – tekniske genbrugshjælpebidler og forbrugsgoder (Lov om Social Service §§ 112 og 113). Denne frist gælder for standardhjælpebidler. Vedrørende individuelt tilpassede hjælpebidler henvises til frister på 40 arbejdsdage nedenfor. Er der akut behov for et hjælpebidder, ydes dette inden for et døgn.
- Boligindretninger – mindre ændringer (Lov om Social Service § 116)
- Ældrebolig (Lov om almene boliger § 5, stk. 2)
- Plejebolig med hjemmehjælp (Lov om Social Service § 192 og Lov om almene boliger § 5, stk. 2)
- Plejebolig med fast hjemmehjælp (plejehjem) (Lov om almene boliger § 5, stk. 2)

Op til 40 arbejdsdage:

- Hjælpemidler – tekniske genbrugshjælpemidler og forbrugsgoder (Lov om Social Service §§ 112 og 113). Denne frist gælder for individuelt tilpassede hjælpemidler.

Op til 100 arbejdsdage:

- Handicapbil (Lov om Social Service § 114)

Op til 130 arbejdsdage:

- Boligindretninger – større ændringer / ombygninger, hvor der kræves bistand fra arkitekt (Lov om Social Service § 116)

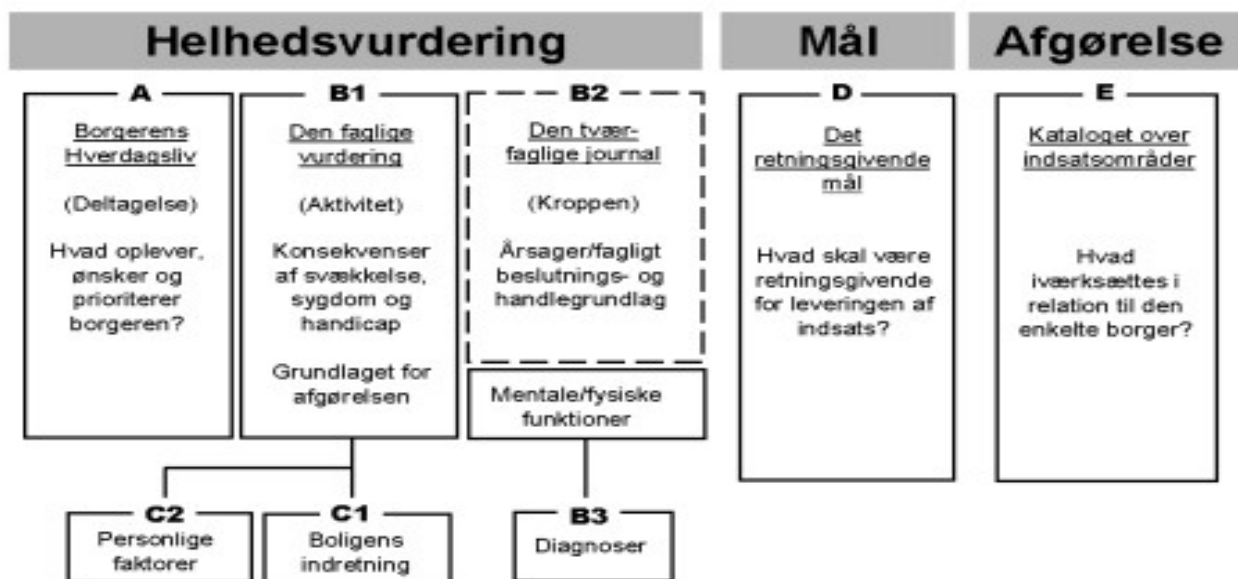
3. Fælles Sprog II

Gentofte Kommune har valgt dokumentationsredskabet Fælles Sprog II til dokumentation af kommunens afgørelser. Dokumentation skal afdække borgerens behov, ressourcer og den ydelse, der træffes afgørelse om.

3.1 Hvad er Fælles sprog II?

Fælles sprog II er et sæt af klassifikationer, der er udviklet af Kommunernes Landsforening (KL) specifikt til det kommunale ældre- og handicapområde. Fælles sprog II kan bruges til at dokumentere afgørelser i relation til en række kommunale kerneydelser (der bevilliges på baggrund af Lov om Social Service §§ 83, 84 og 86 samt §§ 112, 113 og 116 og efter Bekendtgørelse om Hjemmesygepleje). Med Fælles sprog II får kommunen overblik over visiterede borgers behov og den indsats, der leveres.

Fælles sprog II omfatter jf. nedenstående figur: Borgerens hverdagsliv (A), Den faglige vurdering (B1), Den tværfaglige journal (B2), Det retningsgivende mål (D) samt Kataloget over indsatsområder (E). Herudover omfatter Fælles sprog II en overordnet dokumentation af Boligens indretning (C1) og de Personlige faktorer (C2).



Dermed bidrager anvendelse af Fælles Sprog II til:

- Fungere som dokumentation af myndighedsafgørelser.
- Bidrage til retssikkerhed i afgørelser vedr. den enkelte borger.
- Fungere som kommunikationsmiddel internt i kommunen og eksternt i forhold til samarbejdspartnere f.eks. på hospital og i andre kommuner.
- Bidrage til ledelsesinformation, styring og benchmarking.
- Opsamle data til brug ved udvikling af indsats og metoder
- Måling af effekt, det vil sige at en borgers givne funktionsniveau, fysisk, psykisk og socialt kan registreres sammen med en given indsats. Derefter vil der kunne måles ændringer over tid.

3.2 Helhedsvurdering

Helhedsvurderingen i Fælles sprog II skaber grundlag for en ensartet og systematisk vurdering af borgerens funktionsevne fysisk, psykisk og social set i en helhed, og bidrager til at afdække borgerens behov for ydelser. For at sikre et forebyggende sigte med ydelsen, inddrages borgerens egne ressourcer samt ønsker, prioriteringer og mål i vurderingen og i forhold til tildeling af ydelsen.

3.3. Faglig vurdering

Den faglige vurdering fremkommer ved en vurdering som handler om ansøgerens grad af begrænsning på 17 udvalgte aktiviteter.

1. At spise
2. At drikke
3. At bade
4. At vaske sig
5. At pleje kroppen
6. At klæde sig af og på
7. Toiletbesøg
8. At færdes i egen bolig
9. At sikre indkøb af hverdagens varer
10. At lave mad
11. At gøre rent
12. At vaske tøj/linned
13. At færdes udendørs
14. At anvende kollektive transportmidler
15. At flytte sig
16. At forebygge forværring af sygdom/tab af funktionsevne
17. At sikre sammenhæng i hverdagens aktiviteter

Der arbejdes med 5 begrænsningsniveauer:

Ingen begrænsninger	Lette begrænsninger	Moderate begrænsninger	Svære begrænsninger	Totale begrænsninger
Borgeren er <i>selvstændig</i> og	Borgeren er den <i>aktive</i> part og kan	Borgeren er den <i>aktive</i> part og kan	Borgeren <i>deltager</i> og kan	Borgeren er <i>ude af stand</i> til at

har <i>ikke</i> behov for <i>personassistance</i> for at udføre aktiviteten.	med <i>let personassistance</i> udføre aktiviteten.	under forudsætning af <i>moderat personassistance</i> udføre aktiviteten.	under forudsætning af <i>omfattende personassistance</i> udføre aktiviteten.	udføre aktiviteten og har brug for <i>fuldstændig personassistance</i> .
--	---	---	--	--

3.4 Retningsgivende mål

Den sundhedsfaglige konklusion på helhedsvurderingen omsættes i ét overordnet retningsgivende mål. Et retningsgivende mål udtrykker en faglig ambition for, hvad der skal være betydende i leveringen af ydelsen til borgeren. Hensigten med det retningsgivende mål er at skabe en overordnet ramme, som kan skabe sammenhæng i ydelserne uanset, hvem der løser opgaven, og hvor det gøres. Det retningsgivende mål understøtter, at ydelserne tilpasses borgerens behov og forudsætninger samt at ydelserne leveres i samarbejde med borgeren. Den sundhedsfaglige medarbejder skal anvende det retningsgivende mål, når ydelser tilrettelægges og leveres til borgeren. Nedenfor er dette forhold opstillet i et skema:

Det retningsgivende mål	Hvad er i fokus	Hvad betyder det for praksis
At udrede	At afklare udviklingspotentiale og behov for afdækning af relevante og nødvendige handlemuligheder i relation til borgeren.	Indtryk og observationer skal koordineres med tværfaglige samarbejdspartnere, involveret i samarbejdet omkring borgeren.
At udvikle	At genvinde tabte funktioner / kompetencer, eller at udvikle nye funktioner / kompetencer	Borgeren vil ofte være tildelt målrettet træning eller læring. Borgeren deltager aktivt. Og det forventes at borgeren på sigt – helt eller delvist – kan udføre mere selv.
At fastholde	At fastholde eksisterende funktioner / kompetencer, herunder hindre eller udsætte tab af funktionsniveau.	For at fastholde borgerens funktioner, skal borgeren inddrages i løsningen af opgaver, således at borgeren udnytter sine ressourcer. Information om borgerens ressourcer dokumenteres i helhedsvurderingen.
At lindre / understøtte	At bevare borgerens livskvalitet / værdighed til trods for svækkelse, sygdom eller handicap.	Borgeren har behov for hjælp til udførelse af opgaver, og det skal ske værdigt. Er målet at lindre / understøtte, er leverandørens opgave at afklare hvordan hjælpen leveres, så borgeren oplever inddragelse og respekt i relation til dennes vaner, rutiner og normer.

3.5 Indsatsområder

Kvalitetsstandarden og ydelserne er opdelt i to overordnede indsatsområder, jf. Fælles Sprog II:

Indsatsområde 1: At udvikle / fastholde funktioner / kompetencer

Indsatsområde 2: At sikre / udføre opgaver

Forholdene som adskiller indsatsområde 1 og 2, beror på hvorvidt ydelsen har et *udviklende* eller *kompenserende* sigte.

Ydelserne placeret under *indsatsområde 1* har et udviklende eller fastholdende sigte. Som udgangspunkt har borgeren et udviklingspotentiale, eller ydelsen er nødvendig for at borgeren ikke mister funktionsevne.

Ydelserne placeret under *indsatsområde 2* er kompenserende. Ydelsen skal have et aktiverende sigte, og borgerens egne ressourcer inddrages ved levering af ydelsen. Der kan være tale om støtte / vejledning til strukturering af opgaven, og delvis kompenserende, hvor hjælperen udfører de dele af opgaven, som borgeren ikke kan. Eller fuldstændig kompenserende, hvor hjælperen udfører alle visiterede ydelser for borgeren – eller borgeren får et kompenserende hjælpemiddel.

Med udgangspunkt i det retningsgivende mål og dokumentationen i helhedsvurderingen, kan hjælperen se hvilke af borgerens ressourcer, der skal inddrages, når ydelsen leveres.

3.6 Afgørelser

Afgørelsen om ydelsen til den enkelte borger træffes af myndighed med udgangspunkt i borgerens individuelle funktionsevne og behov samt kvalitetsstandarden. Afgørelsen beskriver den ydelse, som borgeren har ret til eller beskriver på hvilket grundlag, der gives et evt. afslag.

Ifølge Lov om Social Services §§ 88, 89 og 90 har borgeren, som ansøger om personlig og praktisk hjælp samt træning krav på en afgørelse. Afgørelsen skal være stilet til ansøgeren, og den skal være skriftlig. Afgørelsen skal indeholde en begrundelse for afgørelsen samt oplysninger om:

- Formålet med ydelsen
- Hvilke opgaver ydelsen omfatter
- For hvilken periode ydelsen bevilges
- Relevante baggrundsoplysninger om borgers forhold
- Navn på den visitator, der kan kontaktes, hvis den leverede ydelse ikke leveres i overensstemmelse med afgørelsen
- Klagevejledning

Afgørelsen indeholder ikke tidsangivelser, da tiden alene er et internt arbejdsredskab til administration og planlægning, borgeren kan dog blive oplyst om den bevilgede tid til rengøring.

Derudover skal borgeren gøres opmærksom på evt. ansvar for anskaffelse af arbejdsredskaber, f.eks. støvsuger, der skal være i orden, før hjælpen kan iværksættes.

4. Tilsyn, kontrol og opfølgning

Jf. Lov om Social Services § 151 har kommunalbestyrelsen pligt til at føre tilsyn med, at de kommunale opgaver efter §§ 83, 83a og 86 løses i overensstemmelse med de afgørelser, kommunen har truffet efter disse bestemmelser, og i henhold til kommunalbestyrelsens vedtagne kvalitetsstandarder. Efter hvert tilsynsbesøg udarbejder konsulenterne en tilsynsrapport som offentliggøres.

Følgende dokumentation og instanser indgår i tilsyn, kontrol og opfølgning:

- Kommunalt tilsyn, kontrol og opfølgning
- Sundhedsstyrelsens tilsyn
- Beboer-Pårørenderåd
- Kostråd

4.1 Kommunale tilsyn, kontrol og opfølgning

Gentofte Kommunes tilsyn, kontrol og opfølgning består i følgende:

4.1.1 Kontrol og opfølgning på ydelser og leverandører af hjælp i selvstændige boliger:

- Visitator vil revurdere borgerens hjælp løbende efter behov og med faste intervaller. Revurderingen foregår ved et besøg i hjemmet. De medarbejdere, der kommer i hjemmet har pligt til at melde ændringer i borgerens behov og tilstand til Visitationen, så hjælpen løbende kan vurderes og evt. reguleres. Ved revurderingen skal visitator møde borgeren og have adgang til at de rum i borgerens hjem, hvor hjælpen udføres. En revurdering udmøntes i en ny afgørelse.
- Regninger fra leverandører bliver sammenholdt med den visiterede tid, og der bliver foretaget stikprøver.
- Pleje & Sundhed Myndighed fører tilsyn hos leverandører af praktisk og personlig hjælp i selvstændig bolig – hos både de private og den kommunale leverandør. Tilsynet foretages af visitator ved et besøg, hvor borgeres hjælp også revurderes. Ved tilsynet vurderer både borger og visitator kvaliteten af hjælpen. Tilsynene afrapporteres til den øverste ledelse i Social & Sundhed, til Socialudvalget og til Seniorrådet.
- Tilsyn med madservice varetages af kommunens kostråd.

4.1.2 Kontrol og opfølgning på ydelser og plejeboliger med hjemmehjælp

Som led i tilsynsforpligtelsen skal kommunalbestyrelsen hvert år foretage mindst ét uanmeldt tilsynsbesøg i plejeboligbebyggelser. Tilsynet omfatter indsatsen over for de beboere og lejere, der modtager kommunale serviceydelser.

- Visitator vil, når det er fagligt begrundet, revurdere beboerens hjælp løbende efter behov og med faste intervaller. Revurderingen foregår ved et besøg i hjemmet. De medarbejdere, der kommer i hjemmet har pligt til at melde ændringer i beboerens behov og tilstand til Visitationen, så hjælpen løbende kan reguleres. Ved revurderingen skal visitator møde beboeren og have adgang til at de rum i beboerens hjem, hvor hjælpen udføres.
- Pleje & Sundhed Myndighed fører tilsyn med ydelser, herunder aktiviteter der tilbydes i kommunens plejeboliger med hjemmehjælp. Tilsynene gennemføres af medarbejdere fra Pleje & Sundhed Myndighed og afrapporteres til den øverste ledelse i Social og Sundhed, til Socialudvalget, til Seniorrådet og til de lokale Beboer-Pårørenderåd.

4.1.3 Kontrol og opfølgning på ydelser og plejeboliger med fast personale (plejehjem)

Som led i tilsynsforpligtelsen skal kommunalbestyrelsen hvert år foretage mindst ét uanmeldt tilsynsbesøg i plejeboliger med fast personale (plejehjem). Tilsynet omfatter indsatsen over for de beboere og lejere, der modtager kommunale serviceydelser.

- Pleje & Sundhed Myndighed fører tilsyn med ydelser, herunder aktiviteter, der tilbydes i kommunens plejeboliger med fast personale. Tilsynene gennemføres af medarbejdere fra Pleje & Sundhed Myndighed, og afrapporteres til den øverste ledelse i Social & Sundhed, til Socialudvalget, til Seniorrådet og til de lokale Beboer-Pårørenderåd.

4.1.4 Kontrol og opfølgning på dagcentre, forebyggelses- og rehabiliteringscenter samt aflastningspladser

- Pleje & Sundhed Myndighed fører tilsyn med ydelser, herunder aktiviteter der tilbydes i kommunens dagcentre, forebyggelses- og rehabiliteringscenter og aflastningsenheder. Tilsynene gennemføres af medarbejdere fra Pleje & Sundhed Myndighed og afrapporteres til den øverste ledelse i Social og Sundhed, til Socialudvalget og til Seniorrådet.

4.2 Sundhedsstyrelsens tilsyn

Sundhedsstyrelsen gennemfører et årligt, uanmeldt sundhedsfagligt tilsyn i plejeboliger med fast personale (plejehjem) og lignende boligenheder. Efterfølgende skal Sundhedsstyrelsen udfærdige en rapport, som sendes til kommunen og den ansvarlige leder af boligenheden, samt til det lokale Beboer-Pårørenderåd og Seniorrådet.

Findes der ikke fejl og mangler, som kan give problemer for beboernes sikkerhed, så gennemføres der ikke besøg på det konkrete plejehjem det følgende år.

Findes der kritisable forhold, skal Sundhedsstyrelsen efterfølgende påse, at der rettes op på disse forhold.

Sundhedsstyrelsen skal en gang om året udarbejde en samlet redegørelse over tilsynene.

4.3 Beboer-Pårørenderåd

Der er oprettet et Beboer-Pårørenderåd i hver plejeboligenhed. Rådene skal fungere som forum for dialog mellem kommunen og beboerne samt deres pårørende om tilrettelæggelsen af hverdagen for beboerne i plejeboliger med hjemmehjælp og med fast personale (plejehjem) og

lignende boliger, der modtager kommunale serviceydelser. Beboere og pårørende skal altid udgøre flertallet i disse råd.

5. Klagemuligheder

5.1 Hvem kan klage

Alle, der har modtaget en afgørelse fra kommunen har ret til at klage. Borgeren eller borgerens værge kan klage i borgerens sag. Hvis borgeren vil have en anden til at klage for sig, skal borgeren give vedkommende en skriftlig fuldmagt. Borgeren kan få hjælp til at formulere klagen ved henvendelse til Stab og Udvikling i Social & Sundhed. Der er ingen formkrav til klagen, og der kan klages både mundtligt og skriftligt.

5.2 Hvad kan der klages over

Der kan klages over den afgørelse, kommunen har truffet. Kommunens afgørelse meddeles altid ansøgeren skriftligt, når der gives et afslag, og ledsages af klagevejledning. Her vil det fremgå, hvor klagen skal indgives. Der kan også klages, såfremt reglerne for sagsbehandling ikke er blevet overholdt. Endelig kan der klages over personalet til kommunen, hvis borgeren føler sig dårligt behandlet.

5.3 Hvem skal der klages til

Klager indbringes til følgende instanser:

- Kommunen
- Ankestyrelsen
- Patientklagenævnet.

En klage indbringes til den myndighed, som har truffet den oprindelige afgørelse. Myndigheden vurderer sagen på ny:

- Hvis der er grundlag for fuldt ud at give klageren medhold i klagen, sendes en ny afgørelse til klageren inden fire uger efter, at klagen er modtaget.
- Hvis myndigheden kun delvis kan give klageren medhold, skal klageren have besked herom inden 4 uger efter, at klagen er modtaget. Klageren får samtidig en frist på fire uger til at meddele, om klagen fastholdes. Hvis klageren fastholder klagen, sendes denne inden 14 dage til Ankestyrelsen med begrundelsen for afgørelsen.
- Hvis myndigheden vurderer, at afgørelsen ikke skal ændres, sendes revurderingen med begrundelse sammen med alle relevante sagsakter til Ankestyrelsen inden fire uger efter, at klagen er modtaget.

Endvidere:

- Klager over kvaliteten af den leverede ydelse, herunder klager over aftalte ydelser, der ikke er leveret, kan rettes til leverandøren af ydelsen. Hvis klagen ikke umiddelbart imødekommes af leverandøren, kan klagen videresendes til Pleje & Sundhed Myndighed med henblik på en administrativ opfølgning inden for 2 uger.

- Hvis hjælpen ikke fungerer tilfredsstillende i plejeboliger med fast personale (plejehjem), bør afdelingssygeplejersken i første omgang kontaktes. Opleves hjælpen fortsat ikke tilfredsstillende, kontaktes forstanderen. Hvis klagen ikke umiddelbart imødekommes, kan klagen videresendes til Pleje & Sundhed Myndighed med henblik på en administrativ opfølgning inden for 2 uger.
- Får man afslag på et hjælpemiddel eller en boligindretning fra kommunen, kan man klage senest 4 uger efter, at man har modtaget afslaget. Kommunen revurderer herefter sagen. Går afgørelsen fortsat klageren imod, indsendes den til Ankestyrelsen.
- Klager over afgørelser eller over, at reglerne for sagsbehandling ikke er blevet overholdt, behandles af Ankestyrelsen.
- Klager over den faglige indsats kan behandles af Patientombuddet for det autoriserede sundhedspersonales vedkommende.
- Klage over afgørelsen om omsorgstandpleje behandles af Patientombuddet.
- Klager over afgørelser vedrørende kompenserende specialundervisning behandles af Klagenævnet for vidtgående specialundervisning. Der kan kun klages over kommunes formelle behandling af sagen. Der vil ikke blive stilling til om borgere skal have specialundervisning eller ej.

5.4 Hvordan klager man?

Der er ingen krav om, hvad borgeren skal skrive i en klage. Det er nok at skrive, at man klager. Man kan også klage mundtligt, og kommunen skal nedskrive klagen. Borgeren har ret til administrativ bistand til formulering af sin klage.

Har borgeren ikke alle papirerne i sin sag, kan borgeren bede kommunen om at få aktindsigt, også efter modtagelsen af afgørelsen i sagen.

I de tilfælde, hvor borgeren ønsker, at klagen sendes til Ankestyrelsen, videresendes klagen af kommunen efter at kommunen igen har vurderet sin afgørelse.

5.5 Frister for at klage

Der må ikke gå mere end præcis fire uger fra borgeren har fået afgørelsen på sin sag til klagen er modtaget i kommunen. Kommunen skal have klagen inden 28 dage – inklusiv weekender og helligdage. Kommunen skal modtage klagen inden for arbejdstiden. Der er ingen klagefrist for klager over kommunens personale eller for klager om aktindsigt.

En skriftlig afgørelse med et afslag skal indeholde en klagevejledning med oplysning om de fire ugers klagefrist. Hvis kommunen har glemt at give borgeren en klagevejledning, gælder fristen først fra den dag, borgeren har modtaget vejledningen.

5.6 Mere information

På hjemmesiden for [Statsforvaltningen](#) findes mere information om Ankestyrelsen under sagsområder / vejledninger.

På [Vejledning om patientklager](#) ses vejledning om sagsgangen i patientklagesager i Patientklagecentret.

Bilag 1

Lovgrundlag

Her oplistes lovgivningen gældende for alle ydelserne i kvalitetsstandarderne. I hver enkelt kvalitetsstandard fremgår desuden den lovgivning, som er specifikt gældende for det enkelte serviceområde.

Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område

Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område § 1.
formålet med loven er at:

- 1) sikre borgernes rettigheder og indflydelse, når de sociale myndigheder behandler sager,
- 2) fremhæve kommunalbestyrelsens ansvar for kommunens opgavevaretagelse på det sociale område,
- 3) fremhæve, at de sociale myndigheder har pligt til at tilrettelægge en tidlig helhedsorienteret hjælp,
- 4) forebygge, at personer, der har eller kan få vanskeligheder ved at fastholde et arbejde, får behov for hjælp til forsørgelse, og
- 4) fastlægge struktur og grundlæggende principper for administration af sociale sager.

§ 2. Loven indeholder regler for, hvordan kommunalbestyrelsen (kommunen) og de statslige myndigheder på det sociale område (Statsforvaltningen og Ankestyrelsen) skal behandle sager efter lovgivningen.

Lov om behandling af personoplysninger

Lov om behandling af personoplysninger § 1.

Stk. 1 Loven gælder for behandling af personoplysninger, som helt eller delvis foretages ved hjælp af elektronisk databehandling, og for ikke-elektronisk behandling af personoplysninger, der er eller vil blive indeholdt i et register.

Stk. 2 Loven gælder tillige for anden ikke-elektronisk systematisk behandling, som udføres for private, og som omfatter oplysninger om personers private eller økonomiske forhold eller i øvrigt oplysninger om personlige forhold, som med rimelighed kan forlanges unddraget offentligheden. Dette gælder dog ikke reglerne i lovens kapitel 8 og 9.

Stk. 3 Lovens § 5, stk. 1-3, §§ 6-8, § 10, § 11, stk. 1, § 38 og § 40 gælder også for manuel videregivelse af personoplysninger til en anden forvaltningsmyndighed. Datatilsynet fører i overensstemmelse med lovens kapitel 16 tilsyn med videregivelse som nævnt i 1. pkt.

Stk. 4 Loven gælder endvidere for behandling af oplysninger om virksomheder m.v., jf. stk. 1 og 2, hvis denne behandling udføres for kreditoplysningsbureauer. Tilsvarende gælder for så vidt angår behandlinger, som er omfattet af § 50, stk. 1, nr. 2.

Stk. 5 Kapitel 5 gælder også for behandling af oplysninger om virksomheder m.v. jf. stk. 1.

Stk. 6 Uden for de i stk. 4 nævnte tilfælde kan justitsministeren bestemme, at lovens regler helt eller delvis skal finde anvendelse på behandling af oplysninger om virksomheder m.v., som udføres for private.

Stk. 7 Uden for de i stk. 5 nævnte tilfælde kan vedkommende minister bestemme, at lovens regler helt eller delvis skal finde anvendelse på behandling af oplysninger om virksomheder m.v., som udføres for den offentlige forvaltning.

Stk. 8 Loven gælder for enhver form for behandling af personoplysninger i forbindelse med tv-overvågning.

Lov om Social Service

Lov om Social Service § 1.

Stk. 1. Formålet med denne lov er:

- 1) at tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer,
- 2) at tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte, og
- 3) at tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Stk. 2. Formålet med hjælpen efter denne lov er at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Stk. 3. Hjælpen efter denne lov bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie. Hjælpen tilrettelægges ud fra den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte. Afgørelse efter loven træffes på baggrund af faglige og økonomiske hensyn.

Lov om Social Service § 81.

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde en særlig indsats til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Formålet med indsatsen er

- 1) at forebygge, at problemerne for den enkelte forværres,
- 2) at forbedre den enkeltes sociale og personlige funktion samt udviklingsmuligheder,
- 3) at forbedre mulighederne for den enkeltes livsudfoldelse gennem kontakt, tilbud om samvær, aktivitet, behandling, omsorg og pleje og
- 4) at yde en helhedsorienteret indsats med servicetilbud afpasset efter den enkeltes særlige behov i egen bolig, herunder i botilbud efter lov om almene boliger m.v. eller i botilbud efter denne lov.

Sundhedsloven

Sundhedslovens § 3.

Stk. 1. Regioner og kommuner er efter reglerne i denne lov ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient.

Stk. 2. Sundhedsvæsenets opgaver udføres af regionernes sygehusvæsen, praktiserende sundhedspersoner, kommunerne og øvrige offentlige og private institutioner m.v.

Sundhedsloven § 138.

Stk. 1. Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i kommunen.

Sundhedsloven § 140.

Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefaglig begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner.

Hjemmesygepleje

Bekendtgørelse nr. 1601 af 21/12/2007 om kommunal hjemmesygepleje.

Genoptræningsplaner

Bekendtgørelse nr. 1088 af 6. oktober 2014 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

Lov om almene boliger

LBK nr. 1540 af 16.12.2013 Bekendtgørelse af lov om almene boliger m.v.
Om anvisning af borgere til ældrebolig, plejebolig og plejehjem.

Lov om Arbejdsmiljø

Bekendtgørelse af Lov om arbejdsmiljø § 15 a. Arbejdsgiveren skal sørge for, at der udarbejdes en skriftlig arbejdspladsvurdering af sikkerheds- og sundhedsforholdene på arbejdspladsen under hensyntagen til arbejdsart, de arbejdsmetoder og arbejdsprocesser, der anvendes, samt virksomhedens størrelse og organisering. Arbejdspladsvurderingen skal forefindes i virksomheden og være tilgængelig for virksomhedens ledelse, de ansatte og Arbejdstilsynet, som fører tilsyn med arbejdspladsvurderingen. En arbejdspladsvurdering skal revideres, når der sker ændringer i arbejdet, arbejdsmetoder og arbejdsprocesser m.v. og disse ændringer har betydning for sikkerhed og sundhed under arbejdet, dog senest hvert tredje år.

Stk. 2. En arbejdspladsvurdering skal omfatte en stillingtagen til virksomhedens arbejdsmiljøproblemer, og hvordan de løses, under iagttagelse af de forebyggelsesprincipper, der er angivet i arbejdsmiljølovgivningen. Vurderingen skal indeholde følgende elementer:

- 1) Identifikation og kortlægning af virksomhedens arbejdsmiljøforhold.
- 2) Beskrivelse og vurdering af virksomhedens arbejdsmiljøproblemer.
- 3) Prioritering og opstilling af en handlingsplan til løsning af virksomhedens arbejdsmiljøproblemer.
- 4) Retningslinjer for opfølgning på handlingsplanen.

Stk. 3. Arbejdsgiveren skal inddrage sikkerhedsorganisationen eller de ansatte i planlægningen, tilrettelæggelsen og gennemførelsen af samt opfølgningen på arbejdspladsvurderingen, jf. stk. 1 og 2.

Lov om røgfri miljøer

Rygelov § 11. På plejehjem, døgninstitutioner, botilbud og lignende institutioner kan den enkelte beboer beslutte, om der må ryges i det værelse eller den bolig, der tjener som den pågældendes private hjem.

Stk. 2. Det kan pålægges beboere ikke at ryge i værelset eller boligen i det tidsrum, hvor personalet opholder sig der.

Rygelov § 12. I private hjem, hvor der modtages en offentlig serviceydelse i form af personlig og praktisk hjælp, kan det som forudsætning for ydelsen pålægges beboere ikke at ryge i det tidsrum, hvor personalet opholder sig i boligen.

Relateret document 2/6

Dokument Navn:	Kvalitetsstandard - Rehabilitering, genoptræning, forebyggende og vedl.træning - Gældende 2016.doc
Dokument Titel:	Kvalitetsstandard - Rehabilitering, genoptræning, forebyggende og vedl.træning - Gældende 2016
Dokument ID:	1181932

Kvalitetsstandard

Rehabilitering, genoptræning samt forebyggende og vedligeholdende
træning i Tranehavens regi

Gentofte Kommune 2016

1. INDLEDNING	2
2. BEGREBSAFKLARING	2
2.1.1 Rehabilitering.....	2
2.1.2 Genoptræning.....	3
2.1.3 Forebyggende og vedligeholdende træning.....	3
2.1.4 Vederlagsfri fysioterapi.....	3
3. LOVGIVNING	3
Genoptræning	3
Vedligeholdelsestræning.....	3
Hjælpe midler – boligindretninger.....	3
3.1 FRIT VALG – GENOPTRÆNINGSYDELSER EFTER SUNDHEDSLOVEN.....	4
4. MÅLGRUPPE FOR REHABILITERING OG TRÆNINGSYDELSER	4
5. UDFØRER AF REHABILITERING, GENOPTRÆNING, SAMT FOREBYGGENDE OG VEDLIGEHOLDENDE TRÆNING I GENTOFTE KOMMUNE	5
6. VISITATION TIL REHABILITERING, GENOPTRÆNING, SAMT FOREBYGGENDE OG VEDLIGEHOLDENDE TRÆNING I GENTOFTE KOMMUNE	6
6.1 INDSTILLING TIL TRANEHAVENS TILBUD ELLER ANDRE TRÆNINGS- ELLER REHABILITERINGSTILBUD.	6
6.1.1 Tranehavens læger kan visitere til:.....	6
6.1.2 Rehabiliteringsforløb under indlæggelse	7
6.1.3 Ambulant genoptræning.....	7
6.1.4 Ambulant forebyggende og vedligeholdende træning	8
6.1.5 Vederlagsfri fysioterapi.....	8
6.1.6 Tværgående Træningsteam.....	8
6.2 ØVRIGE SAMARBEJDSPARTNERE	9

1. Indledning

Denne kvalitetsstandard dækker rehabiliterings-, genoptrænings-, samt forebyggende og vedligeholdende træning som Gentofte Kommune i Tranehavens regi tilbyder borgerne. Ydelserne udføres af fysio- og / eller ergoterapeuter.

Formålet med kvalitetsstandarder er:

- *At beskrive omfang, indhold og kvalitet af rehabiliterings- og træningstilbud, som ydes til borgerne i Gentofte Kommune*
- *At sikre ensartede serviceafgørelser til borgerne i Gentofte Kommune*

Rehabiliterings- og træningstilbuddene er generelt rettet mod voksne, idet træningstilbud til børn, som har tilknytning til en pædiatrisk afdeling (børneafdeling) tilbydes i Børn & Skoles regi. Børn med f.eks. almindelige træningsbehov efter sportsskade kan dog modtage ydelser efter denne standard.

Borgere med fast eller midlertidig bopæl i Gentofte Kommune kan efter kommunal visitation modtage kommunens rehabiliterings- eller træningstilbud.

2. Begrebsafklaring

2.1 Træning

Træning er en betegnelse, som er dækkende for træningsaktiviteter, uanset om de foregår i forbindelse med **rehabilitering**, **genoptræning** eller **forebyggende træning** herunder vedligeholdelsestræning.

Afprøvning og eventuelt bevilling af og instruktion i brug af hjælpemidler indgår ved behov som en del af genoptræningen.

Vurdering af behov for og eventuelt bevilling af boligindretninger indgår som led i genoptræningen.

2.1.1 Rehabilitering

Rehabilitering er en helhedsorienteret intervention, eksempelvis bestående af relevant udredning, patientundervisning, styrkelse af egenomsorg, støtte til adfærdssændringer, genoptræning, pleje, psykosocial omsorg samt efterbehandling. Aktører er patienter, pårørende og et tværfagligt sundhedsprofessionelt, ofte tværsektorielt team. Rehabilitering består af en koordineret, sammenhængende, tidsbegrænset, vidensbaseret indsats.

Formålet med rehabilitering er at genoprette og vedligeholde det fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau hos patienten og forhindre tilbagefald, og dermed forebygge behov for øget hjælp

eller sygehusindlæggelse. Formålet er endvidere, at borgeren opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv, og at rehabiliteringen er baseret på borgerens hele livssituation.

2.1.2 Genoptræning

Genoptræning defineres som målrettet træning for at borgeren kan opnå bedre fysisk, intellektuel, følelsesmæssig og social funktionsevne.

Formålet med genoptræningen er at bringe personen tilbage til samme funktionsniveau som tidligere eller på så højt et niveau som muligt, og dermed forebygge behovet for øget hjælp eller sygehusindlæggelse.

Genoptræning er tidsmæssigt afgrænset til den periode, hvor funktionsniveauet efter faglig vurdering fortsat forbedres gennem yderligere træning.

2.1.3 Forebyggende og vedligeholdende træning.

Forebyggende træning og vedligeholdelsestræning er målrettede træningsaktiviteter, der har til formål, at borgeren så vidt det er muligt opretholder sit funktions- og færdighedsniveau, og derved reducerer risiko for funktionstab.

2.1.4 Vederlagsfri fysioterapi

Vederlagsfri fysioterapi gives til en særlig gruppe af borgere, der har kroniske eller medfødte lidelser, og som er omfattet af Sundhedsstyrelsens vejledning.

3. Lovgivning

Genoptræning

- Lov om Social Service §§ 84, 140 og 140 a.
- Servicelovens § 86
- Bekendtgørelse nr. 1088 af 6. oktober 2014 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.

Vedligeholdelsestræning

- Lov om Social Service § 86.

Hjælpemidler – boligindretninger

- Lov om Social Service §§ 112, 113 og 116 samt § 86.

Det drejer sig om bevilling af hjælpemidler og mindre boligindretninger, hvor behovet erkendes i træningsforløbet. Større boligindretninger afgøres i samarbejde med Hjælpemidler.

Hjælpemidler, som er en forudsætning for genoptræningen efter Lov om Social Service, bevilges som hjælpemidler udlånt efter Lov om Social Service § 86. Ved afslutning af træningsforløbet skal der tages stilling til, om borgeren er berettiget til hjælpemidlet efter Lov om Social Service § 112. Hjælpemidler kan også udlånes efter Sundhedsloven eller Lov om arbejdsmiljø.

3.1 Frit valg – genoptræningsydelser efter Sundhedsloven

Sundhedsloven § 140 vedrører genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning (Sundhedsloven § 84 om genoptræningsplaner).

Frit valg ifølge Sundhedslov § 140, stk. 4:

Hvis borgeren har modtaget en genoptræningsplan, har borgeren ret til at vælge mellem de genoptræningstilbud, som bopælskommunen har etableret ved egne institutioner, eller som bopælskommunen yder via en eller flere leverandører på grundlag af særlig aftale herom. Desuden har borgeren ret til at vælge genoptræningstilbud på andre kommuners institutioner (men ikke ret til at vælge de tilbud, som andre kommuner har aftaler med).

Gentofte Kommune har på voksenområdet indgået samarbejdsaftaler om genoptræning med Lyngby-Taarbæk og Rudersdal kommune.

Hvis en patient har behov for specialiseret ambulant genoptræning eller specialiseret rehabilitering, skal dette leveres af det regionale sygehusvæsen. Patienten har frit valg mellem alle regioners sygehuse.

Frit valg – ifølge Sundhedsloven § 140 a

Borgere, der er berettiget til ydelser under Sundhedslovens § 140 a kan frit vælge hos de kommunale udbydere og de praktiserende fysioterapeuter under Sygesikringen.

4. Målgruppe for rehabilitering og træningsydelser

De kommunale rehabiliterings- og træningstilbud indgår sammen med kommunens øvrige tilbud i en samlet indsats, som har det mål, at borgeren opnår højest opnåeligt funktionsniveau efter sygdom eller svækkelse samt vedligeholder dette.

Tilbuddet gives til:

- Borgere, som er midlertidigt svækket eksempelvis efter sygdom, herunder også hvis det har krævet sygehusindlæggelse
- Borgere, som ikke ved egen eller anden indsats kan fastholde eller udvikle deres funktionsniveau, og derved trues af funktionstab eller eksempelvis sygehusindlæggelse

Afgrænsning af tilbud:

- Tilbud i forhold til borgeren evalueres løbende ud fra en faglig vurdering, og justeres med hensyn til indhold og omfang afhængigt af borgerens behov
- Tilbuddet er tidsmæssigt afgrænset

Ydelser efter Lov om Social Service § 86:

Gentofte Kommune yder borgerne træningsydelser efter serviceloven – dvs. genoptræning efter midlertidig sygdom eller svækkelse, samt forebyggende og vedligeholdende træning.

Genoptræning efter Lov om Social Service § 86, stk. 1 gives til borgere, der er midlertidigt svækket eksempelvis efter sygdom og borgere, som ikke ved egen eller anden indsats kan fastholde eller

udvikle deres funktionsniveau, og derved trues af funktionstab eller sygehusindlæggelse. Genoptræningen kan også være en del af visitationsprocessen ved ansøgning om praktisk eller personlig hjælp. En væsentlig del af den faglige vurdering vil være at afklare, om borgeren ved genoptræning vil kunne komme til at klare hele opgaven eller dele af den opgave, som der ansøges om hjælp til.

Vedligeholdende træning efter Lov om Social Service § 86, stk. 2 gives til borgere med behov for at kunne vedligeholde eksisterende fysiske, sociale og kognitive funktioner, også i forlængelse af et genoptræningsforløb. Vedligeholdende træning sigter på at forebygge sygehusindlæggelse og på at borgeren opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv med størst mulig selvhjulpethed.

Ydelser efter Sundhedsloven § 84 og § 140:

Alle borgere, som efter lov om genoptræningsplaner har fået udleveret genoptræningsplan, har krav på genoptræning.

Genoptræningsydelser i henhold til sundhedsloven ydes til borgere, som efter udskrivelse fra sygehus har behov for genoptræning. Behovet skal være lægefagligt begrundet og dokumenteret ved en genoptræningsplan, som udarbejdes af sygehuset. Jf. Bekendtgørelse nr. 1088 af 6. oktober 2014 skal kommunerne tilbyde genoptræning på basalt og avanceret niveau, når der foreligger en genoptræningsplan.

For enkelte borgere kan det forekomme, at genoptræningsplanen foreskriver, at genoptræningen skal foregå på sygehus, som specialiseret genoptræning. Disse borgere har særligt komplicerede og omfattende funktionsevnedssættelser af væsentlig betydning for et eller flere livsområder. Den specialiserede genoptræning kræver, at genoptræningen kun kan varetages af autoriserede sundhedspersoner med specialiserende kompetencer inden for deres fagområde, og genoptræningen skal ske i tæt koordinering med ambulant sygehusbehandling. Specialiseret genoptræning kan også forekomme, hvis genoptræningen kræver særligt apparatur, eller hvis hensyn til patientens sikkerhed forudsætter bistand fra andet sundhedspersonale, som kun findes i sygehusregi.

Enkelte borgere kan ved genoptræningsplanen henvises til rehabilitering på specialiseret niveau, hvor der typisk er komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnedssættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser. I genoptræningsplanen beskrives patienternes samlede funktionsevne samt patienternes behov for rehabiliteringsindsatser. Herunder kan der eventuelt gives anbefalinger til metode, omfang og karakter af den videre indsats, udarbejdet med inddragelse af relevante, faglige kompetencer. Rehabiliteringen skal varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde og med særlige krav til tilrettelæggelse af helhedsorienterede forløb, timing og organisering.

Ydelser efter Sundhedsloven § 140 a

Link til Sundhedsstyrelsens vejledning: [Vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi 2008](#).

5. Udfører af rehabilitering, genoptræning, samt forebyggende og vedligeholdende træning i Gentofte Kommune

Efter Lov om Social Service:

Behandles på Socialudvalgets møde den 10.8.2016 og
Kommunalbestyrelsens møde den 29.8.2016.
Sagsnr. EMN-2016-02201.

- Tranehaven, Gentofte Kommunes center for forebyggelse og rehabilitering,
- Tranehavens fysio- og ergoterapeuter herunder Tværgående Træningsteam udfører forebyggende, genoptrænende og vedligeholdende træning i kommunens plejeboliger med fast personale (plejehjem).

Efter Sundhedsloven:

- Voksne: Tranehaven i samarbejde med genoptræningsenhederne hos samarbejdsaftalens parter: Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Gentofte kommuner.
- Børn: Almen genoptræning varetages i Børneterapien.

6. Visitation til rehabilitering, genoptræning, samt forebyggende og vedligeholdende træning i Gentofte Kommune

6.1 Indstilling til Tranehavens tilbud eller andre trænings- eller rehabiliteringstilbud.

En borger, som skønnes at have et rehabiliterings- eller træningsbehov, skal for at modtage Gentofte Kommunes rehabiliterings- og træningstilbud være henvist af:

- Praktiserende læge
- Speciallæge
- Sygehus
- Pleje & Sundhed Myndighed
- Pleje & Sundhed Drift
- Social & Handicap
- Job & Ydelser

6.1.1 Tranehavens læger kan visitere til:

- Indlæggelse med henblik på vurdering af et samlet rehabiliteringsbehov, rehabilitering og samtidig vurdering af borgerens eventuelle behov for anden bolig og ændring i hjemmeplejeydelser.
- Ambulant vurdering af hjemmeboende borgere, hvor der er modtaget henvisning, men som ikke forud er set på Tranehaven, og hvor det vurderes, at der er behov for en lægelig udredning med henblik på det videre forløb.
- Ambulant eftersyn af borgere, der i forvejen er kendt i Tranehaven, enten via ambulant vurdering eller indlæggelse. Borgerne kan ses en eller flere gange til en lægelig kontrol, og eventuelt af psykolog. Konklusionen på eftersynet kan være yderligere udredning, eventuel indlæggelse, ambulant træningstilbud eller iværksættelse af sociale foranstaltninger.
- Demensudredning under indlæggelse eller ambulant udredning
- Ambulant fysio- og / eller ergoterapi
- Tilbud i forhold til forløbsprogrammer

- Tilbud i forhold til hverdagsrehabilitering.

Visitation til Tranehavnes tilbud sker i et tæt, tværfagligt samarbejde med inddragelse af lægefaglige, sygeplejefaglige, socialfaglige og terapeutfaglige kompetencer.

Tranehavens læger visiterer til alle ydelser udført af ergo- og fysioterapeuter ansat i Tranehaven – bortset fra Tværgående Træningsteam, som er selvvisiterende. Det retningsgivende mål i ordinationen gives på baggrund af en tværfaglig dialog.

6.1.2 Rehabiliteringsforløb under indlæggelse

Det tværfaglige team udgøres af læger, sygeplejepersonale, fysio- og ergoterapeuter samt diætist. Ved udredning af demens indgår eventuel vurdering ved psykolog.

Indlæggelsen indledes med:

- Indlæggelsessamtale og interview, hvor borgeren selv fremkommer med egen vurdering af funktionsniveau, ønsker og prioriteringer. De pårørende inddrages så vidt muligt
- Undersøgelse og vurdering. Diverse tests, fysiske og / eller kognitive, kan indgå i de primære undersøgelser
- Eventuel udredning af demenstilstand

Det tværfaglige team planlægger og koordinerer indlæggelsesforløbet ud fra de fastsatte mål.

Ydelser, der indgår:

- Lægelig udredning, behandling og optimering af helbredstilstand
- Sygeplejefaglige opgaver som pleje, observation og behandling
- Fysio- og ergoterapeutisk træning og behandling på kropsniveau, aktivitets- og deltagelsesniveau
- Fysio- og ergoterapeutisk tilpasning og vejledning i relation til hjælpemidler
- Hjemmebesøg med henblik på vurdering af boligens egnethed, behov for hjælpemidler og boligindretninger
- Træning i hjemmet efter ordination
- Forebyggende tilbud som rådgivning, kostvejledning ved diætist, samt anden vejledning og instruktion til borgeren og pårørende
- Planlægning af udskrivelse. Dette sker i samarbejde med Visitationen og leverandøren hjemmepleje med henblik på at sikre fastholdelse og udvikling af funktionsniveau

6.1.3 Ambulant genoptræning

- Ud fra en konkret lægelig vurdering kan der visiteres ambulant fysio- og / eller ergoterapi
- Træningen sigter mod at fremme borgerens funktionsevne på kropsniveau samt aktivitets- og deltagelsesniveau

Genoptræning kan indeholde træning af eksempelvis:

Kropsniveau:

- Styrke, udholdenhed og bevægelighed

Behandles på Socialudvalgets møde den 10.8.2016 og
Kommunalbestyrelsens møde den 29.8.2016.
Sagsnr. EMN-2016-02201.

- Koordination og balance
- Kognitive funktioner (eksempelvis "opmærksomhed" og "hukommelse")

Aktivitets- og deltagelsesniveau:

- Personlig hygiejne
- Daglige rutiner
- Færden inde og ude evt. med ganghjælpemiddel

Træningen kan foregå:

- Individuelt eller på hold i Tranehavens regi
- Eventuelt visiteres træningen som hjemmetræning

Træningsintensitet planlægges efter et individuelt skøn (1 - 3 gange ugentligt).

Forløbet er tidsbegrænset efter konkret individuel vurdering.

6.1.4 Ambulant forebyggende og vedligeholdende træning

- Ud fra en konkret lægelig vurdering, kan der visiteres ambulant fysio- og / eller ergoterapi
- Træningen sigter mod at fastholde funktionsevne og forhindre funktions tab
- Træningen kan omfatte et eller flere af de elementer, som også er anført under genoptræning

Patienterne kan have varige funktionstab eller kroniske sygdomme som parkinsonisme eller apopleksi.

6.1.5 Vederlagsfri fysioterapi

Særlig målgruppe – se Sundhedsstyrelsens vejledning.

Link: [Vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi 2008](#).

Træningsintensitet: 1 – 2 gange ugentligt.

Træningstilbuddet vurderes løbende efter individuel vurdering. Træningen kan foregå individuelt eller på hold i Tranehavens regi

6.1.6 Tværgående Træningsteam

Tværgående Træningsteam træner borgere i at klare hverdagsopgaver og træningen foregår i hjemmet eller i nærområdet. Træningen foregår i tæt samarbejde med leverandørerne af praktisk og personlig hjælp.

Formålet er også at understøtte og fremme Gentofte Kommunes ønske om at give borgere mulighed for at fungere bedst og længst muligt i hverdagen.

6.2 Øvrige samarbejdspartnere

Resultatet af rehabiliteringen vurderes undervejs og ved afslutning, blandt andet ved samtaler med patient og pårørende, og ved konferencer i de tværfaglige teams. Eventuelt aftales et ambulant eftersyn efter en given periode.

Tranehaven arbejder tæt sammen med andre sundheds- og socialfaglige medarbejdere i Gentofte Kommune med det mål at skabe sammenhæng og opfølgning på træningsresultatet.

Andre tætte samarbejdspartnere er sundhedsprofessionelle på sygehusene og praktiserende læger.

Relateret document 3/6

Dokument Navn:	Kvalitetsstandard Praktisk og personlig hjælp og pleje i hjemmet og i plejeboliger - Gældende 2016.docx
Dokument Titel:	Kvalitetsstandard Praktisk og personlig hjælp og pleje i hjemmet og i plejeboliger - Gældende 2016
Dokument ID:	1181824

Kvalitetsstandard

Praktisk og personlig hjælp og pleje i hjemmet og i plejeboliger med hjemmehjælp efter Lov om Social Service

Gentofte Kommune 2016

Behandles på Socialudvalgets møde den 10.8.2016 og
Kommunalbestyrelsens møde den 29.8.2016.
Sagsnr. EMN-2016-02201.

Indholdsfortegnelse

1. Kvalitetsmål for visitationspraksis til praktisk og personlig hjælp	3
2. Visitationsredskaber	3
3. Generelle kriterier for tildeling af hjemmehjælp	4
4. Kriterier for tildeling af hjælp til rengøring.....	5
5. Kriterier for tildeling af indkøbsordning og indkøbshjælp.	6
6. Kriterier for tildeling af hjælp til tøjvask.	6
7. Kriterier for tildeling af personlig hjælp og pleje.	7
8. Konkret bevilling af personlig hjælp og pleje.	7
9. Rehabiliteringsforløb efter Lov om Social Service § 83 a.....	8
10. Udpegning af egen hjælper i hjemmet (Lov om Social Service § 94) 8	
11. Borgerstyret Personlig Assistance (Lov om Social Service § 95)	8
12. Plejevederlag til pasning af døende i eget hjem (Lov om Social Service §§ 119, 120, 121)	9
13. Pasning af nærtstående i en periode (Lov om Social Service § 118) 9	
14. Afløsning og aflastning.....	9
15. Kommunale og private leverandører og frit leverandørvalg.....	10
16. Leverandør opgaver	10
16.1 Frit leverandørvalg.....	10
16.1.1 Udførelsen af ydelsen	11
16.1.2 Adgang til borgerens hjem	11
16.1.3 Kompetencekrav	11
16.1.4 Erstatningshjælp	12
16.1.5 Fleksibel hjemmehjælp	12
16.1.6 Forsikringsforhold	12
17. Hjemmesygepleje (Sundhedsloven § 138).....	12
18. Genoptræning (Lov om Social Service § 86 stk. 1 og stk. 2) i forbindelse med Lov om Social Service § 83 a.	13

1. Kvalitetsmål for visitationspraksis til praktisk og personlig hjælp

- At afgøre, om der kan ydes rehabilitering, hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet inden 10 arbejdsdage efter henvendelsen
- At afgøre, om der kan ydes rehabilitering, personlig hjælp eller pleje inden 3 arbejdsdage efter henvendelsen
- At den personlige hjælp og pleje i akutte situationer sættes i gang inden for samme døgn, som henvendelsen er modtaget
- At ansøgeren visiteres til den rehabilitering og / eller hjælp, som borgeren er berettiget til
- At ansøgeren i tilknytning til visitering modtager alle relevante oplysninger om f.eks. frit-valgsordning, fleksibel hjemmehjælp, valg af egen hjælper, indkøbsordning etc.
- At ansøgeren modtager en skriftlig afgørelse med klagevejledning
- At revurdere hjælp bevilget efter serviceloven løbende efter behov og med faste intervaller samt når borger, pårørende eller samarbejdspartnere beder om det.

2. Visitationsredskaber

Som beskrevet i den overordnende kvalitetsstandard anvendes Fælles Sprog II som terminologi og som redskab. Udgangspunktet er en vurdering af ansøgerens funktionsniveau og ansøgers egen vurdering af sit hverdagsliv.

Følgende aktiviteter vurderes i forhold til nedenstående begrænsningsniveauer:

1. At spise
2. At drikke
3. At bade
4. At vaske sig
5. At pleje kroppen
6. At klæde sig af og på
7. Toiletbesøg
8. At færdes i egen bolig
9. At sikre indkøb af hverdagens varer
10. At lave mad
11. At gøre rent
12. At vaske tøj/linned
13. At færdes udendørs
14. At anvende kollektive transportmidler
15. At flytte sig
16. At forebygge forværring af sygdom/tab af funktionsevne
17. At sikre sammenhæng i hverdagens aktiviteter

Begrænsninger i funktionsevnen

Niveauer		Definition
	Ingen / ubetydelige begrænsninger	Borgeren er <u>selvstændig</u> og har <u>ikke behov</u> for <i>person assistance</i> for at udføre aktiviteten
	Lette begrænsninger	Borgeren er den <u>aktive</u> part. Borgeren kan sikre kvaliteten af det udførte arbejde og kan udføre hovedparten af elementerne selv. Borgeren kan med <u>let</u> <i>person assistance</i> udføre aktiviteten. Borgeren kan med let verbal/støtte hjælp, sikre at hele aktiviteten udføres
	Moderate begrænsninger	Borgeren er den <u>aktive</u> part. Borgeren kan sikre kvaliteten af det udførte arbejde og kan udføre nogle af elementerne selv. Borgeren kan under forudsætning af <u>moderat</u> <i>person assistance</i> udføre aktiviteten. Borgeren kan med verbal/støtte hjælp, sikre at hele aktiviteten udføres Borgeren skal have hjælpe til at udføre dele af aktiviteten
	Svære begrænsninger	Borgeren <u>deltager</u> , men kan ikke selvstændigt planlægge og iværksætte aktiviteten. Borgeren kan under forudsætning af <u>omfattende</u> <i>person assistance</i> udføre aktiviteten. Borgeren skal have hjælp til at udføre hovedparten af aktiviteten
	Totale begrænsninger	Borgeren er <u>ude af stand</u> til at udføre, planlægge og iværksætte aktiviteten. Borgeren har brug for <u>fuldstændig</u> <i>person assistance</i> til at udføre hele aktiviteten.

3. Generelle kriterier for tildeling af hjemmehjælp

Generelt skal sygdomsrelaterede årsager være søgt udredt, behandlet og / eller trænet. Egen læge kan blive bedt om at afgive lægeerklæring. Ved ansøgning om hjælp vurderes om et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb kan betyde, at ansøgeren kan komme til at udføre opgaven helt eller delvist evt. ved at bruge af redskaber, hjælpemidler eller velfærdsteknologi. Kan man, efter at have modtaget instruktion, vejledning, evt. anbefaling af køb af forbrugsgode eller bevilling af hjælpemiddel samt rehabilitering, selv udføre en opgave skal man efterfølgende gøre det, og anses for ikke at være berettiget til hjælp til opgaven.

Ifølge lovgivningen kan kommunen ikke give afslag på hjælp efter Lov om Social Service § 83 alene med henvisning til, at borgeren ikke magter at gennemføre rehabiliteringsforløb, ligesom kommunen heller ikke alene med henvisning til lovgivningen kan give afslag på hjælp, hvis borgeren ikke ønsker at indgå i et rehabiliteringsforløb. Der skal altid foretages en individuel og konkret vurdering af borgerens samlede situation i samarbejde med borgeren.

Eksempler på tildelingskriterier:

- Smerter ved at udføre opgaven / aktiviteten. Smerter, som er vedvarende eller hvor symptomerne forværres væsentligt efter kort tids aktivitet.
- Balanceproblemer med faldtendens.
- Nedsat mobilitet og kort gangdistance.

Behandles på Socialudvalgets møde den 10.8.2016 og
Kommunalbestyrelsens møde den 29.8.2016.
Sagsnr. EMN-2016-02201.

- Væsentlig nedsat kraft i arme, ben og ryg.
- Demens og hjerneskade, der medfører at man ikke selv kan planlægge og udføre opgaverne.
- Betydelige vejtrækningsproblemer ved aktivitet f.eks. på grund af hjerte- og lungesygdomme.
- Manglende sygdomsindsigt / -erkendelse
- Manglende evne til at tage vare på sig selv på grund af psykisk lidelse
- Synsproblemer
- Terminalt syge personer
- Sociale begivenheder og traumer, hvor hele familiens velfærd er truet

Når der bevilges hjælp er udgangspunktet at understøtte borgeren i at udvikle eller fastholde ressourcer, færdigheder og funktionsniveau. For at stimulere borgeren til så vidt muligt at være den aktive part, er det væsentligt at hjælpen begrænses til det nødvendige, så hjælperen understøtter borgeren og ikke tager over.

Hjælpen skal altid gives med et aktiverende sigte.

4. Kriterier for tildeling af hjælp til rengøring.

Hjælp til rengøringsydelse gives til borgere, som ikke selv er i stand til at udføre hele eller dele af rengøringen i boligen.

Netop ved rengøringsydelsen er der gode muligheder for at give hjælpen på en aktiverende måde ved at visitator forholder sig til rengøringsopgavens delelementer, så der bliver mulighed for at borgeren kan fortsætte med at udføre det han eller hun magter – også selv om det i nogle tilfælde kun er mindre ting eller tager længere tid.

Nedenfor ses i skematisk oversigt, hvorledes der visiteres til rengøringsopgaverne ud fra en konkret og individuel vurdering af ansøgerens funktionsniveau i forhold til opgaven.

Rengøring

	Ingen begrænsninger 	Lette begrænsninger 	Moderate begrænsninger 	Svære begrænsninger 	Totale begrænsninger 
Eksempler på funktionstab	<u>Kan udføre ved at:</u> • fordele opgaverne over flere dage • anvende siddende stilling • anvende hjælpemidler • lære nye rengørings teknikker • vælge at prioritere egen tid og ressourcer anderledes • har rask voksen i husstanden som kan udføre opgaven	• Usikker gang • Let åndenød ved udførelse, men ingen smerter • Svært ved at bukke sig ned og bukke sig forover • Nedsat kraft i arme	• Behov for møbelstøtte ved gang • Åndenød og hjertebanken ved fysisk aktivitet • Manglende initiativ • Nedsat syn	• Behov for gangredskab og personledsagelse • Lufthunger og hjertesmerter, samt påvirket ved hvile • Fastlåst muskulatur og led • Kan ikke løfte arme over skulderhøjde • Manglende overblik, egenindsigt og koordineringsevne • Stærkt nedsat syn	• Manglende stand og gangfunktion • Sengeliggende eller kørestolsbundet • Svært nedsat lungfunktion/iltapparat • Stærkt nedsat syn/sen-blind • Svær hjemmeskade • Svær demens
Eksempler på hvad man selv kan udføre:	<u>Alt</u> , ved at: • sikre • planlægge • iværksætte	• Rydde op • Tørre støv af • Aftørre flader • Køleskab, komfur, skabe • Sanitet i badevæ. • Skifte sengetøj	• Rydde op • Tørre støv af • Aftørre flader	• Rydde op • Tørre støv af siddende	• Intet
Hjælp til:	• Intet	• Støvsugning og evt. gulvvask	• Støvsugning og evt. gulvvask • Køleskab, komfur, skabe • Sanitet i badevæ. • Skifte sengetøj	• Støvsugning og evt. gulvvask • Aftørre flader • Køleskab, komfur, skabe • Sanitet i badevæ. • Skifte sengetøj	• Rydde op • Støvsugning og evt. gulvvask • Tørre støv af • Aftørre flader • Køleskab, komfur, skabe • Sanitet i badevæ. • Skifte sengetøj
Visiteret tid hver uge		30 min	45 min	60 min	75 min
Valgfrit hver 2. uge		45 min	60 min	75 min	90 min

Som udgangspunkt gives der tilbud om hjælp til rengøring hver uge. Nogle borgere foretrækker dog rengøring hver anden uge, og har mulighed for at aftale dette med visitator. Der gøres rent i én stue, ét soveværelse, ét badeværelse og ét køkken.

5. Kriterier for tildeling af indkøbsordning og indkøbshjælp.

Hjælp til indkøb af dagligvarer bevilges til borgere, som ikke er i stand til at købe ind eller transportere sine varer hjem. Borgere, som har fået bevilget indkøbsordning, kan bestille varer over telefonen. Varerne bliver bragt én gang ugentlig. I indkøbsordningen kan der også ydes hjælp til at sætte varer på plads og til at åbne svær emballage. Udgiften til levering af varerne afholdes af kommunen.

Kan borgeren ikke selv vurdere, hvad der skal købes ind og ikke selv bestille varer, kan der bevilges hjælp til dette.

6. Kriterier for tildeling af hjælp til tøjvask.

Hvis borgeren ikke selv kan vurdere om tøjet er snavset, sortere, vaske, tørre og lægge tøjet sammen kan der bevilges hjælp til tøjvask.

Ansøgere, der ikke selv kan bære tøjet til og fra en fælles vaskekælder, men godt selv kan vaske, tørre og lægge tøjet sammen bevilges alene hjælp til transporten af tøjet.

7. Kriterier for tildeling af personlig hjælp og pleje.

Ved tildeling af personlig hjælp og pleje vurderes der ligeledes ud fra det konkrete og individuelle funktionsniveau.

I skemaet er anført nogle eksempler på funktionsnedsættelser og begrænsningsniveauer:

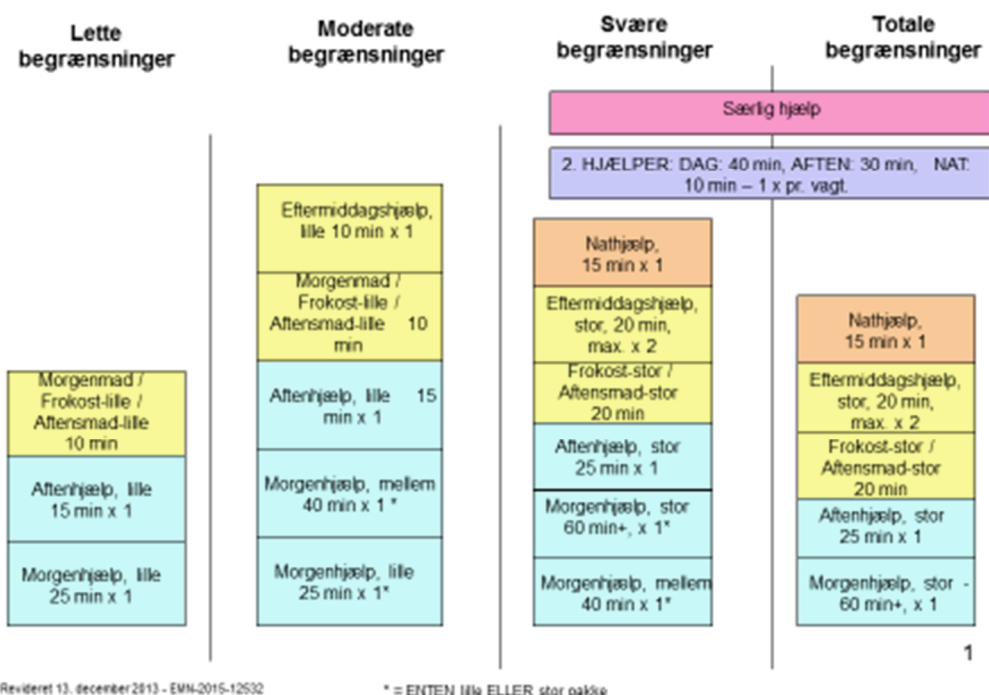
Eksempler på funktionstab i fht. personlig hjælp og pleje

Ingen begrænsninger 	Lette begrænsninger 	Moderate begrænsninger 	Svære begrænsninger 	Totale begrænsninger 
Borgeren er <i>selvstændig</i> og har <i>ikke</i> behov for <i>personassistance</i> for at udføre aktiviteten.	Borgeren er den <i>aktive</i> part og kan med <i>let personassistance</i> udføre aktiviteten.	Borgeren er den <i>aktive</i> part og kan under forudsætning af <i>moderat personassistance</i> udføre aktiviteten.	Borgeren <i>deltager</i> og kan under forudsætning af <i>omfattende personassistance</i> udføre aktiviteten.	Borgeren er <i>ude af stand</i> til at udføre aktiviteten og har brug for <i>fuldstændig personassistance</i> .
Kan udføre ved at: • sikre • planlægge • iværksætte Eksempler: • anvende mere tid eller andet tøj (f.eks. ved af- og påklædning) • anvende siddende stilling • anvende hjælpemidler • lære nye teknikker • vælge at prioritere egen tid og ressourcer anderledes	• usikker gang	• behov for møbelstøtte ved gang og/eller gangredskab	• behov for gangredskab og personledsagelse	• manglende stand- og gangfunktion
	• let åndenød ved udførelse, men ingen smerter	• åndenød og hjertebanken ved fysisk aktivitet	• lufthunger og hjertesmerter, samt påvirket ved hvile	• svært nedsat lungefunktion/-iltapparat
	• svært ved at bukke sig ned og bukke sig forover • nedsat kraft i arme • nedsat evne til at håndtere kropsbårne hjælpemidler	• langsommelighed • fastfrosne led/ stivnen • nedsat finmotorik	• fastlåst muskulatur og led • kan ikke løfte arme over skulderhøjde • nedsat evne til stillingsskift	• sengeliggende eller kørestolsbundet • manglende evne til stillingsskift • Ingen eller nedsat bevægelighed
	• nedsat evne til at spise og drikke	• glemmer at spise og drikke	• kan ikke selv spise og drikke • føler ikke sult og tørst	• kan ikke selv spise og drikke • føler ikke sult og tørst
	• synsproblemer	• nedsat syn	• stærkt nedsat syn	• stærkt nedsat syn/senblind
	• nedsat evne til at håndtere inkontinenshjælpemidler	• kan ikke selv huske at gå på toiletet • skal guides ved toiletbesøg	• kan ikke soignere sig efter toiletbesøg	• manglende kontrol over blære og tarm
	• nedsat hukommelse	• nedsat hukommelse • manglende initiativ	• manglende overblik, egenindsigt og koordineringsevne	• svær hjerneskade • svær demens • kan ikke benytte nødkald eller tilkalde hjælp

8. Konkret bevilling af personlig hjælp og pleje.

Når visitator har vurderet funktionsniveau og fastsat begrænsningsniveau for ansøgeren skal der bevilges rehabilitering og hjælp i henhold til det serviceniveau kommunen har fastsat. Til brug for det anvendes nedenstående skema.

Ydelsespakker



Revideret 13. december 2013 - EMN-2015-12532

* = ENTEN lille ELLER stor pakke

9. Rehabiliteringsforløb efter Lov om Social Service § 83 a

Forud for vurderingen af behov for hjælp efter Lov om Social Service § 83, stk 1 skal det vurderes om et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb vil kunne forbedre borgerens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for kompenserende hjælp. Der skal i samarbejde med borgeren sættes individuelle mål for rehabiliteringsforløbet. De fastsatte mål og tidsrammen skal aftales. Det Tværgående Træningsteam indleder forløbet med vurdering, fastsættelse af mål i samarbejde med borgeren og tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb. Under rehabiliteringsforløbet skal borgeren tilbydes den nødvendige hjælp og støtte til at nå målene. Den praktiske og personlige kompenserende hjælp kan som led i rehabiliteringsforløbet efter Lov om Social Service § 83 a suppleres med visiteret tid til rehabilitering, som ydes af leverandøren af praktisk og personlig hjælp.

10. Udpegning af egen hjælper i hjemmet (Lov om Social Service § 94)

Er man berettiget til varig hjælp efter § 83 kan man vælge selv at udpege en person til at udføre opgaverne. Den pågældende skal kunne godkendes af kommunen, som ansætter vedkommende som hjælper i Gentofte Hjemmepleje i det antal timer hjemmehjælpsmodtageren er bevilget. Pågældende kan ikke i forvejen være ansat i Pleje & Sundhed Drift.

11. Borgerstyret Personlig Assistance (Lov om Social Service § 95)

Er der blevet bevilget mere end 20 timers samlet hjælp om ugen er der mulighed for at få udbetalt et økonomisk tilskud til selv at ansætte en hjælper i stedet for at få hjælpen fra en leverandør.

Behandles på Socialudvalgets møde den 10.8.2016 og
Kommunalbestyrelsens møde den 29.8.2016.
Sagsnr. EMN-2016-02201.

Ordningen indebærer, at man selv skal være arbejdsleder og arbejdsgiver (herunder administration og lønudbetaling) for hjælperen. Lovgivningen giver dog mulighed for at man kan vælge at overdrage arbejdsgiveransvaret til en nærtstående eller til et privat firma, hvis borgeren selv eller en nærtstående, der deltager i plejen, har arbejdslederansvaret.

12. Plejevederlag til pasning af døende i eget hjem (Lov om Social Service §§ 119, 120, 121)

Ønsker en person at passe en nærtstående døende i eget hjem er der mulighed for at søge om plejevederlag hos den døendes bopælskommune. Der skal foreligge en lægeerklæring om at videre sygehusbehandling er udsigtsløs, og at den syge er indforstået med ordningen. For at kunne modtage plejevederlag skal der være tale om en tabt arbejdsfortjeneste eller ret til sygedagpenge.

Plejevederlaget kan ikke udbetales samtidig med en anden offentlig ydelse, f.eks. social pension. I perioden hvor plejevederlaget udbetales ophører udbetalingen af den sociale pension og andre ydelser, som afhænger af retten til social pension f.eks. boligydelse, helbredstillæg og varmetillæg.

Døende i eget hjem kan få linnedservice og modtage ernæringspræparater samt sygeplejeartikler uden egenbetaling. Ansøgning sker via egen læge. Dækning af udgifter til medicin sker ved henvendelse til egen læge.

Der vil fortsat kunne ydes hjemmehjælp og sygepleje i hjemmet samtidig med ordningen.

13. Pasning af nærtstående i en periode (Lov om Social Service § 118)

Hvis man ønsker at passe en nærtstående med et betydeligt handicap eller alvorlig sygdom, og selv har tilknytning til arbejdsmarkedet, har man i en periode på op til 6 måneder ret til fravær fra arbejdet og kan blive ansat i den kommune, hvor pågældende bor. Der skal være tale om tabt arbejdsfortjeneste. Der skal være enighed mellem parterne om pasningsforholdet, og alternativet skal være et døgnophold udenfor hjemmet eller et plejebestanden, der svarer til en fuldtidsstilling. Der vil ikke kunne bevilges hjemmehjælp samtidig med pasning efter § 118. Pasning af nærtstående er en personlig ordning, som kun kan benyttes én gang.

14. Afløsning og aflastning

Afløsning (Lov om Social Service § 84).

Afløsning kan tilbydes en person, som passer en syg ægtefælle, forældre eller anden nærtstående pårørende, som grundet varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, ikke kan lades alene hjemme uden betydelig risiko for at denne kommer til skade. Personen gives mulighed for at blive afløst, således at hjemmet kan forlades i nogle timer om ugen.

Endvidere tilbydes afløsning i form af praktisk hjælp til borgeren, så dennes ægtefælle afløses angående disse praktiske opgaver.

Der kan som udgangspunkt gives afløsning i hjemmet i op til 4 timer om ugen i dag- og aften timerne.

Ydelsen kan normalt ikke gives i hjem, hvor der i forvejen er visiteret ugentlig hjælp efter Lov om Social Service § 83, da det antages, at den der passer den syge kan forlade hjemmet i det tidsrum, hvor leverandøren er til stede i hjemmet for at udføre hjælp.

Aflastning (Lov om Social Service § 84).

Aflastningsophold er et midlertidigt ophold i en af kommunens plejeboliger med fast personale (plejehjem). Visitationen i Pleje & Sundhed Myndighed træffer afgørelse om, hvorvidt der kan ydes et aflastningsophold. Der er egenbetaling på ydelsen (sparet hjemmeforbrug).

15. Kommunale og private leverandører og frit leverandørvalg

Samarbejdet mellem den kommunale myndighed og leverandører (udfører) bliver reguleret ved hjælp af kontrakter – uanset om der er tale om kommunale eller private leverandører. Kontrakterne understøtter en klar adskillelse af myndigheds- og leverandøropgaver, og medvirker til at synliggøre myndighedens forventninger og krav til leverandørerne. Mens kvalitetsstandarderne er forudsætningen for samarbejdet, er kontrakten det konkrete redskab. Det betyder, at der skal være sammenhæng mellem kontraktens krav til service og kvalitet, og hvad der er fastsat i kvalitetsstandarderne.

Pleje & Sundhed Myndigheds afgørelser om hjælp til borgeren og kontrakten udgør således de to centrale omdrejningspunkter for samarbejdet mellem myndighed og leverandør af serviceområdernes ydelser.

16. Leverandøropgaver

Leverandørerne (udførerne) af opgaver på serviceområderne skal planlægge og udføre ydelserne med hensyntagen til den enkelte borger, i henhold til myndighedens afgørelse og det serviceniveau, der er beskrevet i kvalitetsstandarderne. Endvidere skal opgaverne udføres i henhold til gældende kontraktforhold og leverandørkrav.

16.1 Frit leverandørvalg¹

I alle kommuner skal borgere, der er visiteret til at modtage hjælp efter Servicelovens § 83, kunne vælge mellem den kommunale og en række private leverandører til udførelsen af hjælpen. § 83 omfatter ydelser indenfor praktisk hjælp og personlig pleje. Den praktiske hjælp omfatter rengøring, indkøb og tøjvask, og den personlige pleje omfatter f.eks. hjælp til den personlige hygiejne, tilberedning og anretning af mad samt bad.

For at blive godkendt som leverandør af hjælp til Gentofte Kommunes borgere, skal leverandøren kunne leve op til de af kommunalbestyrelsen fastlagte pris- og kvalitetskrav, herunder kvalitetsstandarderne. Det betyder, at kommunens borgere sikres et ensartet serviceniveau ved udførelsen af hjælpen, hvad enten hjælpen udføres af en privat eller en kommunal leverandør. Når leverandøren er godkendt, indgår kommunen og leverandøren en kontrakt.

¹ Bekendtgørelse nr. 344 af 26.3.2013: "Bekendtgørelse om frit valg af leverandør af hjemmehjælp og fritvalgsbevis efter servicelovens § 91 og om kvalitetskrav til leverandører af hjemmehjælp efter servicelovens § 83." Behandles på Socialudvalgets møde den 10.8.2016 og Kommunalbestyrelsens møde den 29.8.2016. Sagsnr. EMN-2016-02201.

16.1.1 Udførelsen af ydelsen

Udførelsen af opgaverne skal ske ud fra det retningsgivende mål. Alle borgere skal vurderes i forhold til, om de ved et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb vil kunne forbedre deres funktionsevne og dermed have behov for mindre hjælp. Målet med hjælpen er at gøre borgeren i stand til at klare sig selv / uafhængig eller, hvis dette ikke er muligt, at gøre borgeren i stand til selv at klare så mange opgaver som muligt. Dette skal bl.a. fremmes ved, at borgeren og hjælperen arbejder sammen om at udføre de forskellige opgaver, således at borgeren i videst muligt omfang deltager aktivt og har indflydelse på og tager del i opgaveudførelsen. Tværgående Træningsteam indgår i vurderingen af, hvilke mål borgeren selv har for rehabiliteringen og dermed i hvilke opgaver borgeren selv vil kunne indgå i eller selv overtage. Der kan også løbende anvises hjælpemidler eller velfærdsteknologiske løsninger til at afhjælpe borgerens behov for hjælp og dermed gør borgeren helt eller delvist uafhængig af kompenserende hjælp.

Ydelsen skal udføres så fleksibelt og effektivt som muligt med afsæt i den visiterede ydelse, samt borgerens aktuelle situation og ønsker. Leverandøren skal endvidere være parat til at imødekomme borgerens lovsikrede ret til fleksibilitet. Det vil sige borgerens ret til at bytte visiterede ydelser ud med andre ydelser (se afsnit 16.1.5).

16.1.2 Adgang til borgerens hjem

Hjælpen udføres kun, når borgeren selv er til stede i hjemmet.

Borgeren åbner som hovedregel selv døren for leverandøren.

Hvis borgeren ikke kan åbne døren eller er mere end 5 minutter om at åbne døren, bliver der bevilget en nøgleboks.

Det er vigtigt, at borgeren melder afbud til leverandøren, såfremt borgeren ikke har mulighed for at være hjemme på det aftalte tidspunkt. Er borgeren ikke hjemme på det aftalte tidspunkt, vil leverandørens medarbejdere normalt forsøge at kontakte eventuelle pårørende for at høre, om de ved, hvor borgeren befinder sig. Finder medarbejderen ikke frem til borgeren, vil medarbejderen låse sig ind i borgerens hjem sammen med politi og låsesmed for at sikre, at borgeren ikke er faldet om i boligen eller på anden vis har behov for assistance. Udgiften til låsesmed afholdes af borgeren.

16.1.3 Kompetencekrav

Leverandøren er som udgangspunkt forpligtet til at sørge for, at hjælpen til enhver tid ydes af kvalificeret personale, der er i stand til at yde hjælpen i overensstemmelse med det retningsgivende mål, hvor borgeren aktivt inddrages i opgaveløsningen. Endvidere skal medarbejderen være i stand til at observere ændringer i borgerens almentilstand, og handle derefter.

Leverandøren skal sikre, at medarbejdere der løser plejeopgaverne i nødvendigt omfang har en sundhedsfaglig uddannelse.² Det er opgavens art og kompleksitet samt den enkelte medarbejders kompetence, der afgør hvem som løser opgaven.

² Kravene til leverandørens medarbejdere er nærmere specificeret i dokumentet "Kvalitets- og priskrav vedrørende udførelse af: Praktisk og personlig hjælp og pleje i borgerborgernes egne hjem"

16.1.4 Erstatningshjælp

Såfremt den praktiske hjælp ikke kan udføres på det aftalte tidspunkt, tilbydes borgeren altid erstatningshjælp. Leverandøren kontakter borgeren med 1 tilbud, hvor erstatningshjælpen tilbydes udført inden for de følgende 5 arbejdsdage. Dog tilbydes ikke erstatning for praktisk hjælp, som er aftalt på en ugedag, der falder på en helligdag eller på en anden dag, hvor medarbejderen har ret til frihed ifølge sin overenskomst.

Nødvendig hjælp til personlig pleje udføres altid samme dag.

16.1.5 Fleksibel hjemmehjælp

Når det er aftalt hvilken hjælp borgeren kan få, har denne mulighed for at bytte mellem alle ydelser og opgaver inden for praktisk hjælp til rengøring og tøjvask, og indenfor den personlige hjælp og pleje. Der er dog visse betingelser herfor:

- Der er adgang til at bytte og erstatte visiterede hjemmehjælpsydelser, også til ydelser / opgaver som ikke i forvejen er en del af det serviceniveau, der er lagt. Den visiterede tid vil være uændret. Giver der hjælp til bestilling af dagligvarer hos indkøbsleverandør, kan denne hjælp dog kun anvendes til dette formål.
- Man kan bytte samme ydelse op til 4 fortløbende gange. Den 5. gang der ønskes byttet, skal leverandøren kontakte Visitationen i Pleje & Sundhed Myndighed. Visitationen vil herefter revurdere behovet for hjælpen i borgerens hjem.
- Det er altid den hjælper, der kommer i hjemmet, som i tvivlstilfælde afgør om ønsket om at bytte kan imødekommes.
- Det er kun muligt at bytte mellem ydelser, der leveres af den samme leverandør.

16.1.6 Forsikringsforhold

I det omfang, at leverandøren har et ansvar, er der mulighed for erstatning for eventuelle ødelagte genstande og skader, medarbejderen måtte være uheldig af forvolde.

17. Hjemmesygepleje (Sundhedsloven § 138)

Som hovedregel er hjemmesygepleje lægeordnede behandlinger, undersøgelser eller plejeopgaver hos borgere med behov for indsats på højeste sygeplejefaglige kompetenceniveau.

Ved behov for hjemmesygepleje er det borgerens egen læge, Tranehavens læger eller sygehus, som skal ordinere en behandling. Leverandøren af hjemmesygepleje er Gentofte Kommune.

- Alle borgere kan modtage hjemmesygepleje
- Hjemmesygepleje kan ydes hele døgnet i alle ugens dage
- Al hjemmesygepleje iværksættes, når der er behov for det, og akutte opgaver løses omgående

Om det er sygeplejersken, social- og sundhedsassistenten eller social- og sundhedshjælperen, der udfører hjemmesygeplejeopgaven, afhænger af opgavens kompleksitet og af den konkrete borgers tilstand og helhedssituation. Det kan også forekomme, at social- og sundhedsassistenten eller

Behandles på Socialudvalgets møde den 10.8.2016 og
Kommunalbestyrelsens møde den 29.8.2016.
Sagsnr. EMN-2016-02201.

social- og sundhedshjælperen, som et resultat af pågældende medarbejders kompetenceudvikling, udfører opgaver som traditionelt er defineret sygeplejeopgaver. Det kræver, at der i organisationen er sygeplejersker, der kan oplære, delegere og påtage sig ansvaret.

I sundhedsvæsenet arbejder og uddannes sygeplejefaglige medarbejdere på 3 faglige niveauer:

- **Sygeplejerske:** Det faglige niveau er bachelor. Uddannelsesvarighed: 3 år og 6 måneder. Sygeplejersker kan videreuddanne sig på kandidatniveau. Sygeplejersken kan varetage komplekse pleje- og behandlingsopgaver.
- **Social- og sundhedsassistent:** Det faglige niveau er et generelt og alment sygeplejefagligt niveau. Uddannelsesvarighed: 1 år og 8 måneder under forudsætning af, at man har kompetencer svarende til social- og sundhedshjælperuddannelsen. Social- og sundhedsassistenten kan videreuddanne sig til sygeplejerske. Social- og sundhedsassistenten kan varetage grundlæggende pleje- og behandlingsopgaver og praktisk hjælp, ofte med et pædagogisk sigte.
- **Social- og sundhedshjælper:** Det faglige niveau er elementært sygeplejefagligt niveau. Uddannelsesvarighed: 1 år og 2 måneder. Social- og sundhedshjælperen kan videreuddanne sig til social- og sundhedsassistent, og kan varetage basale plejefunktioner og praktisk hjælp.

18. Genoptræning (Lov om Social Service § 86 stk. 1 og stk. 2) i forbindelse med Lov om Social Service § 83 a.

Ved vurdering af behovet for et rehabiliteringsforløb efter Lov om Social Service § 83 a skal der fastsættes mål og tidsramme for forløbet. Tværgående Træningsteams fysio- og ergoterapeuter vurderer og aftaler mål og tidsramme samt beskriver en handlingsplan, som udføres i et samarbejde med leverandøren af ydelsen efter Lov om Social Service § 83 a – uanset om borgeren har valgt den kommunale eller en privat leverandør. Efter et rehabiliteringsforløb træffer Pleje & Sundhed Myndighed afgørelse om kompenserende hjælp eller hvis borgeren klarer opgaven selv giver borgeren afslag. Borgeren kan som led i rehabiliteringsforløbet samtidig også modtage genoptræning af Tranehavens fysio- og ergoterapeuter – enten individuelt eller på hold.

Relateret document 4/6

Dokument Navn: Politik for tilsyn med
hjemmehjælp 2016.doc

Dokument Titel: Politik for tilsyn med
hjemmehjælp 2016

Dokument ID: 1182009

Politik for tilsyn med hjemmehjælp

Lovgivning

Efter Lov om Social Service § 151, stk. 1 er kommune har pligt til at føre tilsyn med, at de kommunale opgaver efter §§ 83, 83 a og 86 løses i overensstemmelse med de afgørelser, kommunalbestyrelsen har truffet efter disse bestemmelser og i henhold til kommunalbestyrelsens vedtagne kvalitetsstandarder, jf. § 139.

Jf. Lov om Social Service § 151c, stk. 1 skal Kommunalbestyrelsen udarbejde og offentliggøre en tilsynspolitik for tilbud efter § 83, som er omfattet af reglerne om frit valg af leverandør efter § 91.

Formål

Med afsæt i lovgivningen og kommunens vedtagne serviceniveau skal tilsynet årligt påse:

- at de visiterede opgaver ydes i overensstemmelse med visitationsafgørelsen
- at hjælpen leveres med den krævede kvalitet
- at brugerne oplever god dialog og godt samarbejde med leverandørerne.

Dette gøres via et repræsentativt antal stikprøver

Tilsynsinstans

Pleje & Sundhed Myndighed gennemfører tilsynene og er ansvarlig for opfølgning, årlig afrapportering og udarbejdelse af eventuelle forslag til ændringer.

Metode

Hvert år gennemføres tilsyn med ydelserne hos hjemmeboende modtagere af hjemmehjælp. Tilsynene er fordelt forholdsmæssigt mellem leverandørerne og mellem de forskellige ydelsestyper (praktisk hjælp, personlig hjælp og pleje), således at den største leverandør har flest tilsyn. Mindste antal tilsyn hos en leverandør er 2. Er en leverandør ny-opstartet i kalenderåret afholdes der først tilsyn i det følgende kalenderår.

Tilsynene gennemføres af en visitator ved et besøg i hjemmet i sammenhæng med Pleje & Sundhed Myndigheds revurdering af brugerens hjemmehjælp.

Tilsynet med praktisk hjælp og personlig pleje hos hjemmeboende borgere fokuserer overordnet set på den leverede hjælp herunder på de leverede ydelser sammenholdt med den visiterede hjælp. Tilsynet hviler på såvel brugers synspunkter og vurdering, en dialog med visitator om de aftalte ydelser og kvaliteten af den leverede hjælp samt en samlet vurdering fra visitators side.

Den enkelte brugers synspunkter og vurdering afdækkes gennem et interview, hvor der benyttes en interviewguide. Er brugeren ikke i stand til at medvirke interviewes evt. tilstedeværende pårørende i stedet.

Spørgsmålene tager udgangspunkt i brugerens oplevelser med hjemmehjælpen såsom: Har brugeren en gennemgående fast hjælper, og hvor afgørende er det for brugeren at have en fast hjælper? Er der forskelle på dag, aften og nat når det drejer sig om den personlige hjælp og pleje? Har brugeren kendskab til mulighederne i fleksibel hjemmehjælp og benytter vedkommende tilbuddet? Har brugeren været ude for at leverandøren har aflyst hjælpen, og er der i sådanne tilfælde givet erstatningstilbud m.v.?

Brugeren har også mulighed for generelt at komme med evt. bemærkninger vedrørende hjælpen og leverandøren.

Interviewdelen afsluttes med, at brugeren vurderer sin tilfredshed med den praktiske hjælp, den personlige hjælp og indkøbsordning. Tilfredsheden placeres på en skala "meget tilfreds", "tilfreds" eller "mindre tilfreds".

Efter endt interview taler bruger og visitor sammen om hvilke ydelser, der er visiteret, og visitor vurderer ud fra samtalen, interviewet og egne observationer i hjemmet om det er sandsynligt, at hjælpen leveres med den krævede kvalitet, omfang og hyppighed.

Eventuelle bemærkninger og anbefalinger til hjemmehjælpsleverandøren noteres.

Visitors samlede vurdering af den praktiske hjælp og den personlig hjælp udtrykkes afslutningsvis i "meget tilfreds", "tilfreds" eller "mindre tilfreds".

Opfølgning

Kommunens leverandører får efterfølgende, ved det årlige opfølgningsmøde, som holdes med Pleje & Sundhed Myndighed, udleveret resultaterne af de stikprøver, der er foretaget hos leverandørens brugere, til orientering. I de tilfælde hvor visitor ved tilsynsbesøget finder, at der er forhold, som skal ændres her og nu tages øjeblikkelig kontakt til leverandøren.

Afreportering

Resultatet af de gennemførte tilsyn afreporteres én gang årligt til Socialudvalget i forbindelse med kvartalsreporteringen. I tilknytning til Socialudvalgets behandling af årsberetningen, drøftes afreporteringen ligeledes på et møde i kommunens Seniorråd og Handicapråd.

Offentliggørelse

Tilsynspolitikken offentliggøres på kommunens hjemmeside, ligesom der også er adgang til at læse årsberetningen for tilsyn på pleje- og sundhedsområdet på hjemmesiden.

Opfølgning på tilsynspolitikken

Opfølgning på tilsynspolitikken sker hvert år sammen med den årlige behandling af kvalitetsstandard for praktisk og personlig hjælp og pleje i hjemmet.

Relateret document 5/6

Dokument Navn:	Ydelsesbeskrivelse Rehab. praktisk og Rehab. personlig.docx
Dokument Titel:	Ydelsesbeskrivelse Rehab. praktisk og Rehab. personlig
Dokument ID:	1181889

Ydelsesbeskrivelse for Rehab. personlig og Rehab. praktisk – del af ydelseskataloget for:

Praktisk og personlig hjælp og pleje i hjemmet og i plejeboliger med hjemmehjælp efter Lov om Social Service

0.3.0.1. Rehab.personlig

0.3.0.2. Rehab.praktisk

Lovhjemmel	Lov om Social Service § 83a
Formål	Formålet med en træningspakke er, at borgerens hjemmeplejeydelse suppleres, således at borgeren ved målrettet og tidsbegrænset rehabiliteringsindsats opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulige funktionsevne – bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, psykisk og socialt. Indsatsen skal rettes imod borgerens funktionsevnenedsættelse(r), dvs. problemer i kroppens funktioner eller anatomi, samt begrænsninger i evnen til at udføre og deltage i hverdagsaktiviteter, så borgeren kan opnå et selvstændigt og meningsfuldt liv med størst mulig selvhjulpenhed. Indsatsen tager udgangspunkt i de forudsætninger, borgeren har i relation til alder, sygdom og / eller skade samt i de mål, der er aftalt med borgeren. Formålet er også at mindske eller udsætte borgerens behov for støtte fra kommunal og / eller privat leverandør.
Kvalitetsmål	At borgeren oplever et selvstændigt og meningsfuldt liv, hvor borgeren i størst muligt omfang kan udføre de daglige aktiviteter i hjemmet og opretholde sine sociale kontakter og aktiviteter.
Hvem bevilger?	Visitationen i Pleje & Sundhed

Tildelingskriterier	Borgere, som er berettiget til ydelser efter Lov om Social Service § 83. Borgere, som vurderes at kunne blive selvstændige, tæt på selvstændige eller opnå væsentlige funktionsforbedringer inden for en tidsbegrænset træningsperiode. Borgere, som vurderes at være i risiko for at miste funktionsevne, hvor en tidsbegrænset træningsperiode forventes at kunne fastholde funktionsevnen og udskyde funktionstab. Borgere skal være vurderet af en fysio- eller ergoterapeut fra Tværgående Træningsteam før Træningspakken kan igangsættes.
Afgrænsning	Træningspakken gives på baggrund af et konkret mål relateret til en konkret visiteret ydelse. Træningspakken gives i en tidsbegrænset periode og supplerer en konkret ydelse efter Lov om Social Service § 83.
Omfang og opgaveløsning	Træningspakken knyttes til en konkret visiteret ydelse, hvor der aftales et konkret mål for at forbedre eller forhindre fald i funktionsevne. Målet aftales mellem borgeren, hjemmehjælpsleverandøren og Tværgående Træningsteam. Træningspakken ydes for at hjælpen kan gives med størst muligt aktiverende sigte, hvor borgeren deltager i udførelsen af ydelsen i videst muligt omfang. Træningspakken kan indeholde: Vejledning / supervisering for målrettet at forbedre / vedligeholde borgerens aktiviteter ved at inddrage borgeren aktivt i udførelsen / få borgeren til igen at udføre aktiviteten. Det kan f.eks. være badning, påklædning, toiletbesøg, vaske op, anretning af mad, tøjvask, støvsugning, aftørring af støv.

	Vejledning og supervisering for målrettet at forbedre / vedligeholde borgerens styrke, balance, kondition og / eller funktionsniveau. Det kan f.eks. være trappetræning, styrkeøvelser.
Særlige forhold	Træningspakken kan suppleres med ydelser fra Tværgående Træningsteam og / eller ydelser i Tranehavens regi. Træningspakken kan understøttes af vurdering af behov for eller vejledning i brug af hjælpemidler og / eller boligindretninger. Hvis det er muligt og relevant kan pårørende inddrages til at støtte borgeren i at vedligeholde og udvikle borgerens funktions- og aktivitetsniveau.
Revideret Dato og år	29.8.2016
Godkendt af Kommunalbestyrelsen Dato og år	

Relateret document 6/6

Dokument Navn:	Høringssvar fra Handicaprådet vedrørende kvalitetsstandard for praktisk hjælp mv.doc
Dokument Titel:	Høringssvar fra Handicaprådet
Dokument ID:	1244534

Handicaprådets svar på høring af Kvalitetsstandard 2016 for praktisk hjælp og pleje m.m. samt politik for tilsyn

Handicaprådet har på sit møde mandag den 20. juni 2016 som punkt 6 på dagsordenen modtaget "Høring af Kvalitetsstandard 2016 for praktisk hjælp og pleje m.m. samt politik for tilsyn".

Nedenstående høringssvar afgives på baggrund af det på mødet fremlagte og de 6 bilag der var fremsendt til rådet:

- Kvalitetsstandard - Rehabilitering, genoptræning, forebyggende og vedl.træning – Gældende 2016
- Kvalitetsstandard Praktisk og personlig hjælp og pleje i hjemmet og i plejeboliger – Gældende 2016
- Overordnet kvalitetsstandard for pleje- og sundhedsområdet - Gældende for 2016
- Politik for tilsyn med hjemmehjælp 2016
- Ydelsesbeskrivelse Rehab. praktisk og Rehab. personlig
- Notat om høring af Kvalitetsstandard 2016 for praktisk hjælp og pleje mv.

Handicaprådet er overordnet enig i den præsenterede politik og den reviderede kvalitetsstandard og finder den nye ydelsesbeskrivelse relevant.

Der er dog et klart ønske om skærpelse af udvalgte formuleringer.

Vedrørende vederlagsfri fysioterapi i standarden for rehabilitering bør det fremgå tydeligere, at der er frit valg for borgeren mellem Tranehavens tilbud om fysioterapi og fysioterapi fra privat praksis.

Vedrørende standarden for praktisk hjælp bemærkes, at det af kvalitetsstandarden bør fremgå, at det lovgivningsmæssigt er sådan, at kommunalbestyrelsen yder en særlig indsats for voksne med handicap jf. Serviceloven § 81. Dette bør fremhæves tydeligere for at sikre mere klarhed og retvisende information til både borgere og medarbejdere. Det bør overvejes, om forholdet skal præciseres ved et tillæg til kvalitetsstandarden i forhold til voksne borgere med fysiske handicap. Det blev understreget, at der er udfordringer i, at der visiteres efter det gældende ydelseskatalog - derfor bør det fremgå tydeligt, hvilken sammenhæng der er mellem § 81, § 83 og § 84.

På Handicaprådets vegne

Hans Rasmussen
Formand - Handicaprådet Gentofte kommune
Bakkedal 12
2900 Hellerup

Tlf.: 39 65 70 35 / 40 46 41 52
E-mail: formanden@dh-gentofte.dk

Dokument Navn:	Notat om ulighed i sundhed.docx
Dokument Titel:	Notat om ulighed i sundhed
Dokument ID:	1242340
Placering:	Emnesager/Temapunkt til Socialudvalget om social ulighed i sundhed, august 2016/Dokumenter
Dagsordens titel	Social ulighed i sundhed
Dagsordenspunkt nr	2
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	2

Internt notat

Behandling

Socialudvalget d. 10. august 2016 - temapunkt

Social ulighed i sundhed

Indledning

Den sociale ulighed i sundhed har igennem de sidste 20 år været stigende*. Sundhedsrisici og sygdomme er skævt fordelt i samfundet. Det betyder, at der er borgere, der ikke har samme muligheder som andre for at leve et sundt og langt liv med mange gode leveår.

Social ulighed i sundhed beskriver det faktum, at der er systematiske forskelle i sundhedstilstanden mellem borgere i samfundet alt efter socioøkonomiske forhold, så som uddannelse, indkomst og arbejdsforhold. At forskellene er systematiske vil sige, at forskellen eksisterer over tid, uanset hvilke individer de påvirker

Der er udover individuelle konsekvenser for den enkelte borger også samfundsmæssige konsekvenser ved social ulighed i samfundet. Der er borgere, der ikke kan indgå i arbejdsstyrken, og ulighed i sundhed koster penge i form af udgifter til eksempelvis førtidspension, sygedagpenge og ikke mindst behandling samt omsorgs- og plejeydelser eksempelvis til de kronisk syge.

Dette notat har til formål at give et overblik over begrebet social ulighed i sundhed; hvad betyder det, og hvilke faktorer har indflydelse på den sociale ulighed i sundhed. Sidst præsenteres en række socioøkonomiske data for Gentofte Kommunes borgere.

1. Hvad er 'social ulighed i sundhed'

Den sociale ulighed i sundhed kommer ifølge Sundhedsstyrelsen til udtryk på to måder:

1. Som en gradvis ulighed i den brede befolkning – kaldet den sociale gradient i sundhed. Det betyder, at udsathed for sundhedsrisici og sygdom i befolkningen stiger i takt med, at den sociale position falder. Nogle af de faktorer, der har betydning for den sociale gradient i sundhed, er uddannelseslængde, indkomst, beskæftigelses- og boligforhold samt etnicitet.
2. Som ulighed i forhold til de socialt udsatte grupper, der ikke formår at benytte de forebyggende indsatser, eksempelvis mennesker med misbrug, hjemløse, mennesker med udviklingshæmning og prostituerede. For disse grupper er der tale om, at deres udsathed for sundhedsrisici og sygdom er markant højere end for nogle andre befolkningsgrupper – det kaldes også social dikotomi.

Både den sociale gradient og de socialt udsatte er udtryk for social ulighed i sundhed. Samtidig er der grund til at skelne mellem de to udtryk, da årsagsmekanismer og dermed indsatser er forskellige.

* Sundhedsstyrelsen, 'Ulighed i sundhed – årsager og indsatser', 2011. Sundhedsstyrelsen og Københavns Universitet har gennemført en række analyser af årsager og indsatser mod social ulighed i sundhed efter opfordring fra WHO. Dette har resulteret i blandt andet ovenstående rapport samt materiale med indhold målrettet kommuner og regioner. Dette notat har gjort brug af rapporten samt materialet til kommuner.

Indsatser mod den sociale gradient vil ofte omfatte de mange mennesker og have fokus på forebyggelse og den tidlige indsats. Det drejer sig ofte om universelle forebyggelsesindsatser, hvor effekten vil afspejle sig i middellevetiden.

Den sociale gradient af konsekvenserne ved at blive syg er også ulig. Der er eksempelvis sociale forskelle i brugen af social- og sundhedstilbud eller de muligheder, der er for at vende tilbage til arbejdet trods nedsat funktionsevne. Samtidig opleves en social ulighed i kroniske og langvarige sygdomme. Indsatserne for at nedbringe den sociale ulighed ved konsekvenserne af at blive syg er mere målrettet den enkelte borger.

For de socialt udsatte grupper handler det i højere grad om behandling og rehabilitering, ikke mindst for de psykisk syge, og hvor en skræddersyet indsats kan have betydning for den enkeltes sundhed og trivsel.

Konsekvenser

Den sociale ulighed i sundhed har ifølge Sundhedsstyrelsen været stigende og har konsekvenser for den enkelte borgers mulighed for at leve det liv, som værdsættes. Sygdom har også samfundsmæssig betydning. Det påvirker den enkelte familie, det påvirker lokalsamfundet, udfordrer medborgerskabet og har en økonomisk betydning.

Den sociale ulighed i sundhed er økonomisk dyrt for samfundet, hvis en større gruppe af borgere har så dårligt et helbred, at de ikke kan bidrage til produktionen og samfundsudviklingen.

Undersøgelser fra Sundhedsstyrelsen viser, at sandsynligheden for ikke at være tilknyttet arbejdsmarkedet grundet diabetes, hjertesygdomme og depression stiger systematisk med faldende uddannelsesniveau.

Endvidere viser undersøgelser, at den markante udsathed for sundhedsrisici og sygdom i forhold til visse udsatte grupper i samfundet har stor indflydelse på leveår, eksempelvis:

- Mennesker med en psykisk sygdom lever 15-20 år kortere end gennemsnittet
- Mennesker med en udviklingshæmning lever 20 år kortere end gennemsnittet.

En højere lighed i sundhed vil gavne samfundet. En højere lighed i sundhed vil medføre, at en større andel af borgerne kan indgå i arbejdsstyrken og tage et job. Samtidig vil der være færre, der har behov for ydelser til behandling, rehabilitering, genoptræning, støtte og pleje samt sociale tilbud og ydelser. Middellevetiden vil stige, hvis den sociale ulighed i dødelighed mindskes.

2. Faktorer for ulighed i sundhed

Erfaringer tyder på, at indsatser kan reducere den sociale ulighed i sundhed, hvorfor det er væsentlig at have blik for de forhold, der påvirker borgernes sundhed.

Sociale forhold - allerede grundlagt fra fosterstadiet og den tidlige barndom - påvirker den enkeltes helbredsmuligheder senere i livet. Den sociale ulighed har indflydelse på hvilke risikofaktorer og sygdomme, børn såvel som voksne udsættes for, og sidst er der som nævnt social ulighed i de konsekvenser, det har for de borgere, der rammes

af sygdom eksempelvis ift. vejen igennem behandlingssystemet eller muligheden for at fastholde sit arbejde.

Sundhedsstyrelsen peger på 8 faktorer, der har indflydelse på social ulighed i sundhed:

- Børns tidlige udvikling herunder svangre omsorg og spædbarnsudvikling
- Skolegang og ungdomsuddannelse
- Sundhedsadfærd
- Arbejdsmiljø
- Nærmiljø
- Borgere uden for arbejdsmarkedet
- Social udsathed
- Ulighed i brug af sundhedsydelser.

De 8 faktorer viser, at de forskellige faktorer kan knyttes til forskellige faser i livet, og at den sociale ulighed i sundhed skal vurderes i et helt livsforløb.

De 8 faktorer viser samtidig, at indsatser ikke kan adresseres alene til sundhedsområdet. Det vil være nødvendigt at arbejde både tværfagligt og på tværs af opgaveområder. Alle dele af en kommunes opgaveområder har betydning for borgernes sundhed som sundhedspleje, folkeskole, ungdomsuddannelse, beskæftigelse, ældre, nærområder og socialt udsatte. Kommunerne kan ikke løse udfordringerne med at reducere den sociale ulighed i sundhed alene. Der er også behov for indsatser fra det regionale og nationale niveau. Og der vil være behov for samarbejde på tværs af sektorerne, hvis der skal arbejdes med at nedbringe den sociale ulighed i sundhed.

Netop tværfaglige indsatser og indsatser i andre opgaveområder og sektorer har vist sig effektive i forhold til at løfte den socialt udsatte gruppes helbredstilstand.

Her er det især fleksible rammer, en høj grad af tilgængelighed samt den høje prioritering af relationsarbejdet og dét at yde støtte til socialt udsatte, der bliver fremhævet som fremmende faktorer for indsatsens implementering og positive virkning på udsatte borgers helbred[†].

I tilgangen med indsatserne for social ulighed i sundhed arbejdes der med både med de traditionelle KRAM faktorer; kost, rygning, alkohol og motion og med et supplerende sæt KRAM-faktorer – de såkaldte KRAM 2-faktorer. KRAM 2 omhandler kompetencer, relationer, accept og mestring. De faktorer knytter sig til menneskets betingelser for at håndtere livet og dets udfordringer og handler derfor overordnet om at give borgere viden, redskaber, motivation og handlemuligheder for bedre at kunne mestre tilværelsen.

3. Ulighed i sundhed; omfang, demografi og sociale forhold

Sundhed og sygelighed er som beskrevet ovenfor ikke fordelt hverken jævnt eller tilfældigt mellem kommuner. I sammenligninger mellem kommuner er der derfor en lang række sociale og demografiske forhold, der er medvirkende til at forklare

[†] Projektevaluering fra bl.a. KORA, Det nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning viser, at det er muligt ved en målrettet og opsøgende indsats i kommunerne.

forskelle mellem kommunerne. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed inddeler i den regionale sundhedsprofil kommunerne i kommunesocialgrupper ud fra demografiske forhold; alder, samlivsstatus og etnisk baggrund samt sociale forhold; uddannelse, erhvervstilknytning og bruttoindkomst. Gentofte Kommune er i de udarbejdede sundhedsprofiler i kommunesocialgruppe 1, som er den gruppe af kommuner i Region Hovedstaden, hvis borgere gennemsnitlig er bedst socialt stillede.

Uddannelsesniveau: Den nationale sundhedsprofil fra 2013 viser en tydelig sammenhæng mellem opnået uddannelsesniveau og sund livsstil. Ifølge undersøgelsen er der en klar sammenhæng mellem svarpersonernes fysiske helbred og deres uddannelse. Blandt dem, der har en grundskole som højeste gennemførte uddannelsesniveau, er det 26 procent, der har et fysisk dårligt helbred. Tilsvarende er det ca. 4 procent af de adspurgte med en længerevarende uddannelse. Gentofte Kommune er ifølge Region Hovedstadens sundhedsprofil for region og kommuner fra 2013 den kommune i regionen der har flest indbyggere med en lang videregående uddannelse (25% af borgeren i Gentofte Kommune har en lang videregående uddannelse). Omvendt er Gentofte Kommune blandt de kommuner med færreste borgere, der har grundskole eller en gymnasial uddannelse som højeste uddannelsesniveau. 21% af borgerne i Gentofte Kommune har ikke uddannet sig efter grundskolen eller gymnasiet.

Erhvervstilknytning: Af den nationale sundhedsprofil for 2013 fremgår det, at de højeste forekomster af personer med dårligt fysisk og mentalt helbred ses blandt personer, der er udenfor arbejdsmarkedet (arbejdsløse, førtidspensionister og andre udenfor arbejdsmarkedet), hvor mere end hver tredje har dårligt fysisk og/eller mentalt helbred. Til sammenligning er det kun godt 4% af de beskæftigede, der har dårligt fysisk helbred og godt 7%, der har dårligt mentalt helbred. I Region Hovedstadens sundhedsprofil er andelen af borgere under 65 år uden tilknytning til arbejdsmarkedet opgjort på kommuneniveau, og af opgørelsen fremgår det, at Gentofte Kommune er blandt de kommuner med færrest borgere under 65 uden tilknytning til arbejdsmarkedet (7%) mod 12% for regionen som helhed.

Indkomst: I Region Hovedstadens Sundhedsprofil er der i sammenligning af kommuner i regionen set på gennemsnittet af de seneste 5 årsbruttoindkomst per voksen i husstanden. Ud fra den indkomstdefinition er Gentofte Kommune den kommune i regionen, der har den højeste gennemsnitlige årlige indkomst per husstand. Det samme resultat får vi, når vi kigger på den disponible indkomst (det beløb, en person har tilbage til forbrug eller opsparing efter betaling af direkte skatter, arbejdsmarkedsbidrag, underholdsbidrag og renteudgifter), hvor borgeren i Gentofte Kommune har den højeste gennemsnitlige disponible indkomst i landet som helhed. Men gennemsnittet dækker over en betydelig variation. De 25 % med de højeste indkomster i Gentofte Kommune har mere end dobbelt så høje indkomster som den tilsvarende gruppe på landsplan. Men ser vi på de 25% med de laveste indkomster har de kun marginalt højere indkomster en den tilsvarende gruppe på landsplan.

I Gentofte Kommune er der 1.537 borgere, der modtager førtidspension, ressourceforløb eller fleksjob, 725 dagpengemodtagere og 766, der modtager kontanthjælp. Ifølge Sundhedsstyrelsen er der en klar sammenhæng mellem arbejdsløshed og dårligt helbred, særligt psykiske lidelser. Den stærke sammenhæng skyldes, at dårligt helbred øger risikoen for arbejdsløshed, og langvarig arbejdsløshed øger risikoen for en række negative helbredskonsekvenser, især depression. Sammenhængen ses mest tydeligt hos de kortuddannede. Med den viden in mente er det oplagt at være opmærksomme på de borgere, der modtager overførselsindkomster.

Derudover er der en gruppe af borgere for hvem, der er en markant udsathed i forhold til sundhedsrisici og sygdom sammenlignet med andre grupper i samfundet. I den gruppe er følgende repræsenteret:

▪ Borgere i ambulant misbrugsbehandling:	132
▪ Borgere i ambulant alkoholbehandling:	196
▪ Borgere i socialpsykiatriske tilbud:	180
▪ Borgere i tilbud for udviklingshæmmede:	193
▪ Borgere på særlige ældretilbud (Egebjerg)	52

Endvidere er der de udsatte børn og unge.

4. Afrunding

Både borgernes sundhed og den sociale ulighed i sundhed og sygdom påvirkes af de tilbud og rammer, som er tilgængelige for borgerne. Samtidig er der forskelle i, hvordan borgerne gør brug af de tilbud og udnytter de givne rammer, og sidst er menneskets betingelser for at håndtere livet og dets udfordringer forskellige.

Det er afgørende for indsatsen for at begrænse ulighed i sundhed at have et helhedsperspektiv, og hvor sundhedssektorens indsatser ikke kan stå alene. De 8 faktorer viser, at den sociale ulighed skal vurderes i et livsløbsperspektiv. Derfor har alle dele af en kommunes indsatser betydning for borgernes sundhed, og der er behov for, at der arbejdes tværfagligt mellem forskellige opgaveområder.

Sidst kan kommunerne ikke løses udfordringen med at reducere den sociale ulighed alene. Der kræver også regionale og nationale initiativer, og der er behov for et tværsektorielt samarbejde eksempelvis i samarbejdet med regionerne.

Relateret document 2/2

Dokument Navn:	Indsatser i GK social ulighed i sundhed.docx
Dokument Titel:	Indsatser i GK social ulighed i sundhed
Dokument ID:	1242342

Eksempler på indsatser i Gentofte Kommune

Gentofte Kommune har udover lovpligtige initiativer samt landdækkende indsatser og kampagner en række indsatser, som er generelle og for alle, og som har indflydelse på at imødegå social ulighed i sundhed. Endvidere er der den patientrettede forebyggelsesindsats, og sidst er der der er særlige indsatser målrettet de socialt udsatte grupper i Gentofte Kommune.

Nedenfor opridses udvalgte eksempler på konkrete indsatser i Gentofte Kommune, der skal bidrage til forebygger eller imødegår konsekvenser af social ulighed i sundhed – listen er således ikke udtømmende.

De borgerrettede indsatser kan være tilbud som borgerne selv opsøger, tilbud som kommunen tilbyder borgere man er i kontakt med eller lægehenviste tilbud.

Insatser med fokus på social ulighed i sundhed

- **Forebyggende hjemmebesøg**
Formålet er at styrke borgerens egne ressourcer og handlekompetencer med henblik på at mestre tilværelsen og bevare borgerens ønskede funktionsniveau længst muligt. Formålet er også tidligt at opspore borgere, som er i risiko for eller har et nedadgående funktionsniveau fysisk, psykisk eller socialt. Hjemmebesøgene suppleres med mere "eventprægede" initiativer eksempelvis temadage for mænd.
- **Rygestop**
Der tilbydes både individuelle forløb, gruppebaserede forløb, særlige forløb for socialt udsatte samt lokale kurser eksempelvis i socialt belastede boligområder.
- **Sundhed for Seniorer**
Formålet med programmet er at styrke den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats for seniorer og pensionister. Tilbuddet omfatter blandt andet motion, fysiske aktiviteter, træning og klubber. Der er i vid udstrækning mulighed for tilpassede individuelle forløb.
- **Motionsrådgivning**
Individuel rådgivning til borgere, der ikke er vant til at dyrke motion.
- **Nærgymnastik**
Nærgymnastik er et motionstilbud til borgere med nedsat mobilitet, hvor der tages individuelle hensyn. Undervisningen foregår flere steder i kommunen i dagtimerne.
- **Alkohol**
Inden for rammen "Kort intervention målrettet borgere med et symptomgivende overforbrug af alkohol". Symptomerne kan være psykisk, fysisk eller socialt. Der er tale om individuelle forløb, hvoraf mange er til socialt udsatte.
- **Sundhedscoaching**
Lægehenvist tilbud til borgere med en symptomgivende overvægt. Symptomerne kan være psykisk, fysisk eller socialt. Tilbuddet omfatter individuelt tilpasset motion, diætistforløb samt sundhedscoaching inkl. stressreduktion og fokus på søvnkvalitet.
- **Forløbsprogram for borgere med Type II Diabetes**
Forløbene har fokus på mestring. For multikronikere og borgere, der ikke får udbytte af deltagelse,



iværksættes individuelt tilpassede forløb.

- Patientuddannelser
Der udbydes ”Lær at tackle kronisk sygdom”, ”Lær at tackle kroniske smerter”, ”Lær at tackle angst og depression” og ”Lær at tackle job og sygdom”.
- Specielle tilbud for borgere
Det kan være tilbud som ”Intensiv træning til borgere med nydiagnosticeret demens” og forsøgsprojektet ”Diætetisk vejledning til borgere og sundhedspersonale”. Her er målgruppen udsatte borgere, der på grund af sygdom eller svækkelse er i risiko for alvorlig underernæring.
- Sund Integration og Medborgerskab
Projekt *Sund Integration og Medborgerskab* er for kommunens unge mandlige flygtninge mellem 17 og 30 år og har til formål at give de unge mænd de bedst mulige betingelser for en vellykket integration i lokalsamfundet. Projektet indebærer sund madlavning på budget, samtalegrupper, hjælp til hverdagsudfordringer samt introduktion til den etablerede foreningsidræt. Det forløber forår/sommer 2016 og forventes evalueret ultimo september af Forebyggelse og Sundhedsfremme.

Indsatser særligt målrettet socialt udsatte borgere

Der er en række indsatser i Gentofte Kommune, som særligt er rettet mod udsatte borgere, både indsatser som er mere systematisk indarbejdet i praksis og initiativer, som er mere event eller projektorienteret.

Eksempler på indsatser, der er systematisk indarbejdet, er følgende:

- Det dobbelte KRAM
Sundhedsfremme i hverdagspædagogikken - Det dobbelte KRAM: Personale i Social & Handicap Drift og i Sociale institutioner og familiepleje har deltaget i en kursusrække og temadage om det dobbelte KRAM. Sundhedsfremmeinitiativer med det dobbelte KRAM i fokus anvendes i stor udstrækning på institutioner og tilbud.
- Rehabilitering
Rehabiliteringsuddannelse v/Metropol og eget regi: 200 medarbejdere i Social- & Handicap og Jobcenteret har deltaget i rehabiliteringsuddannelsen. Uddannelsen har dannet grundlag for et paradigmeskifte på området fra kompensation til rehabilitering med et udgangspunkt i borgerens ressourcer, netværk og relationer.
- Sundhed er tema i en række politikker
Sundhed indgår som tema i både Handicappolitikken, Socialpsykiatriplanen og i udviklingsaftaler på de sociale tilbud. Det betyder, at der fortløbende arbejdes med afprøvning af nye sundhedstiltag for socialt udsatte borgere.
- Sundhedscenter Hvide Hus
Sundhedscenter Hvide Hus er etableret i 2016 med en partnerskabsaftale ml. Diakonissestiftelsen og Gentofte Kommune. Sundhedscenteret leverer gruppeydelse med sundhedsfokus for borgere, der er tilknyttet Socialpsykiatrisk Center eller Dagcenteret Hvide Hus.
- Kostpolitik
Alle bo- og dagtilbud har en lokalt udmøntet kostpolitik med afsæt i Gentofte Kommunes overordnede mad- og måltidspolitik. Kostpolitikken understøtter det sunde valg i hverdagen for



borgerne i tilbuddene.

- **Medicinpædagogik**
Alle tilbud i socialpsykiatrien her deltaget i et projekt med fælles undervisning af medarbejdere og brugere i medicinpædagogik. Medicinpædagogik understøtter den enkelte i mestring af egen sygdom ift. medicin. Metoden forankres i tilbuddene i 2016.

Eksempler på initiativer som events og projekter er følgende:

- **Sundhedsugen**
Sundhedsugen er netop afholdt for 2. gang og fremover afholdes årligt i uge 21. Sundhedsugen har til formål at informere borgere i udsatte boligområder og brugere af kommunens tilbud i socialpsykiatrien om de sundhedsfremmende tilbud Gentofte Kommune har. Ugen består af en række lokale events, hvor tilbuddene kommer til borgerne og informerer og demonstrerer deres ydelser.
- **Cykelløb på Bank Mikkelsens Vej**
I 2015 blev der afholdt et cykelløb på Bank Mikkelsens Vej for børn og voksne i bo- eller dagtilbud på området samt kommunens øvrige tilbud til børn og voksne med særlige behov. Initiativet blev finansieret af Handicappolitikken.
- **Lyset som indsats**
På Pilekrogen er der etableret særlig belysning og lyd i dele af fællesarealerne. Det er intentionen, at lys- og lydinterventionerne skal skabe et holistisk og dynamisk lys- og lydmiljø, der bl.a. inspirerer til øget ophold i fælles arealer. Projektet er finansieret af Velfærdsteknologipuljen og forventes afsluttet med en slutrapport september 2016.
- **Fysisk og mental aktiv i fællesskab (BMV 20-28)**
På Bank-Mikkelsens Vej 20-28 er der igangsat et projekt til understøttelse af fysisk og mental aktivitet for beboerne. Initiativet består dels af et interaktivt gulv med mere end 350 interaktive projektioner fordelt på 5 forskellige aktivitetstyper, og dels består initiativet af Musii, som er oppustelige puder, der kan spille musik og lyse, når man skubber til dem.
- **Apps**
Generelt i Social & Handicap Drift anvendes Apps som fx Panic Release, Mobile Fitness og Scan How som teknologier, der understøtter arbejdet ift. borgernes egen mestring af fysisk og mental sundhed.
- **Ansættelse af en rusmiddelkonsulent i en 2-årig projektperiode**
Fra 2015-2017 har Gentofte Kommune finansieret af midler fra Sundhedspolitikken ansat en rusmiddelkonsulent, som underviser og oplyser borgere og medarbejdere omkring sunde alkoholvaner og konsekvenserne ved brug af rusmidler. Konsulenten varetager rådgivende samtaler med borgere og pårørende til borgere med et overforbrug af enten alkohol eller stoffer.

Oversigt over socialpsykiatriske tilbud i Gentofte Kommune

Botilbud	Dagtilbud
▪ Pilekrogen; 16 pladser efter SEL § 108 ▪ Rose Mariehjemmet (selvejende); 15 botilbudspladser med støtte efter SEL § 85	▪ Socialpsykiatrisk center med støtte og forløb efter SEL § 85, støttekontaktperson (SKP) efter SEL § 99 og café efter SEL § 104



▪ Overførstergården (selvejende); 23 pladser efter SEL § 110 (herberg) ▪ Akuttilbud; drives af Lyngby-Taarbæk Kommune ▪ Gule og Hvide Hus (selvejende); 6 botilbudspladser i Gule Hus med støtte efter SEL § 85 og 7 værelser i Hvide Hus. Værelserne søges ved ledighed omlagt gradvist til midlertidige botrænings- og udredningspladser i h.t. SEL § 107.	▪ Sundhedscenter Hvide Hus med sundhedsforløb og klub efter SEL § 104 ▪ iGenbrug/NextJob med støtte efter SEL § 103 og Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats.
--	---

Herudover er der på Egebjerg tilbud til borgere, der har behov for en plejehjemsbolig, og som samtidig også har psykiatriske problematikker og/eller misbrugsproblemer. De trygge rammer har en positiv indflydelse på disse borgeres livsførelse og sundhed.

Dokument Navn:	Kommissorium for opgaveudvalg, Sundhed i Gentofte Kommune - borgerrettet behandling.docx
Dokument Titel:	Kommissorium for opgaveudvalg, Sundhed i Gentofte Kommune - borgerrettet behandling
Dokument ID:	1267569
Placering:	Emnesager/Kommissorium for opgaveudvalg - Det Nære Sundhedsvæsen i Gentofte Kommune/Dokumenter
Dagsordens titel	Godkendelse af kommissorium for opgaveudvalg Sundhed i Gentofte - Bogerrettet behandling
Dagsordenspunkt nr	3
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

Dette dokument blev genereret af  getorganized
for SharePoint



KOMMISSORIUM FOR OPGAVEUDVALG

SUNDHED I GENTOFTE

Borgerrettet Behandling

1. BAGGRUND OG FORMÅL

Gentofte Kommune har en vision for arbejdet med forebyggelse, rehabilitering og pleje – *vi vil et nært sundhedsvæsen, der på bedste måde understøtter borgernes mulighed for at forblive selvhjulpne, uafhængige af kommunal hjælp og leve et sundt liv.*

Gentofte Kommune har fokus på de enkelte sundhedsydelser for eksempel implementering af forløbsprogrammer, og der ønskes nu med dette opgaveudvalg, et bredere fokus på kommunes fremtidige rolle i sundhedsvæsenet.

Mange forhold har betydning for det fremtidige sundhedsvæsen. Den demografiske udvikling viser, at antallet af borgere mellem 65-84 år vil stige over de kommende år. Derudover vil der være et øget antal borgere, der lever længere med flere kroniske lidelser. Endvidere kommer der nye behandlingsformer og nye teknologiske løsninger, som medfører kortere indlæggelser på hospitalerne og mere behandlings- og plejekrævende borgere, når borgerne hjemsendes til videre behandling i det nære sundhedsvæsen i kommunen. Samtidig kan det på landsplan konstateres, at en større del af ressourcerne i sundhedsvæsenet anvendes til en mindre del af befolkningen. Endelig er der en forventning om, at ressourcerne i sundhedsvæsenet, herunder de kommunale udgifter, vil komme under stadigt stigende pres.

Opgaveudvalgets formål er via bred involvering at sætte fokus på den borgerrettede behandling i kommunen, og hvordan den skal udvikle sig.

'Sundhed i Gentofte – borgerrettet behandling' defineres som kommunens indsats for kronisk syge, indsatsen for at forebygge forværring af sygdom, forhindre komplikationer og tilbagefald, samt for rehabilitering, behandling og opfølgning efter udskrivelse.

Hovedaktørerne i det nære sundhedsvæsen er udover de syge borgere og deres familier, praktiserende læger og det kommunale sundhedsvæsen – blandt andet hjemmesygeplejen og Tranehaven. Andre væsentlige aktører er det specialiserede offentlige og private sundhedsvæsen. En tæt dialog og et godt samarbejde mellem aktørerne i sundhedsvæsenet er afgørende for at skabe optimal behandling og sammenhængende forløb for borgerne.



2. OPGAVEUDVALGETS OPGAVER

Gentofte Kommune sætter fokus på det nære, kommunale sundhedsvæsen ved:

- Et eksisterende opgaveudvalg, 'SUNDHED I GENTOFTE – borgerrettet forebyggelse', der arbejder med vision og målsætning for den generelle sundhedsfremme og den borgerrettede forebyggelse, hvor sigtet er at forebygge, at sygdom opstår.
- Et nyt opgaveudvalg, 'SUNDHED I GENTOFTE – borgerrettet behandling' skal arbejde med vision og målsætning samt sætte retning og rammer for udvikling af den tidlige indsats for kronisk syge, indsatsen for at forebygge forværring af sygdom, forhindre komplikationer og tilbagefald samt for rehabilitering, behandling og opfølgning efter udskrivelse fra hospital.

'Borgerrettet behandling' skal indeholde vision og målsætninger for kommunes rolle i det nære sundhedsvæsen. Opgaveudvalget skal i forhold til fremtidens nære sundhedsvæsen arbejde med en række temaer:

- Sammenhængende forløb for borgerne
- Tilgængelighed til sundhedstilbud for borgerne
- Kommunikation til borgerne
- Egenomsorg og mestring
- Teknologiske og digitale løsninger

Gentofte Kommune indgår i projekter sammen med andre kommuner om udvikling af nye samarbejdsformer på det somatiske område, og har blandt andet indsendt en frikommune ansøgning sammen med Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal kommuner, hvor der er fokus på nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde med særligt fokus på nye tværsektorielle samarbejdsformer omkring borgere og patienter på akutområdet. Som partner i netværket indgår også Region Hovedstaden med Herlev-Gentofte Hospital, samt i muligt omfang de øvrige fem kommuner i planområde Midt. Frikommuneansøgningen og andre samarbejdsprojekter er væsentlige indspil til styrkelse af det nære sundhedsvæsen, og der skal derfor sikres overførsel af relevant viden mellem initiativerne i samarbejdsprojekterne og opgaveudvalgets arbejde.

3. SAMMENSÆTNING AF OPGAVEUDVALGET

Opgaveudvalget nedsættes af Kommunalbestyrelsen under Socialudvalget i henhold til § 17, stk. 4, i lov om kommunernes styrelse.

Opgaveudvalget består af følgende medlemmer:

- 5 medlemmer fra Kommunalbestyrelsen
- 10 borgere fordelt således:



- 2 medlemmer med erfaringsbaseret kendskab til det at være pårørende til en borger der lider af en eller flere kroniske sygdomme med længerevarende kontakt til sundhedsvæsenet (både det specialiserede og det nære). Mindst ét af medlemmerne skal være erhvervsaktiv.
- 2 medlemmer der er borgere og som har erfaringsbaseret kendskab til det at have en eller flere kroniske sygdomme med længerevarende kontakt til sundhedsvæsenet. Mindst én af medlemmerne skal være erhvervsaktiv.
- 1 medlem med solid sundhedøkonomisk indsigt.
- 1 medlem med erfaringsbaseret kendskab til den praktiserende læges rolle og opgaver i det nære sundhedsvæsen og interesse for samspillet mellem kommune og almen praksis.
- 1 medlem med særlig interesse for og indgående kendskab til folkesundhedsvidenskab i særdeleshed i forhold til det nære sundhedsvæsens organisering og virkemåde.
- 1 medlem med særlig interesse for og viden om nye måder at levere kommunale velfærdsydelser på sundhedsområdet.
- 1 medlem med solid erfaring fra erhvervslivet og interesse for fastholdelse af kronisk syge på arbejdsmarkedet.
- 1 medlem med særlig indsigt i det gode liv f.eks. ud fra et etisk, moralsk eller filosofisk perspektiv.

Kommunalbestyrelsen udpeger formand/næstformand for opgaveudvalget.

Der vil være behov for at inddrage særlige kompetencer i arbejdet, som ikke er repræsenteret i opgaveudvalget, blandt andet kompetencer omkring rehabilitering. Det kan for eksempel ske i arbejdsgrupper, workshops mv.

Sekretariatsbetjening af opgaveudvalget koordineres af direktøren for Social & Sundhed.

4. OPGAVEUDVALGETS ARBEJDSFORM

Opgaveudvalget tilrettelægger selv sin arbejdsform. Formandskabet sikrer sammenhæng i politikudviklingen til de øvrige opgaveudvalg med borgerdeltagelse og til de stående udvalgs arbejder.

Opgaveudvalget skal arbejde inddragende og derigennem sikre, at de nødvendige kompetencer og relevante synsvinkler indgår i udarbejdelsen af opgaveudvalgets forslag til vision og målsætninger for Gentofte kommunes rolle i det nære sundhedsvæsen. Der lægges særlig vægt på inddragelse af brugerne af det nære sundhedsvæsen. Opgaveudvalget kan i sit arbejde nedsætte arbejdsgrupper. I arbejdsgrupperne vil der kunne inddrages yderligere relevante interessenter. Opgaveudvalget kan endvidere inddrage yderligere interessenter og personer med særlig viden eksempelvis gennem afholdelse af workshops, offentlige møder m.v.



5. TIDSPLAN

Opgaveudvalgets arbejde påbegyndes i december 2016 og afsluttes august 2017.

Socialudvalget orienteres løbene på dets møder om opgaveudvalgets arbejde.

- På Socialudvalgets møde i februar 2017 fremlægges opsummering af de hidtidige aktiviteter.
- På Socialudvalgets møde i maj 2017 fremlægges delkonklusioner på opgaveudvalgets arbejde.
- På Socialudvalgets og Kommunalbestyrelsens møde i august 2017 fremlægges konklusioner på opgaveudvalgets arbejde.

6. ØKONOMI

Udgifter i forbindelse med opgaveudvalgets arbejde afholdes inden for eksisterende budget.

Hvis forslag fra opgaveudvalget er forbundet med udgifter, der ikke kan finansieres inden for eksisterende budget vil stillingtagen ske i forbindelse med forhandling om og vedtagelse af kommende års budget.

Dokument Navn:	Kvartalsrapport, 2. kvartal 2016.docx
Dokument Titel:	Kvartalsrapport, 2. kvartal 2016
Dokument ID:	1242378
Placering:	Emnesager/Kvartalsrapport til Socialudvalget, 2. kvartal 2016/Dokumenter
Dagsordens titel	Kvartalsrapport til Socialudvalget, 2. kvartal 2016
Dagsordenspunkt nr	4
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	4

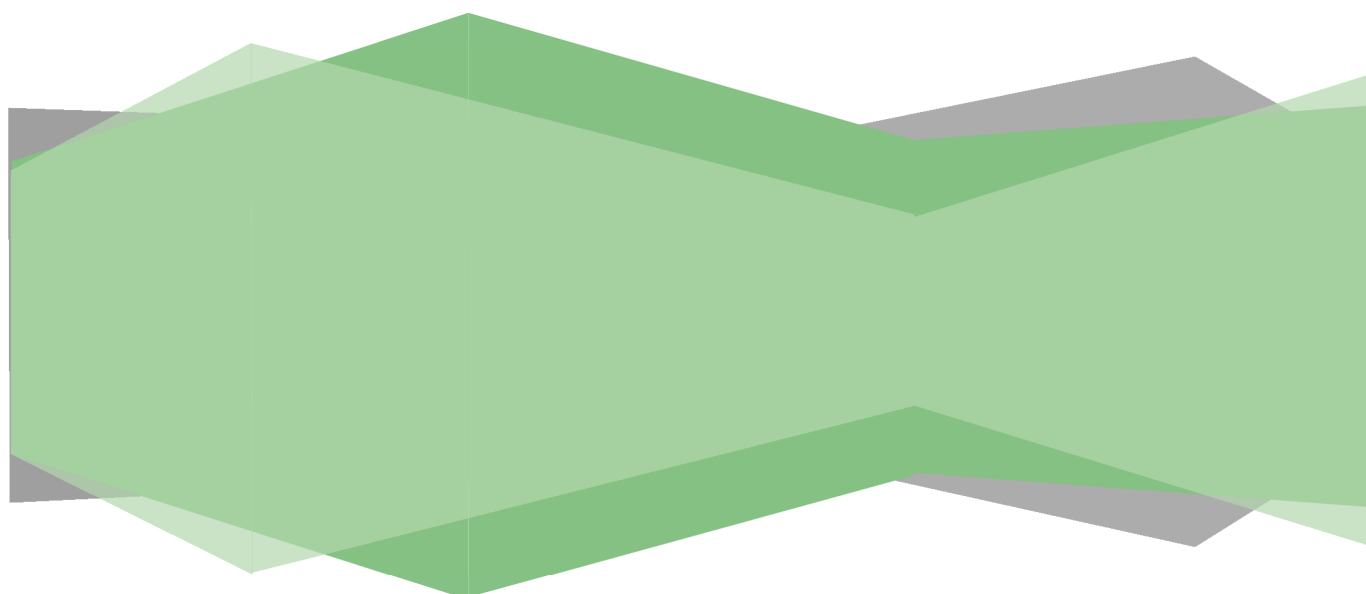
Gentofte Kommune



Kvartalsrapportering

Socialudvalget

august 2016



UDVALGSSTATUS

Udgifterne under Socialudvalget 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 udviklingshæmmede, hjerneskadede, fysisk handicappede, borgere inden for autismeområdet, udsatte, hjemløse, misbrugere, sindslidende samt flygtninge og indvandrere. Dertil kommer udgifter til boligydelse.

Målområdet 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje' omfatter opgaver og udgifter vedrørende borgere med behov for hjælp i form af hjemmepleje, hjemmesygepleje, hjælpemidler, plejeboliger, dagcentre, genoptræning og rehabilitering. Dertil kommer udgifter til kommunal medfinansiering af de regionale sundhedsudgifter.

Et centralt fokus for målområdet 'Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte' er fortsat rehabilitering og habilitering, hvor målet er at understøtte borgernes mulighed for at have et så selvstændigt og uafhængigt liv som muligt. For at understøtte den rehabiliterende tilgang arbejder vi på i 2016 at formulere en netværk- og pårørendestrategi. Vi arbejder med at implementere og forankre det borgerrettede effektmålingsredskab 'FKO' (faglige kvalitetsoplysninger). Arbejdet med at modernisere Bank Mikkelsens Vej – via projektet "Det gode liv i nye rammer" er i gang. Blindenetværket er i april flyttet til Kridthuset i Nivå, hvor de genhuses i de kommende 3 år under moderniseringen og ombygningen af Bank Mikkelsens Vej.

Et centralt fokus for 2016 for målområde 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje' er fortsat hverdagsrehabilitering, hvor målet er at træne borgere til øget eller fuld selvhjulpenhed eller til at fastholde eksisterende funktionsniveau. Samtidig arbejdes der på flere områder med at forebygge, at sygdom opstår og at give en hurtig og målrettet indsats, når sygdom er opstået samt i videst muligt omfang forebygge indlæggelser. I Gentofte Kommune er der etableret et tværgående træningsteam, en akut sygeplejefunktion og et kompetenceudviklingsprogram for alle ansatte i Pleje & Sundhed, der samlet skal understøtte målet omkring rehabilitering og forebyggelse.

ØKONOMISK UDVALGSSTATUS

I det korrigerede budget er indarbejdet de godkendte tillægsbevillinger fra økonomisk rapportering pr. 31. marts 2016 godkendt i Kommunalbestyrelsen d. 30. maj 2016.

Der forventes et samlet regnskab på 1.349,5 mio. kr. for Socialudvalget, hvilket ligger 0,5 mio. kr. under det korrigerede budget.

Forventet regnskab indeholder en tillægsbevillingsansøgning på 0,6 mio. kr. vedrørende mindreindtægter fra særligt dyre enkeltsager, samt realisering af gevinsten ved hjemtagelse af kørsel på 1 mio. kr. under Socialudvalget. Dertil kommer realisering af gevinster vedrørende udbud af kommunens samlede forsikringer (0,4 mio. kr.), digitalisering af processen for personalekruttering samt reduktion i omfanget af informationsannoncering (0,08 mio. kr.) Endelig kommer en merudgift på 0,3 mio. kr. vedrørende pension i den lønfrie del af barslen.

Tillægsbevillingsansøgning samt tekniske korrektioner forelægges Økonomiudvalget den 22. august 2016 og Kommunalbestyrelsen den 29. august 2016.

	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Foreløbigt forbrug	Forventet regnskab
Serviceudgifter	1.065,8	1.058,4	504,3	1.057,3
Borgere med handicap	282,0	288,4	102,6	288,2
Forebyggelse, rehabilitering og pleje	783,8	770,0	401,6	769,1
Overførselsudgifter	292,4	291,6	121,2	292,2
Borgere med handicap	30,0	28,5	15,7	29,1
Forebyggelse, rehabilitering og pleje	262,4	263,1	105,5	263,1
Samlede driftsudgifter	1.358,2	1.350,1	625,4	1.349,5
Afvigelse i forhold til korrigeret budget i millioner				-0,5
Afvigelse i procent i forhold til korrigeret budget				0,0%

På de følgende sider behandles udvikling, nøgletal og økonomi på de enkelte bevillingsområder. Sidst i rapporten findes en status over udvalgets anlægsudgifter.

BORGERE MED HANDICAP, PSYKISK SYGDOM OG SOCIALT UDSATTE

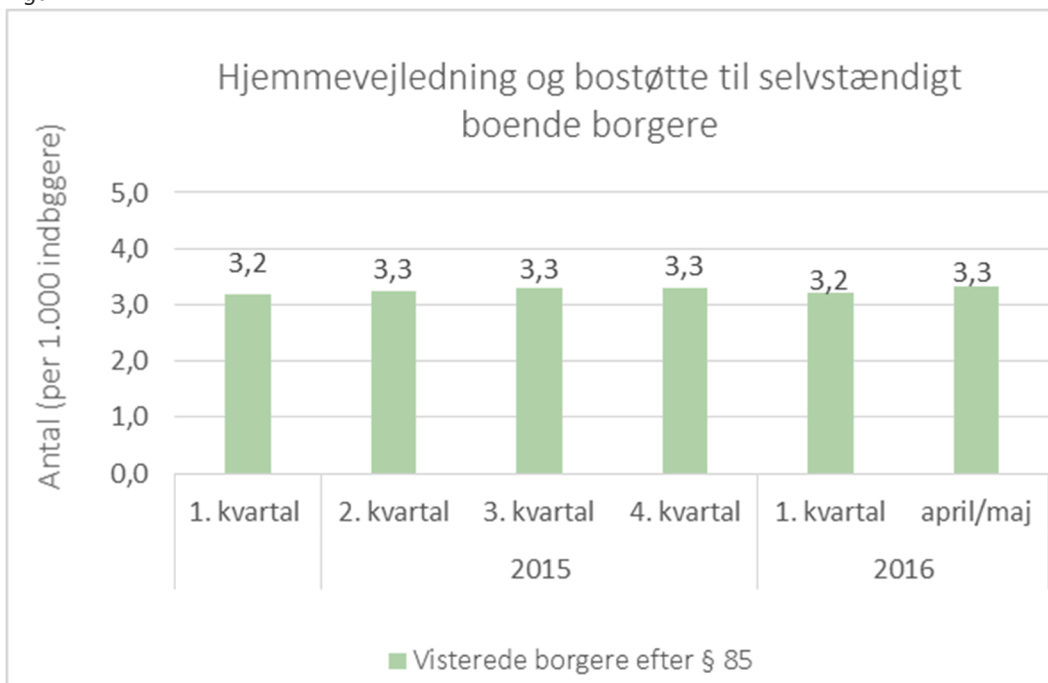
Nedenfor vises et udvalg af Social & Handicaps kerneydelser på både område for myndighed og drift.

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 betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige problemer.

Figur 1 giver statustal over antal visiterede borgere til hjemmevejledning og bostøtte (§85) per 1000 borgere for de sidste 6 kvartaler. Det fremgår, at 3,3 borgere per 1000 borgere var visiteret til støtte i årets 2. kvartal.

Figur 1:



Gentofte Kommunes egne tilbud er Center for Netværk og Socialpsykiatrisk Center. I gennemsnit får en borger hos Center for Netværk 5 timer per måned til en timepris på kr. 355,-, hvilket er en årlig udgift per borger på ca. kr. 21.300. Hos Socialpsykiatrisk Center ligger gennemsnittet på 1-3 timer om måneden på visiterede ydelser samt fri adgang til at komme i caféen. Desuden laver centerets støtte-kontaktpersoner opsøgende arbejde ift. de svageste borgere. Socialpsykiatrisk Center har en rammebevilling, og timeprisen opgøres derfor ikke. I få sager, hvor der er behov for en særligt specialiseret ydelse, købes ydelsen hos en ekstern leverandør.

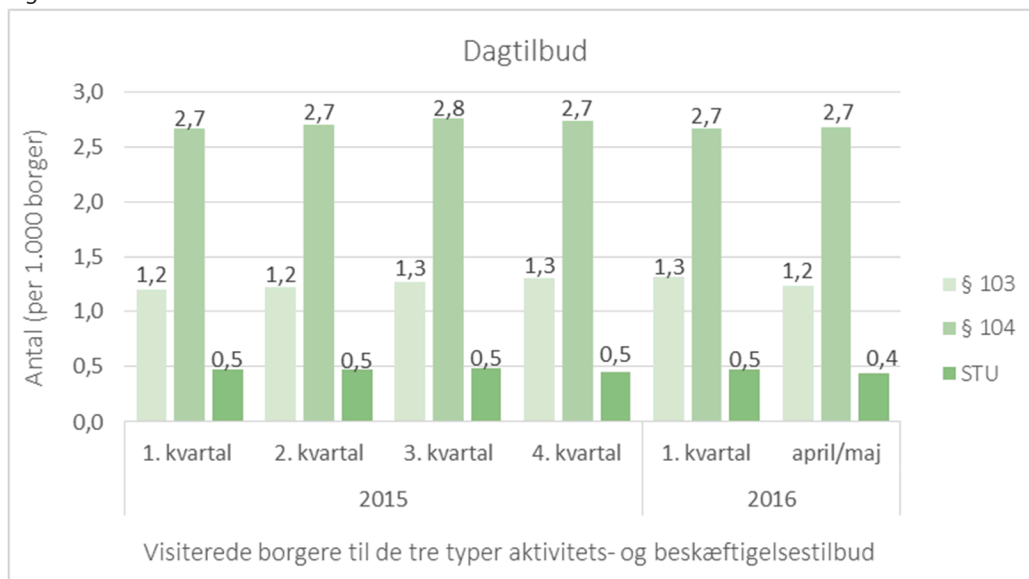
Dagtilbud

Dagtilbud omfatter aktivitets- og beskæftigelsestilbud. Området består af:

- Beskyttet beskæftigelse til personer under 65 år, som grundet betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på almindelige vilkår på arbejdsmarkedet, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning (§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 (§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. Der er tale om borgere, der selv med ekstra socialpædagogisk støtte ikke er i stand til at tage en ungdomsuddannelse på almindelige vilkår. En STU er ikke kompetencegivende. Borgerne har et retskrav på at få en STU, hvis de vurderes at være i målgruppen.

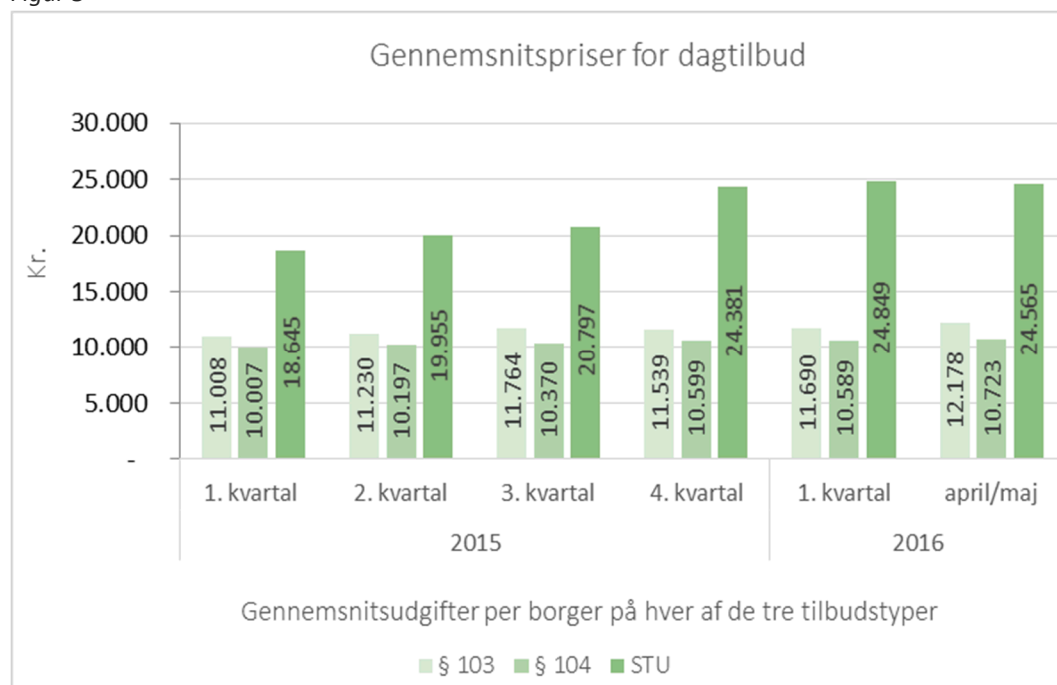
Figur 2 viser udviklingen over de seneste 6 kvartaler for antal visiterede borgere per 1000 borgere til tilbuddene for hvert af de tre tilbudstyper.

Figur 2

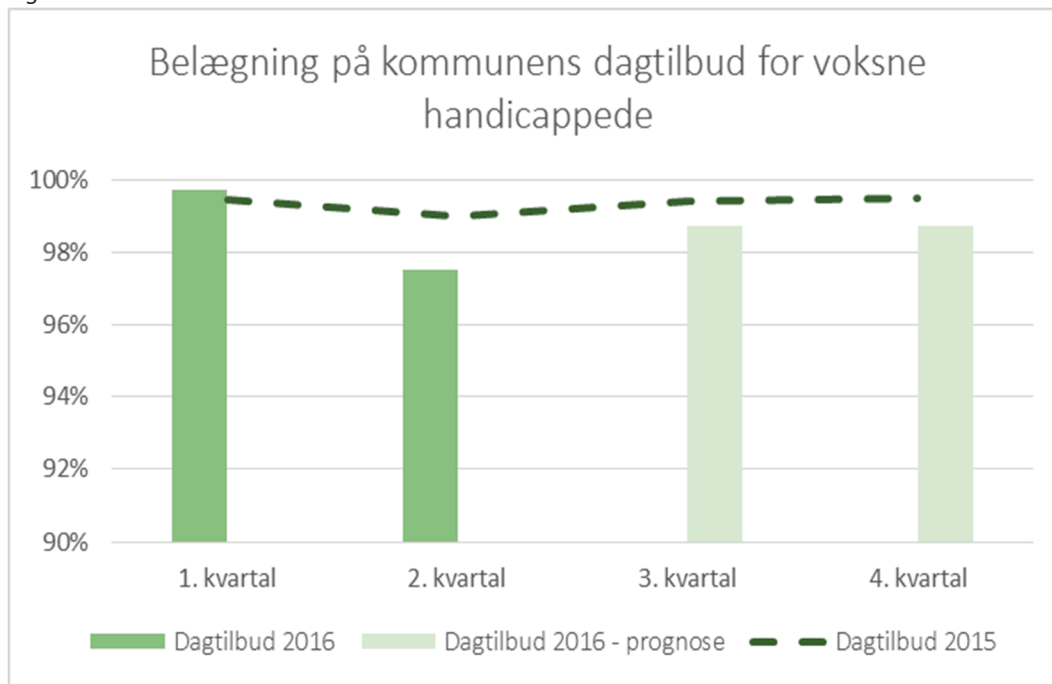


Af figur 3 fremgår udviklingen over de seneste 6 kvartaler i gennemsnitsprisen per borger på hver af de tre tilbudstyper. Tallene viser en relativ stabil gennemsnitspris på beskyttet beskæftigelse samt på aktivitets- og samværstilbud. Prisen på STU er steget gennem kvartalerne fra en gennemsnitspris pr. måned på 18.645 kr. i 1. kvartal 2015 til 24.565 kr. i 2. kvartal 2016. Dette skyldes, at få nyvisiterede borgere har behov for et uddannelsesstilbud, der er væsentligt dyrere pga. deres funktionsnedsættelse.

Figur 3



Figur 4



Anm.: Omfatter antal fuldtidsbrugere i kommunale dagtilbud samt selvejende dagtilbud med driftsoverenskomst med Gentofte Kommune. Dagtilbud omfatter tilbud efter servicelovens §§103-104.

Kilde: Opkrævninger i opkrævningssystemet EKJ i 2015 suppleret med oplysninger om forventede til- og afgange fra tilbuddene.

Note: En ændring på 1 procentpoint svarer til 3,5 pladser.

Belægningen på området for dagtilbud er skønnet til 98,7% i hele 2016. Belægningsfaldet på dagtilbudsområdet frem til juli 2016 skyldes primært et fald på det kommunale dagtilbud JAC. Det forventes dog, at aktiviteten på JAC igen vil stige i 2. halvår 2016. Disse udsving henover året er ikke ualmindelige. Ballerup Kommune har varslet en ny kvalitetsstandard for dagtilbudsområdet, der kan medføre, at aktiviteten påvirkes negativt. Ballerup Kommune har i 2016 haft op til 15 fuldtidsbrugere i JAC.

Botilbud til mennesker med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne

Gentofte Kommune benytter en række forskellige botilbud og bofællesskaber til mennesker 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:

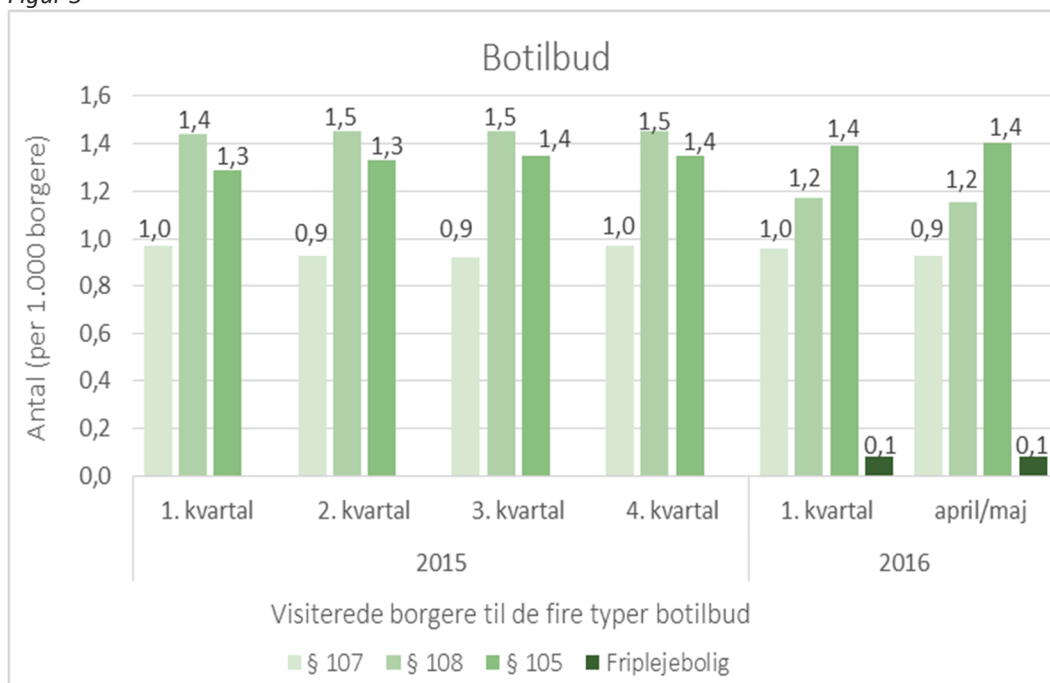
- Botilbud med midlertidigt ophold (§ 107).
- Længerevarende ophold (§108).
- Botilbud med egen lejekontrakt, men hvortil der er knyttet pædagogisk støtte (ABL §105/SL§ 85). En del af disse er at sammenligne med §108 tilbud.
- Botilbud efter Lov om friplejeboliger.

Som det ses af figur 5 nedenfor, er denne udvidet med botilbud efter friplejeboligloven, da få borgere er overgået til en sådan boligform i 2016 . Per 21. april 2015 blev friplejeboligloven vedtaget med det formål at styrke borgerens frie valg af bolig og for at give private leverandører mulighed for at konkurrere med de kommunale tilbud på plejeboligområdet.

Figur 5 viser udviklingen over de seneste 6 kvartaler for antal visiterede borgere til botilbud per 1000 borgere for hver af de fire tilbudsformer.

Tallene viser et svagt fald i 1 og 2. kvartal 2016 i forhold til de foregående 4 kvartaler i antallet af visiterede til længerevarende botilbud (§108). Dette modsvares af en stigning i antallet af visiterede til botilbud efter ABL §105/SL §85 og friplejeboliger, som kan sidestilles med længerevarende botilbud efter §108, men som også retter sig mod borgere med en mindre omfattende funktionsnedsættelse. Forskydningen forventes at fortsætte i takt med, at flere og flere botilbud efter §108 moderniseres og ombygges efter ABL §105 /SL §85 og friplejeboligloven.

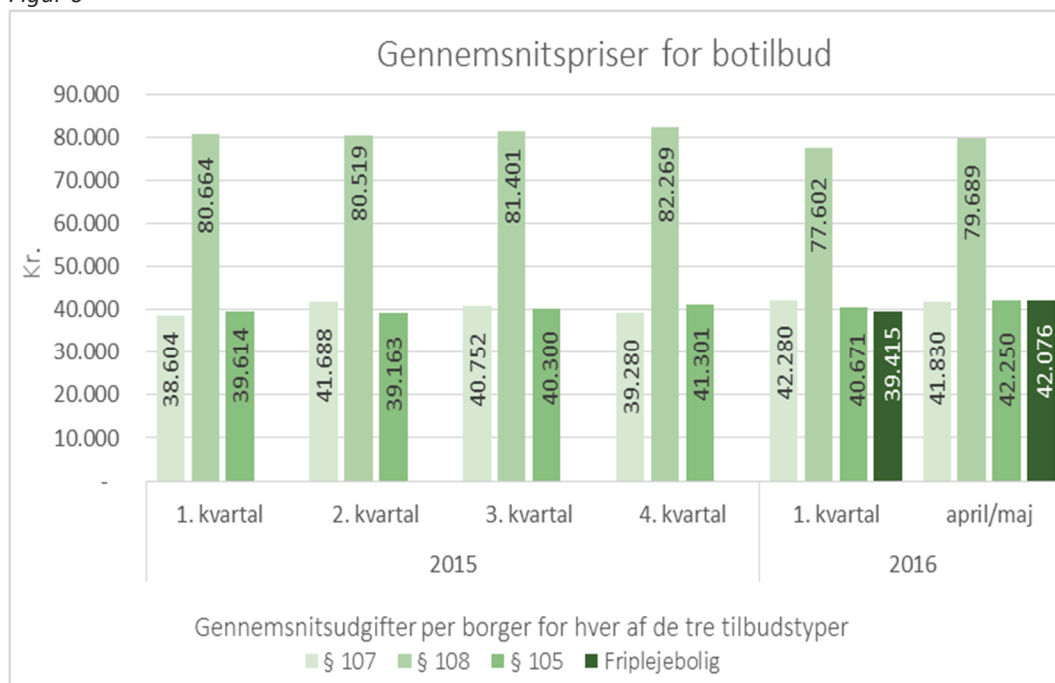
Figur 5



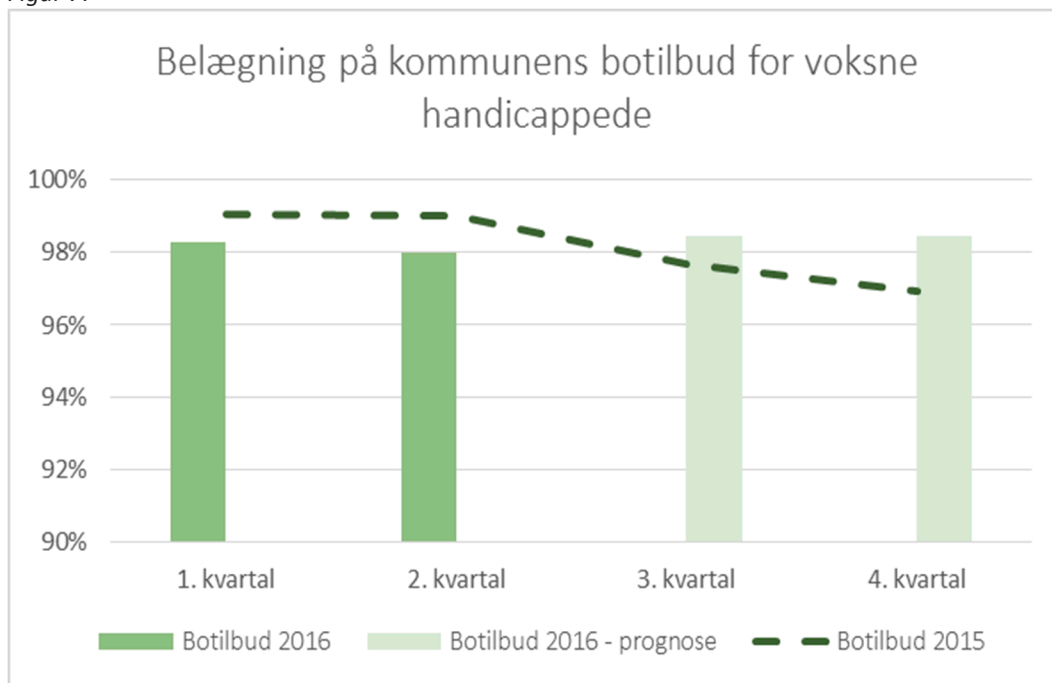
Figur 6 viser udviklingen over de seneste 6 kvartaler i den gennemsnitlige månedlige udgift per forløb i løbende priser, det vil sige det prisniveau, som gældende i det aktuelle år. Prisudviklingen giver ikke umiddelbart anledning til bemærkninger.

Til sammenligning med kommunerne i hovedstadsområdet ligger Gentofte fortsat på et lavt niveau i forhold til antal og udgifter (jf. nyeste Ballerup Benchmark 2016).

Figur 6



Figur 7:



Anm.: Omfatter antal helårsbrugere i kommunale botilbud samt selvejende botilbud med driftsoverenskomst med Gentofte Kommune. Botilbud omfatter i denne forbindelse tilbud efter servicelovens §§85,107-108 samt 110.

Kilde: Opkrævninger i opkrævningssystemet EKJ i 2015 suppleret med oplysninger om forventede til- og afgang fra tilbuddene.

Note: En ændring på 1 procentpoint svarer til 2,6 pladser.

Belægningen på området for botilbud er skønnet til 98,3% i hele 2016 og skyldes enkelte tomme pladser primært på de selvejende botilbud Gule- og Hvide Hus, Overførstergården samt Rose Marie Hjemmet. Da Overførstergården er et herberg, er der erfaringsmæssigt flere brugere i kortere perioder end på de øvrige botilbud og dermed større usikkerhed knyttet til den forventede belægning her.

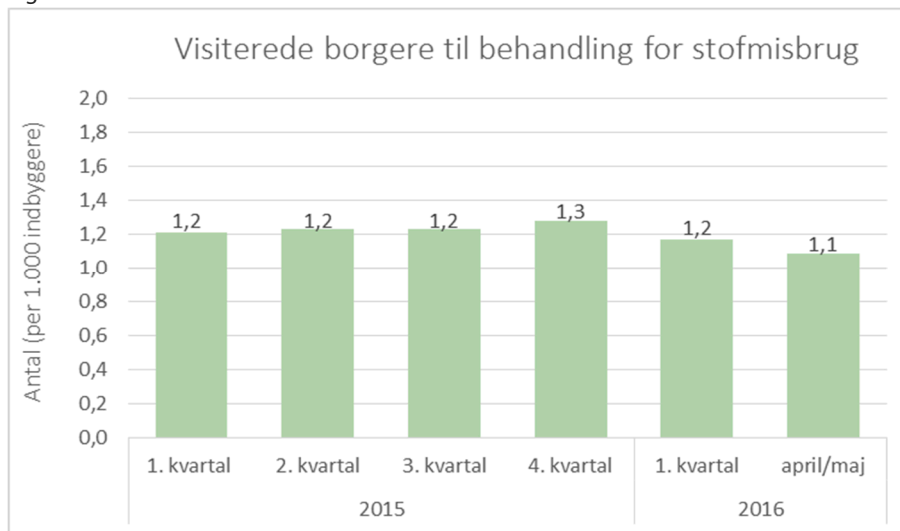
De ledige pladser på Rose Mariehjemmet skal ses i lyset af, at tilbuddet brændte i 2015, og at brugerne derfor har været genhuset frem til medio juni 2016. De ledige pladser på Gule- og Hvide hus vil fremover blive søgt omdannet fra mere permanente pladser med støtte efter servicelovens §85 til midlertidige pladser efter Servicelovens §107, da der er en betydelig efterspørgsel efter sidstnævnte.

Misbrugsbehandling

Området omfatter den hjælp Gentofte Kommune yder til borgere, der henvender sig med problemer med et for højt forbrug af alkohol eller stoffer. Regningerne for alkoholbehandling fra leverandørerne modtages på et lettere vilkårligt tidspunkt i løbet af året og siger dermed ikke noget om hvor mange, der er i behandling i de bogførte kvartaler. Derfor leveres der kun et årligt tal til Socialudvalget, og dette område er derfor ikke inkluderet i rapporten.

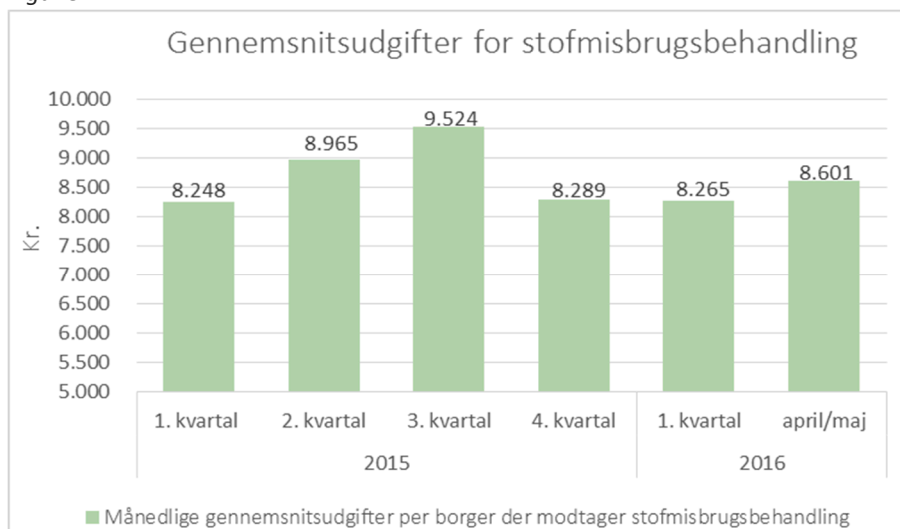
Figur 8 giver statustal over udviklingen over 6 kvartaler for antal visiterede borgere per 1000 borgere i behandling for stofmisbrug. Antallet af borgere i behandling for stofmisbrug ligger relativt stabilt, men med et fald i 1. og 2. kvartal 2016. Det er for tidligt at vurdere betydningen af faldet. Dog skal det siges, at opgaveområdet har et stadigt fokus på at stoppe behandlingsforløb med svage eller ingen resultater, og hvor borgeren ikke profiterer af den indsats, der er iværksat.

Figur 8



Figur 9 angiver kvartalets gennemsnitspris pr. måned for misbrugsbehandling. Udviklingen i gennemsnitsudgifterne på misbrugsbehandling giver ikke anledning til bemærkninger. Der arbejdes på, at der på sigt kan skabes et sammenligningsgrundlag kommunerne imellem via fælleskommunale data.

Figur 9:

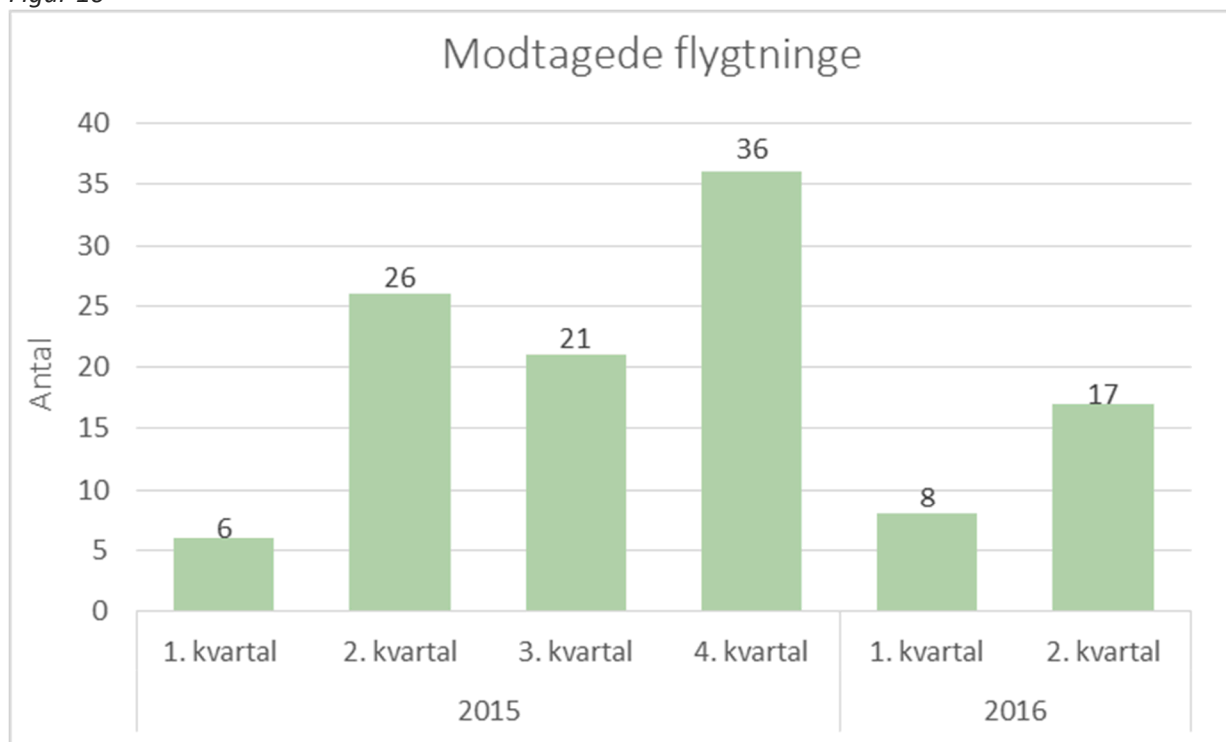


Modtagelse af flygtninge

De udmeldte flygtningekvoter er det antal flygtninge, den enkelte kommune skal modtage, og løber hvert år fra 1. marts til 28. februar året efter. Gentofte Kommunes kvote for 2015 var på i alt 104 personer. I alt 89 flygtninge ankom på kvoten for 2015. Gentofte Kommune nåede ikke sin kvote grundet Udlændingestyrelsens sagsbehandlingstider og procedurer. Dette vil ikke have indflydelse på kvoten for 2016, som er på 294 borgere. Figur 10 viser, hvor mange kvoteflygtninge Gentofte Kommune har modtaget i hvert af de 6 kvartaler. Periodiseringen i kvartaler kan ikke umiddelbart sammenholdes med kvoten.

Det ses, at der i 2. kvartal 2016 er ankommet færre flygtninge sammenlignet med 2. kvartal 2015. Det formodes, at dette har at gøre med sagsbehandlingstiderne i Udlændingestyrelsen. Udover de 17 ankomne i 2. kvartal 2016, er der herudover varslet 7 FN-flygtninge. Deres ankomstidspunkt til Gentofte Kommune kendes ikke endnu. De 7 FN-flygtninge er indeholdt i Gentofte Kommunes kvote for 2016.

Figur 10



Tallet for første kvartal 2016 vedrører kvoteåret 2016

ØKONOMISK STATUS

Der forventes et samlet regnskab på 317,3 mio. kr. for Social & Handicap, hvilket ligger 0,4 mio. kr. over det korrigerede budget.

Der forventes mindredgifter på 0,2 mio. kr. under serviceudgifterne som følge af tekniske korrektioner.

Under overførselsudgifter forventes mindreindtægter på 0,6 mio. kr. Baggrunden er, at de gennemsnitlige udgifter til borgere med omfattende hjælp (særligt dyre enkeltsager) har været faldende i 2015 og udløser dermed mindre i refusion fra staten.

	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Foreløbigt forbrug	Forventet regnskab
Serviceudgifter	282,0	288,4	102,6	288,2
Overførselsudgifter	30,0	28,5	15,7	29,1
Samlede driftsudgifter	312,0	317,0	118,3	317,3
Afvigelse i forhold til korrigeret budget i millioner				0,4
Afvigelse i procent i forhold til korrigeret budget				0,1%

FOREBYGGELSE, REHABILITERING OG PLEJE

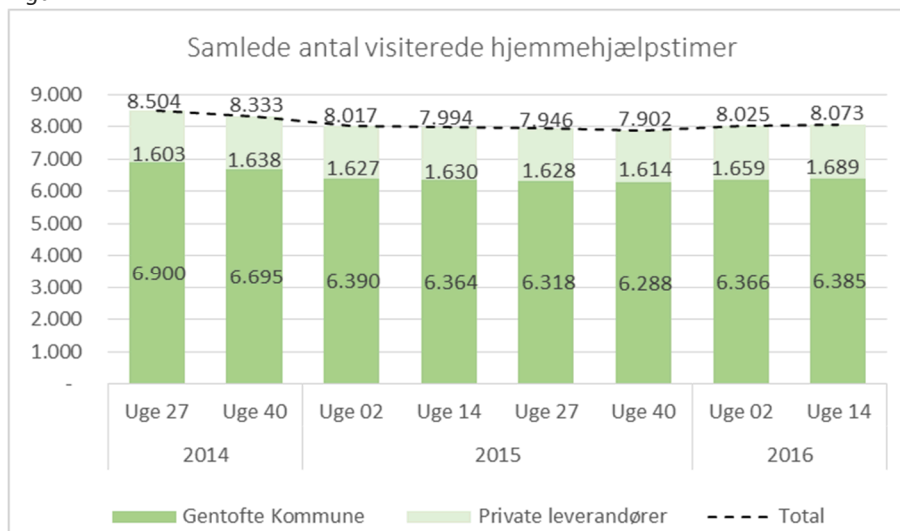
Nedenfor vises aktivitetstal for udvalgte ydelsesområder i Pleje & Sundhed.

Hjemmehjælp

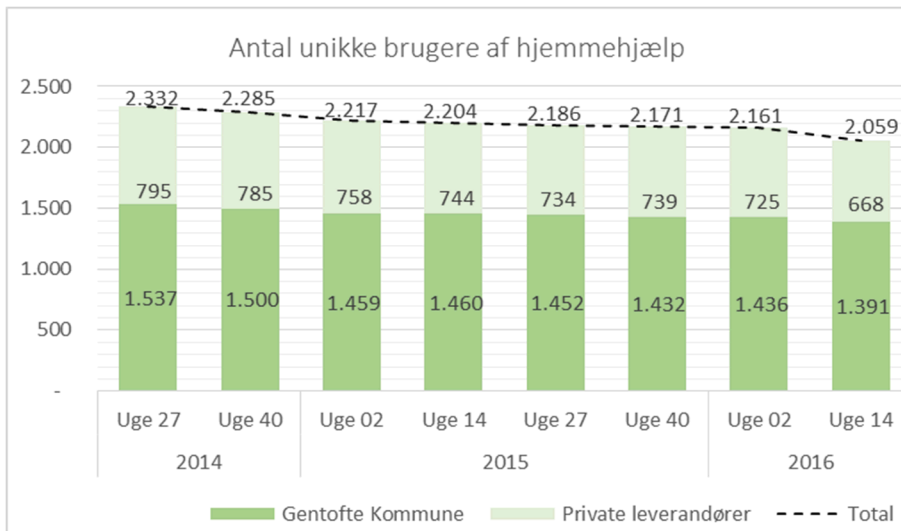
Hjemmehjælp består af praktisk hjælp og personlig pleje i hjemmet. Figur 1 viser det samlede antal visiterede hjemmehjælpstimer fordelt på den kommunale leverandør (Gentofte Hjemmepleje) og de private leverandører under fritvalsordningen. Figur 2 viser antal unikke brugere fordelt på den kommunale leverandør og de private leverandører.

Som det fremgår af figur 1 og 2, er der igennem 2014 og 2015 et lille fald både i antallet af visiterede timer og antal brugere, hvorefter der ses mindre fluktuationer. Det kan bemærkes, at faldet i de visiterede timer i 2015 er sammenfaldende med implementeringen af de nye rehabiliteringsindsatser (Lov om Social Service § 83a), herunder bl.a. 'Træn dig fri' og Tværgående Træningsteam.

Figur 1

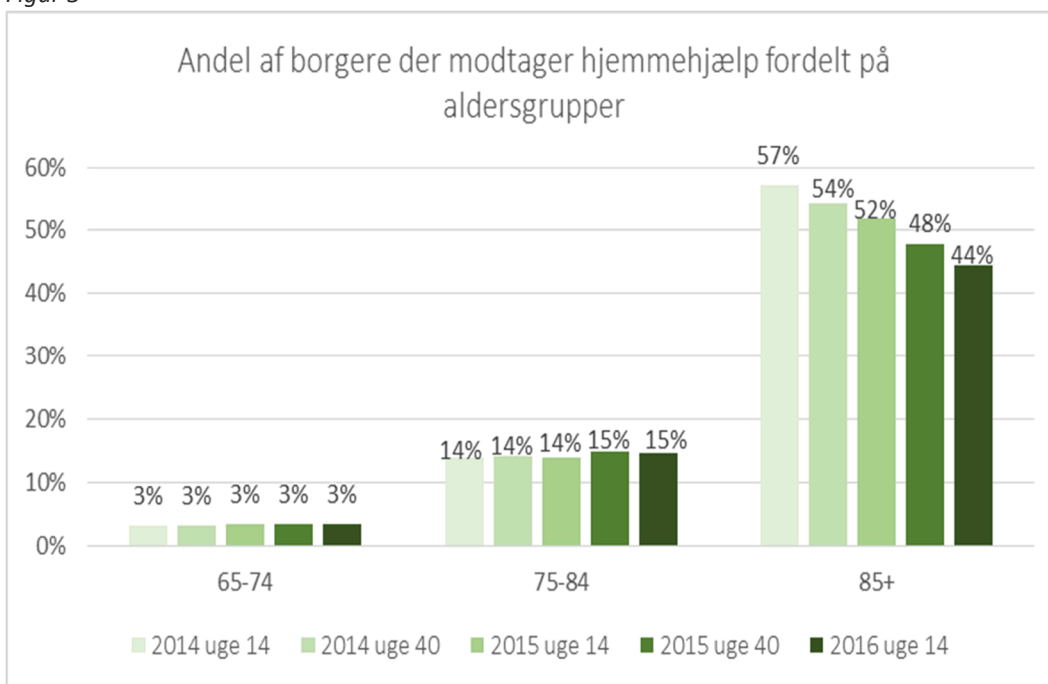


Figur 2



Det kan være interessant at se på udviklingen i den ældre befolknings behov for hjælp. Af figur 3 fremgår den procentvise andel af borgere, der modtager hjemmehjælp i forhold til det samlede antal borgere for samme aldersgruppe. Andelen af hjemmehjælpsbrugere for 2014 og 2015 er stort set ens for de to aldersgrupper 65-74 år og 75-84 år. For hjemmehjælpsbrugere i aldersgruppen 85+ ses et fald i andelen, der modtager hjemmehjælp fra 2014 til 2016. I uge 14 2014 modtog 57% af borgerne i denne aldersgruppe hjemmehjælp, mens kun 44% af borgerne i aldersgruppen modtog hjælp på samme tidspunkt i 2016. Hjemmehjælp til borgere i plejeboliger med hjemmehjælp indgår ikke i tallene.

Figur 3

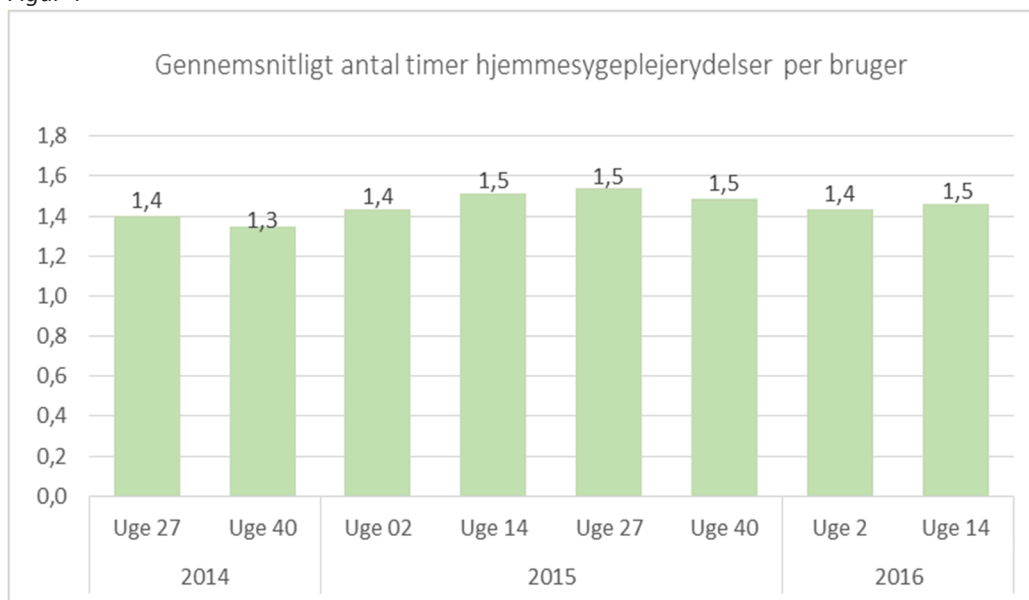


Hjemmesygepleje og akutsygeplejefunktionen

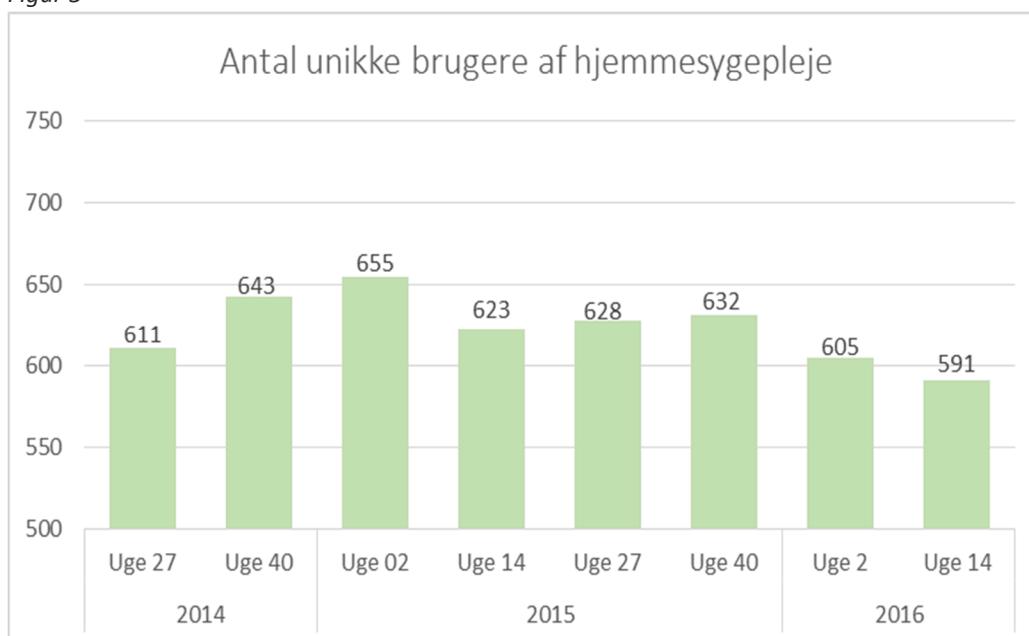
Formålet med hjemmesygepleje er at forebygge sygdom, fremme sundhed og yde behandling. Hjemmesygeplejen leverer eksempelvis sårpleje og medicingivning.

Af figur 4 fremgår det gennemsnitlige antal timer af planlagte hjemmesygeplejeydelser per bruger i Gentofte Kommune. Af figur 5 fremgår antal unikke brugere af hjemmesygeplejen i Gentofte Kommune. Figurerne viser, at både det gennemsnitlige antal timer og antal brugere er nogenlunde konstant – dog med en mindre stigning i det gennemsnitlige antal timer fra 2014 til 2015 samt et fald i starten af 2016.

Figur 4

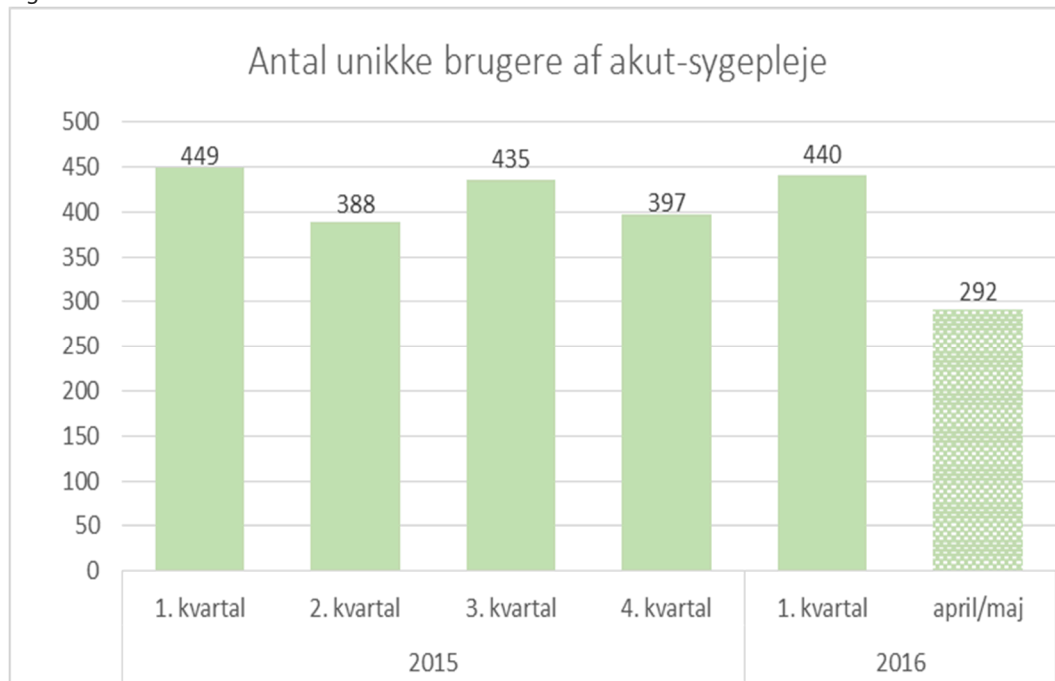


Figur 5



Akutsygeplejen blev etableret i slutningen af 2014 og har til opgave at løse akutte og komplekse pleje- og behandlingsopgaver døgnet rundt. Formålet med akutsygeplejen er at forebygge sygdomsforværring og indlæggelser. Af figur 6 fremgår det samlede antal brugere, som har modtaget akutsygepleje i Gentofte Kommune fordelt på kvartaler – dog kun for april og maj måned i 2016. Antallet af akutte besøg er nogenlunde konstant for de fire kvartaler. Det skal bemærkes, at én borger godt kan modtage flere besøg, og at modtageren samtidig kan modtage hjælp fra hjemmesygeplejen jf. figur 5.

Figur 6

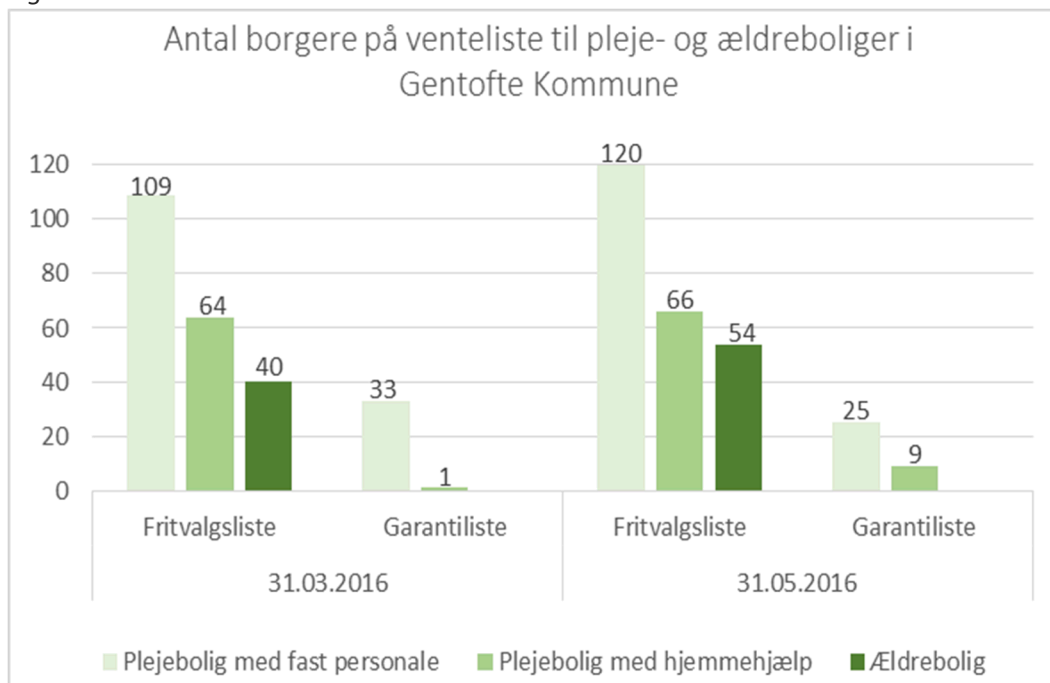


Pleje- og ældreboliger

Når en borger ikke længere kan klare sig i eget hjem og har behov for en pleje- eller ældrebolig, skal kommunen tilbyde borgeren en bolig inden for to måneder efter, at borgeren er visiteret til en boligtype, hvis borgeren ikke ønsker en specifik plejeboligbebyggelse (ventelistegaranti).

Tallene i figur 7 viser et aktuelt billede af antallet af borgere på venteliste til boliger, som Gentofte Kommune visiterer til fordelt på de tre boligkategorier; 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 og 2) Garantilisten; borgere, som ifølge lovgivningen, har garanti for at få tilbudt en plejebolig i en af kommunens plejeboligbebyggelser inden for 8 uger fra, at borgeren er visiteret. Hvis en borger takker nej til et tilbud, begynder borgeren på en ny periode – det gælder både for borgere på fritvalgslisten og på garantilisten. For ældreboliger er der ifølge lovgivningen ikke garanti, hvorfor der udelukkende er tal for fritvalgslisten. Hvis borgeren ønsker én eller flere specifikke boligbebyggelser, kan vedkommende stå på venteliste over en længere periode.

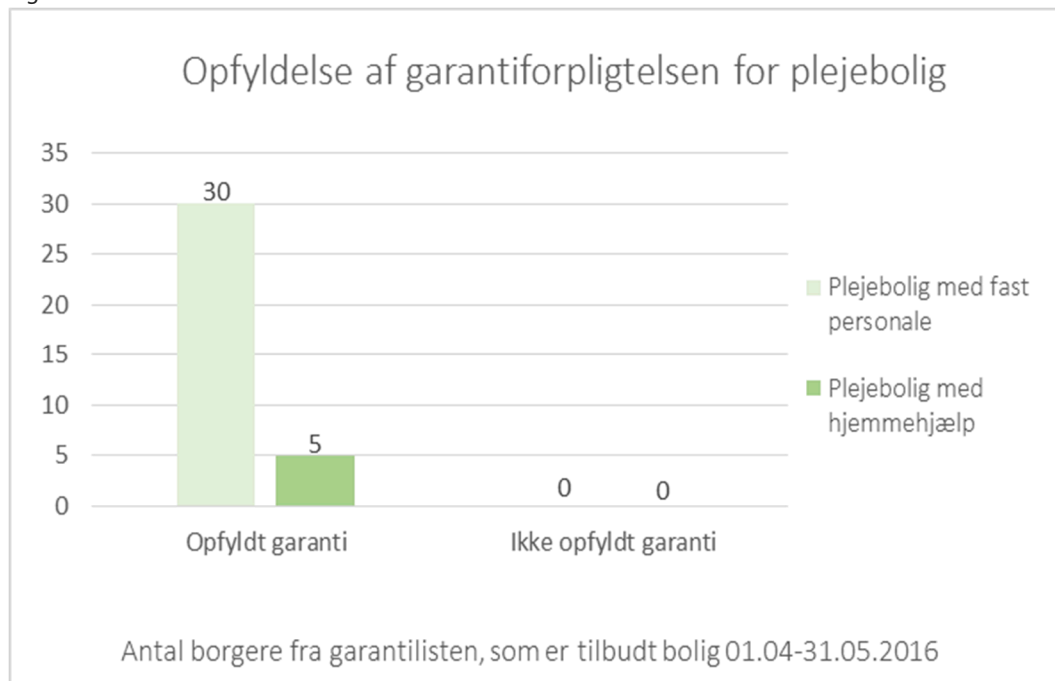
Figur 7

Gentofte Kommune råder over 538 plejeboliger med fast personale, 269 plejeboliger med hjemmehjælp og 478 ældreboliger.

Af figur 8 fremgår antal borgere på garantlisten til plejeboliger, som har fået opfyldt/ikke opfyldt garantien i løbet af april og maj måned 2016, dvs. modtaget boligtilbud inden for de 8 uger fra tidspunktet for godkendelse til bolig.

I april og maj måned er garantien opfyldt for alle borgere til plejeboliger med hjemmehjælp og plejeboliger med fast personale.

Figur 8



ØKONOMISK STATUS

Der forventes et samlet regnskab på 1.032,2 mio. kr. i forhold til det korrigerede budget på 1.033,1 mio. kr. Afvigelsen svarer til -0,9 mio. kr.

Baggrunden for afvigelsen er de tekniske korrektioner fordelt med -0,2 mio. kr. som følge af gevinst ved forsikringsudbud og -0,9 mio. kr. som følge af gevinst ved hjemtagelse af kørsel. Dertil kommer en merudgift på 0,3 mio. kr. vedrørende pension i den lønfrie del af barslen. Ligeledes er budgettet reduceret med mindre beløb som følge af en digitalisering af processen for personalerekruttering, der træder i kraft i efteråret 2016 og en reduktion i omfanget af informationsannoncering, der er trådt i kraft primo 2016.

	Oprindeligt budget	Korrigeret budget	Foreløbigt forbrug	Forventet regnskab
Serviceudgifter	783,8	770,0	401,6	769,1
Overførselsudgifter	262,4	263,1	105,5	263,1
Samlede driftsudgifter	1.046,2	1.033,1	507,1	1.032,2
Afvigelse i forhold til korrigeret budget i millioner				-0,9
Afvigelse i procent i forhold til korrigeret budget				-0,1%

ANLÆGSSTATUS

Det forventede regnskab udgør pr. 30. juni 45,8 mio. kr. jf. nedenstående tabel. Det korrigerede budget udgør 46,1 mio. kr. og består af oprindeligt budget inkl. genbevillinger og tillægsbevillinger samt udskydelser af budget til hhv. 2017 og 2018.

	<i>mio. kr.</i>
Oprindeligt budget 2016	36,3
<i>Genbevillinger og tillægsbevillinger</i>	41,8
<i>Udskydelser til hhv. budget 2017 og budget 2018</i>	-32,0
Korrigeret budget 2016	46,1
<i>Forventede uforbrugte anlægsmidler</i>	-0,3
Forventet regnskab	45,8

Der er pr. 30. juni forbrugt 16,0 mio. kr. svarende til 35 pct. af det forventede regnskab.

	<i>Oprindeligt budget</i>	<i>Korrigeret budget</i>	<i>Foreløbigt forbrug</i>	<i>Forventet regnskab</i>
Samlede anlægsudgifter	36,3	46,1	16,0	45,9

Relateret document 2/4

Dokument Navn:	Bilag 1 - Lovbestemte ydelser.docx
Dokument Titel:	Bilag 1 - Lovbestemte ydelser
Dokument ID:	1240664

Bilag 1 - Oversigt over lovbestemte ydelser bestemt af serviceloven nævnt i Kvartalsrapporten

Vedrørende borgere med handicap, psykiske lidelser og socialt udsatte

§1 Formål med denne lov

1. Tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer.
2. Tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte.
3. Tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.
4. Fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

§ 85 Socialpædagogisk bistand

Omsorg, støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder.

§ 103 Beskyttet beskæftigelse

Beskyttet beskæftigelse til personer, der ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning.

§ 104 Aktivitets- og samværstilbud

Aktivitets- og samværstilbud til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder.

§105 Længerevarende ophold¹

Almene ældreboliger, der kan udlejes til ældre og personer med handicap, som har særligt behov for sådanne boliger.

§ 107 Midlertidigt botilbud

Midlertidigt ophold til personer, som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte eller pleje samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder.

§ 108 Længerevarende botilbud

Boformer egnet til længerevarende ophold til personer, som har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner, pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.

§ 109 Midlertidigt botilbud til kvinder udsat for vold (kvindekrisecentre)

Midlertidigt ophold i boformer til kvinder, som har været udsat for vold, trusler om vold eller tilsvarende krise i relation til familie- eller samlivsforhold. Kvinderne kan være ledsaget af børn, og de modtager under opholdet omsorg og støtte.

§ 110 Midlertidigt botilbud til personer med særlige sociale problemer (forsorgshjem)

Midlertidigt ophold i boformer til personer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig, og som har behov for tilbud om aktiverende støtte, omsorg og efterfølgende hjælp.

¹ Almenboligloven

Relateret document 3/4

Dokument Navn:	Bilag 2 - Årshjul for kvartalsrapporter til Socialudvalget.docx
Dokument Titel:	Bilag 2 - Årshjul for kvartalsrapporter til Socialudvalget
Dokument ID:	1240663

Bilag: Kvartalsrapporter til Socialudvalget - årshjul

Kvartalsrapporterne til Socialudvalget vedrører de to målområder 'Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte' og 'Forebyggelse, rehabilitering og pleje'.

Nedenfor gives et overblik over hvilke data, der forelægges ved hver kvartalsrapport og hvilke data, der forelægges årligt. Ved hver kvartalsrapport afgives økonomisk status.

Målområde: Borgere med handicap, psykisk sygdom og socialt udsatte		
Hver kvartalsrapport		
Støtte til selvstændigt boende borgere (§85)	• Antal visiterede borgere per 1000 borgere	
Dagtilbud; aktivitets- og beskæftigelsestilbud (§104, 104, STU)	• Antal visiterede borgere per 1000 borgere for hvert tilbud • Gennemsnitspriser for hvert tilbud • Belægningsprocent for dagtilbudspladser	
Botilbud til mennesker med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne (§105, 107, 108)	• Antal visiterede borgere per 1000 borgere for hvert tilbud • Gennemsnitspriser for hvert tilbud • Belægningsproces for botilbudspladser	
Stofmisbrugsbehandling	• Antal visiterede borgere per 1000 borgere i behandling for stofmisbrug • Gennemsnitspris for stofmisbrugsbehandling	
Flygtninge	• Antal modtagne flygtninge	
Årligt		
Dagstilbud	Køb/salg	1. kvartalsrapport
Botilbud	Køb/salg	1. kvartalsrapport
Stofmisbrugsbehandling	Gennemsnitspriser for behandlingsformer	4. kvartalsrapport
Alkoholbehandling	• Antal borgere per 1000 borgere • Gennemsnitspriser	4. kvartalsrapport
Tilsyn	• Antal opmærksomhedspunkter til botilbud • Antal anbefalinger til dagtilbud	4. kvartalsrapport



Magtanvendelser (dækker begge målområder)	Antal	4. kvartalsrapport
Klagesager over afgørelser (dækker begge målområder)	• Antal afgjorte sager	4. kvartalsrapport

Målområde: Forebyggelse, rehabilitering og pleje		
Hver kvartalsrapport		
Hjemmehjælp	• Antal visiterede timer fordelt på GK hjemmepleje og de private leverandører • Antal brugere fordelt på GK hjemmepleje og de private leverandører • Andel hjemmehjælpsmodtagere ud af alle borgere i aldersgruppen i Gentofte Kommune	
Hjemmesygepleje og akutsygeplejefunktionen	• Gennemsnitstid hjemmesygeplejen per unik bruger • Antal brugere af hjemmesygeplejen • Antal brugere af akutsygeplejefunktionen	
Genoptræning <i>Note: Vil være med fremadrettet, der arbejdes på at få valide data</i>	• Antal genoptræningsplaner	
Pleje- og ældreboliger	• Antal borgere på venteliste på garanti- og fritvalgsliste • Opfyldelse af garantiforpligtelsen på plejeboligområdet	



Relateret document 4/4

Dokument Navn: **Bilag 3 - budgetændringer.pdf**
Dokument Titel: **Bilag 3 - budgetændringer**
Dokument ID: **1242400**

Budgetændringer - Socialudvalget

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 er fastsat efter den kvartalsrapportering, som ændringen er behandlet i, mens datoerne for genbevillinger, pris- og lønregulering og tekniske omplaceringer er fastsat efter behandlingsdatoen. Beløb under 50.000 kr. angives som 0,0 mio. kr.

Borgere med Handicap**Oprindeligt budget****312,0**

Dato	Ændringstype	Udgiftstype	Emne	Beløbsændring
31-03-2016	Pris og lønregulering	Service	Pris og lønkorrektur under Borgere med handicap	-0,5
25-04-2016	Genbevilling	Service	Genbevilling under Borgere med handicap	2,5
31-03-2016	Tillægsbevilling	Service	Nulstilling af budget til puljer og projekter	-0,5
31-03-2016	Tillægsbevilling	Service	Tilpasning af budget vedr. fællesudgifter (overhead) modpost kto. 6	-0,1
31-03-2016	Tillægsbevilling	Service	Genopretning af budget vedr. telefoni og bredbånd	0,1
31-03-2016	Tillægsbevilling	Service	Øget antal unge på særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse (STU)	1,0
31-03-2016	Tillægsbevilling	Overførsler	Færre udgifter til boligsikring	-0,5
31-03-2016	Tillægsbevilling	Overførsler	Færre udgifter til boligydelse til pensionister	-1,0
31-03-2016	Tillægsbevilling	Service	Flere borgere i specialiseret rehabilitering efter servicelovens § 102	1,0
31-03-2016	Tillægsbevilling	Service	Flere i botilbud med støtte, servicelov. §85	1,5
31-03-2016	Tillægsbevilling	Service	Flere borgere i beskyttet beskæftigelse, serviceloven §103	0,5
31-03-2016	Tillægsbevilling	Service	Færre borgere i aktivitetstilbud serviceloven §104	-0,5
31-03-2016	Tillægsbevilling	Service	Flere borgere i midlertidig botilbud, serviceloven §107	1,5

Korrigeret budget**317,0****Ansøgte tillægsbevillinger**

Dato	Ændringstype	Udgiftstype	Emne	Beløbsændring
30-06-2016	Tillægsbevilling	Service	Gevinst ved forsikringsudbud	-0,2
30-06-2016	Tillægsbevilling	Service	Gevinst ved hjemtagelse af kørsel	-0,1
30-06-2016	Tillægsbevilling	Service	Digitalisering af personalerekruttering	0,0
30-06-2016	Tillægsbevilling	Overførsler	Mindreindtægter vedr. særligt dyre enkeltsager	0,6

Forventet regnskab**317,3****Forebyggelse, Rehabilitering og Pleje****Oprindeligt budget****1.046,2**

Dato	Ændringstype	Udgiftstype	Emne	Beløbsændring
31-03-2016	Pris og lønregulering	Service	Pris og lønkorrektur under Forebyggelse, Rehabilitering og Pleje	-1,7
25-04-2016	Genbevilling	Service	Genbevilling under Forebyggelse, Rehabilitering og Pleje	0,7
31-03-2016	Tillægsbevilling	Service	Færre udgifter til sosu-elever	-2,2
31-03-2016	Tillægsbevilling	Service	Tilpasning af budget vedr. overgang til almenboligloven	-6,0
31-03-2016	Tillægsbevilling	Service	Færre borgere på daghjem	-0,5
31-03-2016	Tillægsbevilling	Overførsler	Tilpasning af budget vedr. rengøring på plejeboliger	0,7
31-03-2016	Tillægsbevilling	Service	Nulstilling af budget til rengøring af lokale til på Ordrupvænge	-0,2
31-03-2016	Tillægsbevilling	Service	Indtægter for salg af plejeboligpladser i 2015	-4,0

Korrigeret budget**1.033,1****Ansøgte tillægsbevillinger**

Dato	Ændringstype	Udgiftstype	Emne	Beløbsændring
30-06-2016	Tillægsbevilling	Service	Gevinst ved forsikringsudbud	-0,2
30-06-2016	Tillægsbevilling	Service	Reduktion af informationsannoncering	0,0
30-06-2016	Tillægsbevilling	Service	Gevinst ved hjemtagelse af kørsel	-0,9
30-06-2016	Tillægsbevilling	Service	Digitalisering af personalerekruttering	0,0
30-06-2016	Teknisk omplacering	Service	Overførsel til pension i den lønfri del af barselsperioden	0,3

Forventet regnskab**1.032,2**

Dokument Navn:	Notat om status for arbejdet i opgaveudvalget Ny Sundhedspolitik.pdf
Dokument Titel:	Notat om status for arbejdet i opgaveudvalget Ny Sundhedspolitik
Dokument ID:	1267657
Placering:	Emnesager/Opgaveudvalg: Sundhedspolitikken2017-2020/Dokumenter
Dagsordens titel	Orientering om arbejdet i opgaveudvalget Ny Sundhedspolitik, august 2016
Dagsordenspunkt nr	6
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

Dette dokument blev genereret af  getorganized
for SharePoint®

Internt notat

Behandling

Socialudvalget 10. august 2016

Notat om status for arbejdet i opgaveudvalget Ny Sundhedspolitik

Notat

August 2016

Notat om status på arbejdet i opgaveudvalget Ny Sundhedspolitik

Opgaveudvalget Ny Sundhedspolitik er, ud over de fem KB-medlemmer, sammensat af 10 repræsentanter med fagligt kendskab til forebyggelsesområdet, unge, borgere med kendskab til fx livsstilssygdomme, repræsentanter fra erhvervsliv, frivillige og foreningslivet.

Opgaveudvalget har afholdt seks møder, og der har været nedsat tre arbejdsgrupper, der hver har afholdt tre møder.

Generelt har der til alle møder i både opgaveudvalg og arbejdsgrupper været en høj deltagelsesprocent, og stor interesse og engagement fra udvalgets medlemmer.

På **det første møde** i september var der fokus på præsentation af medlemmerne, formålet med og rammerne for udvalgets arbejde. Medlemmerne blev herefter introduceret til, hvordan en sundhedspolitik kan se ud eksemplificeret ved såvel Gentofte Kommunes nuværende sundhedspolitik som andre kommuners sundhedspolitikker. Desuden havde medlemmerne en indledende drøftelse af grundlæggende principper for en ny sundhedspolitik for Gentofte Kommune. Drøftelserne vil videreføres på de kommende møder i opgaveudvalget. Afsluttende havde medlemmerne en indledende drøftelse af en vision for en ny sundhedspolitik, som vil blive videreført på næste møder i opgaveudvalget.

På opgaveudvalgets **andet møde** i oktober blev der med udgangspunkt i tre oplæg lagt op til en drøftelse af opgaveudvalgets syn på de største sundhedsudfordringer og handlemuligheder for Gentofte Kommune. Udvalgets medlemmer havde inden mødet fået udsendt 'Fakta om KRAM-M' udarbejdet af Forebyggelse & Sundhedsfremme med fakta om sundhedsudfordringer og beskrivelser af eksisterende indsatser i forhold til kost, rygning, alkohol, motion og mental sundhed.

De tre oplæg:

- a) Det første oplæg ved professor og sektionschef Charlotte Glümer, Forskningscenter for Sundhed og Forebyggelse i Region Hovedstaden, fokuserede på de særlige sundhedsudfordringer, der er for borgerne i Gentofte Kommune i forhold til rygning, alkohol, motion, kost og mental sundhed. Oplægget tog udgangspunkt i data fra sundhedsprofilen 2013.
- b) Det andet oplæg – ligeledes ved Charlotte Glümer – omhandlede inddragelse af lokalsamfundet i det forebyggende arbejde gennem etablering af såkaldte 'supersettings'. Oplægget tog udgangspunkt i erfaringerne fra SoL-projektet (Sundhed og Lokalsamfund), der er gennemført på Bornholm.
- c) Mødets tredje oplæg ved chefkonsulent Jytte Noes Poulsen, Forebyggelse & Sundhedsfremme Gentofte Kommune, var en præsentation af resultater fra undersøgelsen 'Unge trivsel og brug af rusmidler' gennemført af Center For Rusmiddelforskning på Aarhus Universitet v. professor Mads Uffe Pedersen.

På opgaveudvalgets **tredje møde** i december blev udvalgte temaer fra andet møde drøftet. De udvalgte temaer var metoden 'Supersettings', 'Voksne, ældre og sundhed' og 'Ungekultur og sundhed'. Temaerne dannede udgangspunkt for opgaveudvalgets vurdering af behovet for nedsættelse af arbejdsgrupper. Opgaveudvalget blev ligeledes præsenteret for forskellige forebyggelsesstrategier og metoder.

Efter opgaveudvalgets tredje møde og input herfra besluttede formandsskabet for opgaveudvalget at nedsætte arbejdsgrupperne 'Supersetting', 'Voksne, ældre og sundhed' og 'Ungekultur og sundhed'.

Arbejdsgrupperne havde til formål, at:

- Bidrage til at kvalificere opgaveudvalgets arbejde med at udarbejde en ny sundhedspolitik for Gentofte Kommune.
- Nå et spadestik dybere i forståelsen af Gentofte Kommunes sundhedsudfordringer og i relevante metoder til at forebygge disse.
- Bidrage med viden og erfaring, der kan hjælpe opgaveudvalget med at fortage en nødvendig fokusering af de prioriterede områder i en kommende sundhedspolitik.

Der har været stor interesse for at deltage i de tre arbejdsgrupper. Alle borgerrepræsentanter i opgaveudvalget har således indgået i én af arbejdsgrupperne. Desuden har der indgået relevante fagpersoner fra Gentofte Kommunes opgaveområder og eksperter på området. Alle arbejdsgrupper har derfor været besat af yderst kompetente deltagere.

På opgaveudvalgets **fjerde møde** i marts var det primære fokus på afrapporteringerne fra de tre arbejdsgrupper og drøftelser heraf.

Resultaterne af arbejdet i arbejdsgruppen 'Ungekultur og sundhed' blev præsenteret af to af gruppens medlemmer, Frederikke S. Von Eyben og Joshua T. Monrad. Arbejdsgruppen har gennemført en kvalitativ undersøgelse på tre gymnasier beliggende i Gentofte Kommune med fokus på at undersøge, hvorfor alkohol, rygning og rusmidler er en del af de unges kultur. Med udgangspunkt i denne undersøgelse og undersøgelsen 'Unge trivsel og brug af rusmidler i Gentofte Kommune' – der tidligere har været præsenteret for både Socialudvalget og opgaveudvalget – har arbejdsgruppen formuleret en række anbefalinger, som indgår i det videre arbejde i opgaveudvalget.

Resultaterne af arbejdet i arbejdsgruppen 'Supersetting' blev præsenteret for opgaveudvalget af medlemmerne i arbejdsgruppen, Charlotte Bøie og Rasmus Vejbæk-Zerr. Arbejdsgruppen har taget udgangspunkt i resultater og erfaringer fra projektet Sundhed og Lokalsamfund (SoL-projektet), der blev gennemført på Bornholm. Med baggrund i denne viden har arbejdsgruppen drøftet relevansen af at anvende en sådan metode i Gentofte Kommune. Herefter har arbejdsgruppen drøftet mulige problemfelter, målgrupper og aktører – og i forlængelse heraf hvilke muligheder og begrænsninger, der knytter sig til de forskellige perspektiver. Der er formuleret en række anbefalinger, som indgår i det videre arbejde i opgaveudvalget.

Ekstern lektor Lis Puggaard, chefkonsulent Jytte Noes Poulsen, forebyggelseschef Torben H. D. Petersen fra Forebyggelse & Sundhedsfremme præsenterede arbejdet fra arbejdsgruppen 'Voksne, ældre og sundhed'. Associate professor Henrik Brønnum-Hansen har udarbejdet et arbejdsnotat om udvalgte livsstilsfaktorer, dødelighed og

levetid med godt og mindre godt helbred og gode og tabte gode leveår i Gentofte Kommune. Konklusionerne herfra blev gennemgået på mødet. Det blev aftalt at arbejdsgruppens anbefalinger skulle præsenteres på mødet i april og indgå i en samlet drøftelse af anbefalingerne fra de tre arbejdsgrupper.

Lis Puggaard holdt herefter et oplæg om 'Det Dobbelte-KRAM' og en analyse af udvalgte barrierer og motiverende faktorer, der kan medvirke til at skabe mer-aktivitet blandt ældre.

Der var inden mødet udsendt et evalueringsskema til opgaveudvalgets medlemmer med henblik på en midtvejsevaluering af arbejdet i opgaveudvalget.

På opgaveudvalgets **femte møde** i april blev resultaterne fra den gennemførte midtvejsevaluering gennemgået og drøftet.

Herefter gennemgik associate professor Henrik Brønnum Hansen anbefalingerne samt konklusionerne fra arbejdsgruppen 'Voksne, ældre og sundheds' arbejdsnotat. Notatet er udarbejdet på baggrund af registerdata og dataudtræk fra Sundhedsprofil 2013 og omhandler udvalgte livsstilsfaktorer, dødelighed og levetid med godt og mindre godt helbred i Gentofte Kommune.

Anbefalingerne fra alle tre arbejdsgrupper blev herefter gennemgået i opgaveudvalget. Drøftelserne afstedkom en række forslag til justeringer og ændringer, der er blevet indarbejdet i de samlede anbefalinger.

Opgaveudvalget afsluttede deres møde med at formulere forslag til vision og principper til den nye sundhedspolitik.

På baggrund af opgaveudvalgets drøftelser og forslag, og de tre arbejdsgruppers anbefalinger er der blevet udarbejdet et udkast til en ny sundhedspolitik. Udkastet blev udsendt til opgaveudvalget forud for deres **sjette møde i juni**. På mødet blev udkastet præsenteret og drøftet. Opgaveudvalget fandt i fællesskab en formulering af vision og principper.

Opgaveudvalget blev herudover orienteret om planen for den videre proces for udviklingen af Gentofte Kommunes nye sundhedspolitik. Tredje og sidste udkast fremsendes til opgaveudvalget den 22. august med henblik på godkendelse af udkast til behandling i Socialudvalget og Kommunalbestyrelsen på opgaveudvalgets møde den 7. september 2016.

Opgaveudvalget skal præsentere Kommunalbestyrelsen for anbefalinger til en ny sundhedspolitik ved udgangen af 2016.