UDVALGET VEDR. TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE

MØDETIDSPUNKT

22-04-2014 19:00

MØDESTED

Mødelokale H7 og H8 på regionsgården

MEDLEMMER

Maja Holt Højgaard
Hanne Andersen
Per Seerup Knudsen
Bodil Kornbek
Karsten Skawbo-Jensen
Henrik Thorup
Per Roswall
Erik Sejersten
Torben Kjær

INDHOLDSLISTE

1. Beslutningssag: Handicapråd
2. Beslutningssag: Indspil til Budget 2015
3. Beslutningssag: Rammeaftale for det specialiserede socialområde 2015 - Udviklingsstrategi
4. Orienteringssag - Status for implementering af praksisplaner
5. Beslutningssag: Tids- og procesplan for Praksisplan for fysioterapi 2015-2019
6. Beslutningssag: Mødeplan
7. Eventuelt

1. BESLUTNINGSSAG: HANDICAPRÅD

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Regionsrådet oversendte den 4. februar 2014 den af Karsten Skawbo-Jensen rejste sag om Handicapråd til Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde. Udvalget skal - under inddragelse af både Sundhedsudvalget og Psykiatriudvalget - tage stilling til forslaget. Dette er første behandling af sagen med henblik på afklaring af, om forslaget om etablering af et handicapråd skal indgå som input til drøftelserne om budget 2015.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at sagen drøftes.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING
Karsten Skawbo-Jensen (C) har ved henvendelse af den 18. december 2013 anmodet om, at regionsrådet nedsætter et handicapråd til afløsning af det nuværende regionale dialogforum for handicap, og at regionsrådet formulerer og vedtager en handicappolitik i dialog og samarbejde med et kommende handicapråd. Kommunerne i Danmark har erfaringer med handicapråd, og forslaget lægger op til, at regionen følger kommunernes eksempel.

I forbindelse med gennemførelse af kommunalreformen januar 2007 blev det lovpligtigt for kommunerne at etablere kommunale handicapråd. Formålet med handicaprådene er, at de skal være rådgivende for kommunalbestyrelserne i handicappolitiske spørgsmål og formidle synspunkter mellem borgere og kommunalbestyrelserne om lokalpolitiske forhold, der vedrører mennesker med handicap.

De kommunale handicapråd har ikke selvstændige beføjelser til at træffe beslutninger om tiltag, som kommunerne skal iværksætte, og kommunalbestyrelserne er ikke forpligtet til at følge de bemærkninger og indstillinger, der kommer fra handicaprådene. Et handicapråd er således udelukkende et rådgivende organ i forhold til kommunalbestyrelserne. Et kommunalt handicapråd skal forholde sig til generelle og overordnede sager, som vedrører handicappolitiske spørgsmål på tværs af alle sektorer i kommunen. Rådet må imidlertid ikke gå ind i enkeltsager, herunder personsager, eller sagsbehandle på lige fod med politiske udvalg i kommunerne. Se bilag 1 for en uddybning af, hvad et handicapråd i kommunerne kan og skal.

På baggrund af det strategiske arbejde, som er under færdiggørelse, ville handicappolitik og inddragelse af handicaporganisationer kunne blive en del af udvalgets arbejde med henblik på at leve på til de overordnede politiske målsætninger.

Spørgsmålet om dannelsen af et handicapråd kan derfor ses i sammenhæng med regionens øvrige overvejelser om bruger- og pårørendeinddragelse, herunder hvorvidt de regionale dialogfora skal fortsætte som hidtil.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ingen økonomiske konsekvenser i sig selv .

KOMMUNIKATION
Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
-

DIREKTØRPÅTEGNING

Hjalte Aaberg / Svend Hartling

JOURNALNUMMER
14003643

BILAGSFORTEGNELSE

1. Handicapråd

2. BESLUTNINGSSAG: INDSPIL TIL BUDGET 2015

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Forretningsudvalget har bedt om udvalgenes bidrag forud for budgetforhandlingerne for 2015. Budgetinitiativer skal være fremsendt til forretningsudvalget senest 6. juni.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

- **at** Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde drøfter forslag til budgetinitiativer med henblik på en politiske prioritering.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING
Forretningsudvalget har bedt Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde om, til brug for budgetforhandlingerne, at udarbejde forslag til nye initiativer inden for udvalgets arbejdsområde. Udvalget skal på den baggrund drøfte budgetinitiativer for perioden 2015 – 2018 med henblik på en politisk prioritering heraf. Sidste frist for udvalgenes bidrag er 6. juni 2014. Udvalget skal derfor senest på sit møde i maj 2014 endeligt beslutte, hvilke budgetønsker det vil sende til forretningsudvalget.

Udvalgets drøftelse
Udvalget bedes drøfte de fremsatte forslag til budgetinitiativer med henblik på prioritering heraf i den videre budgetproces. Udvalget skal desuden vurdere:

- Om der er forslag, man ønsker udgår?
- Andre budgetinitiativer man ønsker medtaget?
- Skal der udarbejdes effektiviseringsforslag, og på hvilke områder?

Udvalget kan på mødet tage udgangspunkt i det økonomiske oplæg fra budgetseminaret, hvor der blev fremlagt en vurdering af den økonomiske ramme for udvalgets arbejdsområde samt drøftelser i udvalget om arbejdsplan og budgetønsker.

Oversigt over budgetinitiativer
Regionsrådet vedtog den 8. april 2014 et oplæg til strategi for Region Hovedstaden. Visionen er *Hovedstadsregionen er den grønne og innovative metropol med høj vækst og livskvalitet, samt et sammenhængende sundhedsvæsen på internationalt topniveau*. Der er hertil knyttet en række politiske målsætninger og strategiske indsatsområder.

Administrationen har på baggrund af udvalgets drøftelser og forslag til budgetemner konkretiseret budgetinitiativer. Budgetindput vil kunne indebære forslag til både budgetønsker og effektiviseringer, som understøtter strategien for Region Hovedstaden.

Udvalgets budgetinitiativer er præciseret i den skabelon, som skal bruges til fremsendelse af budgetinput til forretningsudvalget, og er vedlagt som bilag.

Der er desuden som bilag yderligere vedlagt administrationens samlede oversigt over forslag til budgetinitiativer for alle udvalg. Af oversigten fremgår initiativernes tilknytning til strategien for regionens udvikling.

De forslag, som fremgår på nuværende tidspunkt, skal videre bearbejdes og kvalificeres – herunder de økonomiske aspekter, om udgifter er etårige eller flerårige samt forhold om skalering. Der kan samtidig være sammenhæng og overlappende ønsker til andre udvalg. Dette vil fra administrationens side blive koordineret hen imod drøftelserne af budgetinitiativerne i udvalgene i maj.

Oversigt over Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejdes budgetinitiativer:

3.0	**Udvalg vedrørende tværsektorielt samarbejde**	**Politisk målsætning**	**Strategisk indsatsområde**
3.1	Akutte overgange fra hospital til kommune	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
3.2	Opsætte og drive hjertestartere i yderområder		
3.3	Sikre behandling af borgere med dobbeltdiagnoser i sektorovergang	Patientens situation styrer forløbet	Lighed i sundhed
3.4	Borgere med ikke-psykotiske lidelser, som ikke kan få tilbud i distriktspsykiatrien eller socialpsykiatrien	Patientens situation styrer forløbet	Lighed i sundhed
3.5	Etablering af handicapråd		Lighed i sundhed
3.6	Den Danske Kvalitetsmodel i praksissektoren	Høj faglig kvalitet	
3.7	Implementering af forløbsprogram for rehabilitering og palliation	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
3.8	Videreførelse af projekter fra 50 mio. kr. puljen		Lighed i sundhed

På mødet den 25. marts rejste udvalget de forslag, der fremgår af skemaet ovenfor. Herudover blev også rejst forslag om forløbsprogrammer vedr. erhvervet hjerneskade for børn og voksne samt forløbsprogrammet for demens. Og der blev rejst forslag om befordring i forbindelse med screening. Forslag vedr. implementering af forløbsprogrammer omfatter nu alene forløbsprogrammet for kræftrehabilitering og palliation, idet implementeringsaktiviteter vedr. forløbsprogrammer for henholdsvis erhvervet hjerneskade for børn og voksne samt for demens forventes at kunne igangsættes inden for den eksisterende ramme.

Vedr. forslag om befordring i forbindelse med screening vurderes det, ud fra udvalgets drøftelse på mødet den 25. marts ikke relevant at forslå budget:

Befordring i forbindelse med screening
Der ønskes en ligestilling af ret til kørselsgodtgørelse i forbindelse med alle screeningsprogrammer.

Der er allerede i dag ensartede regler for, hvem der kan modtage kørselsgodtgørelse uanset screeningsprogram. Når man er en rask borger, der deltager i et screeningsprogram har man ikke ret til befordring/befordringsgodtgørelse.

I det øjeblik screeningen viser tegn på potentiel sygdom anses man som patient og vil, hvis man opfylder en af de generelle betingelser i befordringsbekendtgørelsen, have ret til befordring/befordringsgodtgørelse. Det gælder både patienter, som indkaldes til en koloskopi efter de har deltaget i screening for tarmkræft og patienter, som efter en mammografiscreening indkaldes til yderligere undersøgelser.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Budgetinitiativerne vil blive behandlet igen i udvalget den 20. maj 2014. Frist for indlevering af forslag til budget 2015 til Forretningsudvalget er den 6. juni 2014.

DIREKTØRPÅTEGNING
Svend Hartling / Else Hjortsø

JOURNALNUMMER
14003516

BILAGSFORTEGNELSE

1. Overblik over budgetforslag 2015 -2018 fra driftsudvalg og strategiske områder 11 4 2014
2. Budgetforslag TVÆRS samlet

3. BESLUTNINGSSAG: RAMMEAFTALE FOR DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE 2015 - UDVIKLINGSSTRATEGI

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Kommunerne har ansvaret for koordineringen af det specialiserede socialområde og specialundervisning, herunder ansvaret for udarbejdelse af de årlige rammeaftaler for det specialiserede socialområde. Kommunekontaktrådet (KKR) har på deres møde den 14. marts 2014 behandlet udkast til udviklingsstrategi for rammeaftale 2015. Udviklingsstrategien er efterfølgende udsendt til godkendelse i kommuner og region. Regionsadministrationen har haft udkastet til kommentering forud for forelæggelse i KKR.

Udviklingsstrategien peger på en forventet stigning i antallet af borgere inden for flere målgrupper. Dette afspejler sig ikke i regulering af kommunale/regionale tilbud omfattet af rammeaftale 2015, men forventes fortsat at kunne dækkes ind af kommunernes inklusionsstrategi og andre tilbud i nærmiljøet.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at udkast til udviklingsstrategi for rammeaftale 2015 tiltrædes.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING

Kommunerne har ansvaret for koordineringen af det specialiserede socialområde og specialundervisningen, herunder ansvaret for udarbejdelse af de årlige rammeaftaler for området. Området dækker blandt andet bo- og døgntilbud samt dagtilbud til borgere med fysisk og/eller psykisk funktionsnedsættelse. Endvidere er der tilbud inden for kommunikationsområdet, misbrugsbehandling og specialundervisning.
Rammeaftalen for 2015 består af to dele:
• En udviklingsstrategi, der skal være godkendt af alle kommuner i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden i juni 2014.
• En styringsaftale, der skal være godkendt af parterne i oktober 2014.

Udviklingsstrategiens formål er at sikre og styre den faglige udvikling af tilbuddene i hovedstadsregionen, så alle driftsherrer til stadighed er i stand til at tilbyde de rigtige tilbud af høj kvalitet også til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer. Endvidere skal den skabe synlighed og gennemskuelighed om kapacitet og behov for pladser og endelig sikre koordination og udvikling af nye tilbud særligt til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer, så ekspertise og ressourcer anvendes hensigtsmæssigt.

Regionen er bidragsyder til rammeaftalens udviklingsstrategi på linje med kommunerne i forhold til indberetning af kapacitetsoplysninger. Regionsadministrationen har haft udkastet til udviklingsstrategien til administrativ kommentering forud for forelæggelse i KKR den 14. marts 2014. Regionsrådet har frist til den 31. maj 2014 til at tiltræde den foreliggende udviklingsstrategi.

Den foreliggende udviklingsstrategi peger på et stigende antal borgere inden for flere målgrupper. Denne stigning i antal håndteres af kommunerne ved hjælp af hjemtagning af borgere til mindre indgribende tilbud, recovery (en tilgang, der tager udgangspunkt i, at mennesker med sindslidelser kan komme sig helt eller delvist), rehabilitering og inklusion. Der forventes derfor heller ikke for 2015 at være et behov for at indgå tværkommunale aftaler og/eller aftaler mellem kommunerne og Region Hovedstaden om konkrete reguleringer af tilbud eller pladser omfattet af Udviklingsstrategi 2015.

Et formål med Udviklingsstrategien er at udvælge hvilke særlige temaer, der skal være i fokus i det år, som Rammeaftalen er gældende i. Som særligt tema for 2015 er valgt ”tilbud til borgere med dobbeltdiagnose”. Dette skyldes at Udviklingsstrategi 2015 viser, at flere kommuner forventer en stigning i målgruppen af borgere med dobbeltdiagnose og en større efterspørgsel på misbrugstilbud. Det gælder såvel i forhold til ambulante tilbud, dagtilbud som døgntilbud.

Formålet med temaet er at sætte fokus på, hvordan misbrugsbehandlingstilbud og øvrige socialpsykiatriske tilbud håndterer udviklingen i målgruppen af borgere med dobbeltdiagnose. I forlængelse heraf er det også relevant at se på evt. problemstillinger i samarbejdet mellem socialpsykiatri og den regionale psykiatri i lyset af udviklingen.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
Forslaget til Rammeaftale 2015- udkast til udviklingsstrategi for det specialiserede socialområde og specialundervisning indebærer i sig selv ingen udgifter for regionen. Udgifter og indtægter ved de regionsdrevne tilbud er indarbejdet i budgetforslaget

KOMMUNIKATION
Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
Sagen er på Psykiatriudvalgets møde den 22. april 2014 til kommentering og skal behandles på Forretningsudvalgets møde den 6. maj 2014.

DIREKTØRPÅTEGNING
Svend Hartling / Else Hjortsø

JOURNALNUMMER
14003483

BILAGSFORTEGNELSE
1. Udkast til udviklingsstrategi 2015 incl bilag

4. ORIENTERINGSSAG - STATUS FOR IMPLEMENTERING AF PRAKSISPLANER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Regionen er i gang med at implementere tre praksisplaner for henholdsvis praktiserende fysioterapeuter, kiropraktorer og fodterapeuter. Praksisplanerne omhandler udvikling af kapacitet, samarbejde og kvalitet for alle tre praksisområder. Til orientering fremlægges statusrapporter for implementeringsarbejdet på disse tre praksisområder.

Desuden er implementering af to nye praksisplaner for henholdsvis psykologi og speciallægepraksis ved at blive igangsat, efter at disse praksisplaner blev godkendt i regionsrådet i december 2013. For almen praksis arbejdes der aktuelt på en revideret praksisplan som følge af ændringerne i sundhedsloven sidste år, jf. udvalgets behandling den 26. februar 2014.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at orienteringen tages til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING
Baggrund
I henhold til sundhedsloven og overenskomsterne for praksissektorens behandlergrupper udarbejder regionen flerårige strategiske praksisplaner for hvert praksisområde, undtaget tandlægeområdet. Praksissektorens behandlergrupper omfatter praktiserende ydere inden for: almen praksis, speciallægepraksis, fodterapi, kiropraktik, fysioterapi, psykologi og tandlægeområdet. Der findes ikke en praksisplan for tandlægeområdet, idet tandlægeoverenskomsten ikke har planbestemmelser.Praksisplanerne udarbejdes i samarbejde med de relevante praktiserende behandlergrupper og godkendes endeligt i regionsrådet.

Hver praksisplan implementeres i den efterfølgende planperiode gennem udarbejdelse af årlige implementeringshandleplaner. Disse handleplaner operationaliserer og fokuserer praksisplanens overordnede strategiske mål og anbefalinger til konkrete indsatser og aktiviteter, der er nødvendige for at nå målene.

Implementeringsarbejdet koordineres i implementeringsgrupper for hvert praksisområde nedsat i regi af samarbejdsudvalgene. For almen praksis følges arbejdet fremover af det nyetablerede praksisplanudvalg og den derunder etablerede administrative styregruppe for almen praksis.

Udover at sikre fremdrift i implementering af praksisplanerne skal implementeringstyregrupperne udarbejde en årlig afrapportering til samarbejdsudvalgene/ praksisplanudvalget for almen praksis, der siden skal forelægges regionsrådet til orientering.

Status for implementering af eksisterende praksisplaner
I 2011 godkendte regionsrådet og regionens kommuner Praksisplan for fysioterapi 2011-2014. Desuden godkendte regionsrådet i sommeren 2013 Praksisplan for kiropraktik 2013-2016 og Praksisplan for fodterapi 2013-2016. For disse praksisoverenskomstområder er implementeringsarbejdet i gang.

I det følgende beskrives de væsentligste initiativer i arbejdet med implementering af de tre praksisplaner. Se i øvrigt de vedlagte statusrapporter (bilag 1-3).

Praksisplan for fysioterapi 2011-2014

Implementeringen af praksisplan for fysioterapi forløber som planlagt. Særligt kan fremhæves, at der er udarbejdet en handleplan for udligning af geografiske forskelle i dækningsgrad, at der udarbejdet administrative retningslinjer for satellitpraksis samt gennemført undersøgelse af ventetiderne i fysioterapipraksis. Dernæst er der gennemført et pilotprojekt om 'den gode epikrise' samt gennemført kvalitetsprojekter og temadage i regi af praksiskonsulentordningen.

Praksisplan for kiropraktik 2013-2016
Implementeringen af praksisplan for kiropraktik forløber som planlagt. Særligt kan fremhæves et samarbejdsprojekt mellem kiropraktorerne og Glostrup Hospital om direkte henvisning til reumatologisk afdeling, ligesom der er lagt en væsentlig indsats i implementeringen af forløbsprogrammet for lænderyglidelse i Region Hovedstaden.
Derudover vil der i regi af praksisplanen iværksættes initiativer til implementering af den nye overenskomst for kiropraktik, der trådte i kraft 1. januar 2014.

Praksisplan for fodterapi 2013-16
Implementeringen af praksisplan for fodterapi forløber som planlagt. Særligt kan det fremhæves, at der er etableret en praksiskonsulentordning for fodterapi. Praksiskonsulenterne skal bistå regionen i implementeringsarbejdet inden for områder som tilgængelighed, samarbejde og kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen og kvalitetsudvikling. Der er blandt andet igangsat en indsats for at sikre implementering af forløbsprogrammet for diabetes og kliniske retningslinjer for diabetiske fodsår.

Nye planer uden statusrapporter for implementeringsarbejdet
Regionsrådet godkendte nye praksisplaner for henholdsvis speciallægepraksis og psykologområdet på dets sidste møde i 2013. Dette betyder, at implementeringsarbejdet er ved at blive sat i gang.

Desuden foregår der aktuelt en revision af den tidligere udarbejdede praksisplan for almen praksis. Dette følger ændringen af sundhedsloven sidste år,

Derfor er der ikke udarbejdet implementeringsrapporter for disse tre områder i 2013.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
De relevante ydergrupper orienteres løbende i forbindelse med de konkrete implementeringsaktiviteter.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
-

DIREKTØRPÅTEGNING
Svend Hartling / Else Hjortsø

JOURNALNUMMER
11010607

BILAGSFORTEGNELSE
1. Statusrapport fodterapi 2013-14
2. Statusrapport kiropraktik 2013-14
3. Årsrapport fysioterapi 2013

5. BESLUTNINGSSAG: TIDS- OG PROCESPLAN FOR PRAKSISPLAN FOR FYSIOTERAPI 2015-2019

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Regionen og kommunerne udarbejder i samarbejde en praksisplan for den samlede tilrettelæggelse af fysioterapi i regionen, som en del af regionens samlede sundhedsplan.

Den nuværende praksisplan løber fra 2011-2014, og der skal derfor i løbet af 2014 udarbejdes en ny praksisplan. Den nye praksisplan skal løbe fra 2015-2019.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at udkast til tids- og procesplan drøftes, med henblik på politisk godkendelse i Samarbejdsudvalget for fysioterapi.

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING
Region Hovedstaden udarbejder praksisplaner for samtlige ydergrupper i praksissektoren på nær tandlæger. For fysioterapipraksis skal der udarbejdes ny praksisplan i løbet af 2014.

De overordnede mål med praksisplanen er at sikre:

- Lige adgang og tilgængelighed til fysioterapeuter i praksissektoren
- Fagligt og organisatorisk bæredygtige klinikker
- Koordinering og samordning af den fysioterapeutiske betjening med det øvrige sundhedsvæsen

Praksisplanen skal understøtte hensigtsmæssig kapacitetsplanlægning, kvalitet i fysioterapipraksis samt samarbejde mellem fysioterapipraksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Ny praksisplan for fysioterapi
Den nuværende praksisplan for fysioterapi løber til udgangen af 2014. Det betyder, at udarbejdelse af en ny plan går i gang i løbet af i år. En ny plan skal bygge videre på den nuværende, herunder de resultater, som er opnået ved implementering af planen i perioden 2011-2014. Planlægningsprocessen forankres i Samarbejdsudvalget for fysioterapi og planen forelægges efterfølgende Udvalget for Tværsektorielt Samarbejde samt regionsrådet til godkendelse.

Implementeringen har omfattet en række temaer og indsatsområder, men de væsentligste har været:

- Analyse af den samlede kapacitet, herunder placering og tilgængelighed.
- Smidig og sikker drift set i relation til de strukturelle ændringer, der trådte i kraft i 2008, hvor kommunerne overtog ansvaret for den vederlagsfri fysioterapi, og dermed medførte et delt myndighedsansvar for fysioterapien.
- Understøttelse af samarbejde mellem sektorer og kvalitetsarbejdet i fysioterapipraksis.

Regionsrådet har i perioden årligt modtaget afrapporteringer om implementering af praksisplanen. Såfremt dette uddelegeres, vil det fremover være Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde, der modtager afrapporteringen.

Praksisplanen har vist sig effektiv i forhold til at tilrettelæge den fysioterapeutiske betjening og sikre samarbejde om udvikling mellem Danske Fysioterapeuter, Region Hovedstaden og kommunerne i Region Hovedstaden, herunder sikre fortsat fremdrift mht. kvalitetsudvikling og sektorsamarbejde.

Praksisplan for fysioterapi 2015-2019 bør prioritere mål og anbefalinger, så det bliver en rammeplan, hvor vægten af udviklingsarbejdet placeres i implementeringsperioden i form af konkrete projekter, handleplaner og aktiviteter. Visioner for kvalitetsudvikling og kapacitetsplanlægning af praksissektorens fysioterapi bør tænkes sammen med udviklingsindsatser for det øvrige sundhedsvæsen. Endvidere bør det indtænkes, hvordan samarbejdet mellem kommunerne og regionen kan styrkes yderligere.

Samarbejdsudvalget nedsætter en styregruppe for praksisplanen med repræsentation region, kommunerne og Danske Fysioterapeuter.

Udkast til den færdige praksisplan sendes i offentlig høring og forventes endeligt vedtaget i regionsrådet i 2015.

Den samlede projektperiode, inklusiv høring og endelig politisk godkendelse løber fra 1. kvartal 2014 til 2. kvartal 2015. Implementering af planen ligger herefter.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke i sig selv økonomiske konsekvenser.

KOMMUNIKATION
Ingen særskilt kommunikationsindsats planlagt.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
-

DIREKTØRPÅTEGNING
Svend Hartling / Else Hjortsø

JOURNALNUMMER
14003517

BILAGSFORTEGNELSE
1. Tids- og procesplan praksisplan fysioterapi

6. BESLUTNINGSSAG: MØDEPLAN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE
Udvalget skal godkende mødeplanen for resten af 2014.

INDSTILLING
Administrationen indstiller:

at mødeplanen godkendes**.**

POLITISK BEHANDLING

SAGSFREMSTILLING
Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde godkendte på møde den 26. februar 2014 mødeplan frem til maj måned.
Der vedlægges forslag til mødeplan for resten af 2014 i bilag 1.

Møderne er tilrettelagt under hensyntagen til medlemmernes deltagelse i andre udvalg samt møder i kommunerne og Danske Regioner. Endvidere er to af mødedatoerne lagt således at det muliggør behandling af Sundhedsaftalen.

Det foreslås, at Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde frem til december 2014 holder udvalgsmøder fra kl. 19-21, på følgende dage:

- 24/6 - 2014
- 2/9 - 2014
- 7/10 - 2014
- 4/11- 2014
- 19/11-2014

De to møder i november er nødvendige på grund af behandling af Sundhedsaftalen. Det foreslås, at det ene novembermøde eventuelt afholdes som fælles temamøde med Sundhedsudvalget.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
En tiltrædelse af indstillingen indebærer ikke økonomiske konsekvenser i sig selv.

KOMMUNIKATION
Mødeplanen offentliggøres på regionens hjemmeside som en del af den samlede mødeplan for regionsrådet og dets udvalg.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES
-

DIREKTØRPÅTEGNING
Svend Hartling / Else Hjortsø

JOURNALNUMMER
14003516

BILAGSFORTEGNELSE
1. Mødeplan til politiske udvalg

7. EVENTUELT

EVENTUELT

MØDETIDSPUNKT

22-04-2014 19:00

MØDESTED

Mødelokale H7 og H8 på regionsgården

MEDLEMMER

Maja Holt Højgaard
Hanne Andersen
Per Seerup Knudsen
Bodil Kornbek
Karsten Skawbo-Jensen
Henrik Thorup
Per Roswall
Erik Sejersten
Torben Kjær

INDHOLDSLISTE

1. Arbejdsplan
2. Folkemødet 2014 den 12. til 15. juni

1. ARBEJDSPLAN

MEDDELELSER
Der vedhæftes opdateret arbejdsplan for udvalget.

JOURNALNUMMER
14003516

BILAGSFORTEGNELSE
1. Arbejdsplan for Tværsektorielt Udvalg

2. FOLKEMØDET 2014 DEN 12. TIL 15. JUNI

Folkemødet i Allinge er kendetegnet ved åbne debatter, hvor politikerne møder borgere, erhvervsfolk og organisationer under uformelle former. Et af Folkemødets formål er at skabe rammerne for at demokratiet udvikles - ligesom den svenske Almedalsveckan.

Også i år deltager Region Hovedstaden aktivt på Folkemødet. Det sker i Øresundshuset, i sundhedsteltet (sammen med Bornholms Hospital) og i teltet vedrørende regional udvikling. I begge telte vil der være politiske debatter, med deltagelse af regionsrådsformanden/næsteformænd og/eller formænd for de politiske udvalg.

I oversigten nedenfor ses debatterne.

Debatter i sundhedsteltet

Torsdag den 12. juni kl 15.30: Hvem har ansvaret for din sundhed?

Fredag den 13. juni kl. 12.45: Unge – en forsømt gruppe i sundhedsvæsenet?
Hvordan bliver vi bedre til at behandle unge som unge og ikke som børn eller voksne? Og hvordan kan vi bedre støtte unge med kronisk sygdom?

Fredag den 13. juni kl. 16.15: Har vi inklusion eller eksklusion i sundhedsvæsenet?
Lige muligheder er ikke det samme som lige adgang. I dag har socialt udsatte ikke samme adgang til sundhed som mere ressourcestærke mennesker. Sundhedsprofiler viser f.eks. store geografiske forskelle i brugen af sundhedsydelser.

Lørdag den 14. juni kl. 9.30: 1813 – hvordan forandrer vi bedst sundhedsvæsnet?
Det førte til massiv medieomtale og konflikt med PLO, da Region H 1. januar hjemtog lægevagten og etablerede én samlet indgang til lægehjælp uden for egen læges åbningstid. Hvad betyder forandringen for borgerne? Og hvad var tankerne bag?

Lørdag den 14. juni kl. 14.15: Tvang og medicinering i psykiatrien – et nødvendigt onde?
Hvad er alternativerne til tvang i psykiatrien? Kan nye behandlingsformer erstatte stort forbrug af medicin?

Søndag den 15. juni kl 10.00: Hvorfor føder danskerne ikke børn nok?
Vi føder færre børn. Hvad betyder det for samfundet, og skal vi gøre noget ved det?

Debatter i Kærnehuset/Regional udviklingstelt

Torsdag den 12. juni kl. 14.45: Transport – Kan vi få en hovedstadsmafia?
Vi drukner i trængsel. Alligevel kan borgmestrene i hovedstadsregionen ikke blive enige om at gøre fælles front for at få investeringer til Hovedstaden. Hvad skal der til?

Fredag den 13. juni kl. 12.45: Europas grønne metropol – hvad skal der til?
København har som hovedstad en grøn profil, men hvad med den grønne profil på hele hovedstadsregionen? Er vi grønne nok?

Fredag den 13. juni kl. 14.45: Uddanner vi rigtigt?
Hvad er det for nogle uddannelser, vi skal have fremover for at få vækst?
Lørdag den 14. juni kl. 11.45: Hvordan styrker vi Regionen som en international metropol?
Hvad gør Region Hovedstaden til en international metropol? Hvordan vinder vi i konkurrence med andre europæiske hovedstæder / storbyer?

Lørdag den 14. juni kl. 15.30 : Sunde data – hvordan får vi mest ud af vores sundhedsdata?

Skal private virksomheder have adgang til sundhedsdata på patienterne? Hvem skal eje gevinsterne ved forskningsresultater, som dygtige forskere ansat i regionen har frembragt? Hvordan kan offentlige og private arbejde sammen om nye sundhedsløsninger og for hvis skyld?

JOURNALNUMMER
14002857

Handicapråd

Den gode praksis

KL

DH
Danske Handicaporganisationer

August 2010

Handicapråd

Den gode praksis

Indholdsfortegnelse

1. Indledning 3

2. Handicaprådets sammensætning og samarbejde 4
Handicaprådets formål og opgaver 4
Sektoransvar og mainstreaming på handicapområdet 6
Samarbejdet i rådet 6
Rådets medlemmer 6
Stedfortrædere 8
Roller i rådet 8
Embedsmænd i rådene 9
Handicaprådets samarbejde med forvaltningen 10
Uenighed i rådet 10

2. Handicaprådets arbejde 12
Handicaprådets dagsorden 12
Forberedelse af dagsordensmateriale 13
Høringer 14
Høring af handicaporganisationerne 15
Handicaprådets møder 15
Nye tværkommunale aftaler og dialogfora 17
Mennesker med handicap er forskellige 17
Handicappolitik 18
Aktiviteter og deltagelse – udenfor rådhuset 18
Erfaringsudveksling 18

3. Rammer for handicaprådets arbejde 20
Vedtægt 20
Forretningsorden 20
Handicaprådets budget, diæter mv. 20
Sekretariatsbistand 21

4. Handicaprådets frem til 2014 22

5. Kontaktadresser 24

6. Læs mere – links 25

1. Indledning

Siden 1. april 2006 har alle landets 98 kommuner haft pligt til at etablere et kommunalt handicapråd. Rådene er nu gået ind i deres anden funktionsperiode, og de nye råd står over for fire år med store udfordringer på handicapområdet. I langt de fleste kommuner er der allerede etableret et godt samarbejde i handicaprådet og gode samarbejdsrelationer mellem rådet, kommunalbestyrelsen og forvaltningerne.

Med denne pjece ønsker KL og Danske Handicaporganisationer (DH) at styrke rådenes arbejde yderligere. Pjecen sætter fokus på en række områder, hvor samarbejdet og arbejdsgangene i rådene kan forbedres, og hvor der har været eksempler på uklarheder om rådets opgaver og kompetencer.

Pjecen er skrevet med udgangspunkt i konkrete forespørgsler og forslag fra kommuner og handicapråd, og tager udgangspunkt i "den gode praksis" i rådene. Pjecen indeholder idéer til, hvordan handicaprådet kan få et bedre samarbejde indbyrdes mellem rådets medlemmer og mere indflydelse på kommunens initiativer og beslutninger, der vedrører borgere med handicap. Pjecen kommer desuden med inspiration til at løse de udfordringer, rådene oplever lokalt.

I efteråret 2008 afholdt DH og KL i samarbejde med en række kommuner fem regionale konferencer for de kommunale handicapråd, i den forbindelse blev første udgave af denne pjece uarbejdet.

I efteråret 2010 afholder fem værtskommuner igen konferencer for handicaprådene i regionen. I den anledning har vi opdateret pjecen, som peger frem mod endnu fire år med kommunale handicapråd. Nyt er bl.a. reglerne om kønsligestilling og FN-konventionens ratificering. Desuden bringes ny inspiration og idéer til rådenes kommende arbejde, bl.a. hentet fra god praksis i forskellige handicapråd.

2. Handicaprådets sammensætning og samarbejde

Handicaprådets formål og opgaver

Handicaprådets formål er at være rådgivende for kommunalbestyrelsen i handicappolitiske spørgsmål og at formidle synspunkter mellem borgerne og kommunalbestyrelsen om lokalpolitiske forhold, der vedrører mennesker med handicap. Dette kan ske på flere måder, fx ved at rådet afgiver høringssvar eller tager emner op af egen drift.
Rådet har ikke selvstændige beføjelser til at træffe beslutninger om tiltag, som kommunen skal iværksætte, og kommunalbestyrelsen er ikke forpligtet til at følge de bemærkninger og indstillinger, der kommer fra rådet. Rådet er således udelukkende et rådgivende organ i forhold til kommunalbestyrelsen.

Det er hensigtsmæssigt, at man sikrer sig, at alle rådets medlemmer kender til formålet med rådets virke. Det gælder både for de medlemmer af rådet, som er udpeget af kommunalbestyrelsen (kommunalpolitikere og eventuelle embedsmænd), og for de, som er udpeget af DH eller andre handicapgrupperinger.

Rådet skal forholde sig til generelle og overordnede sager, som vedrører handicappolitiske spørgsmål på tværs af alle sektorer i kommunen. Det betyder fx, at rådet bør høres om alle initiativer, der har betydning for mennesker med handicap. Rådet må imidlertid ikke gå ind i enkeltsager, herunder personsager, eller sagsbehandle på lige fod med politiske udvalg i kommunerne.

Med handicaprådene har kommunalbestyrelsen fået et vigtigt forum for dialog og sparring med repræsentanter fra borgere med handicap i kommunen. Ved at inddrage og høre handicaprådet, styrker kommunalbestyrelsen bruger- og borgerinddragelsen i kommunen. Det er dog vigtigt at pointere, at handicaprådet er et kommunalt råd. Det er ikke et rent brugerråd. Brugerinddragelse sikres altså ikke udelukkende ved at høre rådet.

Kommunerne har i dag et stort ansvar på handicapområdet, herunder bl.a. i forhold til mennesker med betydelige og varige handicap. Det gør det ekstra vigtigt at sætte fokus på at inddrage brugere og borgere med handicap i kommunens beslutningsprocesser, herunder at inddrage handicaprådet, når f.eks. specialundervisnings- og sociale tilbud skal ændres eller tilpasses nye udfordringer og behov.

Kommunen kan og bør med fordel indtænke handicaprådet som en strategisk medspiller i løsningen af kommunale udviklingsopgaver på tværs af forskellige sektorer. Handicaprådet kan ofte medvirke til at fremme kommunal innovation, fordi rådets

Rådet har kontakt til et bredt bagland af forskellige tilbud, aktiviteter, handicaporganisationer og handicapgrupper, som har stor viden om og erfaringer med, hvilke konkrete tiltag, som kan fremme, at flere mennesker med handicap opnår lige muligheder og kan leve et liv på egne præmisser i kommunen.

Ved at inddrage rådene tidligt i beslutningsprocesserne kan kommunerne undgå uhensigtsmæssige løsninger vedr. byggeri og trafik, hjemmeside, kommunikation, service, støtte til børn og unge mv., som siden skal tilpasses i dyre domme, så de bliver tilgængelige for mennesker med handicap.

Handicaprådets opgaver – ifølge lovgivningen:
Kommunalbestyrelsen har ansvaret for, at alle initiativer, der har eller kan få betydning for borgere med handicap, sendes til høring i rådet. Det er kommunalbestyrelsen, som afgør, om handicaprådet skal høres over et konkret spørgsmål.

Som det fremgår af lovgivningen for handicaprådene, har rådene både skal og kan opgaver.

Handicaprådet skal -

- Rådgive kommunalbestyrelsen i handicappolitiske spørgsmål
- Besvare høringer fra kommunalbestyrelsen om alle initiativer, som har betydning for mennesker med handicap. Handicaprådet skal dermed have indflydelse på kommunens handicappolitik i bred forstand og på såvel spørgsmål af overordnet karakter som på forhold, der har betydning for handicappedes hverdag.

Handicaprådet kan -

- Behandle alle lokalpolitiske spørgsmål, som vedrører mennesker med handicap
- Tage spørgsmål af mere generel karakter op til drøftelse og komme med forslag til såvel politiske som administrative initiativer. Rådets virksomhed omfatter således alle spørgsmål vedrørende handicap på tværs af sektorer
- Beskæftige sig med generelle overordnede spørgsmål og må ikke behandle personsager. Rådet kan imidlertid tage generelle spørgsmål op, som udspringer af en personsag
- Tage kontakt med andre handicapråd eller organisationer m.v., ligesom rådet vil kunne rette henvendelse til Det Centrale Handicapråd med henblik på at få belyst særlige temaer ud fra et landsdækkende perspektiv
- Beslutte at orientere kommunalbestyrelsen om rådets arbejde og forslag, fx ved at afgive en beretning.

Sektoransvar og mainstreaming på handicapområdet

Et af de grundlæggende handicappolitiske principper er sektoransvarsprincippet. Sektoransvarsprincippet knæsætter det forhold, at alle dele af den offentlige sektor er ansvarlige for, at deres ydelser er eller gøres tilgængelige for mennesker med funktionsnedsættelser. Indsatsen i forhold til mennesker med funktionsnedsættelser er derfor ikke kun en opgave for socialforvaltningen i en kommune. Det er en opgave, der går på tværs af alle kommunens driftsområder, herunder kommunens ansvar for boliger, trafik, arbejdsmarkedet, undervisning, kultur, fritidsaktiviteter og sundhed.

Sektoransvarsprincippet hænger tæt sammen med princippet om mainstreaming. At arbejde ud fra et mål om handicappolitisk mainstreaming handler om, at handicapaspektet skal tænkes ind – fra starten – og i alle faser af initiativer, sager, aktiviteter osv. som igangsættes i kommunens forskellige sektorer. Det er derfor vigtigt, at kommunen er opmærksom på, at handicaprådet kan behandle sager fra alle sektorer i kommunen.

Samarbejdet i rådet

Det er vigtigt, at rådet får etableret et godt samarbejde mellem medlemmerne. Det overordnede formål med rådets drøftelser er, at der etableres dialog og erfaringsudveksling mellem repræsentanter fra kommunalbestyrelsen, forvaltningerne og handicaprepræsentanterne i rådene. Og dermed opkvalificere kommunalbestyrelsens beslutninger på områder, der har betydning for borgere med handicap.

Alle medlemmer skal komme på banen og tage ansvar for, at rådet får en nuanceret og saglig dialog om de handicappolitiske problemstillinger, som rådet tager op, og om de emner, som rådet får til høring. Det er ikke hensigtsmæssigt, hvis det fx kun er handicaprepræsentanterne, der engagerer sig i debatten, eller at det er de kommunale repræsentanter, der fører ordet.

Kulturen i kommunen betyder meget for drøftelserne i rådet. Nogle steder er der en livlig debat og dialog i rådet, mens der i andre råd er en mere formel udveksling af synspunkter mellem kommunens medlemmer og handicaprepræsentanterne. Der skal være plads til, at man i den enkelte kommune finder en lokal samarbejdsform, der fungerer, og som giver gennemslagskraft.

Det er vigtigt, at der skabes tillid mellem rådets medlemmer. At der er tillid mellem medlemmerne betyder dog ikke nødvendigvis, at medlemmerne altid skal være enige om, hvad der er det rigtige svar på et givet handicappolitisk spørgsmål. Dialogen og meningsudvekslingen mellem rådets medlemmer er et mål i sig selv.

Rådets medlemmer

Rådet består af 3-7 medlemmer fra handicaporganisationerne i kommunen udpeget efter indstilling fra DH og 3-7 medlemmer udpeget efter indstilling af kommunalbestyrelsen, heraf et antal af dens medlemmer. Der skal være lige mange repræsentan-

fra henholdsvis handicaporganisationer/handicapgrupperinger og kommunen. Medlemmerne udpeges for en fireårig periode. Medlemmerne fungerer, indtil der er indstillet eller udpeget nye medlemmer. Det vil sige, at medlemmerne af handicaprådet som udgangspunkt deltager i rådet i hele perioden på fire år.

Kommunen kan beslutte, at andre handicapgrupperinger i kommunen end DH skal repræsenteres i rådet. Det skal være en gruppering, der består af borgere med handicap og evt. deres pårørende. Det kan fx være lokale handicapidrætsforeninger, forældreforeninger eller lign. Det kan således ikke være en forening, som bredt repræsenterer udsatte grupper (fx hjemløse, frivillighedsfora, førtidspensionister).

Medlemmerne udpeget efter indstilling af kommunalbestyrelsen kan både være politikere fra kommunalbestyrelsen og embedsmænd, eller ansatte i selvejende institutioner, som har en driftsoverenskomst eller lign. med kommunen. Kommunalbestyrelsen kan ikke udpege lokalpolitikere, som ikke er valgt til kommunalbestyrelsen. De fleste kommuner har valgt både at udpege embedsmænd og kommunalbestyrelsesmedlemmer til at sidde i rådet.

Ligestilling af køn i handicaprådet

Siden handicaprådenes første periode er der kommet nye ligestillingsregler. Af ligestillingsloven fremgår det således, at organisationer, her DH eller andre handicapgrupperinger, der skal indstille til kommunalbestyrelsen, skal foreslå både en kvinde og en mand. Hvis der stilles forslag om flere medlemmer, skal der foreslås lige mange kvinder og mænd.

Der er således i lovgivningen ikke krav om, at de medlemmer, som kommunalbestyrelsen udpeger, skal opfylde ligestillingskravet. De fleste kommuner har dog en ligestillingspolitik, som betyder, at kommunerne også i egne rækker forsøger at opfylde en ligelig kønsfordeling i deres egne organer.

Som udgangspunkt sidder et medlem for en fireårig periode. Det vil dog være muligt for DH at ændre en indstilling i løbet af perioden, således at et andet medlem indstilles og udpeges. Det kan fx komme på tale, hvis et medlem fraflytter kommunen eller den lokale sammensætning af organisationer under DH ændres, fordi en væsentlig organisation udtræder af eller bliver optaget i DH. DH kan dog ikke ændre en indstilling til handicaprådet alene på grund af utilfredshed med et medlems deltagelse i handicaprådet.

Det kan også forekomme, at et medlem af handicaprådet ønsker at udtræde af rådet. I så fald træder den udpegede stedfortræder til. Der skal så på ny udpeges en stedfortræder efter indstilling fra hhv. kommunalbestyrelse eller DH.

Stedfortrædere

Der skal udpeges personlige stedfortrædere for alle rådets medlemmer. Er det ikke muligt for organisationerne at få udpeget et tilstrækkeligt antal personlige stedfortrædere, kan en personlig stedfortræder dog tillige være stedfortræder for et andet medlem.

Der er i kommunerne forskellig praksis vedr. inddragelsen af stedfortræderne i rådets arbejde. Nogle steder får også stedfortrædere tilsendt rådets dagsorden og andet materiale, mens de andre steder kun indkaldes til møde, hvis det ordinære medlem af rådet ikke kan komme. Det er en god idé, hvis rådet drøfter og opnår en fælles holdning til, hvilken rolle stedfortrædere skal have i rådet, og hvornår og hvordan de eventuelt skal inddrages i rådets arbejde.

Det kan være en svær opgave for en stedfortræder at møde op. Vedkommende deltager måske kun ganske få gange i en valgperiode ved forfald, og skal alligevel være kompetent og velforberedt. Det anbefales derfor at skabe rammer, der støtter op om stedfortrædernes kompetencer. Det kan fx ske ved, at stedfortræderne får adgang til rådets materialer på lige fod med resten af rådet.

Handicaprepræsentanterne

Hovedparten af repræsentanterne fra handicaporganisationerne er udpeget af DH. De skal repræsentere handicapgrupperne bredt. Som rettesnor til at sikre bredden af handicap benytter DH en firegruppeinddeling, nemlig

1. Bevægelseshandicap, hvilket kan være sclerose, gigt, muskelsvind, spasticitet, ulykkesramte og lign.
2. Psykiske handicap, hvilket kan være udviklingshæmmede, sindslidende, autisme, epilepsi og lign.
3. Kommunikationshandicap, hvilket kan være blinde, hørehandicap, ordblinde, hjerneskade og lign.
4. Varig medicinsk behandling, hvilket kan være astma/allergi, stomi-opererede, diabetes og lign.

Roller i rådet

Der er ikke tvivl om, at rådets medlemmer har forskellige udgangspunkter for at sidde i rådet, alt efter om de er handicaprepræsentanter eller udpeget af kommunalbestyrelsen. Det er en naturlig del af rådets virke, som parterne skal respektere og finde en måde at håndtere konstruktivt – velvidende at det samtidig kan være rådets største udfordring!

Medlemmer fra organisationerne ved ofte, hvor ”skoen trykker” for de personer med handicap, som kommunens handicappolitiske initiativer har betydning for – fx når der skal trafiksaneres, etableres nye tilbud til børn og unge med handicap osv.

Samtidig skal handicaprepræsentanterne være bevidste om, at de ikke sidder i rådet som enkeltperson med fokus på egne særinteresser. De repræsenterer et bagland af mange borgere med handicap med forskelligartede behov. Men rådet skal selvfølgelig også udnytte, at de besidder en særlig viden om den handicapgruppe, den enkelte tilhører/repræsenterer.

Omvendt har repræsentanter fra kommunalbestyrelsen ofte et mere overordnet fokus på kommunens samlede opgaveløsning og økonomi. Politikere i rådet kan fremme politisk ejerskab til rådets opgaver og beslutninger, og det kan styrke rådenes kontakt til de politiske beslutningstagere, som i sidste ende er dem, som skal tage stilling til rådenes forslag og høringssvar og træffe de endelige beslutninger.

Medlemmer, som er udpeget af kommunalbestyrelsen, kan opleve at komme i en loyalitetskonflikt mellem rådet og kommunalbestyrelsen, herunder i forhold til kommunens behov for at træffe beslutninger om økonomiske prioriteringer. Der vil stort set altid være behov for en politisk prioritering. Som tidligere fremhævet er handicaprådet blot rådgivende – til forskel fra de politiske fagudvalg.

Fra mange handicapråd anbefales det at udarbejde et sæt spilleregler for, hvordan rådet samarbejder og hvordan de forskellige roller spiller sammen. Når forventninger samstemmes og respekteres, er der et godt grundlag for det videre samarbejde.

Omkring roller i handicaprådet er et vigtigt omdrejningspunkt "trekløveret", nemlig formand, næstformand og sekretariat. Oftest består formandskabet af en politiker og en handicaprepræsentant. Trekløverets samarbejde omkring forberedelse af og opfølgning på møderne, udarbejdelse af dagsorden og koordinering mellem og under møderne er afgørende for et glidende samspil. Et godt samarbejde mellem denne "treklang" kan være et forbillede for en gensidig afstemning af roller i rådet.

Embedsmænd i rådene

I en række handicapråd har kommunalbestyrelsen valgt at udpege embedsmænd eller andre medarbejdere til at sidde i rådet. Der er både fordele og ulemper ved at udpege embedsmænd til at sidde i rådene – frem for kommunalbestyrelsesmedlemmer.

Når der sidder embedsmænd fra forskellige forvaltninger i rådet, kan det styrke videndeling og samarbejde på tværs af kommunernes forvaltninger i forhold til handicappolitiske problemstillinger og spørgsmål. Det kan betyde, at der udvikles fagligt bæredygtige løsninger, som forvaltningen tager ansvar for og har ejerskab til.

Det kan dog være vanskeligt for de udpegede embedsmænd/medarbejdere at finde ud af, hvilken rolle de skal spille i rådet. Embedsmændene/medarbejderne repræsenterer ikke bestemte interesser og egne holdninger, og de skal kunne håndtere at sidde med ved bordet og udtale sig sammen med deres arbejdsgivere, kommunalpolitikerne.

Det er en god idé, hvis kommunen klart tager stilling til og beslutter, hvilken rolle de udpegede embedsmænd skal spille, og hvordan deres position skal være i forhold til kommunalpolitikere og handicaprepræsentanter, så der ikke opstår usikkerhed og uklarhed om, hvilken opgave embedsmændene har i rådet.

Handicaprådets samarbejde med forvaltningen

Det er afgørende for handicaprådets mulighed for indflydelse i kommunen, at der er et godt samarbejde mellem rådet og forvaltningen – både i det løbende samarbejde omkring sekretariatsbetjeningen af rådet og i forhold til dialog og udvikling af nye handicappolitiske initiativer, hvor rådet inddrages og skal samarbejde med embedsmænd fra forskellige dele af forvaltningen.

Rådet kan med fordel inddrage relevante embedsmænd og medarbejdere ad hoc, når rådet skal drøfte særlige faglige sager eller besvare høringer. Medarbejderne kan bidrage ved at redegøre for en sag og svare på spørgsmål for uddybning. Omvendt gavner det også medarbejdernes arbejdsproces efterfølgende, hvis de har mulighed for at sidde med ved rådsmøderne, og direkte hører den debat, som foregår i rådet. Der kan også udpeges en ansvarlig kontaktperson i de enkelte forvaltninger, som løbende er i dialog med handicaprådet.

Årligt møde med forvaltningschefer

Nogle kommuner har valgt at afholde et årligt møde mellem handicaprådet og de enkelte forvaltningschefer, således at rådet og forvaltningerne kan diskutere aktuelle faglige og økonomiske problemstillinger indbyrdes og gensidigt orientere hinanden.

Uenighed i rådet

Rådets medlemmer skal så vidt muligt i sidste ende forsøge at opnå enighed om de sager, som rådet har til udtalelse. Medlemmerne skal derfor tilstræbe, at høringssvar, udtalelser, læserbreve mv., som rådet afgiver, er diskuteret igennem og er udtryk for rådets samlede holdning. Det giver rådets udtalelser troværdighed og styrke.

Hvis der er uenighed mellem rådets medlemmer, kan det være en mulighed, at rådet redegør separat for de forskellige synspunkter, som rådets medlemmer har. I særlige tilfælde kan et medlem også vælge at stå udenfor et høringssvar, udtalelse o. lign. Dette bør dog ikke udvikle sig til at være normen for rådets virke.

Det er fx ikke hensigtsmæssigt, hvis der udvikler sig en kultur i rådet, hvor det er normen, at det alene er handicaporganisationernes holdninger, der refereres i høringssvar o. lign. – uanset om det er fordi kommunalbestyrelsens medlemmer er tilbageholdende eller handicaporganisationernes medlemmer er for dominerende i rådets drøftelser.

I fald handicaprepræsentanterne oplever ikke at kunne blive enige med de øvrige medlemmer i en sag, kan en mulighed være, at handicaprepræsentanterne lader deres bagland – DH-afdelingen – afgive eget høringssvar. Handicaprådet kan så vælge at udtale sig om det, man kan nå til enighed om.

Det kan være en god idé, at rådet drøfter indbyrdes, hvilke interne procedurer for afgivelse af høringssvar mv., som rådet skal følge, hvis der er uenighed i rådet. Procedurerne kan med fordel indarbejdes som en del af rådets forretningsorden.

Ved konflikter i rådet er det vigtigt, at rådets medlemmer forsøger at komme overens og lægge stridighederne bag sig. Her har også rådets sekretariat og kommunens forvaltning en vigtig rolle. Rådets sekretariat kan fungere som upartiske rådgivere og forsøge at etablere mægling og konfliktløsning i rådet, så rådet ikke tynges fremover af de konflikter, der har været. Der er også handicapråd som har fået hjælp fra ekstern konsulentbistand.

2. Handicaprådets arbejde

Handicaprådets dagsorden

Kommunernes organisering af de kommunale råd vil altid være forskellig. Kommuner benytter forskellige systemer til dagsordener, bilag, journalisering, registrering osv. Rammerne for handicaprådets arbejde skal sikre og afspejle, at det er muligt at føre den gode dialog i rådene og videre ud i det kommunale system.

Én af rammerne for handicaprådenes arbejde er dagsordenen til møder. Denne har stor betydning for, hvordan handicaprådet kommer til at arbejde - og hvad der kommer ud af arbejdet. Derfor er her nogle idéer til dagsordenen, så den afspejler det, som det enkelte handicapråd gerne vil opnå.

Mange handicapråd har udnævnt et formandskab med deltagelse fra både politiker- og organisationsside. Det er hensigtsmæssigt, at det er formandskabet i fællesskab, der udarbejder dagsordenen, gerne med bistand fra rådets sekretær.

Man må i de enkelte råd forsøge at finde den gyldne middelvej i forhold til hensigtsmæssigheden af omfang og indhold i dagsordenen. Her vil selvfølgelig være en sammenhæng mellem antallet af møder og dagsordenens omfang - og man kommer ikke udenom de sager, der skal til høring i rådet.

Mange handicapråd oplever at blive overbebyrdet med sager, høringer og bunkevis af sagsakter. Der er forskellige idéer til, hvordan man kan mindske omfanget af papirer, der skal læses igennem til møderne.

Én mulighed er at uddelegere sager til de rådsmedlemmer, der har en særlig interesse i – eller viden om – forskellige politikområder. Det kunne være et tilgængelighedsudvalg, som nogle handicapråd har nedsat. Disse medlemmer kan få til opgave at forberede sig på dagsordenpunkter, der omhandler de relevante områder. De kan også have ansvaret for at fremlægge sagerne for de øvrige medlemmer til fælles drøftelse. På den måde undgår man, at alle skal sætte sig ind i alt, hvilket er nærmest umuligt i en kommunal virkelighed. Det er dog vigtigt, at rådets brede drøftelser af overordnede handicappolitiske spørgsmål foregår i det samlede handicapråd og ikke uddelegeres til enkelte medlemmer eller et underudvalg.

En anden mulighed er, at handicaprådet planlægger deres arbejde over en længere periode og udarbejder fx en årsplan med de fokuspunkter eller temaer, det ønsker at prioritere i det kommende år. Det kan være med udgangspunkt i fx kommunens handicappolitik og de tilhørende handleplaner. Hermed kan der være sager, man ud-

eller nedprioriterer – og dermed bliver arbejdsbyrden for rådsmedlemmerne mindre og samtidig mere fokuseret.

Det er en god idé, hvis kommunen og rådet har en fælles indstilling og holdning til, hvilke sager, der skal på rådets dagsorden. Hvis der opstår uenighed mellem kommunen og rådet om, hvilke sager, som skal på rådets dagsorden, er det i sidste ende kommunalbestyrelsens afgørelse, om en sag skal på rådets dagsorden eller ej. Kommunen bør så vidt muligt undgå, at der opstår konflikter med rådet om, hvilke sager, rådet skal have på dagsordenen.

Det anbefales, at kommunen lægger dagsordener og referater på kommunens hjemmeside. På denne måde synliggøres handicaprådets arbejde, og borgere har mulighed for at komme med input, fx gennem handicaprepræsentanterne. Det kan også være en måde at sikre, at handicaprådets materialer udkommer i et handicaptilgængeligt format.

Forberedelse af dagsordensmateriale

Da nogle emner vil være nye for kommunalbestyrelsens repræsentanter, mens andre vil være nye for handicaprepræsentanterne, er det vigtigt med en sekretariatsfunktion, der har forståelse for de to gruppers behov ved forberedelse af dagsordensmaterialet.

For kommunalbestyrelsens repræsentanter gælder det, at de generelt har mange sager fordelt på mange politikområder, som de skal sætte sig ind i. Derfor har de behov for en udspecificering af dagsorden og bilag, så de lettere kan forberede sig til mødet. Samtidig har de også behov for viden om forskellige handicap. Her kan repræsentanterne fra de forskellige handicaporganisationer bidrage med deres viden på temadage eller de enkelte møder.

Da handicaprepræsentanterne ikke almindeligvis er garvede politikere, kan meget kommunalt stof være svært tilgængeligt. Nedenfor oplistes eksempler på, hvordan kommunen kan fremme, at handicaprepræsentanterne bliver bedre klædt på til opgaven:

1. Handicaprepræsentanterne introduceres til den kommunale politiske og administrative organisering på kurser, temadage eller i det daglige arbejde.
2. Sekretariatet forarbejder bilagsmaterialet. Sekretariatet kan fx tydeligt markere afsnit i bilagene, som er centrale at fokusere på. Det vil være en stor og nødvendig hjælp, når det fx drejer sig om budgetter, lokalplaner og andre større materialer, som også indeholder områder, som ikke har relevans for handicaprådet.
3. Det er også en god idé, hvis sekretariatet på baggrund af et lille resumé laver en konkret sagsfremstilling af, hvad og hvilke problemstillinger handicaprådet skal forholde sig til.
4. Sekretariatet bør være opmærksom på, at alt dagsordenmateriale udsendes på en tilgængelig måde. Det handler ikke kun om tilgængelige formater for synshandicappede og ordblinde, men også at materialet sendes ud i god tid, da nogle funktionsnedsættelser betyder, at man kan have behov for mere tid til forberedelse end andre.

5. Endelig bør man undgå, at der på møderne uddeles pjecer, skriftligt materialer o. lign. som ikke alle rådsmedlemmer er i stand til at kunne læse/forholde sig til under et møde.

Høringer

I alle sektorer og politiske udvalg bør man være opmærksomme på, at sager og initiativer, der har betydning for borgere med handicap, skal sendes til høring i handicaprådet. Det vil være en fordel, hvis sagerne kommer til høring så tidligt i processen som muligt, da der dermed kan tages højde for handicapaspektet allerede i planlægningen. En tidlig høringsproces sikrer også reel indflydelse undervejs og inden de endelige beslutninger.

Det kræver en særlig viden om frivillighedskultur, når handicaprepræsentanter bliver inviteret med ved bordet. Handicaprepræsentanter repræsenterer ikke kun sig selv, men en bred gruppe af borgere med funktionsnedsættelser, og når der skal afgives høringssvar, skal kommunen være opmærksom på, at det tager tid at få inddraget baglandet og dem, der har en særlig viden om det enkelte sagsområde. Ved høringsprocedurer er det derfor nødvendigt at planlægge en rimelig høringsfrist for handicaprådet, så kommunalbestyrelsen får kvalificeret rådgivning og høringssvar.

Er der uopsættelige høringssager imellem møderne i rådet, kan handicaprådet indføre "formandsbehandling" således, at det er handicaprådets formand og næstformand (typisk en repræsentant fra kommunalbestyrelsen og en handicaprepræsentant), som får sagerne til høring. Det kan være en fordel, at have en sådan ordning nedskrevet i forretningsordenen. Det er dog vigtigt at minimere sådanne formandsskabshøringer til uopsættelige høringer og kun i sager, hvor der ikke er brug for en egentlig bred dialog.

Det kan blive en uoverkommelig opgave, hvis handicaprådet skal afgive høringssvar om alle sager, hvor handicapaspektet kan tænkes ind. I stedet kan rådet i sit svar henvise til de målsætninger, der er beskrevet i kommunens handicappolitik.

DH og KL anbefaler, at følgende sager som minimum kommer til høring i rådet:

- Beslutninger vedr. kommunens sociale tilbud til børn, unge og voksne med handicap
- Beslutninger vedr. specialundervisning for børn, unge og voksne.
- Kommunernes samarbejds- og/eller rammeaftaler vedr. specialiserede sociale tilbud og specialundervisning
- Sundhedsaftalerne
- Kvalitetsstandarder
- De kommunale budgetter
- Lokalplaner og større byggesager – for sikring af tilgængelighedsaspektet fra opstart
- Generelle kommunale politikker, som børnepolitik, frivillighedspolitik, integrationspolitik, tilgængelighedspolitik, osv.

Høring af handicaporganisationerne

Når kommunen sender sager til høring, er det vigtigt, at den er opmærksom på, om der ud over en høring i kommunens råd, også bør være en høring af handicaporganisationerne. Handicaprådet er et kommunalt råd, ikke et brugerråd. Der kan i lovgivningen være specifikke krav om, at handicaporganisationerne skal høres direkte om særlige politiske spørgsmål. Her kan DH være den lokale paraplyorganisation, der høres.

Nedenfor gives eksempler på lovgivningsområder, hvor kommunerne er forpligtede til at høre eller inddrage handicaporganisationerne. I lovteksterne står der nogle gange 'høring' andre gange 'inddragelse', og det vil altid være et fortolkningsspørgsmål, hvad dette indebærer af forpligtelser for kommunen. Når der står høring, vil det dog være mere formelt.

Høring af brugerorganisationer vil som oftest være rettet mod DH afdelingen, som så kan indhente svar fra relevante organisationer til et fælles høringssvar, men det kan også være høring af relevante lokale handicaporganisationer.

Eksempler på områder, hvor de lokale brugerorganisationer skal høres eller inddrages

Udbud af hjælpemidler
I servicelovens § 112, stk.2. fremgår det, at repræsentanter for brugerne skal inddrages ved udarbejdelse af kravspecifikationer i forbindelse med kommunernes indgåelse af leverandøraftaler. I en vejledning hertil anbefales det at inddrage personer fra relevante handicaporganisationer som repræsentanter for borgerne. Desuden står der, at kommunalbestyrelsen er forpligtet til at høre handicaprådet. Det er således ikke tilstrækkeligt kun at høre handicaprådet. Kommunen skal også kontakte den/de relevante brugergrupper, evt. gennem DH-afdelingen.

Handicapkørslen
Trafikselskaberne er oprettet i henhold til Lov om trafikselskaber. Handicaporganisationerne skal i henhold til loven inddrages i dette arbejde. Hvordan denne inddragelse skal tolkes er en vurderingssag, men det vil være oplagt at inddrage de lokale handicaporganisationer i kommunens beslutninger om såvel den offentlige trafik som den individuelle kørsel.

Handicaprådets møder

Der er stor forskel på, hvor mange møder de enkelte handicapråd holder om året. Nogle mødes hver måned, mens andre kun mødes én gang i kvartalet. Når der afholdes få møder, betyder det, at der skal behandles flere sager mellem og på møderne.
Som udgangspunkt anbefales det derfor, at man kontinuerligt afholder møder, så den brede dialog fastholdes. På den måde sikrer man også, at de fleste sager er aktuelle, og handicaprådet kan nå at udtale sig på et hensigtsmæssigt tidspunkt.

I fald der ikke afholdes møder ofte, er det om end endnu vigtigere at få afstemt, hvilke sager, der skal til behandling i rådet – og hvordan. Få møder kræver overordentlig god mødestruktur og forventningsafstemning blandt rådets parter indbyrdes og med kommunen i det hele taget. Man skal sikre sig, at rådsmøderne placeres, så man når vigtige høringer.

For en række af de opgaver, kommunen har, er der løbende og på nogle områder lovbestemte tidsfrister, som skal overholdes, hvilket kommunen naturligvis tilrettelægger sine almindelige administrative og politiske arbejdsgange efter. En del af disse opgaver vil også have relevans for handicapområdet, og vil derfor skulle i høring i handicaprådet.

Disse opgaver er typisk både omfangsrige, komplicerede og involverer flere af kommunens forvaltninger, og derfor er det her særlig vigtigt at få fastlagt procedurer, som giver handicaprådet mulighed for at rådgive kommunalbestyrelsen bedst muligt.

Det anbefales, at handicaprådet i sin forretningsorden får fastlagt procedurer for rådets mødefrekvens og for afgivelse af høringssvar i rådet – både på møderne og mellem møderne.

Kommunens "årshjul"
I forbindelse med fastlæggelsen af rådets møder, er det vigtigt at være opmærksom på, at møderne bliver placeret hensigtsmæssigt i forhold til kommunens "årshjul":

- Kommuner og regioner skal udarbejde 2. generation af sundhedsaftalerne, der skal være indgået senest 1. januar 2011, og kommunens udspil bør inden da have været til høring i handicaprådet. Der udarbejdes nye sundhedsaftaler hver 4. år. Der er dog mulighed for, at kommunerne og regionerne løbende justerer aftalerne i takt med, at de gør sig erfaringer.
- Kommunens forvaltning begynder allerede tidligt på året budgetlægningen for det kommende år. Det er vigtigt for handicaprådet at følge med i og komme ind i denne proces så tidligt som muligt.
- Kommunalbestyrelsen skal inden den 31. marts vedtage de handlingsplaner, der er nødvendige som følge af kvalitetsrapporten for folkeskolen.
- Kommunen skal årligt udfylde et spørgeskema med oplysninger om samarbejdsformer og om støtten til det lokale frivillige sociale arbejde (§ 18-midlerne). Svarfristen er den 1. april.
- Kommunerne og regionerne skal senest den 15. oktober 2010 indgå en rammeaftale for 2011 på social- og specialundervisningsområdet.
- Forslag til kommunernes årsbudget udarbejdes af økonomiudvalget til kommunalbestyrelsen senest den 15. september forud for det pågældende regnskabsår.
- Kommunalbestyrelsens 2. behandling og godkendelse af forslaget til kommende årsbudget foretages senest den 15. oktober.
- Senest 31. december: Kommunalbestyrelsen skal tage stilling til kvalitetsrapporten for folkeskolen. Herefter skal rapporten offentliggøres på internettet.

Nye tværkommunale aftaler og dialogfora

Af økonomiaftalen for 2011 mellem KL og regeringen fremgår det, at kommunerne skal overtage koordineringsansvaret for rammeaftalerne og at rammeaftalekonceptet samtidig forenkles. Regeringen vil fremsætte lovforslag, der sikrer de aftalte ændringer vedr. rammeaftalerne. Alt andet lige betyder det, at årshjulet for rammeaftalerne fremover ændres ligesom indholdet må forventes at få en anden karakter.

For at fremme dialogen mellem KL og handicaporganisationerne har parterne aftalt at nedsætte regionale dialogfora med fokus på det specialiserede område. De regionale dialogfora består af KKR's formand og næstformand, relevante kommunale fagpersoner, 3 repræsentanter fra DH og en repræsentant fra Skole og Samfund. Det overlades til det enkelte regionale dialogforum selv at beslutte, hvordan dialogen om de regionale og tværkommunale forhold bedst kan tilrettelægges og udvikles. De regionale dialogfora påbegynder deres arbejde sommeren 2010.

Både de regionale dialogfora og de kommende ramme- eller samarbejdsaftaler mellem kommuner og regioner forventes at blive organiseret i tilknytning til KKR. KKR står for "kommunernes kontaktråd". KKR er det politiske møde-, debat- og koordinationsforum, hvor kommunerne i de enkelte regioner kan drøfte og lægge fælles linjer i spørgsmål af regionalpolitisk karakter.

Mennesker med handicap er forskellige

Når handicaprådet drøfter en sag, afgiver høringssvar, udtaler sig offentligt mv. er det et godt udgangspunkt, hvis rådets medlemmer forsøger at bevare et helhedssyn og varetager de overordnede interesser for alle borgere med funktionsnedsættelser og deres pårørende i kommunen.

I den forbindelse er det vigtigt, at rådet holder sig for øje, at mennesker med handicap er lige så forskellige som alle andre, og at alle ikke nødvendigvis har samme interesser og behov.

Det kan derfor være en god idé, at rådet i høringssvar og lignende beskriver og nuancerer de forskellige handicappolitiske interesser, som en sag kan rumme – fx forskellige handicapgruppers behov i forhold til tilgængelighed, udarbejdelse af informationsmateriale, tilrettelæggelse af sociale tilbud mv. Hermed undgår man at fremhæve den ene gruppes behov frem for den andens. Eller at en mindre handicapgruppes interesser "overtrumfes" af majoritetens.

Når kommunen skal inddrage forskellige handicapgrupper og brugere i forbindelse med større projekter og udarbejdelse af kommunale politikker, kan rådet også have en central rolle i forhold til at forklare, hvilke forskellige interesser og behov handicappede har, og hvordan det er mest hensigtsmæssigt at inddrage de forskellige interesser. Der kan ofte være stor forskel på, hvordan man bedst inddrager de forskellige handicapgrupper i en dialog- og høringsproces.

Handicappolitik

I dag har stor set alle kommuner en vedtagen handicappolitik – og de sidste er på vej! Forud for kommunernes vedtagelse af en handicappolitik har mange kommuner gennemført ambitiøse og kreative processer, hvor mange interessenter er blevet inddraget i udarbejdelsen af politikken.

Det er ikke handicaprådet, der som sådan har ansvaret for at lave en handicappolitik, men det anbefales at give handicaprådet en central rolle i implementeringen og evalueringen af handicappolitikken, og at rådet inddrages og lyttes til.

En vedtagen handicappolitik kan være et godt arbejdsredskab for handicaprådet. Udover at være et godt redskab ved høringer, kan rådet bruge politikken til at tage emner op, som er i fokus i politikken, og rådet kan være med til at følge op på de handlingsplaner, der laves for gennemførelsen af handicappolitikken.

Det er kommunalbestyrelsen, der overordnet har ansvaret for gennemførelsen af handicappolitikken, herunder at de nødvendige midler til gennemførelsen bliver afsat. Men handicaprådet kan udmærket holde øje med, hvordan handicappolitikken omsættes til aktiv handling i forvaltninger og borgerservice, sociale tilbud osv.

Aktiviteter og deltagelse – udenfor rådhuset

For at fremme, at handicapaspektet tænkes ind i kommunen, og for at opnå større viden om handicap i de forskellige forvaltningsenheder, politiske udvalg, servicetilbud mm. kan det være en god idé, at handicaprådet inddrages i eksterne sammenhænge. Det kan være i arbejdsgrupper, projekter, ved deltagelse på møder osv. hvor der kan være behov for, at handicapområdet repræsenteres og bidrager med den viden, der oparbejdes i rådet.

Det er vigtigt, at kommunen her overvejer, om der er tale om en kommunal repræsentation ved handicaprådet – da dette jo er et kommunalt råd – eller om der er tale om brugerinddragelse, hvorfor kommunen i stedet kan henvende sig til den lokale DH afdeling, som står for indstillingen af kvalificerede repræsentanter.

For at optimere viden blandt rådsmedlemmer har nogle råd haft stor glæde af at besøge – og evt. afholde deres rådsmøde på – kommunens tilbud for borgere med handicap. Det er også en god måde at møde kommunens brugere af tilbud på hjemmebane!

Erfaringsudveksling

Det kan også være en god idé, at handicaprådene udveksler erfaringer på tværs med handicapråd i andre kommuner, og på denne måde lærer af gode erfaringer i andre handicapråd. For at fremme videndeling og erfaringsudveksling mellem handicaprådene har nogle handicapråd valgt at etablere netværk på tværs mellem handic-

dene. Netværkene har bl.a. mulighed for at diskutere tværkommunale og regionale problemstillinger.

Der arrangeres løbende kurser og konferencer for handicaprådene, hvor opkvalificering og erfaringsudveksling mellem handicaprådene er en vigtig del af programmet.

3. Rammer for handicaprådets arbejde

Vedtægt

Nogle kommunalbestyrelser vedtager en vedtægt for handicaprådet. Den bør følge lovgrundlaget for handicaprådet og kan desuden indeholde de besluttede overordnede rammer for handicaprådet, f.eks. antal medlemmer og medlemmer udenfor DH. Det er ikke lovbundet at have en vedtægt for handicaprådet.

Forretningsorden

Det er ikke muligt at regelsætte sig ud af alle udfordringer, men et vist regelbundet grundlag for handicaprådets arbejde er bestemt at anbefale. Det er handicaprådet, der selv fastsætter sin forretningsorden. En forretningsorden er ikke et dokument, man forholder sig til ved hvert møde, men et man trækker frem og støtter sig til, hvis der opstår uenighed mellem rådets medlemmer, eller man er usikker på, hvordan et konkret spørgsmål gribes an.

Handicaprådets budget, diæter mv.

Det er meget forskelligt, om kommunerne giver handicaprådene eget budget eller om de løbende får stillet midler til rådighed for deres arbejde. Hvis rådet har eget budget, er det hensigtsmæssigt, at rådet drøfter, hvilke aktiviteter, som rådet skal prioritere at deltage i, herunder fx konferencer, kurser o. lign. Det er bedst, hvis rådets medlemmer er enige om, hvad rådets budget skal anvendes til.

Kommunen er ansvarlig for at dække udgifter til diæter, godtgørelse for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste og udgiftsgodtgørelse, herunder transportudgifter mv. til rådet medlemmer, som er udpeget af en handicaporganisation. I de tilfælde, hvor kommunalbestyrelsen har godkendt vedtægter for handicaprådet, hvoraf det fremgår, at handicaprådet organiseres i specifikke underudvalg, arbejdsgrupper mv., skal handicaprådsmedlemmerne have diæter mv. i forbindelse med møder i disse. Handicaprådsmedlemmer er ikke berettiget til at modtage diæter mv. for frivillig deltagelse i arbejdsgrupper, formøder, konferencer, kurser osv. Kommunen kan dog beslutte at yde medlemmer fra organisationerne diæter mv.

Diæter indgår i den enkeltes indkomstgrundlag. Det kan for fx førtidspensionister betyde, at man i sidste ende mister penge, derfor er der nu mulighed for at frasige sig diæterne.

Kommunen skal desuden være opmærksom på, om der er medlemmer af rådet, som har behov for at få dækket udgifter til nødvendig handicapkompensation. Handicap

kompensationen afhænger af, hvilke funktionsnedsættelser den enkelte har. Det kan fx være udgifter til ledsagelse for en person, som er blind, eller tolkebistand til en person med hørehandicap, ekstraudgifter ved hjælperes deltagelse og individuel sekretærbistand til forberedelse af rådsmøder.

Sekretariatsbistand

Det er afgørende for handicaprådets arbejde og mulighed for at udøve indflydelse, at kommunen prioriterer at yde kvalificeret sekretariatsbistand til handicaprådet, og som minimum udpeger en person i forvaltningen, som er ansvarlig for at yde sekretariatsbistand til rådet.

Det er endvidere vigtigt for samarbejdet mellem sekretariatet og rådet, at der finder en forventningsafstemning sted mellem parterne. Sekretariatet skal servicere rådsmedlemmerne, men det bør samtidig være afklaret mellem sekretariatet og rådet, hvor mange og hvilke opgaver, sekretariatet kan påtage sig at hjælpe rådsmedlemmerne med, og at der måske er opgaver, som sekretariatet ikke har ressourcer til at løfte.

Sekretariatet er et vigtigt bindeled mellem kommunens forskellige forvaltninger og handicaprådet. Sekretariatet kan være med til at opfange, hvad der rører sig i kommunen – på tværs af sektorer – og hvilke emner, som kan være relevante at sætte på rådets dagsorden. Det kan derfor være en god idé, hvis sekretariatet for rådet er placeret centralt i kommunens forvaltning.

Som nævnt i afsnittet om "Forberedelse af dagsordensmateriale" kan et medlems funktionsnedsættelser medføre, at der er behov for rimelig tilpasning i forbindelse med varetagelse af hvervet. Dette bør sekretariatet være opmærksomt på, således at såvel forberedelse som mødeafvikling gøres tilgængeligt for alle medlemmer, så alle deltager og bidrager på lige vilkår.

4. Handicaprådet frem til 2014

Handicaprådene er nu godt i gang med deres fireårige virkeperiode. De fleste råd består af medlemmer fra både det tidligere råd og nyvalgte. Der vil være opgaver, der fortsætter, og der vil være nye opgaver, der kommer til. Den nye periode kan være god anledning til at planlægge og se med nye øjne på rådets arbejde og aktiviteter.
Vi har samlet idéer til aktiviteter og initiativer, som det enkelte handicapråd kan lade sig inspirere af.

Nye medlemmer fra handicaporganisationer kan mangle viden om kommunale sagsgange, budgetter osv. og kender måske ikke den enkelte kommunes organisering og kultur. For at være klædt på til at varetage opgaverne i handicaprådet og få forståelse for, hvordan handicaprådet hænger sammen med den øvrige kommunale struktur, er det en god idé, hvis kommunen tager initiativ til at give de relevante rådsmedlemmer denne viden.

En relevant opgave for det nye handicapråd at tage sig af, er at gennemgå kommunens handicappolitik, hvis kommunen har en sådan. Den kan danne god baggrund for handicaprådets dialog og høringssvar. Handicaprådet kan også foreslå, at der tages initiativer til opfølgning og evaluering af handicappolitikken, så man sikrer sig, at denne forbliver dynamisk og relevant. Det er ikke handicaprådets ansvar, at handicappolitikken implementeres, men det kan være med til at sikre, at det sker.

FN's Handicapkonvention blev ratificeret i 2009. Handicaprådet kan være med til at udbrede kendskabet til konventionen blandt politikere, embedsmænd og sagsbehandlere og borgerne generelt. Handicaprådet kan også se på kommunens handicappolitik med konventionens øjne. Konventionen giver ingen konkrete svar eller løsninger, men konventionens artikler kan bruges som udgangspunkt for drøftelser af, hvordan handicappolitikken hænger sammen med de forskellige artikler i konventionen.

I 2009 afsluttede Center for Ligebehandling af Handicappede Projekt Mainstreaming. Et projekt, der havde til formål at skabe praktiske værktøjer, der sikrer lige muligheder for mennesker med handicap. Den overordnede metode til at opnå dette er at indtænke og integrere handicappedes behov og interesser i al politik og planlægning på det kommunale niveau. Det endelige mål er, at varetagelse af handicappedes behov og interesser gøres til en del af den almindelige kommunale praksis.

En oplagt opgave for handicaprådet er at formidle viden om værktøjerne til de kommunale forvaltninger eller foreslå kommunalbestyrelsen, at man benytter et eller flere værktøjer i forvaltningerne. Værktøjerne består bl.a. af en guide til, hvordan man

tænker handicapaspektet ind i sagsfremstillinger til kommunalbestyrelsen og kommunens politiske udvalg og af en guide for det gode møde med borgere med handicap. Værktøjerne er tilgængelige på www.handicapmainstreaming.dk.

Flere forslag til initiativer:

- Handicappris på FN's internationale handicapdag – dagen for lige muligheder - den 3. december
- Hvordan håndteres evt. nedskæringer på handicapområdet?
- Hvordan kan kommunen få mere kvalitet i tilbud til mennesker med handicap – indenfor en begrænset økonomisk ramme?
- Hvordan håndteres brugerinddragelse omkring indkøbsaftaler?
- Sagsbehandlingsfrister og -tider, ventetider på genoptræning o. lign.
- Forretningsorden, årsrapport, evalueringer.

KL og Danske Handicaporganisationer vil fortsat samarbejde om og med de kommunale handicapråd. Organisationerne har tæt kontakt med handicaprådene og vil løbende følge op på, om rådene fungerer efter hensigten og bidrager til at styrke kommunernes handicappolitiske tiltag.

5. Kontaktadresser

Handicaprådene er altid velkomne til at tage kontakt til de to organisationer med spørgsmål og idéer til de udfordringer, de møder i arbejdet.

KL
Weidekampsgade 10 Postboks 3370 2300 København S Tlf. 33 70 33 70 www.kl.dk
Kontakt: Konsulent Rigmor Lond Tlf. 33 70 32 38 E-mail: ril@kl.dk

Danske Handicaporganisationer
Kløverprisvej 10B 2650 Hvidovre Tlf. 36 75 17 77 www.handicap.dk

Kontakt:
Organisationskonsulent Dorthe Stief Christensen Tlf. 36 38 85 44
E-mail: dsc@handicap.dk

Organisationskonsulent Henrik Søndergaard Tlf. 36 38 85 08
E-mail: hs@handicap.dk

Organisationskonsulent Helle Bervig Tlf. 86 36 17 77
E-mail: hb@handicap.dk

6. Læs mere – links

Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration, se § 37 a:
https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=20928#K4

Bekendtgørelsen om retssikkerhed og administration på det sociale område, se kapitel 10:
https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=20897#K10

Vejledning om retssikkerhed og administration, se punkt 324-333:
https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=20693#A7

Bekendtgørelse af lov om ligestilling af kvinder og mænd:
https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=20929
(Vejledning til lov om ligestilling af kvinder og mænd forventes offentliggjort efteråret 2010)

Socialministeriet:
http://www.social.dk

Danske Handicaporganisationer:
http://www.handicap.dk

KL:
http://www.kl.dk/handicapraad

Projekt Mainstreaming af handicapområdet:
http://www.handicapmainstreaming.dk/

Kommunale handicapråd på Center for Ligebehandlings hjemmeside:
http://www.kommunalehandicapraad.dk/

Det Centrale Handicapråd:
http://www.dch.dk

Punkt nr. 2 - Beslutningssag: Indspil til Budget 2015
Bilag 1 - Side -1 af 6

Budget 2015-2018

Nr.	Mio. kr.	Politisk målsætning	Strategisk indsatsområde
SUNDHEDSOMRÅDET			
1.0	**Sundhedsudvalget**		
1.01	Fordanskning og bedre skiltning	Patientens situation styrer forløbet	Ventet og Velkommen
1.02	Standardisering af skriftlig patientinformation	Patientens situation styrer forløbet	Ventet og Velkommen
1.03	Bedre venteværelser, telefonadgang og besøgsmuligheder	Patientens situation styrer forløbet	Ventet og Velkommen
1.04	Serviceadfærd	Patientens situation styrer forløbet	Ventet og Velkommen
1.05	Kommunikationsfeedback	Patientens situation styrer forløbet	Ventet og Velkommen
	Patientforløb		
1.06	Eksistentiel og psykosocial støtte til patienter og pårørende	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
1.07	Hjemmebehandling	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
1.08	Overgangen fra barn til voksen	Høj faglig kvalitet	Sammenhængende patientforløb
	Kvalitet i hospitalssektor og praksissektor		
1.09	Indsatser i forhold til lighed i sundhed	Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	Lighed i sundhed
1.10	De regionale kvalitetsindsatser	Høj faglig kvalitet	
1.11	Tidlig rehabilitering/genoptræning i hospitalsregi	Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	
1.12	Nye styringsinstrumenter	Høj faglig kvalitet	
	Patientsikkerhed i hospitalssektor og praksissektor		
1.13	Træning i Ikke-tekniske færdigheder	Høj faglig kvalitet	
1.14	Medicinsk udstyr	Høj faglig kvalitet	

1.15	Dialogsamtaler og kalgesager på praksisområdet	Patientens situation styrer forløbet	
	Kapacitet og akutbetjening		
1.16	Skanner kapacitet	Høj faglig kvalitet	
1.17	Udvidelse af Krisepsykologisk enhed	Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	
1.18	Efterfødselssamtaler tilsårbare fødende	Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	Lighed i sundhed
2.0	**Psykiatriudvalget**		
2.01	Udrednings- og behandlingsret i psykiatrien	Høj faglig kvalitet/Patientens situation styrer forløbet	Lighed i sundhed
2.02	Visioner for fremtidens psykiatri	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
2.03	Afsnit til anbragte i surrogat	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
2.04	Pulje til samarbejde med kommuner om svage grupper	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
3.0	**Udvalg vedrørende tværsektorielt samarbejde**		
3.01	Akutte overgange fra hospital til kommune	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
3.02	Opsætte og drive hjertestartere i yderområder		
3.03	Sikre behandling af borgere med dobbeltdiagnoser i sektorovergang	Patientens situation styrer forløbet	Lighed i sundhed
3.04	Borgere med ikke-psykotiske lidelser, som ikke kan få tilbud i distriktspsykiatrien eller socialpsykiatrien	Patientens situation styrer forløbet	Lighed i sundhed
3.05	Etablering af handicapråd		Lighed i sundhed
3.06	Den Danske Kvalitetsmodel i praksissektoren	Høj faglig kvalitet	
3.07	Implementering af forløbsprogram for rehabilitering og palliation	Patientens situation styrer forløbet	Sammenhængende patientforløb
3.08	Videreførelse af projekter fra 50 mio. kr. puljen		Lighed i sundhed

4.0	**Erhvervs- og vækstudvalg**		
4.01	BIObank, frysehus og BIG DATA	Ekspansive vidensmiljøer	Forskning og samarbejde
4.02	Tidlig fase kliniske forsøg i Danmark	Ekspansive vidensmiljøer	Forskning og samarbejde
4.03	Styrket samarbejde med KU, Det Sundhedsfaglige Fakultet	Ekspansive vidensmiljøer	Forskning og samarbejde
4.04	Sund Vækst Klynge	Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	Forskning og samarbejde
4.05	Deltagelse i EU-satsning på Healthy Ageing	Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	Forskning og samarbejde
4.06	Kliniknære innovationsmiljøer og OPI pulje	Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	Forskning og samarbejde
5.0	**Miljø- og trafikudvalget**		
5.01	Øget ressourcegenanvendelse via ny håndtering af klinisk risikoaffald	Innovativ og grøn metropol	Miljørigtig drift og udvikling
5.02	Grøn drift og udvikling - bæredygtighedspulje	Innovativ og grøn metropol	Miljørigtig drift og udvikling
6.0	**IT- og afbureaukratiseringsudvalget**		
6.01	Implementering af mobility	Høj faglig kvalitet	Sundhedsplatform/Hospitalsbyggerier og effektivisering
6.02	Driftshandlingsplan	Høj faglig kvalitet/Grøn og innovativ metropol	Sundhedsplatform/Hospitalsbyggerier og effektivisering
6.03	Udviklingsplan - Medico	Høj faglig kvalitet	Effektivisering/Hospitalsbyggerier
6.04	Telestrategi	Høj faglig kvalitet	Sundhedsplatform/Hospitalsbyggerier og effektivisering

6.05	Regionale og nationale strategier	Høj faglig kvalitet	Sundhedsplatform/Hospitalsbyggerier og effektivisering
7.0	**Kræftudvalget**		
7.01	Øget kapacitet pga. flere kræftpatienter	Høj faglig kvalitet	
7.02	Forbedre registreringer/kodning af kræftpakkeforløbene	Høj faglig kvalitet	
7.03	Sammenhængende forløb	Patientens situation styrer forløbet/Høj faglig kvalitet	
7.04	Tidlig opsporing	Patientens situation styrer forløbet/Høj faglig kvalitet	
7.05	Implementering af forløbsprogram for rehabilitering af kræftpatienter	Patientens situation styrer forløbet/Høj faglig kvalitet	
7.06	Afvikling af flaskehalse/understøttelse af øget målopfyldelse på kræftområdet	Høj faglig kvalitet	
7.07	Implementering af MDT-konferencer	Patientens situation styrer forløbet/Høj faglig kvalitet	
8.0	**Forretningsudvalget**		
8.01	Kommunikation af de strategiske indsatsområder		
8.02	Permanent merbevilling på løn	Høj faglig kvalitet	Sundhedsplatform/Hospitalsbyggerier
8.03	Reinvesteringer til understøttelse af sundhedsplatformen	Høj faglig kvalitet/Grøn innovativ metropol	Sundhedsplatform/Hospitalsbyggerier
8.04	Windows 7	Høj faglig kvalitet	Sundhedsplatform/Effektivisering

Nr.	Mio. kr.	Politisk målsætning	Strategisk indsatsområde
REGIONAL UDVIKLING			
9.0	**Erhvervs- og vækstudvalget**		
9.01	Grønne erhvervsuddannelser	Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.02	Region Hovedstaden skaffer praktikpladser til alle unge	Grøn og innovativ metropol	ReVUS

9.03	Flere grønne jobs og iværksætteri	Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.04	Medfinansiering af erhvervsprojekter	Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.05	Mere viden og kapital til smv'er	Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.06	By- og erhvervsudvikling i Ring 3	Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.07	Fælles regionalt og kommunalt EU-kontor	Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.08	Kick start af ReVus	Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	ReVUS
9.09	ESS - styrket indsats	Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	Forskning og samarbejde
10.0	**Miljø og trafikudvalget**		
10.1	Innovation på jordforureningsområdet	Ekspansive vidensmiljøer/Grøn og innovativ metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.2	Kortlægning af jordforurening i Dragør og Tårnby Kommuner	Innovativ og grøn metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.3	Øget oprensningsindsats overfor jordforurening	Innovativ og grøn metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.4	Klimatilpasning	Innovativ og grøn metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.5	Genanvendelse af jord og byggematerialer	Innovativ og grøn metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.6	Styrket miljøbevidsthed	Innovativ og grøn metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.7	Mobility Management	Innovativ og grøn metropol	Miljørigtig drift og udvikling
10.8	Grøn kollektiv trafik i verdensklasse	Miljørigtig drift og udvikling	Miljørigtig drift og udvikling

Budgetlægningen 2015-2018

Budgetforslag - overskrift:
Akutte overgange fra hospital til kommune

Fremsat af:
Udvalg vedr. tværsektorielt samarbejde

Formål og indhold
Når ældre borgere er indlagt, skal hospital og kommune i fællesskab aftale gode udskrivningsforløb, der i videst muligt omfang sikrer, at borgere ikke ligger på hospitalet efter, at de er færdigbehandlede, men kan komme hurtigt og trygt hjem med mulighed for den rette opfølgning i kommunen. Et godt og sammenhængende udskrivningsforløb vil bidrage til at forebygge, at den ældre borger bliver genindlagt. I regi af sundhedsaftalen 2011-2014 er der indgået en kommunikationsaftale mellem region og kommuner vedr. rettidig kommunikation omkring et indlæggelses- og udskrivningsforløb, hvor begge parter er forpligtet til at informere hinanden om relevante forhold i relation til indlæggelse og udskrivning.

Der er imidlertid forskel på andelen af udskrivninger i løbet af en uge (KL, 2012). Der udskrives flest patienter på en fredag, da mange patienter selv ønsker at komme hjem i weekenden. Bemandingen på hospitalerne er også nedsat i weekenden, hvor flere sengeafdelinger lukker ned. For flere kommuner kan det være en udfordring for den kommunale pleje, som skal tage sig af flere nyligt udskrevne borgere ofte med stort plejebehov i en weekend.

Det foreslås, at der i budget 2015 afsættes 0,6 mio. kr. til et modningsprojekt, som kan klarlægge, hvordan regionen kan understøtte kommunerne i weekenden i forhold til denne patientgruppe, eksempelvis gennem øget supervision eller udgående teams fra hospitalet

Sammenhæng til de politiske målsætninger
Forslaget vil kunne understøtte målsætningen om, at *patientens forløb styrer forløbet*

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid

	2015	2016	2017	2018
Løn	**600.000 kr**			
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				

Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres

Evt. uddybende beskrivelse:
Midlerne skal finansiere et modningsprojekt og vil fortrinsvis dække omkostninger til løn til projektledelse.

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):

Sundhedskassen	■
Den regionale udviklingskasse	☐
Det sociale område	☐

Budgetforslag - overskrift:

Opsætte og drive hjertestartere i yderområder

Fremsat af:
Udvalg vedr. tværsektorielt samarbejde

Formål og indhold
Der rejses forslag om at opsætte og drive hjertestartere i regionens yderområder, da hurtig og let adgang til en hjertestarter kan være livreddende ved hjertestop.

Det anbefales, at en hjertestarter monteres udendørs og i et varmeskab, således den er driftssikker og tilgængelig året rundt.

Skal regionen finansiere og vedligeholde hjertestartere, skal der laves en aftale om hvem, der sikrer vedligehold og udskiftning af pads efter brug. Alle hjertestartere bør tilknyttes en fadder, dvs. en person som med ansvar for løbende at sikre, at hjertestarteren fungerer. Dertil kommer, at hjertestarteren skal sendes med taxa til aflæsning på en vagcentral efter brug.

Sundhedsstyrelsen anbefaler bl.a.:

- Hjertestartere bør opsættes på lokaliteter med høj risiko for hjertestop
- Hjertestartere bør opsættes i tyndtbefolkede områder med relativt lange ambulanceresponstider og bør placeres velkendte steder såsom bytorve, hæveautomater, ved postkasser og lignende, og bør ledsages af et first-responder program.

Estimat: Prisen per hjertestarter inkl. skab og vedligehold koster 19.500 kr. Dertil kommer løbende udgifter til udskiftning af pads (1.000 kr. per stk.)og transport til aflæsning, når hjertestarteren har været i brug.

Sammenhæng til de politiske målsætninger
Ingen sammenhæng

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid

	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				

Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres

Evt. uddybende beskrivelse:
Endelige budget kan angives idet det afklares, hvor mange hjertestartere der skal sættes op i regionens yderområder. Dette kvalificeres yderligere ved at afdække, hvor det er relevant at opsætte hjertestartere ift. behov og nuværende ambulanceresponstid. Dertil kommer at det skal afsøges, hvordan der kan laves aftale om drift (fadder til den enkelte hjertestarter) for at det kan afgøres hvilke udgifter, der er til løn/øvrig drift.

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):

Sundhedskassen	■
Den regionale udviklingskasse	☐
Det sociale område	☐

Budgetforslag - overskrift:

Sikre behandling af borgere med dobbeltdiagnoser i sektorovergang

Fremsat af:
Udvalg vedr. tværsektorielt samarbejde

Formål og indhold
Borgere med både psykiske lidelser og misbrug er en udsat gruppe, som har brug for en relevant og helhedsorienteret behandling med tæt samarbejde på tværs af sektorer.

Når en borger med psykisk lidelse og samtidigt misbrug er indlagt varetages både den psykiske lidelse og misbruget i psykiatrien. Når der er tale om ambulant behandling er det som udgangspunkt psykiatrien, der har ansvaret for at behandle både psykisk sygdom og misbrug, hvis der er tale om alvorlig psykisk sygdom og misbrug. Omvendt er det kommunen, der har ansvaret for behandlingen af misbruget, hvis der er tale om massivt misbrug og lettere psykisk sygdom. Ved tvivl om, hvem der har ansvaret skal samarbejdet aftales i den konkrete sag.

I nogle tilfælde vil en patient have så aktivt og massivt et misbrug, at han/hun afvises til behandling i psykiatrien, da misbruget i de tilfælde anskues som det primære problem.

Der er således dels behov for tiltag, der sikrer, at behandling af borgere med samtidig psykisk lidelse og misbrug sker i et tæt samarbejde mellem regionen og kommunerne.
Dels vil der være borgere, som risikerer at falde mellem to stole og ikke får behandling af nogen af deres problemstillinger, hvis misbruget er så omfattende, at behandling i psykiatrien ikke lader sig gøre. Og dels vil der være tilfælde, hvor behandlingsansvaret ikke er klart og derfor kræver et tæt samarbejde med henblik på at sikre, at patientens to diagnoser bliver håndteret.

Der er i den nye sundhedsaftale stort fokus på netop borgere med samtidig psykisk lidelse og misbrug herunder aftaler om koordinering af indsatsen. Og det forslås, at problemstillingen løftes i regi af sundhedsaftalen, da et tættere og koordineret samarbejde mellem psykiatrien og kommunerne er afgørende for at sikre en helhedsorienteret behandling af disse borgere.

Sammenhæng til de politiske målsætninger
En styrket indsats for denne målgruppe vil understøtte regionens målsætning om, at patientens situation styrer forløbet.

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid

	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				

Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres

Evt. uddybende beskrivelse:
Budget skal kvalificeres yderligere, herunder skal det vurderes i hvilket omfang forslaget kan holdes inden for de eksisterende rammer.

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):

- [x] Sundhedskassen
- [ ] Den regionale udviklingskasse
- [ ] Det sociale område

Budgetforslag - overskrift:

Borgere med ikke-psykotiske lidelser, som ikke kan få tilbud i distriktspsykiatrien eller i socialpsykiatrien.

Fremsat af:
Udvalg vedr. tværsektorielt samarbejde

Formål og indhold
Der rejses forslag om at undersøge om, der er behov for at understøtte overgangen fra indlæggelse til eget hjem for borgere med ikke-psykotiske lidelser, fx svær depression eller angst, der udskrives fra psykiatriske centre og vurderes at være færdigbehandlet.

Sammenhæng til de politiske målsætninger
En styrket indsats for denne målgruppe vil understøtte regionens målsætning om, at patientens situation styrer forløbet

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid

	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				

Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres

Evt. uddybende beskrivelse:
Forslaget skal konkretiseres førend omkostningerne kan kvalificeres yderligere, herunder skal det vurderes i, hvilket omfang forslaget kan holdes inden for de eksisterende rammer.

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):

Sundhedskassen ■
Den regionale udviklingskasse ☐
Det sociale område ☐

Budgetforslag - overskrift:
Etablering af handicapråd

Fremsat af:
Udvalg vedr. tværsektorielt samarbejde

Formål og indhold:
Der rejses forslag om at etablere et handicapråd i regionen. (Se sag nummer 1 for uddybning)

Sammenhæng til de politiske målsætninger
Der er ingen sammenhæng

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid

	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift	**100.000**	**100.000**	**100.000**	**100.000**
Etableringsudgifter				
Årsværk				

Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres

Evt. uddybende beskrivelse:
Det er forudsat at rådet skal holde seks møder årligt.

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):

Sundhedskassen ■
Den regionale udviklingskasse ☐
Det sociale område ☐

Budgetforslag - overskrift:

Kvalitet i hospitalssektor og praksissektor: Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) i praksissektoren

Fremsat af:
Administrativt forslag

Formål og indhold
Den nye overenskomst med PLO er vedtaget og ifølge den, skal de praktiserende læger akkrediteres efter DDKM modellen.
Der kan blive behov for aktiviteter, der kan understøtte lægerne i dette arbejde.
Imidlertid foreligger der endnu ikke et overblik over overenskomstens samlede økonomiske konsekvenser for regionen. Administrationen afventer et notat fra Danske Regioner, der klargør de overenskomstens budgetmæssige konsekvenser.

Sammenhæng til de politiske målsætninger
Forslaget understøtter den politiske målsætning om *høj faglig kvalitet.*

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid

	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				

Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres

Evt. uddybende beskrivelse:
Budgetestimat er ikke kendt på nuværende tidspunkt.

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):

- [x] Sundhedskassen
- [ ] Den regionale udviklingskasse
- [ ] Det sociale område

Budgetforslag - overskrift:

Implementering af forløbsprogram for rehabilitering og palliation

Fremsat af:

Center for sundhed – enhed for tværsektoriel udvikling

Det anslås, at ca. 70.000 borgere i Region Hovedstaden lever med eller efter en kræftsygdom. Det er derfor vigtigt, at denne gruppe borgere opnår eller vedligeholder den bedst mulige funktionsevne i kræftforløbet for at kunne opretholde familie- og arbejdsliv på trods af de forandringer en kræftsygdom og behandling medfører. Sundhedsstyrelsen udgav i januar 2012 et forløbsprogram, der skal sikre indsatser for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft.

Forløbsprogrammet fastslår blandt andet, at alle kræftpatienter skal tilbydes en samtale om behov for en rehabiliterende eller palliativ indsats flere gange i løbet af et kræftforløb. Formålet er at sikre, at alle borgere får den relevante hjælp undervejs og efter kræftforløbet. Der er som led i regionens implementeringsarbejde udviklet et samtaleredskab, som sundhedsfagligt personale skal anvende sammen med patient og evt. pårørende til at identificere behov. Samtaleredskabet skal anvendes både på hospitalerne og i kommunerne og være en integreret del af den samlede kræftbehandling for at sikre, at patienter og pårørende aktivt inddrages i beslutninger i forløbet.

Ansvaret for rehabilitering af borgerne ligger hovedsageligt i kommunerne, men hospitalerne har ansvaret for eventuelle sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser, under indlæggelse. Behovsvurdering er et vigtigt middel til at sikre, at borgeren får tilbudt den relevante indsats, i den rette sektor.

I almen praksis handler indsatserne om at sikre, at den praktiserende læge bevarer kontakten til patienten i kræftforløbet samt at der for patienter i den sene palliative fase bliver mulighed for at afholde et koordinationsmøde mellem den praktiserende læge og kommunen.

Implementering af forløbsprogrammet er forankret i Sundhedskoordinationsudvalget. Implementeringsplanen var i oktober 2013 i høring på hospitaler, i kommuner og i almen praksis, hvor der var bred opbakning til indsatserne.

Sammenhæng til de politiske målsætninger

Forløbsprogrammer er med til at understøtte det sammenhængende patientforløb på tværs af sektorovergange og under hensyntagen til borgerens behov. Dermed vil forslaget om at understøtte implementeringen af forløbsprogrammer bidrage til målsætningen om *at patientens situation styre forløbet*

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid

Fra udmøntningsplanen for Kræftplan III er der siden 2012 afsat midler til at understøtte indsatserne i forløbsprogrammet i kommuner og i regioner. Region Hovedstaden tildeles årligt 2,5 mio. kr. Imidlertid er det ikke muligt at gennemføre implementeringen af forløbsprogrammets indsatser på hospitaler og i almen praksis inden for denne ramme.

Udgifterne til indsatserne forventes at være 6,9 mio. kr. årligt heraf 3 mio. kr. på hospitalerne og 3,9 mio. kr. i almen praksis.

Implementering af forløbsprogrammet skulle ifølge Kræftplan III have været påbegyndt med udgangen af 2012, men er forsinket bl.a. på grund af behovet for at udarbejde en regional implementeringsplan. Det betyder, at der er overførte uforbrugte midler for i alt 4,4 mio. kr. der kan anvendes. Derudover kan indsatserne i almen praksis i 2014 og delvist i 2015 finansieres af praksisbudgettet.

Det betyder at implementeringsplanens indsatser vil kunne dækkes på følgende måde:

- I 2014 og 2015 vil udgifterne kunne afholdes af uforbrugte overførte midler, praksisbudgettet og Kræftplan III midler.
- I 2016 vil finansiering af udgifterne kræve en budgetbevilling på 1,25 mio. kr. Den resterende del vil kunne afholdes af uforbrugte midler og Kræftplan III.
- Fra 2017 og frem vil implementeringen forudsætte et varigt løft på 4,4 mio. kr.

	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):

Sundhedskassen ■
Den regionale udviklingskasse ☐
Det sociale område ☐

Budgetforslag - overskrift:

Videreførelse af projekter fra 50 mio. kr. puljen

Fremsat af:
Udvalg vedr. tværsektorielt samarbejde

Formål og indhold
50 mio. kr. puljen bruges til at finansiere projekter (tidsafgrænsede), som retter sig mod en styrket indsats for udsatte borgere.

En række projekter finansieret af 50 mio. kr. puljen afsluttes i 2014. Der er kun foretaget evalueringer af få af projekterne, derfor kan der ikke udarbejdes egentlige anbefalinger om fortsættelse, ligesom det heller ikke endnu er muligt at estimere budget for videreførelse af de enkelte projekter.

Projekter der afsluttes i 2014:

- Psykiatrisk Gadeplansteam – forankret på Psykiatrisk Center Hvidovre i samarbejde med Københavns Kommune. Gadeplansteamet er opsøgende og samarbejder med især med Københavns Kommunes hjemløseenhed samt herberger og natcaféer.
- Tidlig opsporing – forankret på Psykoterapeutisk Center Stolpegård i samarbejde med Københavns Kommune. Der er udviklet et elektronisk screeningsinstrument, der suppleres af undervisning af kommunale jobcentermedarbejdere samt konkret supervision og sparring.
- Ikke-psykotiske med misbrug – forankret på Psykiatrisk Center Glostrup i samarbejde med KABS, Blå Kors, Lænken og kommunerne i Psykiatrisk Center Glostrups optageområde, dvs. Glostrup, Brøndby, Høje-Taastrup, Rødovre, Albertslund, Ishøj og Vallensbæk. Der er etableret et ambulant, integreret udrednings- og behandlingstilbud, hvor der udredes og behandles for begge problemstillinger samtidig.
- Akutteamet i Børne- og ungdomspsykiatrien – forankret på BUC, afdeling Glostrup i samarbejde med alle kommuner i regionen. Der har i perioden 1.4.2013 – 20.2.2014 været kontakt til 132 børn og unge med alvorlige akutte psykiatriske problemstillinger
- Samordningskonsulenter – forankret på Psykiatriske Center København, Psykiatriske Center Ballerup, Psykiatriske Center Glostrup og Psykiatriske Center Nordsjælland. Samordningskonsulenterne dækker alle psykiatriske centre og samarbejder i princippet med alle kommuner i regionen. Samordningskonsulenterne arbejder med at styrke det tværsektorielle samarbejde og har gang i mange relevante aktiviteter.
- Shared Care på Vestegnen. Et projekt mellem kommunerne i planlægningsområde Syd, almen praksis i de syv kommuner samt Glostrup Hospital. Projektets formål er at udvikle en shared care model for behandling af patienter med samtidig forekomst af psykiatriske og somatiske diagnoser.
- Tværsektoriel udredningsenhed (TUE) – samarbejde mellem Bispebjerg Hospital og Københavns Kommune. Formålet med TUE er at sikre ældre medicinske patienter hurtig udredning på en ambulant kommunal enhed frem for en akut indlæggelse.
- Den udgående akutklinik. Projektets formål har været at styrke det tværsektorielle samarbejde omkring kronisk syge immobile ældre eller udviklingshæmmede borgere i Dragør, Tårnby, Amager Øst og Amager Vest. Samt at minimere henvendelser fra borgere med mindre skader på Akutklinikken på Amager Hospital.
- Hånd i hånd, en god start i familien. Et projekt med Hillerød, Halsnæs, Helsingør og Frederikssund Kommuner samt Nordsjællands Hospital. Projektets formål er at give en tidlig koordineret og samordnet indsats for gravide med sociale, medicinske og psykiske problemer.

- Efterfødselssamtaler til gravide med sociale, medicinske og psykiske problemer. Projektet er forankret på regionens fem fødesteder i samarbejde med alle kommuner i regionen.

Sammenhæng til de politiske målsætninger

Forslagets konsekvenser – økonomi, personale og tid

	2015	2016	2017	2018
Løn				
Øvrig drift				
Etableringsudgifter				
Årsværk				

Det bør for forslag vedr. det regionale udviklingsområde anføres om forslaget kan tilsagnsbudgetteres

Evt. uddybende beskrivelse:
Budget skal kvalificeres yderligere for hvert enkelt projekt såfremt dette vurderes relevant at udbrede/idriftsætte. Herunder skal det vurderes, i hvilket omfang forslaget kan holdes inden for de eksisterende rammer.

Anfør, hvilket område forslaget vedrører (finansieringsmæssigt):

Sundhedskassen ☒
Den regionale udviklingskasse ☐
Det sociale område ☐

Rammeaftale 2015

Udviklingsstrategi for det specialiserede socialområde og specialundervisning

Opsummering af konklusioner og fokusområder

Kommuner i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden

2015

INDLEDNING

Det er kommunernes ansvar at koordinere det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet på såvel børne- og ungeområdet som voksenområdet. Som følge heraf har kommunerne ansvaret for at udarbejde en årlig rammeaftale for det specialiserede social- og specialundervisningsområde, der består af en udviklingsstrategi og en styringsaftale.

Med overdragelsen af en stor del af det specialiserede socialområde til kommunerne, og dermed også siden arbejdet med den første Udviklingsstrategi i 2011, er der sket et paradigmeskifte på området, der omfatter grundlæggende nye tilgange til at håndtere udvikling i målgrupper og efterspørgsel på tilbud. Der er kommet et øget fokus på omstillingsparathed, fleksibilitet og individuelle løsninger. Kommunernes indsatser er henover de seneste år i langt højere grad blevet kendetegnet ved indsatser i nærmiljøet, inklusion i normalområdet, forebyggelse, rehabilitering og recovery-tilgange

Udviklingen medfører, at der ikke, i lige så høj grad som tidligere, er direkte sammenhæng mellem målgruppeudvikling og behov for nye tilbud og opnormering af antal pladser. Indbygget i de nye strategier er således større vægt på, at borgerne kan komme sig, og at borgerne i større udstrækning, hvis de får den rette støtte, bliver i stand til at klare sig med mindre indgribende hjælp. Det betyder, at udviklinger i målgruppernes størrelse i højere grad kan løses fleksibelt i tilbud i egen kommune.

Udviklingsstrategien for 2015 omfatter både det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet, og er gældende for perioden 1. januar 2015 til 31. december 2015.

Nedenfor opsummeres udvalgte centrale konklusioner og fokusområder fra Udviklingsstrategi for det specialiserede socialområde og specialundervisning i Rammeaftale for 2015. Styringsaftalen for 2015 vil først foreligge i slutningen af 2014[1]. Udviklingsstrategi for det specialiserede socialområde og specialundervisning 2015 samt tilhørende bilag (bilag 1-7) kan findes som særskilte dokumenter på den fælleskommunale hjemmeside www.rammeaftale-h.dk.

TILBUD OMFATTET AF UDVIKLINGSSTRATEGI 2015

Tilbud omfattet af Udviklingsstrategien i Rammeaftale 2015[2] er:

- De *højt specialiserede* og de *mest specialiserede* tilbud i hovedstadsregionen
  - Højt specialiserede tilbud til borgere, som kræver et stort befolkningsgrundlag for, at tilbuddet kan drives rentabelt og med høj faglighed.
  - Tilbud til borgere med de mest komplekse og specielle behov, hvor tilbuddets eksistens er nødvendig for selvforsyning i regionen, og hvor målgruppens behov ikke kan varetages af andre tilbud i regionen.
- Alle regionsdrevne tilbud i hovedstadsregionen.[3]

Der er i hovedstadsregionen særlig opmærksomhed på de *mest specialiserede* tilbud, der er omfattet af Udviklingsstrategien. Disse tilbud bliver fulgt løbende af en særligt nedsat task force. Derudover er der opstillet fælleskommunale procedurer i Styringsaftale 2014, som kan hjælpe med, at de mest specialiserede kompetencer bevares og udvikles i regionen.

BEVÆGELSER PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIAL- OG SPECIALUNDERVISNINGSOMRÅDE

Et formål med Udviklingsstrategien er at undersøge, om der er områder, hvor der er behov for særlig koordination eller samarbejde på tværs af kommunerne og/eller mellem kommunerne og Region Hovedstaden. Det kan være regulering af antal pladser blandt de tilbud, der er omfattet af Udviklingsstrategien, eller andre indsatser eller tiltag i tværkommunalt regi.

---

[1] Bekendtgørelse om rammeaftaler m.v. på det sociale område og på det almene ældreboligområde samt bekendtgørelse om rammeaftaler m.v. på specialundervisningsområdet.

[2] Afgrænsningen af tilbud omfattet af Udviklingsstrategien blev besluttet mellem hovedstadsregionens kommuner og Region Hovedstaden i forbindelse med Rammeaftalen for 2011.

[3] Jf. Bekendtgørelse om rammeaftaler m.v. på det sociale område og på det almene ældreboligområde samt bekendtgørelse om rammeaftaler m.v. på specialundervisningsområdet.

Der kan konstateres nogle bevægelser og tendenser inden for målgrupperne og tilbudstyperne på det specialiserede socialområde, som har direkte relevans for den tværkommunale koordination i KKR-regi[4]. De væsentligste konklusioner er følgende:

- På nuværende tidspunkt vurderes der ikke at være et behov for i 2015 at indgå tværkommunale aftaler og/eller aftaler mellem kommunerne og Region Hovedstaden om konkrete reguleringer af tilbud eller pladser omfattet af Udviklingsstrategi 2015.
- Generelt forventer kommunerne i hovedstadsregionen i de kommende år en uændret udvikling i målgruppernes størrelse på det specialiserede socialområde og specialundervisning.
- Det specialiserede socialområde i hovedstadsregionen er fortsat præget af strategier om inklusion og hjemtagning af borgere fra døgntilbud til typisk mindre indgribende tilbud i nærmiljøet.
- Kommunerne har stort fokus på styring, effektiv drift og metodeudvikling i den faglige indsats.
- Stigende kompleksitet i målgruppernes problemstillinger og afvigelser fra den generelle udviklingstendens er dog med til at understrege, at der i 2015 fortsat er behov for styring og fælles koordination af området for at sikre den mest hensigtsmæssige tilbudsvifte og organisering af specialiserede social- og undervisningstilbud.

Væsentlige udviklingstendenser i målgrupperne:

- En væsentlig andel af kommunerne i hovedstadsregionen forventer en stigning i antallet af borgere inden for målgrupperne voksne *med stofmisbrug, voksne med alkoholmisbrug, voksne med sindslidelse, voksne med dobbeltdiagnose* og *hjemløse* voksne.
- Kommunerne i hovedstadsregionen forventer generelt en stigning i antallet af borgere inden for målgrupperne børn, unge og voksne med *udviklingsforstyrrelser* (såsom ADHD og autisme).
- En væsentlig andel af kommunerne forventer en stigning i antallet af *børn og unge med sindslidelse*, *børn og unge med psykosociale problemer* samt *børn og unge med misbrug*.
- En række kommuner forventer, at der sker en stigningen i antallet af *voksne udviklingshæmmede med psykisk sygdom eller demens.*
- For enkelte målgrupper vurderer en nævneværdig, men mindre andel af kommunerne, at der vil ske et fald i antal borgere, bl.a. for *børn og unge med udviklingshæmning*.

Med baggrund i ovenstående konklusioner er der for 2015 udvalgt en række fokusområder for den tværkommunale koordination i KKR-regi:

- Stigende tilgang af hjemløse, herunder særligt unge hjemløse
- Nye krav til tilbuddene grundet længere levetid og generelt alderssvækkelse blandt målgrupperne på voksenområdet
- Tilbud til borgere med dobbeltdiagnose
- Inklusionsdagsordenen på børne- og ungeområdet og dennes betydning for de højt specialiserede tilbud
- Økonomistyring, effektiv drift og udvikling af metoder

SÆRLIGE TEMAER I HOVEDSTADSREGIONEN

Et formål med Udviklingsstrategien er også, at KKR Hovedstaden skal udvælge hvilke særlige temaer, der skal være i fokus i det pågældende år. Derudover har Ministeren for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold mulighed for at udmelde særlige temaer, som skal indgå i strategien til behandling i 2015.

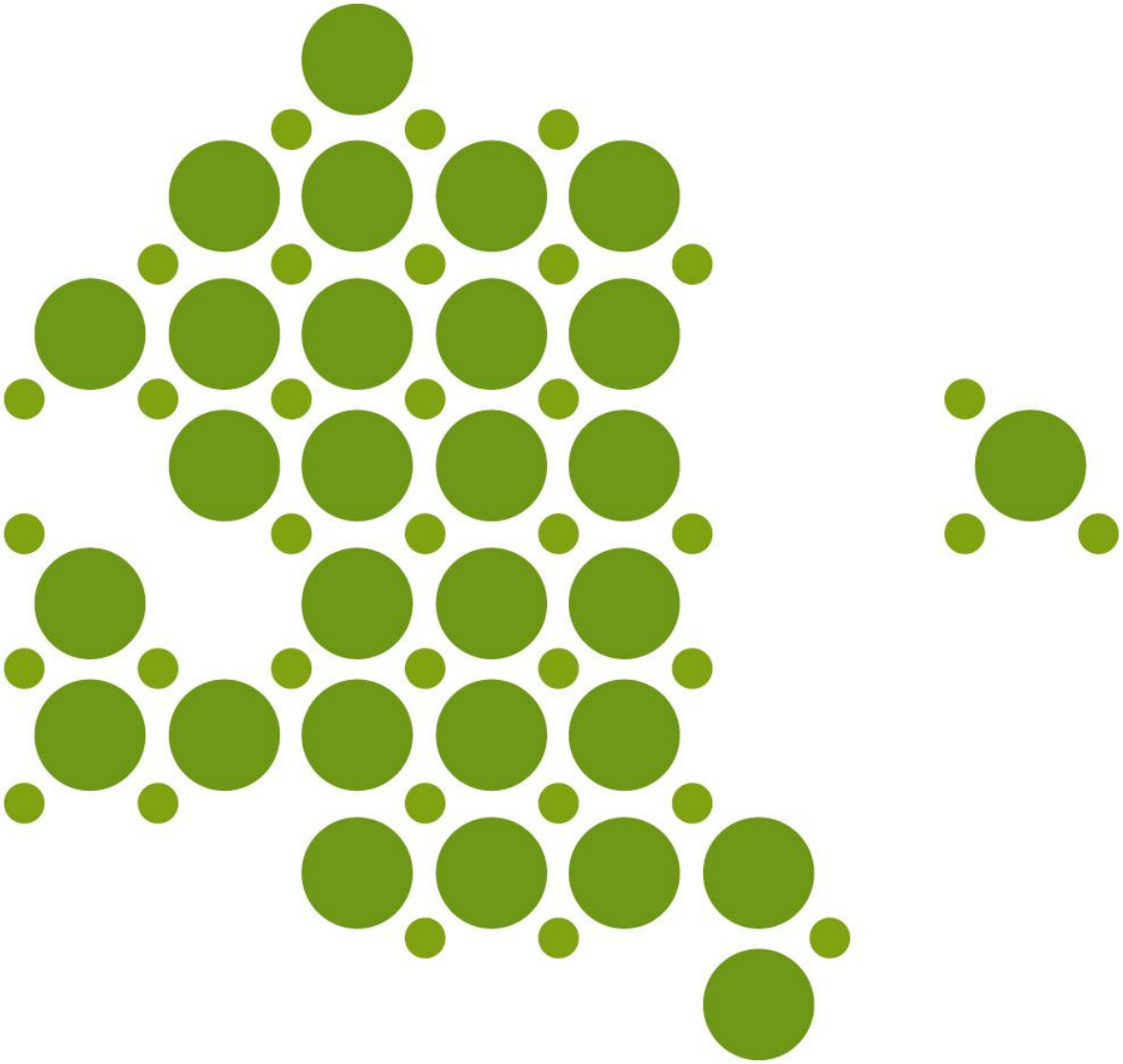
For Udviklingsstrategien i Rammeaftale 2015 er de særlige temaer følgende:

- Tilbud til borgere med dobbeltdiagnose (temaet er valgt af KKR Hovedstaden)
- Anbragte børn og unges undervisning/uddannelse (Temaet er udmeldt af Ministeren for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold)

[4] Der i forbindelse med Udviklingsstrategi 2015 gennemført en dybdegående analyse af kommunernes forventninger til den fremtidige udvikling inden for målgrupperne og til efterspørgslen efter tilbud. Analysen viser også udviklingen i belægning og fremtidig kapacitet. Analysen fremgår af bilag 1 til Udviklingsstrategi 2015, som kan findes på den fælleskommunale hjemmeside www.rammeaftale-h.dk.

Rammeaftale 2015

Udviklingsstrategi for det specialiserede socialområde og specialundervisning



Kommuner i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden

2015 Version 1.0

INDHOLDSFORTEGNELSE

Læsevejledning 4
Indledning 5
Tilbud omfattet af Udviklingsstrategi 2015 6
De mest specialiserede tilbud 7
Del 1: Bevægelser på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet 8
Tendenser vedrørende målgrupperne 9
Tendenser vedrørende udbud af og efterspørgsel efter tilbud 10
Tendenser vedrørende organisering og tilrettelæggelse af indsatserne 11
Fokusområder for den tværkommunale koordination i 2015 13
Stigende antal hjemløse, herunder særligt unge hjemløse 13
Nye krav til tilbuddene grundet længere levetid og generelt alderssvækkelse blandt målgrupperne på voksenområdet 13
Tilbud til borgere med dobbeltdiagnose 13
Inklusionsdagsordenen på børne- og ungeområdet og dennes betydning for de højt specialiserede tilbud 14
Økonomistyring, effektiv drift og udvikling af metoder 14
Del 2: Tværkommunale udviklingsprojekter i hovedstadsregionen 14
Særlige temaer i 2015 14
Særligt tema om anbragte børn og unges undervisning/uddannelse 14
Særligt tema om tilbud til borgere med dobbeltdiagnose 15
Særlige temaer i 2014 15
Særligt tema om ungeområdet 16
Særligt tema om godkendelse og tilsyn 16
Andre særlige udviklingsprojekter i 2013-2014 17
Særligt tema om social- og behandlingspsykiatrien 17
Særligt tema om ny specialisering 18
Særligt tema om familieplejelignede anbringelsestyper 19
Udviklingsprojekter vedrørende hjerneskadeområdet 19
Udviklingsprojekt vedrørende fælles fokus på styring og udvikling af det specialiserede socialområde 20
Del 3: Øvrig tværkommunal koordination 21
lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger 21
Lands- og landsdelsdækkende tilbud 21
Sikrede afdelinger 21
Fem principper som grundlag for den tværgående koordination 21
Kapacitet og belægning på de sikrede institutioner 22
Forudsat belægningsprocent 22
Fælles udviklingstema i 2015 om sammenhæng mellem målgrupper, indsatser og pris 22
Kommunikationscentre 22

Punkt nr. 3 - Beslutningssag: Rammeaftale for det specialiserede socialområde 2015 - Udviklingsstrategi
Bilag 1 - Side -6 af 103

Botilbud med over 100 pladser 23

Social tilsyn 23

Bilagsliste 24

LÆSEVEJLEDNING

Udviklingsstrategi 2015 er udarbejdet med afsæt i indberetninger fra kommunerne i hovedstadsregionen om behov og udviklingstendenser inden for både målgrupper og tilbudstyper samt indberetninger fra kommunale driftsherrer og Region Hovedstaden om belægning og kapacitet. På baggrund af en analyse af disse indberetninger er det muligt at udlede nogle retninger samt udviklingstendenser og –perspektiver for det specialiserede socialområde og specialundervisning for børn, unge og voksne i 2015 og årene frem.

Udviklingsstrategi 2015 indleder med at opstille rammerne for Udviklingsstrategien, herunder for de tilbud, der er omfattet af strategien. Dernæst er Udviklingsstrategien inddelt i tre overordnede dele:

I del 1 gennemgås udviklingsperspektiverne for det specialiserede socialområde og specialundervisning i hovestadsregionen. Udviklingsperspektiverne er udledt på baggrund af kommunernes og Region Hovedstadens indberetninger om behov og udviklingstendenser samt belægning og kapacitet. Afsnittet opridser de helt overordnede hovedtendenser over forventningerne til udviklingen inden for det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet, og er således en opsummering af den dybdegående analyse, der ligger til grund for Udviklingsstrategi 2015. Dette efterfølges af en beskrivelse af, hvilke elementer inden for bevægelserne og tendenserne, der vurderes at have direkte relevans for den tværkommunale koordination i KKR-regi, herunder hvilke fokusområder der er for den tværkommunale koordination i 2015.

Under del 2 af Udviklingsstrategien beskrives konkrete samarbejdsprojekter i regi af Rammeaftalen, herunder de særlige temaer for 2015, de særlige temaer igangsat i 2014 og øvrige igangværende udviklingsprojekter i 2013-2014.

Endelig omfatter del 3 af Udviklingsstrategien beskrivelser af øvrige tendenser og bevægelser med relevans for den tværkommunale koordination, herunder de lands- og landsdelsdækkende tilbud samt sikrede afdelinger, kommunikationscentrene i regionen, botilbud med over 100 pladser samt det nye socialtilsyn.

Bagerst i Udviklingsstrategien findes en liste over de tilhørende bilag.

INDLEDNING

Kommunerne overtog med bekendtgørelsen om rammeaftaler på det specialiserede socialområde fra marts 2011 ansvaret for koordineringen af det specialiserede socialområde. Koordineringen af området omfatter ansvaret for udarbejdelse af en årlig rammeaftale for det specialiserede socialområde, der består af en udviklingsstrategi og en styringsaftale. Med bekendtgørelsen om rammeaftaler på området for specialundervisning fra april 2012 overtog kommunerne desuden ansvaret for koordinering af specialundervisningsområdet. Denne bekendtgørelse omfatter ligeledes udarbejdelse af en årlig rammeaftale bestående af en udviklingsstrategi og en styringsaftale. Region hovedstaden bidrager til Udviklingsstrategien for så vidt angår de tilbud, som regionen er driftsherre for.

Med overdragelsen af en stor del af det specialiserede socialområde til kommunerne, og dermed også siden arbejdet med den første Udviklingsstrategi i 2011, er der sket et paradigmeskifte på området, der omfatter grundlæggende nye tilgange til at håndtere udvikling i målgrupper og efterspørgsel på tilbud. Der er kommet et øget fokus på omstillingsparathed, fleksibilitet og individuelle løsninger. Kommunernes indsatser er henover de seneste år i langt højere grad blevet kendetegnet ved indsatser i nærmiljøet, inklusion i normalområdet, forebyggelse, rehabilitering og recovery-tilgange. Det gør sig gældende på såvel børne- og ungeområdet samt voksenområdet og er en væsentlig pointe ved læsning af Udviklingsstrategien – særligt i forbindelse med vurdering af behov for pladser.

Udviklingen medfører, at der ikke, i lige så høj grad som tidligere, er direkte sammenhæng mellem målgruppeudvikling og behov for nye tilbud samt opnormering af antal pladser. Indbygget i de nye strategier er således større vægt på at borgerne kan komme sig, og at borgerne i større udstrækning, hvis de får den rette støtte, bliver i stand til at klare sig med mindre indgribende hjælp. Det betyder, at udviklinger i målgruppernes størrelse i højere grad kan løses fleksibelt i tilbud i egen kommune.

Udviklingsstrategi 2015 omfatter både det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet.

Formålet med Udviklingsstrategien er:

- At sikre og styre den faglige udvikling af tilbuddene i hovedstadsregionen, så alle driftsherrer til stadighed er i stand til at tilbyde de rigtige tilbud af høj kvalitet også til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer.
- At skabe synlighed og gennemskuelighed om kapacitet og behov for pladser.
- At sikre koordination og udvikling af nye tilbud særligt til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer, så ekspertise og ressourcer på særlige områder anvendes hensigtsmæssigt.

Udviklingsstrategien skal, ifølge bekendtgørelserne, indeholde følgende:

- Et samlet skøn over behovet for regulering i antallet af tilbud og pladser.
- Den faglige udvikling og muligheder for fleksibel anvendelse af undervisningstilbuddene.
- Koordinering af lands- og landsdelsdækkende tilbud samt sikrede afdelinger/botilbud samt særlige forpligtigelser vedrørende tilbud til Grønland og Færøerne.
- Udviklingsplaner for botilbud med over 100 pladser.
- Bilagsoversigt over alle tilbud beliggende i regionen (jf. bilag 2).

Nærværende dokument omfatter alene Udviklingsstrategi i Rammeaftale for 2015, mens styringsaftalen for 2015 først foreligger ultimo 2014.[1] Nærmere beskrivelser af processen for Rammeaftalen kan findes i bilag 1.

[1] Bekendtgørelse om rammeaftaler m.v. på det sociale område og på det almene ældreboligområde samt bekendtgørelse om rammeaftaler m.v. på specialundervisningsområdet.

Udviklingsstrategi i Rammeaftale 2015 er godkendt af alle kommuner i hovedstadsregionen og af Region Hovedstaden.

Udviklingsstrategi 2015 er gældende for perioden 1. januar 2015 til 31. december 2015.

TILBUD OMFATTET AF UDVIKLINGSSTRATEGI 2015

Udviklingsstrategi 2015 er baseret på den afgrænsning af tilbud, som hovedstadsregionens kommuner besluttede sammen med Region Hovedstaden i forbindelse med Rammeaftalen for 2011. Afgrænsningen betyder, at strategien som det primære fokuserer på tilbud til borgere med de mest komplekse og specielle behov, og som kræver et stort befolkningsgrundlag, for at tilbud kan drives rentabelt og med høj faglighed.

Udviklingsstrategien rummer således de højt specialiserede tilbud samt tilbud, der kræver et stort befolkningsgrundlag og anvendes af flere kommuner. Strategien rummer også højt specialiserede enheder, som organisatorisk drives sammen med mindre specialiserede tilbud. Desuden er alle regionsdrevne tilbud inkluderet i Udviklingsstrategien, jf. bekendtgørelsen. Det er således som udgangspunkt koordinationsbehovet, der er afgørende for, om et tilbud er omfattet af Udviklingsstrategien.

Nærmere beskrivelser af kriterier for afgrænsningen af tilbud omfattet af Udviklingsstrategien kan findes i bilag 1.

Udviklingsstrategi 2015 omfatter 139 døgn- og dagtilbud på voksenområdet efter paragrafferne i Serviceloven og Sundhedsloven. Tilbuddene er målrettet otte overordnede målgrupper inden for voksenområdet *(voksne med autisme, sindslidelse, nedsat psykisk og fysisk funktionsevne, alkohol- og stofmisbrug samt voldsramte kvinder og hjemløse)*. Tilbuddene omfatter i 2015 sammenlagt 3.530 døgn- og dagpladser samt 2.228 ambulante forløb til misbrugere. Desuden omfatter Udviklingsstrategien på voksenområdet tre kommunikationscentre, to specialtandplejer og Falck Hjælpemiddelcenter.

På børne- og ungeområdet omfatter Udviklingsstrategien 15 døgn- og dagtilbud efter paragrafferne i Serviceloven. Tilbuddene er målrettet målgrupperne *børn og unge med sindslidelse*, *autisme* samt ne*dsat psykisk og fysisk funktionsevne*. Sammenlagt omfatter de 16 tilbud 262 døgn- og dagpladser i 2015. Desuden omfatter børne- og ungeområdet to ambulante tilbud for børn og unge med nedsat fysisk funktionsevne samt to kommunikationscentre.

De konkrete tilbud omfattet af Udviklingsstrategi 2015 kan ses i bilag 3, som kan findes på den fælleskommunale hjemmeside www.rammeaftale-h.dk.

Koordineringen af specialundervisningstilbud målrettet børn og unge er i hovedstadsregionen forankret i en særligt funktion, Koordinerende Funktion for Specialundervisning (KFS). Tidligere har enkelte specialundervisningstilbud samtidig været omfattet af Udviklingsstrategien, fordi de har været dele af helhedstilbud, der også indeholder tilbud efter paragraffer i Serviceloven. Fra 2014 er foretaget en klar adskillelse af, hvor specialundervisningstilbuddene i hovedstadsregionen er forankret. Bekendtgørelsen om rammeaftaler på specialundervisningsområdet[2] definerer de specialundervisningstilbud, der er indeholdt i rammeaftalesamarbejdet. De specialundervisningstilbud, der ligger herudover, er forankret i regi af KFS og den dertilhørende styregruppe, og er således ikke omfattet af Udviklingsstrategi 2015. KFS's årlige redegørelser kan findes på www.kfs-hovedstadsregionen.dk. Desuden kan der findes et overblik over specialundervisningstilbud i hovedstadsregionens kommuner på www.spuvo.dk.

[2] Ifølge bekendtgørelsen omfatter Rammeaftalen på specialundervisningsområdet de lands- og landsdelsdækkende specialundervisningstilbud inklusiv rådgivning og vejledning drevet af Region Hovedstaden og Københavns Kommune samt de regionalt drevne kommunikationscentre.

DE MEST SPECIALISEREDE TILBUD

Siden Udviklingsstrategi 2014 har kommunerne og Region Hovedstaden defineret en delmængde af de højt specialiserede tilbud, der er omfattet af Udviklingsstrategien, som værende de mest specialiserede tilbud inden for det specialiserede socialområde. Formålet hermed er, at give tilbuddene en særlig tværkommunal opmærksomhed, og hermed sikre, at de mest specialiserede kompetencer i disse tilbud bevares og udvikles.

Der er opstillet seks kriterier, der beskriver de særlige karakteristika og behov hos målgrupperne, som de mest specialiserede tilbud skal kunne imødekomme. Et tilbud skal kunne opfylde mindste fem ud af samtlige seks kriterier, førend tilbuddet kan defineres som mest specialiseret. De seks kriterier er følgende:

1.a *(Børne- og ungeområdet):* Målgrupperne skal være af en så lille volumen, at hyppigheden af tilfælde i den enkelte kommune er meget lille. Defineret som i gennemsnit maksimalt 0,5 tilfælde om året per 1.000 indbyggere i alderen 0-17 år.

1.b *(Voksenområdet):* Målgrupperne skal være af en så lille volumen, at hyppigheden af tilfælde i den enkelte kommune er meget lille. Defineret som i gennemsnit maksimalt 0,5 tilfælde om året per 10.000 indbyggere i alderen 18-64 år.

2. Målgrupperne skal have en høj kompleksitetsgrad, defineret som minimum fire svære kompleksiteter af længevarende karakter.
3. Det vurderes nødvendigt at have et tilbud for pågældende målgrupper i hovedstadsregionen for at sikre selvforsyningen i regionen.
4. Målgruppernes høje kompleksitet og behov for helt særlig støtte og behandling betyder, at målgruppens behov ikke kan imødekommes i andre eksisterende tilbud i hovedstadsregionen.
5. For at kunne opretholde og udvikle tilbuddet samt sikre rentabel drift skal tilbuddet have hele hovedstadsregionen som optageområde.
6. Tilbuddene skal kunne dække målgruppernes særlige behov for specialiseret støtte og behandling gennem særlige fysiske rammer, særligt specialiserede kompetencer og/eller anvendelse af avanceret velfærdsteknologi.

Samlet set er ni selvstændige tilbud målrettet målgrupper med helt særlige karakteristika og behov for specialiseret støtte og behandling udvalgt som de mest specialiserede tilbud i 2015. Det drejer sig om tre tilbud på børne- og ungeområdet og seks tilbud på voksenområdet. De konkrete tilbud omfattet af Udviklingsstrategi 2015, som på nuværende tidspunkt, defineres som de mest specialiserede tilbud, kan ses i bilag 5. Bilaget kan findes på den fælleskommunale hjemmeside www.rammeaftale-h.dk.

I Styringsaftale 2015 er defineret en række procedurer og tiltag omkring løbende revurderinger af de mest specialiserede tilbud, der blandt andet imødekommer en række opmærksomhedspunkter og hensyn, herunder:

- At et tilbuds opfyldelse af kriterierne i ét år ikke er lig med en varig opfyldelse.
- At de mest specialiserede tilbud løbende og systematisk skal revurderes.
- At nyetablerede tilbud og øvrige tilbud omfattet af Udviklingsstrategien løbende og systematisk skal vurderes i forhold til kriterierne.

Procedurerne giver mulighed for at igangsætte særlige fælleskommunale tiltag, såfremt et af de mest specialiserede tilbud bliver truet af lukning. Ingen af de ni mest specialiserede tilbud vurderes på nuværende tidspunkt at være i fare for at lukke i 2015 eller det efterfølgende år. Aktuelt vurderes der således ikke at være behov for at igangsætte særlige fælleskommunale procedurer over for disse tilbud i 2015. Tilbuddenes status bliver fulgt løbende af en særligt nedsat task force.

DEL 1: BEVÆGELSER PÅ DET SPECIALISEREDE SOCIALOMRÅDE OG SPECIALUNDERVISNINGSOMRÅDET

Et formål med Udviklingsstrategien er at undersøge, om der er områder, hvor der er behov for en særlig koordination eller samarbejde på tværs af kommunerne og/eller mellem kommunerne og Region Hovedstaden. Det kan være i form af regulering af tilbud og pladser blandt de højt specialiserede tilbud omfattet af Udviklingsstrategien eller andre særlige indsatser eller tiltag i tværkommunalt regi. Region Hovedstaden vil indgå i koordinationen, såfremt reguleringen af pladser eller indsatser omfatter regionalt drevne tilbud.

På baggrund af analysen af bevægelserne på området vurderes der ikke aktuelt at være behov for i 2015 at indgå tværkommunale aftaler og/eller aftaler mellem kommunerne og Region Hovedstaden om konkrete reguleringer af tilbud eller pladser omfattet af Udviklingsstrategi 2015.

Behovet for koordination af tilbud omfattet af Udviklingsstrategien bestemmes af tre faktorer. Første afgørende faktor er udviklingen inden for målgrupperne, herunder denne udviklings betydning for, hvilke tilbud og ydelser, der er behov for, at de enkelte kommuner stiller til rådighed for deres borgere. Stigninger eller fald i antallet inden for målgrupperne kan således have stor indflydelse på behovet for antallet af tilbud og pladser i tværkommunalt regi.

Behovet for koordination styres dog ikke alene af udviklingen inden for målgrupperne, men også af en anden faktor, som er kommunernes organisering og tilrettelæggelse af indsatserne. Nogle målgrupper kan kommunerne mest hensigtsmæssigt håndtere inden for eget regi, mens andre målgrupper kræver indsatser, hvor den enkelte kommune ud fra faglige og/eller økonomiske hensyn ikke finder det hensigtsmæssigt at løfte opgaven selv. Kommunernes tilrettelæggelse af indsatserne på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet vil i 2015, som i de forrige år, fortsat være præget af de bevægelser og omlægninger, der er et udløb af intentionerne med Kommunalreformen, Barnets Reform, kommunernes overtagelse af ansvaret for det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet, samt den stramme økonomi på området. Som beskrevet i indledningen går bevægelserne samtidig i retning af et paradigmeskifte på området, hvor der fokus på inklusion, rehabilitering, recovery samt resultat- og effektbaseret styring. Disse tilgange er med til at modsvare og imødese efterspørgslen efter nye tilbud.

En tredje faktor, der har indflydelse på behovet for koordination af de højt specialiserede tilbud, er den finansieringsform der anvendes over for tilbuddene. Finansieringen af tilbud på det specialiserede social- og undervisningsområde er i hovedstadsregionen langt overvejende baseret på et omkostningsbaseret takstsystem. I hovedstadsregionen opleves takstfinansieringen grundlæggende som et godt fundament for at sikre fortsat dynamik og omstilling på området samt en incitamentsstruktur, der sikrer omkostningseffektiv drift. Takstfinansiering er derfor et princip, som fortsat i størst muligt omfang, ønskes fastholdt i hovedstadsregionen. I udgangspunktet er takstsystemet selvregulerende, da det er et markedslignende finansieringssystem. Det kan dog i nogle tilfælde være nødvendigt at regulere antallet pladser – fx for tilbud med meget små målgrupper eller tilbud med en meget høj specialiseringsgrad.

I hovedstadsregionen er der et stort fokus på, at en række funktioner og tilbud forudsætter en meget specialiseret viden. Det er samtidig tilbud, som er målrettet små målgrupper, hvorfor der ikke er befolkningsgrundlag til at pågældende tilbud kan være til stede i alle kommuner. Udgangspunktet for Udviklingsstrategien er derfor, hvilke tilbud der skal stilles til rådighed for borgerne på tværs af kommuner.

Som grundlag for Udviklingsstrategi 2015 er der foretaget en dybdegående analyse af kommunernes forventninger til den fremtidige udvikling inden for målgrupperne og til efterspørgslen efter tilbud inden og uden for kommunernes eget regi. Desuden kortlægger analysen udviklingen i belægning og fremtidig

kapacitet på de højt specialiserede tilbud omfattet af Udviklingsstrategi 2015.[3] Formålet med analysen er at beskrive udviklingen inde for målgrupperne, og hvordan denne udvikling via kommunernes tilrettelæggelse af indsatserne, har indflydelse på efterspørgslen efter de højt specialiserede, tilbud. Sammenholdt med udviklingen inden for belægning og kapacitet i tilbuddene, er det således muligt at afdække behovet for koordination af de højt specialiserede tilbud i Udviklingsstrategi 2015.

På baggrund af analysen kan der konstateres en række bevægelser og tendenser vedrørende målgrupperne og tilbudstyperne på det specialiserede socialområde samt omkring kommunernes organisering og tilrettelæggelse af indsatserne på området. Bevægelser og tendenser, som direkte eller indirekte har betydning for overvejelser i hovedstadsregionen som led i den tværkommunale koordination på området. Disse bevægelser og tendenser beskrives nedenfor.

TENDENSER VEDRØRENDE MÅLGRUPPERNE

Særligt markante udviklingstendenser for målgrupperne, som er beskrevet i nedenstående, er opsamlet i afsnittet "Fokusområder for den tværkommunale koordination i 2015".

Generelt forventer kommunerne i hovedstadsregionen i de kommende år en uændret udvikling inden for målgrupperne på det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet.

Som de foregående år er der dog betydelige afvigelser fra den generelle tendens inden for flere specifikke målgrupper. Det gør sig særligt gældende i forhold til en forventning om stigning i antallet af borgere i målgrupperne, som det er beskrevet nedenfor. Kun i få tilfælde er der en forventning om et fald i målgrupperne i en nævneværdig andel af kommunerne.

Kommunernes forventninger til udviklingstendenserne i 2015 modsvarer i langt overvejende grad de forventninger, som blev givet til kende for udviklingen i 2014.

En betydelig andel kommuner forventer en stigning i antallet af borgere inden for målgrupperne *voksne med sindslidelse med dobbeltdiagnose* (52 % af kommunerne) samt *voksne med anden sindslidelse* (38 % af kommunerne). Kommunerne havde generelt samme forventning i forbindelse med udmeldinger for 2014. Andelen af kommuner med en forventning om stigning i målgrupperne voksne *med sindslidelser med dobbeltdiagnose* og *voksne med anden sindslidelse* var dog en smule højere i 2014 end i 2015.

En betydelig andel af kommunerne vurderer endvidere, at der vil ske en antalsmæssig stigning af borgere i målgrupperne *voksne med kognitive vanskeligheder som følge af skade i hjernen* (41 % af kommunerne) og *voksne med nedsat fysisk funktionsevne, som følge af skade i hjernen* (31 % af kommunerne).

Lignende tendenser er at finde i forhold til *voksne med autisme* (62 % af kommunerne forventer en stigning i antal borgere) og voksne med ADHD, hvor 55 % af kommunerne forventer en stigning i antal borgere i målgruppen. Den stigende tendens i kommunernes vurdering i forhold til voksne med ADHD for 2015 er dog aftaget noget sammenlignet med kommunernes vurdering af udviklingen for 2014.

En række kommuner vurderer tillige, at antallet af personer i målgruppen *voksne med stofmisbrug* og målgruppen *voksne med alkoholmisbrug* vil stige i 2015 (henholdsvis 45 % og 34 % af kommunerne). Denne tendens modsvares af en forventning om stigning i antallet af borgere i målgrupperne *hjemløse voksne* og *voksne med psykosociale problemer*. I begge tilfælde forventer 48 % af kommunerne et stigende antal borgere i målgrupperne i 2015. Der er en nævneværdig større andel kommuner, som forventer en stigning i antallet af *hjemløse voksne* i 2015 sammenlignet med vurderingerne for 2014.

På *hjælpemiddelområdet* forventer 28 % af kommunerne en stigning i antal voksne borgere i målgruppen, mens 24 % af kommunerne forventer, at voksne (18-25-årige) i målgruppen for *specialundervisning (STU)* vil stige i antal i 2015.

[3] Analysen af udvikling og efterspørgsel samt belægning og kapacitet fremgår af bilag 1, som kan findes på den fælleskommunale hjemmeside www.rammeaftale-h.dk.

38 % af kommunerne forventer, at der sker en stigningen i antallet af *voksne udviklingshæmmede med psykisk sygdom eller demens.*

Den eneste målgruppe på voksenområdet, hvor en væsentlig andel af kommunerne forventer et fald i antallet af borgere, er i målgruppen *voksne med udviklingshæmning* (24 % af kommunerne forventer et fald). Det er en svag forstærkning af en tendens, som også var at finde i kommunernes indberetninger for 2014.

Tendensen er at genfinde på børne- og ungeområdet, hvor 21 % af kommunerne forventer et fald i gruppen af *børn og unge med udviklingshæmning*. Herudover er det eneste andet område, hvor en betydelig andel af kommunerne (31 %) forventer et fald blandt børn og unge gældende for *specialundervisning (STU)*. Det skal her bemærkes, at kommunernes tilbagemelding samtidig viser en forventning om stigning i målgruppen til STU blandt de 18-25-årige i flere kommuner, hvilket skyldes at kommunerne indmelder særskilt for henholdsvis deres børne- og ungeområdet og voksenområdet til Udviklingsstrategien.

Derimod er der en forventning om stigning i følgende målgrupper (andel kommuner, der forventer en stigning er angivet i parentes); b*ørn og unge med sindslidelse* (38 %), børn og unge med a*utisme* (62 %), *børn og unge med ADHD (*41 %), *børn og unge med psykosociale problemer* (31 %), børn og unge med *misbrug* (28 %) og *børn og unge med øvrige svære sociale problemstillinger* (28 %).

TENDENSER VEDRØRENDE UDBUD AF OG EFTERSPØRGSEL EFTER TILBUD

Den ovenfor beskrevne forventning om forøgelse af antallet af borgere inden for en række målgrupper kan ikke genfindes i udviklingen inden for kapacitet og belægning på relevante tilbudstyper omfattet af Udviklingsstrategi 2015.

Antallet af tilbud og pladser omfattet af Udviklingsstrategien på voksenområdet ligger nogenlunde stabilt fra 2011 til 2015. På børne- og ungeområdet er antallet af døgn- og dagpladser i tilbuddene i samme periode dog faldet med 16 %, svarende til 51 pladser. Det skal dog bemærkes at størsteparten af nedgangen i antallet af pladser på børne- og ungeområdet skete i perioden 2011-2013, hvorefter antallet af pladser på børne- og ungeområdet er nogenlunde stabilt fra 2013 og frem.

Driftsherrerne forventer i forlængelse heraf ingen yderligere justeringer i kapaciteten på tilbuddene omfattet af Udviklingsstrategien i perioden 2015-2017 – gældende for såvel voksen- som børne- og ungeområdet. Det er i denne sammenhæng vigtigt at understrege, at driftsherrerne udelukkende kommenterer på udviklingen i kapacitet på nuværende tilbud omfattet af Udviklingsstrategien. Der oprettes i flere kommuner nye tilbud og flere støtteforløb under § 85 mv. uden at disse indgår i indberetningen – jf. beskrivelsen af tilbud omfattet af Udviklingsstrategien.

Den samlede belægning for døgn- og dagpladser på voksenområdet omfattet af Udviklingsstrategien var i 2013 på 100 procent, mens den samlede belægning for døgn- og dagpladser på børne- og ungeområdet var på 97 procent. Den samlede belægning for både voksenområdet samt børne- og ungeområdet dækker dog over variationer inden for de enkelte tilbud og målgrupper. Det er især – i lighed med 2012 – målgruppen *børn og unge med sindslidelse,* der udviser lave belægningsprocenter. Indberetningerne af kapacitet og belægning indikerer, at der er fokus på problemstillingen, som er begrænset i omfang, da der kun er ét døgntilbud rettet mod børn og unge med sindslidelse under Rammeaftalen.

Kommunernes forventning til efterspørgslen de kommende år efter tilbudstyper omfattet af Udviklingsstrategien er generelt, at der vil være et uændret behov på både voksen og børne- og ungeområdet. I enkelte tilfælde er der dog afvigelser fra den generelle tendens.

En væsentlig andel af kommunerne forventer en stigende efterspørgsel efter botilbud til midlertidigt ophold (§ 107) på voksenpsykiatriområdet, såvel samlet set som uden for kommunens eget regi. Vurderingerne passer overens med flere kommuners forventning til stigning i antallet af *voksne med sindslidelse med dobbeltdiagnose* samt *voksne med anden sindslidelse*. Flere store kommuner forventer samtidig et fald i

efterspørgslen på § 107 tilbud uden for eget regi, hvilket forklares med det fortsatte fokus på hjemtagning af opgaver og overgang fra botilbud til støtte i egen bolig.

For botilbud til midlertidigt ophold samt botilbud til aflastningsophold (§ 107) på voksenhandicapområdet forventer en del af kommunerne en stigende efterspørgsel samlet set. Der er ikke nogen klar tendens i kommunernes vurdering af udvikling i målgrupperne på voksenhandicapområdet, som forklarer denne udvikling – med undtagelse af at en del af kommunerne forventer et stigende antal borgere i målgruppen *voksne udviklingshæmmede med psykisk sygdom eller demens.* Særligt gældende for de store kommuner er der tendens til, at den forventede efterspørgsel efter tilbud på voksenhandicapområdet forventes at falde uden for kommunens regi, samtidig med at der vurderes et uændret eller stigende behov samlet set. Denne tendens underbygger hjemtagningsdagsordenen blandt de store kommuner, som fortsat også er fremherskende på voksenhandicapområdet.

Der ses endvidere en stigende efterspørgsel på misbrugstilbud på voksenområdet. Det gælder såvel i forhold til ambulante tilbud, dagtilbud som døgntilbud (§ 101). Efterspørgslen vurderes i et nævneværdig antal kommuner at være stigende samlet set. Der er i denne forbindelse sammenhæng med, at en række kommuner vurderer, at antallet af personer i målgruppen *voksne med stofmisbrug* og målgruppen *voksne med alkoholmisbrug* vil stige i 2015.

En klar tendens er, at flere kommuner forventer en stigende efterspørgsel på forsorgshjem (§ 110) såvel samlet set som uden for kommunens eget regi. Dette hænger naturligt sammen med kontanthjælpsreformen og en forventning om, at lavere ydelser vil medføre, at flere ikke kan betale deres husleje. Flere kommuner har i den forbindelse en forventning om, at antallet af hjemløse voksne vil stige. Forklaringen på tendensen skal findes i, at der i flere kommuner er mangel på billige boliger til målgruppen. Det er denne boligpolitiske problemstilling, som kommer til udslag i en forventning om stigende efterspørgsel på forsorgshjem uanset det forhold, at det ikke er denne løsning gruppen har behov for eller ønsker.

På voksenområdet er der endvidere i flere kommuner en forventning om en stigende efterspørgsel på *særligt tilrettelagte ungdomsuddannelser (STU)* samlet set. Forventningen om et stigende behov for tilbudstypen er modsvaret af en forventning blandt flere kommuner, om en stigning i målgruppen for tilbuddet blandt de 18-25-årige. For de under 18-årige har flere kommuner til gengæld en forventning om et fald i STU. Forskellen skyldes, at kommunerne indmelder til Udviklingsstrategien for henholdsvis børne- og ungeområdet og voksenområdet særskilt, og kan samtidig indikere, at inklusionsdagsordenen er slået mere igennem på børne- og ungeområdet i forhold til voksenområdet i kommunerne.

En yderligere udvikling på børne- og ungeområdet er, at behovet for *specialbørnehaver (§ 32)* samlet set forventes at stige i flere kommuner i 2015. Det er modsat forventningen til 2014, hvor flere kommuner forventede et fald som følge af inklusionsdagsordenen. Om end der kan spores en ændring i kommunernes forventning, er tendensen ikke entydig, da der stadig er kommuner, som forventer et fald i efterspørgslen for 2015.

Desuden forventer en nævneværdig andel af kommunerne i regionen en stigning i behovet for *aflastningstilbud (§ 66 nr. 6) målrettet børn og unge* både samlet set og uden for kommunens eget regi.

TENDENSER VEDRØRENDE ORGANISERING OG TILRETTELÆGGELSE AF INDSATSERNE

Den gennemgående tendens i Udviklingsstrategi 2015 er, at kommunernes strategier vedrørende inklusion, netværk og hjemtagning af borgere fra døgntilbud til mindre indgribende tilbud som fx støtte i egen bolig (§ 85) stadig er fremherskende. Tendensen ses tydeligt ved, at der på de områder, hvor der forventes et større antal borgere i målgrupperne og forventes større efterspørgsel efter tilbud samlet set, ikke nødvendigvis er en større efterspørgsel efter tilbud uden for kommunens eget regi. Kommunerne øger fortsat deres selvforsyning, og der lægges i stigende omfang vægt på de nære løsninger evt. med inddragelse af frivillige.

Der er en tendens til, at borgere i målgruppen for højtspecialiserede tilbud er karakteriseret ved højere grad af komplekse problemstillinger, hvilket til dels også er en følge af, at flere bedre fungerende borgere bliver tilbudt mere inkluderende indsatser i nærmiljøet. Flere kommuner nævner udover stigningen i målgruppen *voksne med sindslidelse med dobbeltdiagnose* også specifikke problemstillinger i forhold til fx nydanske familier, hvor det er tabubelagt at have handicappede børn. På børne- og ungeområdet er der også en tendens til sammenfald mellem svære sociale problemstillinger såsom misbrug, psykisk lidelse, manglende selvindsigt og manglende motivation for forandring.

Den stigende kompleksitet i målgruppernes problemstillinger er med til at understrege, at der i 2015 fortsat vil være behov for styring og fælles koordination af området for at sikre den mest hensigtsmæssige tilbudsvifte og organisering af specialiserede social- og undervisningstilbud.

Et tydeligt tema for organiseringen og tilrettelæggelsen af indsatsen i mange kommuner er også fortsat omkostningseffektiv drift, styring og effektfokus. En arbejdsgruppe nedsat af K29 har i 2013 gennemført en analyse og kortlægning af forskellige styrings- og udviklingstiltag, som skulle bidrage til at sikre et fokus på effektiv ressourceudnyttelse og innovativ udvikling af tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde. Analyserne viser bl.a. – jf. afsnit om udviklingsprojekter – at der er behov for, at sammensætte en takstudviklingsmodel, som giver driftsherrerne mulighed for at udvikle tilbuddene, herunder foretage omlægninger og renoveringer. Desuden er der fortsat behov for faglig metodeudvikling og kompetenceudvikling af medarbejdere på myndigheds- og udførerdelen samt fokus på anvendelse af velfærdsteknologi og dokumentation af effekterne for indsatserne.

Som følge af kontanthjælpsreformen, der trådte i kraft 1. januar 2014, er der også i kommunerne øget fokus på samarbejdet mellem jobcenter og det specialiserede socialområde. Der er en klar forventning til en stigning i gruppen af unge hjemløse, da flere unge, som en følge af de lavere ydelser indeholdt i reformen, forventes ude af stand til at betale deres husleje, hvilket vil øge efterspørgslen på *forsorgshjem (§ 110)*. Dette er en udfordring, da det er hensigten, at unge i udgangspunktet ikke skal opholde sig på forsorgshjem, særligt da unge erfaringsmæssigt udvikler nye sociale problemstillinger i herbergsmiljøet. Problemstillingen i denne sammenhæng er derfor ikke, at der kan blive mangel på pladser på forsorgshjem men derimod, at der er mangel på billige boliger. Men også inklusionen af flere borgere med lav arbejdsevne på arbejdsmarkedet som følge af førtidspensionsreformen har sat fokus på samarbejdet internt i kommunerne.

En væsentlig andel af kommunerne vurderer, at der i de kommende år vil være et fald i antal borgere i målgruppen *voksne med udviklingshæmning* og *børn og unge med udviklingshæmning*. På samme tid gør hjemtagningsdagsordenen sig gældende på dette område – særligt på voksenområdet i forhold til oprettelse af dag- og døgntilbud. Der er således en potentiel mulighed for udvikling af overkapacitet på området, hvis ikke der sker tilstrækkelig koordination mellem kommunerne i hovedstadsregionen. På børne- og ungeområdet er det særligt den løbende inklusionsdagsorden, som kommer til udslag i en forventning blandt flere kommuner om mindre behov for specialiserede tilbud.

Alderdom og generelt aldersvækkelse blandt målgrupperne på voksenområdet, særligt i forhold til udviklingshæmmede voksne, er en problematik, som kommunerne fortsat møder. Flere kommuner oplever, at *voksne med udviklingshæmning og demens* får et større behov for i perioder at blive skærmet, samt har et øget plejebehov. Som beskrevet i Udviklingsstrategien for 2014 er det en tendens, som ofte belaster kommunens budget i form af tillægsydelser til den i forvejen aftalte takst. Årsagen hertil er blandt andet, at de boformer, hvor pågældende borgere bor, dels ikke er fysisk indrettet hertil og dels, at de rette personalekompetencer og ressourcer ikke forefindes. Dette stiller krav til, at kommunerne nytænker tilbudsviften for fortsat at kunne tilbyde tilbud, der dels er fysisk indrettet til disse målgruppers større plejebehov og som besidder de rette kompetencer og ressourcer, og dels er økonomisk rentable.

FOKUSOMRÅDER FOR DEN TVÆRKOMMUNALE KOORDINATION I 2015

Der vurderes ikke aktuelt at være behov for at indgå aftaler mellem kommunerne i hovedstadsregionen og/eller mellem kommunerne og Region Hovedstaden om konkrete reguleringer af tilbud eller pladser omfattet af Udviklingsstrategi 2015.

Gennemgangen af udviklingen i målgrupper og efterspørgsel på tilbud giver dog – sammenholdt med kommunernes generelle vurderinger – grundlag for at identificere nogle udviklingstendenser, der med fordel kan være i fokus i forbindelse med den tværkommunale koordination og det generelle samarbejde i 2015.

Nærværende afsnit fungerer følgelig også som en opsamling på de identificerede udviklingstendenser fra de foregående afsnit, som giver anledning til særlig interesse.

En væsentlig indledende pointe er, at forventning om et stigende antal borgere i flere målgrupper ikke nødvendigvis betyder et behov for at iværksætte tværkommunale aftaler. I mange tilfælde har kommunerne strategier til at afbøde den forventede udvikling, herunder hjemtagning, recovery, rehabilitering og inklusion. Der kan også være en forventning om, at ny teknologi, eksempelvis på hjerneskadeområdet, kan sikre en mere effektiv drift. Det er i høj grad disse strategier og effekterne heraf, der gør, at fortsat forventning om udvikling i målgrupperne ikke giver udslag i behov for højt specialiserede tilbud.

De fem identificerede fokusområder er beskrevet nedenfor.

STIGENDE ANTAL HJEMLØSE, HERUNDER SÆRLIGT UNGE HJEMLØSE

Et væsentligt fokusområde er, at det forventede stigende antal hjemløse, særligt i forhold til den yngre del af målgruppen, kan få konsekvenser for en række tilbud udover forsorgshjem. Et stabilt levegrundlag, hvor basis – i form af boligen – er på plads for den enkelte har bl.a. været et hovedtema i den netop afsluttede nationale Hjemløsestrategi. Tilgangen har været indsatser med udgangspunkt i Housing First tankegangen og den evidensbaserede betydning af boligen i forhold til mindskning af økonomiske udfordringer, psykiske problemstillinger og misbrug mm. Med de nedsatte ydelser til unge som et resultat af kontanthjælpsreformen kan det forventes, at der vil komme flere unge hjemløse, idet flere unge ikke vil kunne betale deres husleje. Deraf kan det også antages, at der vil komme et yderligere pres på tilbud på det specialiserede voksenområde, hvis evt. latente udfordringer hos den enkelte bryder ud, som resultat af tab af boligen. Det er derfor væsentligt, at der kommer fokus på den landspolitiske problemstilling i forhold til mangel på billige boliger – snarere end behov for flere pladser på forsorgshjem.

NYE KRAV TIL TILBUDDENE GRUNDET LÆNGERE LEVETID OG GENERELT ALDERSSVÆKKELSE BLANDT MÅLGRUPPERNE PÅ VOKSENOMRÅDET

Som tidligere nævnt er alderdom og generel alderssvækkelse blandt målgrupperne på voksenområdet en problematik, som findes i flere kommuner. Undersøgelser viser, at mennesker med udviklingshæmning lever længere end tidligere, således at mennesker med let og moderat udviklingshæmning lever lige så længe eller næsten lige så længe som befolkningen generelt. Dette stiller udfordringer til fagligheden blandt personalet og vurderingen af det rette tilbud til målgruppen, når mennesker med udviklingshæmning bliver plejekrævende. Også på misbrugsområdet findes der en problematik i forhold til at inkludere mennesker med fx dobbeltdiagnoser som er stærkt plejekrævende på plejehjem og deraf følgende behov for oprettelse af Alternative plejehjemspladser. Denne problematik er såvel interessant i forhold til koordinationen og tilrettelæggelsen af tilbud mellem det specialiserede socialområde og ældreområder i kommunerne som i forhold til behovet for specialiserede tilbud på tværs af kommuner.

TILBUD TIL BORGERE MED DOBBELTDIAGNOSE

Flere kommuner forventer endvidere en stigning i målgruppen borgere med dobbeltdiagnose og en større efterspørgsel på tilbud for målgruppen. Området omfatter dels samarbejdet mellem psykiatrien og de

kommunale indsatser, hvor regeringens psykiatriudvalg lægger op til et øget og mere struktureret samarbejde. Tilbudsviften er kendetegnet ved en række store tværkommunale misbrugsbehandlingstilbud, samtidig med, at flere kommuner selv eller i fællesskab udvikler behandlingstilbud i eget regi. Det er ofte hensigten, at tilbuddene skal fungere tættere på nærmiljøet og i samarbejde mellem de forskellige kommunale indsatser. Regeringens psykiatriudvalg har endvidere udpeget området, som et særligt fokus for den nye nationale koordinationsstruktur.

INKLUSIONSDAGSORDENEN PÅ BØRNE- OG UNGEOMRÅDET OG DENNES BETYDNING FOR DE HØJT SPECIALISEREDE TILBUD

Inklusionsdagsordenen på børne- og ungeområdet er som tidligere beskrevet ligeledes fremherskende. Betoning af familiebaserede indsatser afføder et behov for fokus på, at de tværkommunale højt og mest specialiserede tilbud fortsat er til stede til den gruppe af børn og unge, som har behovet. Dette sker blandt andet gennem det særlige fokus på de mest specialiserede tilbud, som blev indført i Udviklingsstrategi 2014. Som det fremgår af analysen, forventer en række kommuner desuden en stigende efterspørgsel efter aflastningstilbud til børn og unge, hvilket kan være et udtryk for, at den øgede inklusion i højere grad giver behov for midlertidige aflastningstilbud frem for længevarende opholdssteder. Udviklingen på området for aflastningstilbud til børn og unge vil have et særligt fokus i den permanente task force vedrørende de mest specialiserede tilbud under KKR Hovedstadens Embedsmandsudvalg for Social og Udddannelse.

ØKONOMISTYRING, EFFEKTIV DRIFT OG UDVIKLING AF METODER

Endelig er der generelt på tværs af områder fokus på hjemtagning af borgere til mindre indgribende foranstaltninger i egen kommune og/eller at kommuner som følge af fokus på rehabilitering, recovery, inklusion mv. søger netværksbaserede løsninger i nærsamfundet. Botilbud bliver ofte konverteret til støtte i egen bolig eller botilbudslignende forstaltninger (§ 85) på voksenområdet. Tendensen skal ses i sammenhæng med det fortsatte fokus på økonomistyring, effektiv drift og følgelig udvikling af metoder, som kan understøtte hjemtagningsstrategier.

DEL 2: TVÆRKOMMUNALE UDVIKLINGSPROJEKTER I HOVEDSTADSREGIONEN

Et formål med Udviklingsstrategien er, at KKR Hovedstaden skal udvælge hvilke særlige temaer, der skal være i fokus i det år, som Rammeaftalen er gældende i. Udvælgelsen af de særlige temaer tager udgangspunkt i analysen af udviklingstendenser og behov, og de heraf udledte fokusområder, som er opstillet i Udviklingsstrategien. Derudover har Ministeren for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold mulighed for at udmelde særlige temaer, som skal indgå i strategien.

Nedenfor gennemgås de særlige temaer for 2015 og 2014, som er afledt af fokusområderne for de pågældende år, samt andre særlige udviklingsprojekter igangsat i hovedstadsregionen i 2013-2014.

SÆRLIGE TEMAER I 2015

For Rammeaftale 2015 har KKR Hovedstaden valgt ét særligt tema, som er ”Tilbud til borgere med dobbeltdiagnose”, mens Ministeren for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold har udmeldt det særlige tema anbragte børn og unges undervisning/uddannelse. Temaerne vil blive behandlet i 2015 og er nærmere beskrevet nedenfor.

SÆRLIGT TEMA OM ANBRAGTE BØRN OG UNGES UNDERVISNING/UDDANNELSE

Temaet anbragte børn og unges undervisning/uddannelse er udmeldt af Ministeren for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold.

Ministeren har i et brev til kommunerne den 16. december 2013 uddybet, at en god skolegang og en efterfølgende ungdomsuddannelse er helt central for de udsatte børn og unges trivsel i det daglige. Det er

ligeledes nøglen til selvforsørgelse og et velfungerende voksenliv. Der er igennem de seneste år med Folkeskolereformen og kommuneøkonomiaftalerne for 2013 og 2014 iværksat en række initiativer for at styrke uddannelsesniveauet for børn og unge. Dertil kommer lovændringer og satspuljeprojekter, der skal understøtte og styrke kvaliteten i samarbejdet mellem de interne skoler på anbringelsessteder og de lokale folkeskoler og skolemyndigheder.

Da anbringelse af børn og unge ofte sker på tværs af kommunegrænser, er der tale om et område, hvor det er vigtigt med fokus på tværgående koordinering mellem den anbringende kommune, som står for den sociale indsats, og kommunen eller regionen, hvor barnet/den unge er anbragt og går i skole.

Ministeren anmoder på den baggrund om, at anbragte børn og unges undervisning/uddannelse drøftes mellem kommuner og regioner som led i udarbejdelse af udviklingsstrategierne for 2015, samt at der under drøftelserne sættes fokus på samarbejde på tværs af interne skoler og inklusion i det almindelige skolesystem. Der opfordres til, at drøftelserne tager afsæt i de forskellige målgruppers behov og ressourcer.

Den konkrete tilgang i KKR Hovedstadens behandling af temaet vil blive besluttet i 4. kvartal 2014.

SÆRLIGT TEMA OM TILBUD TIL BORGERE MED DOBBELTDIAGNOSE

Udviklingsstrategi 2015 viser, at flere kommuner forventer en stigning i målgruppen af borgere med dobbeltdiagnose og en større efterspørgsel på misbrugstilbud. Det gælder såvel i forhold til ambulante tilbud, dagtilbud som døgntilbud (§ 101).

Formålet med temaet er at sætte fokus på hvordan misbrugsbehandlingstilbud og øvrige socialpsykiatriske tilbud håndterer udviklingen i målgruppen af borgere med dobbeltdiagnose. I forlængelse heraf er det også relevant at se på evt. problemstillinger i samarbejdet mellem socialpsykiatri og den regionale psykiatri i lyset af udviklingen.

Temaet ligger herved i forlængelse af, at regeringens psykiatriudvalg lægger op til øget og mere struktureret samarbejde mellem sektorerne som særligt fokusområde, samt at udvalget har udpeget de mest specialiserede tilbud som et særligt fokus for den nye nationale koordinationsstruktur.

Tilbuddene på området er bl.a. kendetegnet ved en række store tværkommunale misbrugsbehandlingstilbud, men også at flere men at flere kommuner selv eller i fællesskab udvikler behandlingstilbud i eget regi.

Særlige fokusområder i forbindelse med behandlingen af det særlige tema om tilbud til borgere med dobbeltdiagnose kan fx være afdækning af tilrettelæggelsen af indsatser og tilbud på området i tværkommunalt og lokalt regi, specifikke hensyn til sikring af koordineret indsats for målgruppen og opgaveglidning mellem socialpsykiatri/misbrugsbehandling og behandlingspsykiatri.

Den konkrete tilgang i KKR Hovedstadens behandling af temaet vil blive besluttet i 4. kvartal 2014, og behandlingen af temaet vil blive påbegyndt umiddelbart i forlængelse heraf med forventet afrapportering ultimo 2015.

SÆRLIGE TEMAER I 2014

For Rammeaftale 2014 har KKR Hovedstaden valgt ét særligt tema, som er ”Ungeområdet”, mens Social- og Integrationsministeren har udmeldt det særlige tema ”Godkendelse og tilsyn”.

Teamet om ungeområdet vil blive behandlet i 2014, mens Social- og Integrationsministerens tema om godkendelse og tilsyn blev behandlet allerede i 2013, hvor det nye Socialtilsyn blev etableret. De to temaer er nærmere beskrevet nedenfor.

SÆRLIGT TEMA OM UNGEOMRÅDET

Ungeområde er det særlige udviklingstema, som KKR Hovedstaden har valgt for Rammeaftale 2014. Temaet er udvalgt med udgangspunkt i KKR Hovedstadens særlige fokus for 2014 på den stigende tilgang inden for målgrupperne børn, unge og voksne med *udviklingsforstyrrelser, stofmisbrug samt sindslidelse.*

Formålet med dette tema er at sætte fokus på kommunernes indsatser overfor unge i alderen 15-25 (30) år med vanskeligheder. Denne gruppe af unge er meget forskellig og har forskelligartede udfordringer, hvilket kræver forskellig opmærksomhed såvel i det forebyggende arbejde som i forbindelse med udredninger og de indsatsforløb, der iværksættes overfor disse unge. Der opleves gennem de senere år en stigning i tilgangen af unge, der har vanskeligheder.

I forlængelse af behandlingen af det særlige tema om social- og behandlingspsykiatrien i 2013 besluttede Embedsmandsudvalget for Social og Uddannelse at igangsættelse en kortlægning af behovet og muligheden for, at kommunerne i fællesskab og i samarbejde med Region Hovedstaden opretter tilbud til unge med svære spiseforstyrrelser (se afsnit nedenfor om særligt tema om social- og behandlingspsykiatrien). Denne kortlægning vil således være fokus for behandlingen af det særlige tema om ungeområdet i 2014.

Den konkrete tilgang i KKR Hovedstadens behandling af temaet vil blive besluttet i 2. kvartal 2014, og behandlingen af temaet vil således blive påbegyndt umiddelbart i forlængelse heraf med forventet afrapportering ultimo 2014.

SÆRLIGT TEMA OM GODKENDELSE OG TILSYN

Temaet godkendelse og tilsyn blev udmeldt af Social- og Integrationsministeren som et særligt tema, der skulle sættes fokus på i Rammeaftale 2014.

Ifølge ministerens udmelding skulle behandlingen af temaet omfatte en drøftelse mellem kommuner og regioner om tilrettelæggelsen af det fremtidige samarbejde om tilsynsopgaven. Der skulle tages hensyn til både kommuner, regioner og private som driftsherre, til kommunerne som købere af pladser i tilbuddene og til, at socialtilsynet kan udfylde den rolle, som det får efter loven. Desuden ønskedes det drøftet, hvilke temaer der eventuelt fra starten var behov for at sætte fokus på, og at der i forbindelse med indgåelse af Styringsaftalen for 2014 blev taget en drøftelse af de takster, som socialtilsynet skal fastsætte for tilsynsopgaverne.

Da etableringen af socialtilsynet skulle være tilendebragt inden den 1. januar 2014, kunne temaet ikke indgå i den vanlige proces for Udviklingsstrategi 2014. I stedet igangsattes i KKR Hovedstaden et afgrænset forløb for det udmeldte ministertema, hvor specifikke ønsker til samarbejdet mellem Frederiksberg Kommune som tilsynskommune og de øvrige kommuner i hovedstadsregionen samt region Hovedstaden blev fremsat, og hovedstadsregionens specifikke målsætninger og værdier for tilsynsområdet i regionen blev kortlagt.

Forløbet var organiseret som en møderække, som Frederiksberg Kommune afholdt med kommunerne i hovedstadsregionen samt Region Hovedstaden om det kommende Socialtilsyn. Møderækken påbegyndtes den 22. februar 2013 og fortsatte hen over 2. og 3. kvartal 2013.

Under denne møderække blev en række temaer taget op, blandt andet med udgangspunkt i de forventninger, som kommunerne over for KKR Hovedstaden havde fremhævet som væsentlige i forbindelse med valget af tilsynskommunen. Derudover fungerede møderækken være udgangspunkt for information og videndeling på området.

På KKR Hovedstadens møde den 9. oktober 2013 fremlagde Frederiksberg Kommune en opsummering af temaerne på den gennemførte møderække, ligesom de fremlagde en kommunikationsstrategi for socialtilsynet samt det endelige grundlag for takstberegningen for 2014. Kommunikationsstrategi og takster for 2014 kan findes på Socialtilsynets hjemmeside www.frederiksberg.dk/socialtilsyn.

ANDRE SÆRLIGE UDVIKLINGSPROJEKTER I 2013-2014

I Rammeaftale 2013 udvalgte KKR Hovedstaden to særlige temaer samtidig med, at ministeren udvalgte et særligt tema. Udvælgelsen af de særlige temaer tog blandt andet udgangspunkt i de fokuspunkter, som indgik i Udviklingsstrategi 2013. Fokuspunkterne skulle fungere som opmærksomhedspunkter for de enkelte kommuners tilrettelæggelse af indsatserne på det specialiserede socialområde, såvel som for det fælleskommunale arbejde. Udviklingsstrategi 2013, herunder fokuspunkterne for 2013, kan findes på den fælleskommunale hjemmeside www.rammeaftale-h.dk.

For Rammeaftale 2013 udvalgte KKR Hovedstaden to særlige temaer, som er ”Sammenhængende forløb mellem social- og behandlingspsykiatrien” og ”Ny specialisering”, mens Social- og Integrationsministeren udmeldte det særlige tema ”Udviklingen i brugen af de forskellige former for familieplejeanbringelser”.

Temaerne blev behandlet i 2013, og kan få indflydelse på det tværkommunale samarbejde i 2014, enten i form af konkrete tiltag eller yderligere afdækninger, som igangsættes på baggrund af afrapporteringerne af temaerne.

Desuden er der for perioden der i 2013-2104 igangsat en række yderligere udviklingsprojekter i regi af Rammeaftalen for hovedstadsregionen henholdsvis vedrørende hjerneskadeområdet og vedrørende et fælles fokus på styring og udvikling af det specialiserede socialområde i hovedstadsregionen.

De tre temaer samt de øvrige udviklingsprojekter beskrives nærmere nedenfor.

SÆRLIGT TEMA OM SOCIAL- OG BEHANDLINGSPSYKIATRIEN

KKR Hovedstaden igangsatte i 2013 en kortlægning af området *sammenhængende forløb mellem social- og behandlingspsykiatrien*, der er et af to særlige temaer, som KKR Hovedstaden valgte for Rammeaftale 2013.

Temaet blev behandlet som en kortlægning af de kommunale indsatser for unge med psykisk sygdom i aldersgruppen 15-25(30) år, herunder med fokus på overgangen mellem børne- og voksenområdet og sammenhængen mellem social- og behandlingspsykiatrien. Den overordnede målsætning var at afdække muligheder og ufordringer for, at unge i hovedstadsregionen med psykiske lidelser i højere grad kan få en tidlig, koordineret og sammenhængende indsats med udgangspunkt i en recovery-tilgang.

Behandlingen af temaet blev gennemført som en kortlægning bestående af en kvantitativ i form af en survey udsendt til alle hovedstadsregionen kommuner og en kvalitativ afdækning i form af en tværkommunal arbejdsgruppe, der blandt andet skulle opstille forslag til, hvordan unge i hovedstadsregionen med psykiske lidelser i højere grad kan få en tidlig, koordineret og sammenhængende indsats med udgangspunkt i en recovery-tilgang. Desuden blev der i den kvalitative afdækning afholdt en række dialogmøder med repræsentanter fra Region Hovedstaden

Behandlingen af temaet blev afrapporteret til KKR Hovedstadens Embedsmandsudvalg for Social og Uddannelse den 20. november 2013. Afrapporteringen kan findes på den fælleskommunale hjemmeside www.rammeaftale-h.dk.

I rapporten foreslog den tværkommunale arbejdsgruppe blandt andet, at kommunerne gennem efteruddannelse skal skabe større viden hos frontmedarbejdere om tidlig opsporing og indsats for psykisk sårbare unge i folkeskoler, på ungdoms- og erhvervsuddannelser og i jobcentre. Formålet er, at personalet kan bidrage til forebygge udvikling af psykisk sygdom og andre problemstillinger såsom frafald og misbrug og får kompetence til at vejlede unge om, hvilke muligheder der findes for støtte og behandling, såfremt det bliver aktuelt. I rapporten er oplistet eksempler på konkrete tiltag.

Et andet central forslag fra arbejdsgruppen er, at kommuner og regionen aktivt arbejder for at skabe en forståelse og viden om hinandens tilgange til og arbejde med rehabiliteringsindsatser i et recovery-perspektiv. Det foreslås, at kommuner og region afholder fælles temadage og/eller undervisning såvel som bilaterale møder mellem kommunerne og de psykiatriske centre med fokus på hinandens tilgange til

recovery og rehabilitering. Formålet hermed er at skabe større faglig forståelse på tværs af sektorerne og dermed også grundlag for, at borgerne sikres en helhedsorienteret tværsektoriel indsats med udgangspunkt i et recovery-perspektiv.

Kortlægningen viste desuden, at kendskab og ejerskab til samarbejdsaftalerne er meget begrænset i kommunerne og i regionen, og at de af den årsag ikke efterleves. Derfor præsenterer rapporten en række tiltag, som skal sikre systematisk udbredelse af kendskab og ejerskab til samarbejdsaftalerne, udvikling af samarbejdsprocedurer og værktøjer som supplerer samarbejdsaftalerne samt udvikling af redskaber til tværsektoriel kommunikation.

Kortlægningen har haft særligt opmærksomhed på tre fokusmålgrupper; Unge med spiseforstyrrelser, unge med psykisk sygdom og samtidigt misbrug og unge med ikke psykotiske lidelser. I rapporten findes arbejdsgruppens forslag til, hvordan kommuner og region kan arbejde videre med at sikre sammenhængende indsatser for disse målgrupper, hvoraf de to førstnævnte kræver særlig tværkommunal og tværsektoriel opmærksomhed.

På baggrund af rapporten har Embedsmandudvalget for Social og Uddannelse anbefalet, at den tværkommunale arbejdsgruppes forslag vedrørende samarbejdsaftalerne og etablering af lokale samarbejdsfora indgår i det arbejdet med udarbejdelse af nye samarbejdsaftaler i regi af Sundhedsaftalen for 2015.

Desuden besluttede Embedsmandsudvalget , der skulle igangsættes et arbejde med afdækning af behovet og mulighederne for at kommunerne i hovedstadsregionen i fællesskab og I samarbejde med Region Hovedstaden etablerer tilbud til unge med svære spiseforstyrrelser. Denne afdækning vil være fokus for behandlingen af det særlige tema i Udviklingsstrategi 2014 om ungeområdet (se afsnit ovenfor om særligt tema om ungeområdet).

SÆRLIGT TEMA OM NY SPECIALISERING

I 2013 igangsatte KKR Hovedstaden et udviklingsprojekt vedrørende *Ny Specialisering*, der er det andet af to særlige temaer, som KKR Hovedstaden valgte for Rammeaftale 2013.

Ny Specialisering blev behandlet som to temamøder, der blev afholdt i løbet af 2013. Den overordnede målsætning med temamøderne var at give kommunerne i hovedstadsregionen aktuel viden og konkrete redskaber med dokumenteret effekt indenfor forebyggelse og inklusion, inddragelse af frivillige og civilsamfund, recovery og rehabilitering samt effektmåling og evidens. Temaerne tog udgangspunkt i fokuspunkterne i Udviklingsstrategi 2013 vedrørende videreudvikling og styrkelse af inklusionsperspektivet og recovery-perspektivet samt fokus på effekter og systematisk dokumentation.

Da temamøderne havde til hensigt at sprede gode erfaringer og viden var der inviteret oplægsholdere og deltagere til debatpanelet, der havde enten praktisk erfaring på området eller havde foretaget undersøgelser og analyser på inden for feltet. Mere konkret deltog repræsentanter fra Herning, Horsens og Århus kommuner, Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery, KORA, NVIE, Deloitte, Frivillighedsrådet, Socialstyrelsen og Social- og integrationsministeriet. Temamøderne blev afholdt under følgende overskrifter:

- 1. temamøde (28. maj 2013): *Udvikling af forebyggelses- og inklusionsperspektivet samt inddragelse af frivillige og civilsamfund*
- 2. temamøde (4. september 2013): *Recovery og rehabilitering – effektfokus og evidensbegrebet.*

Temamøderne var som udgangspunkt målrettet ledere og medarbejdere fra relevante fagområder i hovedstadsregionens kommuner. Hensigten er, at kommunerne kan bringe værktøjer og viden ind i deres egen organisation med henblik på at styrke og udvikle indsatserne på det specialiserede socialområde.

På baggrund af temamøderne blev der udarbejdet et samlet inspirationskatalog til Ny Specialisering, som kan findes på den fælleskommunale hjemmeside www.rammeaftale-h.dk.

SÆRLIGT TEMA OM FAMILIEPLEJELIGNEDE ANBRINGELSESTYPER

KKR Hovedstaden udarbejdede i 2013 en kortlægning af udviklingen i brugen af de forskellige former for familieplejeanbringelser, der var udmeldt som særligt tema for rammeaftalerne 2013 af Social- og Integrationsministeren.

I KKR Hovedstaden er behandlingen af ministerens tema gennemført som en kortlægning bestående af dels en kvantitativ del i form af en spørgeskemaundersøgelse blandt hovedstadsregionens kommuner og dels en kvalitativ del bestående af en tværkommunal arbejdsgruppe og interviews med udvalgte plejefamilier. Det overordnede formal med kortlægningen var at afdække udfordringer og muligheder for, at kommunerne i hovedstadsregionen kan styrke og udvikle brugen af de forskellige former for familieplejeanbringelser. På baggrund af kortlægningen udvalgte den nedsatte arbejdsgruppe tre fokusområder, hvortil de kommer med en række forslag og anbefalinger.

Arbejdsgruppen anbefaler som det første, at der udarbejdes en fælles model for honorering af plejefamilier i hovedstadsregionen, og at det skal undersøges, hvorvidt modellen kan udbredes til de øvrige landsdele. Baggrunden for forslaget er, at kortlægtningen identificerede en tendens til, at plejefamilierne søger mod de kommuner, der opleves som havende de mest fordelagtige ansættelses- og honoreringsforhold. Samtidig er vurderingen, at den nuværende honoreringsmodel medfører økonomiske incitamenter, som kan have negativ indflydelse på plejefamiliernes vurdering af plejebørnenes udvikling og behov for indsatser. I rapporten er der på baggrund af erfaringer fra Aarhus og Københavns kommuner anført konkrete forslag til, hvordan en sådan honoreringsmodel med fordel kan se ud.

Kortlægningen viser derudover, at der er potentiale for at styrke den lovpligtige efteruddannelse for plejefamilier. Den enkelte kommune kan have vanskeligt ved at tilbyde et tilstrækkeligt bredt antal kurser, der kan imødekomme plejefamiliernes varierende behov og erfaringsniveauer. Dette gælder særligt for netværks- og slægtsplejefamilier. Derfor anbefales det af arbejdsgruppen, at kommunerne i hovedstadsregionen i højere grad samarbejder i grupper af 4-6 kommuner omkring at udvikle og tilbyde kurser samtidig med, at der tages hensyn til behovet for nærhed til plejefamilierne.

Endelig foreslår arbejdsgruppen, at kommunerne enkeltvis eller i grupper af 4-6 kommuner går i dialog med kommunale og regionale døgntilbud til børn og unge om at tilrettelægge tilbuddenes indsatser til at omfatte kortvarige, intensive udredningsforløb og specialiserede forløb. Arbejdsgruppen vurderer, at et stærkere samarbejde med døgntilbud til børn og unge omkring plejefamilierne og en omlægning af brugen af tilbuddene vil medføre en styrkelse af anvendelsen af plejefamilier som anbringelsesform.

På baggrund af kortlægningen besluttede KKR Hovedstaden at igangsætte et arbejde omkring definitioner af plejeopgaver og behov i forhold til vederlag, som kan udmunde i en fælles honoreringsmodel. I første omgang skulle det undersøges, hvorvidt an fælles honoreringsmodel kunne gøres landsdækkende. Arbejdet med definitioner og udarbejdelse af en fælles honoreringsmodel vil forløbe i 2014 og 2015.

KKR Hovedstadens kortlægning af brugen af forskellige former for familieplejeanbringelser kan findes på den fælleskommunale hjemmeside www-rammeaftale-h.dk.

UDVIKLINGSPROJEKTER VEDRØRENDE HJERNESKADEOMRÅDET

I 2012 gennemførte KKR Hovedstaden en kortlægning af barrierer og muligheder for at sikre koordinerede og målrettede indsatser for voksne med erhvervet hjerneskade. Kortlægningen blev gennemført med inddragelse af repræsentanter fra kommunerne, Region Hovedstaden og eksterne tilbud på området. På baggrund af kortlægningen vedtog KKR Hovedstaden en række anbefalinger til hjerneskadeområdet i hovedstadsregionen, herunder en anbefaling om at igangsætte to parallelle udviklingsforløb i faglige arbejdsgrupper vedrørende henholdsvis definitioner og fælles standarder på området samt klarhed omkring snitflader mellem eksterne tilbud.

Formålet med de to forløb er at udarbejde en fælles definition af specialiseringsgrader og klarhed omkring snitflader og kerneydelser hos eksterne tilbud, som vil kunne bidrag til, at faglighed, indhold og specialiseringsgrad bliver afgørende for, hvilke tilbud eller ydelser en borger henvises til. Samtidig vurderes det at skabe bedre grundlag for, at tilbuddene i højere grad kan imødekomme kommunernes efterspørgsel.

Desuden er et væsentligt formål at skabe grundlag for et bedre overblik i de enkelte kommuner og muliggøre sammenligninger på tværs af kommunerne. Derudover vurderes det at kunne bidrage til en fælles forståelsesramme på området, som samtidig kan understøtte kommunerne i at opspore og udrede borgere med erhvervet hjerneskade. Endelig vurderes disse tiltag at være en forudsætning for kvalitetssikring, benchmarking og forskning på senhjerneskadeområdet i hovedstadsregionen. I den forbindelse er det selvfølgelig relevant at tage højde for eventuelle tiltag m.v. på landsplan.

Til at varetage processen vedrørende definitioner og fælles standarder er nedsat en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra kommunerne og Region Hovedstaden. Arbejdsgruppen har fokus på at udvikle en fælles kvalitetsdatabase på tværs af sektorer og forvaltninger, der skal gøre det muligt at følge rehabiliteringsforløbene fra indlæggelse på hospital til gennemførsel af de kommunale indsatser. Databasen vil bidrage til fælles definitioner og standarder, ligesom den vil gøre det muligt at foretage den benchmark af rehabiliteringsindsatsen på tværs af kommuner og hospitaler. Arbejdet med databasen forventes at forløbe i perioden 2014 til 2016.

I juni 2013 blev der i regi af Den Administrative Styregruppe vedrørende sundhedsaftalerne nedsat to arbejdsgrupper – en for børne- og ungeområdet og en for voksenområdet til implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering af mennesker med erhvervet hjerneskade i hovedstadsregionen. Arbejdsgrupperne forventes at afrapportere i foråret 2014.

Endelig har KKR Hovedstaden ønsket, at der inden for et par år følges op på kommunernes implementering af anbefalingerne på hjerneskadeområdet, samt på de anbefalinger, der er opstillet i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram.

UDVIKLINGSPROJEKT VEDRØRENDE FÆLLES FOKUS PÅ STYRING OG UDVIKLING AF DET SPECIALISERETE SOCIALOMRÅDE

Med henblik på indarbejdelse i Styringsaftale 2015 blev der i andet halvår af 2013 gennemført en analyse og kortlægning af forskellige styrings- og udviklingstiltag, som skulle bidrage til at sikre et fokus på effektiv ressourceudnyttelse og innovativ udvikling af tilbud og indsatser på det specialiserede socialområde.

Kortlægningen blev gennemført af en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra K29 og Embedsmandsudvalget for Social og Uddannelse og resulterede i en række forslag til tiltag inden for følgende områder:

- Samarbejdsformer i regi af Rammeaftalen på politisk og administrativt niveau
- Fokus på styring af udgifter og udvikling af tilbud og indsatser
- Flerårig strategi for takstudvikling
- Måling af takstudvikling og beregning af takster

Arbejdsgruppen afrapportering i form af anbefalinger samt analyser og kortlægninger kan efter godkendelse i K29 (marts 2014), findes på den fælleskommunale hjemmeside www.rammeaftale-h.dk.

DEL 3: ØVRIG TVÆRKOMMUNAL KOORDINATION

Nedenfor beskrives øvrige tendenser, bevægelser og tiltag med relevans for den tværkommunale koordination, herunder vedrørende de lands- og landsdelsdækkende tilbud samt sikrede afdelinger, kommunikationscentrene i regionen samt botilbud med over 100 pladser.

LANDS- OG LANDSDELSDÆKKENDE TILBUD OG SIKREDE AFDELINGER

I forbindelse med udarbejdelsen af udviklingsstrategien på det specialiserede social- og undervisningsområde har kommunerne ansvaret for at sikre indbyrdes koordination mellem regionerne i forhold til de lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger. Der er i 2015 syv landsdækkende tilbud, fem landsdelsdækkende tilbud og otte tilbud med sikrede afdelinger.

Nedenfor er kort opsummeret de helt overordnede hovedtendenser omkring kapacitet og belægning samt kommunernes efterspørgsel og behov efter disse typer af tilbud. Tilbuddenes udvikling i forhold til kapacitet, belægning og tendenser er beskrevet særskilt for hvert af de tilbud, der i bekendtgørelsen er defineret som henholdsvis lands- og landsdelsdækkende og sikrede afdelinger i bilag 7.

LANDS- OG LANDSDELSDÆKKENDE TILBUD

Samlet set har belægningen på de lands- og landsdelsdækkende tilbud været på 98% i 2013. Belægningen på de enkelte tilbud svinger dog fra 14,3% til 368% på ydelsesniveau. Overordnet set forventer driftsherrerne ikke de store forandringer i tilbuddenes kapacitet frem mod 2017.

Synscenter Refnæs, Skolen på Kastelvej samt Center for Døve har dog nedjusteret antallet af pladser frem mod 2017, mens Center for Døvblindhed og Høretab og Geelsgårdsskolen har øget antallet af pladser frem mod 2017.

De øvrige tilbud forventer på nuværende tidspunkt uændret kapacitet frem til 2017.

De lands- og landsdelsdækkende tilbud bliver overvejende belagt med borgere fra kommunerne i beliggenhedsregionen eller de omkringliggende regioner.

Gennemgående oplyser kommunerne, at efterspørgslen efter de lands- og landsdelsdækkende tilbud i 2015 vil være uændret.

SIKREDE AFDELINGER

Kommunalbestyrelserne skal i dialog med regionsrådene sikre tværregional koordination af de mest specialiserede lands- og landsdelsdækkende tilbud samt de sikrede institutioner. Der er på den baggrund nedsat et kommunalt koordinationsforum bestående af repræsentanter fra de administrative styregrupper på det specialiserede socialområde i hver af de fem KKR. Koordinationsforum er ansvarlig for at udarbejde forslag til landsdækkende koordination af de berørte områder, som indgår i de enkelte rammeaftaler.

Koordinationsforum har i 2013 haft særligt fokus på de sikrede institutioner, og har på den baggrund udarbejdet følgende forslag til tværgående koordination af de sikrede institutioner for børn og unge. Forslaget bygger på dialog med Danske Regioner og med de regionale driftsherrer.

FEM PRINCIPPER SOM GRUNDLAG FOR DEN TVÆRGÅENDE KOORDINATION

Koordinationsforum har udarbejdet fem principper, som er udgangspunktet for den tværgående koordination af de sikrede institutioner. De fem principper er:

- Når et barn eller en ung visiteres til en sikret institution, bør nærhed til bopælskommune vægtes højt (nærhedsprincippet). Nærhedsprincippet skal være kendt af de involverede samarbejdspartere. Der kan dog være hensyn, som gør, at der afviges fra nærhedsprincippet f.eks. i banderelaterede sager eller ved særlige behov hos barnet/den unge mm.

- Der bør som udgangspunkt være en sikret institution i hver region for at kunne leve op til nærhedsprincippet. Men geografi kan ikke stå alene. Der skal være samarbejde og dialog på tværs af regionerne bl.a. med henblik på at sikre, at kapaciteten er tilpasset lokale og landsdækkende behov.

- Det gode samarbejde mellem kommuner og de sikrede institutioner om den enkelte unge skal bevares og udvikles. Idet de unge i gennemsnit kun opholder sig 55 dage på en sikret institution, er det væsentligt at have fokus på "den gode overgang".

- Der skal være fokus på kvalitet og effekt af indsatserne. Der arbejdes for et større overblik over de sikrede institutioners målgrupper, ydelser og resultater samt større gennemsigtighed i sammenhæng mellem pris og indhold.

- Der skal være en tæt dialog mellem region og kommuner om kapacitetsændringer på de sikrede institutioner. Koordinationsforum involveres i beslutning om kapacitetsændringer for at sikre et overblik på landsplan.

Kapacitet og belægning på de sikrede institutioner

Kapacitet og belægning på de sikrede institutioner for 2013 fremgår af opgørelsen 'Lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede institutioner – opgørelse af kapacitet og belægning samt behov og efterspørgsel'.

Kapaciteten på de sikrede institutioner vurderes som værende på rette niveau for 2015, efter at regionerne i 2012 har lukket en række pladser.

Det noteres, at belægningen på de sikrede institutioner i 2013 har udvist følgende tendens. Belægningen på de sikrede afdelinger var i 2013 samlet set på 83,7 pct., spændende fra 59,8 til 98,8 pct. på de enkelte tilbud. Til sammenligning var belægningsprocenten i 2012 samlet set på 69 pct. Antallet af pladser er i perioden 2012 til 2013 nedjusteret med i alt 14 pladser, fra 141 pladser i 2012 til 126 pladser i 2013.

Forudsat belægningsprocent

I forbindelse med kapacitetstilpasningen i 2012 valgte regionerne at sænke den forudsatte belægningsprocent fra 95 pct. til 85 pct.

Med styringsaftalen for 2015 hæves den forudsatte belægningsprocent til 90 pct.

Det vurderes efterfølgende, hvorvidt der er grundlag for at hæve den forudsatte belægningsprocent for de sikrede institutioner til 95 pct., så den følger belægningsprocenten for de øvrige sociale tilbud.

Fælles udviklingstema i 2015 om sammenhæng mellem målgrupper, indsatser og pris

De sikrede institutioner løfter som udgangspunkt de samme opgaver, men der kan være forskelle i målgrupper og ydelser på de enkelte tilbud. Der er et kommunalt ønske om at få større gennemsigtighed i målgrupper, ydelser, effekt af indsatsen og sammenhæng mellem pris og indhold i de enkelte tilbud.

I 2015 vil kommunerne og de regionale driftsherrer/Københavns Kommune arbejde med et fælles udviklingstema, som tager afsæt i følgende udviklingspunkter:

- Dokumentation af målgrupper, ydelser, effekt og sammenhæng mellem pris og indhold på de enkelte tilbud.
- Tilstræbe ens enhedspriser for ens ydelser.
- Afdække mulighederne for mere fleksibilitet i kapaciteten, således at antallet af pladser løbende kan tilpasses mindre udsving i behovet.

Kommunikationscentre

Efter drøftelser på tværs af de tre kommunikationscentre i hovedstadsregionen, kommunerne i regionen og Region Hovedstaden i regi af arbejdet med Rammeaftalen samt i forbindelse med udviklingsprojektet på senhjerneskadeområdet, besluttedes det i 2012 at igangsætte en proces med henblik på revision af den eksisterende Visitationsaftale vedrørende kommunikationscentre.

Processen forløber i 2014-15 og vil foregå med inddragelse af de tre kommunikationscentre i hovedstadsregionen, repræsentanter fra kommunerne i regionen og Region Hovedstaden.

BOTILBUD MED OVER 100 PLADSER

I hovedstadsregionen er der ingen botilbud over 100 pladser, der er omfattet af Udviklingsstrategi 2015. Der er fem tilbud i hovedstadsregionen, der opfylder kriterierne, og Københavns Kommune er driftsherre for alle fem. Samtlige af disse botilbud er dog karakteriseret som lokale tilbud, som det primært er driftsherren selv, der benytter, hvorfor de fem tilbud ikke er omfattet af Udviklingsstrategien i Udviklingsstrategi 2015.

SOCIAL TILSYN

Lov om Socialtilsyn trådte i kraft den 1. januar 2014.

Socialtilsynet skal udarbejde en årsrapport om tilbuddenes kvalitet, som skal sendes til sekretariaterne for rammeaftalen og socialstyrelsen senest den 1. juli året efter det kalenderår, rapporten vedrører. Rapportens konklusioner skal indgå i drøftelserne om den rammeaftale på det sociale område og det almene ældreboligområde, som årligt indgås mellem kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet.

Det betyder, at rapporten vedrørende 2014 drøftes i forbindelse med styringsaftalen for 2016, og at eventuelle udviklingstemaer først kan indgå i udviklingsstrategien for 2017.

Socialtilsynet fastsætter takster og den objektive finansiering af socialtilsynenes opgaver. Finansieringen drøftes hvert år i forbindelse med indgåelse af styringsaftalen som led i rammeaftalerne på det sociale område. Fastsættelse af tilsyns- og godkendelsestaksterne samt den objektive finansiering er dog ikke en del af styringsaftalen som led i rammeaftalen. Det betyder, at takster og den objektive finansiering af socialtilsynene ikke drøftes i forbindelse med styringsaftalen for 2015.

Kommuner, Region og Socialtilsyn Hovedstaden vil i 2015 fortsætte dialogen og det gode samarbejde, som hidtil har været gældende. Den indsigt i kvaliteten i tilbuddene, som tilsynet giver, er vigtig for kommuner og region i arbejdet med at fastholde og udvikle kvaliteten i tilbuddene.

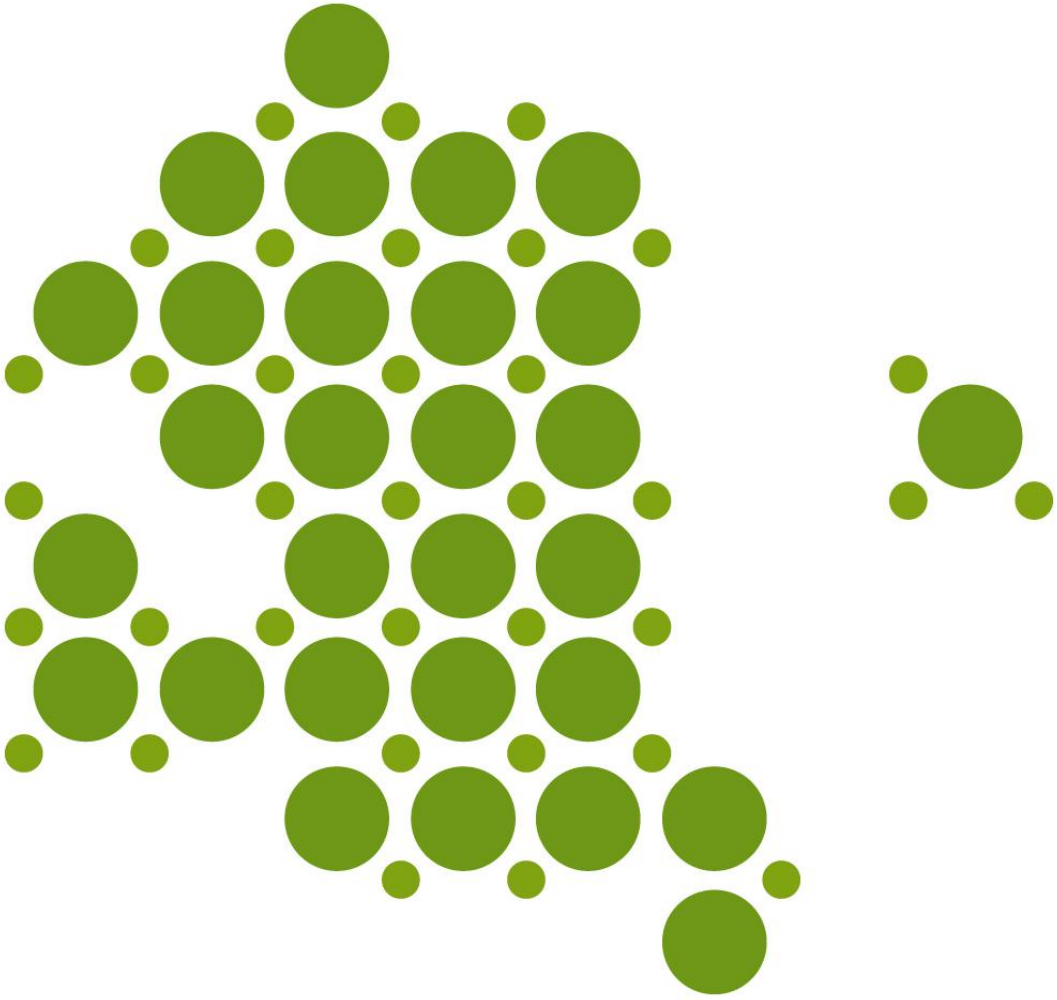
BILAGSLISTE

Nedenfor fremgår en oversigt over bilag til Udviklingsstrategi 2015:

- **Bilag 1**: Dybdegående analyse af behov og udviklingstendenser for 2015
- **Bilag 2**: Oversigt over alle tilbud beliggende i hovedstadsregionen
- **Bilag 3**: Oversigt over tilbud omfattet af Udviklingsstrategi 2015 inklusiv kapacitetstal 2015-2017
- **Bilag 4:** Oversigt over kapacitet og belægning på tilbudstyper fordelt efter målgruppe og geografisk placering
- **Bilag 5**: De mest specialiserede tilbud i Udviklingsstrategi 2015
- **Bilag 6**: Årsberetning 2014 - Samrådet for domfældte udviklingshæmmede i kommunerne i Region Hovedstaden
- **Bilag 7**: Lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger – opgørelse af kapacitet og belægning samt behov og efterspørgsel.

Alle bilagene kan findes i særskilte dokumenter på www.rammeaftale-h.dk.

Bilag 3 - Udviklingsstrategi 2015



Oversigt over tilbud omfattet af Udviklingsstrategi 2015 inklusiv kapacitetstal for 2015-2017

Kommuner i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden

2015

Tilbudstyper på voksenområdet fordelt efter målgruppe og tilbudstype

Tabel 1: Oversigt over tilbud målrettet voksne med sindslidelse

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2015	Antal pladser 2015	2016	2017
§ 103	Skibbyhøj	Frederikssund		41	41	41
§ 103 i alt			*1*	*41*	*41*	*41*
§ 104	JAC Vestegnen - sindslidelse	Brøndby		5	5	5
	Klintegården	Region Hovedstaden		1	1	1
	Orion-Kulturhuset	Region Hovedstaden		2	2	2
	Skovvænget	Region Hovedstaden		2	2	2
§ 104 i alt			*4*	*10*	*10*	*10*
§ 103 og § 104	Lunden	Region Hovedstaden	1	4	4	4
§103 og § 104 i alt				4	4	4
§ 107	Behandlingshjemmet Nødebogård 18 år	Region Hovedstaden		6	6	6
	Behandlingshjemmet Nødebogård Østervang	Region Hovedstaden		7	7	7
	Kløverengen	Ishøj/Vallensbæk		24	24	24
	Lindevang	Helsingør		50	50	50
	Måløvgård	Ballerup		12	12	12
	Orion-Hostel	Region Hovedstaden		6	6	6
	Skibbyhøj	Frederikssund		23	23	23
	Klintegården Akutplads	Region Hovedstaden		1	1	1
§ 107 i alt			*8*	*129*	*129*	*129*
§ 108	Bolero	Hørsholm		5	5	5
	Johannes Hages Hus	Fredensborg		61	61	61
	Juvelhuset	Herlev		16	16	16
	Klintegården	Region Hovedstaden		65	65	65
	Kløverengen	Ishøj/Vallensbæk		16	16	16
	Lindevang	Helsingør		6	6	6
	Parkvænget	Glostrup		56	56	56
	Pilekrogen	Gentofte		16	16	16
	Slotsvænget	Lyngby-Taarbæk		32	32	32
§ 108 i alt			*9*	*273*	*273*	*273*
§ 107 og §108	Botilbuddet Lunden	Region Hovedstaden		*36*	*36*	*36*
	Fabianhus	Gribskov		16	16	16
	Orion - Flex	Region Hovedstaden		4	4	4
	Skovvænget	Region Hovedstaden		30	30	30
	Orion - Planetstien	Region Hovedstaden		28	28	28
§ 107 og §108 i alt			*5*	*114*	*114*	*114*
§ 85	Nybrogård	Gladsaxe		24	24	24
§ 85 i alt			*1*	*24*	*24*	*24*
Sindslidende total			**29**	**595**	**595**	**595**

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014.

Tabel 2: Oversigt over tilbud målrettet voksne med autisme

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2015	Antal pladser 2015	2016	2017
§ 104	Espevangen	Rødovre		30	30	30
	Gefion	Rudersdal		26	26	26
	Rudersdal Dagtilbud 2	Rudersdal		14	14	14
	Stokholtbuen	Ballerup		34	34	34
	Vega - dagtilbud	Gribskov		15	15	15
§ 104 i alt			*5*	*119*	*119*	*119*
§ 107	Kellersvej 6	Gladsaxe		2	2	2
	Sofieskolen	Gladsaxe		3	3	3
§ 107 i alt			*2*	*5*	*5*	*5*
§ 108	Bakkehuset	Glostrup		18	18	18
	Chr. D. X Alle	Lyngby-Taarbæk		50	50	50
	Gefion	Rudersdal		27	27	27
	Skovdiget	Gladsaxe		5	5	5
	Stokholtbuen	Ballerup		34	34	34
§ 108 i alt			*5*	*134*	*134*	*134*
§ 85	Kellersvej 6	Gladsaxe		21	21	21
	Vega - boliger	Gribskov		10	10	10
§ 85 i alt			*2*	*31*	*31*	*31*
Autisme total			**14**	**289**	**289**	**289**

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014

Tabel 3: Oversigt over tilbud målrettet voksne med nedsat fysisk funktionsevne

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2015	Antal pladser 2015	2016	2017
§ 104	Basen i Rødbo	Ballerup		12	12	12
	Basen Taxhuset	Høje-Taastrup		12	12	12
	Jonstrupvang	Region Hovedstaden		23	23	23
	Linden	Fredensborg		18	18	18
	Solgaven Dagcenter	Region Hovedstaden		20	20	20
§ 104 i alt			*5*	*85*	*85*	*85*
§ 107	Selmersvej	Hillerød		8	8	8
§ 107 i alt			*1*	*8*	*8*	*8*
§ 108	Bredegård	Region Hovedstaden		32	32	32
	Jonstrupvang	Region Hovedstaden		46	46	46
	Lindegården	Fredensborg		24	24	24
	Solgaven	Region Hovedstaden		66	66	66
	Taxhuset	Høje-Taastrup		50	50	50
	Tilbuddet Rødbo	Ballerup		40	40	40
§ 108 i alt			*6*	*258*	*258*	*258*
§ 85	Kirkeleddet 8	Gribskov		8	8	8
	Skipperstræde	Gribskov		6	6	6
§ 85 i alt			*2*	*14*	*14*	*14*
Nedsat fysisk funktionsevne total			**14**	**365**	**365**	**365**

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014

Tabel 4: Oversigt over tilbud målrettet voksne med nedsat psykisk funktionsevne

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2015	Antal pladser 2015	2016	2017
§ 103	Bredegård Værksted	Region Hovedstaden		32	32	32
	Rønnegården	Region Hovedstaden		14	14	14
§ 103 i alt			*2*	*46*	*46*	*46*
§ 104	Aktivitetscentret Kellersvej	Gladsaxe		122	122	122
	Bank-Mikkelsens Vej 20-28	Gentofte		27	27	27
	Birkegården	Gentofte		24	24	24
	Blindenetværket	Gentofte		40	40	40
	Bredegård Døv/Blindeafd.	Region Hovedstaden		14	14	14
	Bøgelunden Bøgen	Rudersdal		23,5	23,5	23,5
	Center for Job og Oplevelse	Helsingør		24	24	24
	Gnisten	Frederikssund		18	18	18
	Hørkær (Job- og Aktivitetscenter)	Herlev		64	64	64
	JAC Vestegnen - psykisk udviklingshæmning	Brøndby		164	164	164
	Job- og Aktivitetscenter Nord	Gentofte		180	180	180
	Kellersvej 6	Gladsaxe		9	9	9
	Kobbelhusene - særligt tilrettelagt dagtilbud	Gribskov		5	5	5
	Kobbelhusenes dagtilbud på Kirkeleddet	Gribskov		8	8	8
	Krumtappen	Ballerup		21	21	21
	Lyngdal Lyngen	Region Hovedstaden		8	8	8
	Midgården	Halsnæs		10	10	10
	Pensionistklubben Ebberød	Rudersdal		15	15	15
	Regnbuen	Hillerød		36	36	36
	Rudersdal Dagtilbud 1	Rudersdal		23	23	23
	Trekløveret	Halsnæs		20	20	20
	UUC Maglemosen	Ballerup		130	130	130
§ 104 i alt			*22*	*985,5*	*985,5*	*985,5*
§ 107	Bakkebo	Egedal		3	3	3
	Boligerne på Herlufsdalsvej	Hillerød		20	20	20
	Boligerne på Skovstien 8-12	Hillerød		16	16	16
	Hulegården	Region Hovedstaden		1	1	1
§ 107 i alt			*4*	*40*	*40*	*40*
§ 107 afl	Torvevej	Ballerup		10,5	10,5	10,5
§ 107 afl i alt			*1*	10,5	10,5	10,5
§ 108	Anna Anchers Vej	Helsingør		10	10	10
	Bakkebo	Egedal		2	2	2
	Bank-Mikkelsens Vej 20-28	Gentofte		38	38	38
	Blindenetværket	Gentofte		40	40	40
	Blomsterhusene	Gentofte		42	42	42
	Boligerne Brøndbyøstervej	Brøndby		24	24	24
	Boligerne Gl. Lyngevej	Allerød		12	12	12
	Boligerne på Skovstien 2-6	Hillerød		17	17	17
	Bredegård Døv/Blindeafd.	Region Hovedstaden		8	8	8
	Ebberød	Rudersdal		82	82	82
	Frøgård Alle	Høje-Taastrup		24	24	24

Tabel 4: Oversigt over tilbud målrettet voksne med nedsat psykisk funktionsevne …fortsat

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2015	Antal pladser 2015	2016	2017
§ 108	Følstruphusene	Hillerød		59	59	59
	Herstedøster Sidevej	Albertslund		24	24	24
	Hulegården	Region Hovedstaden		40	40	40
	Højsletten	Herlev		24	24	24
	Kamager	Region Hovedstaden		40	40	40
	Kellersvej 10	Gladsaxe		60	60	60
	Kellersvej 8-9	Gladsaxe		48	48	48
	Kobbelhusene - Gydevej	Gribskov		18	18	18
	Kronborghus	Helsingør		21	21	21
	Lyngdal	Region Hovedstaden		15	15	15
	Midgården	Halsnæs		28	28	28
	Pensionatet Lionslund	Brøndby		24	24	24
	Rosenfeldthusene	Frederikssund		17	17	17
	Rønnegården	Region Hovedstaden		25	25	25
	Skelhøj, Lillestræde	Egedal		31	31	31
	Skovgården	Herlev		24	24	24
	Søvænge	Egedal		28	28	28
	Trekløveret	Halsnæs		43	43	43
	Vestfløjen (Slotsherrens Vænge 6)	Rødovre		14	14	14
§ 108 i alt			*30*	*882*	*882*	*882*
§ 85	Cathrinegården	Gladsaxe		23	23	23
	Ahornparken	Gribskov		29	29	29
	Kobbelhusene Kirkeleddet 6	Gribskov		8	8	8
§ 85 i alt			*3*	*60*	*60*	*60*
Nedsat psykisk funktionsevne total			**62**	**2.024**	**2.024**	**2.024**

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014

Tabel 5: Oversigt over tilbud målrettet voksne med stofmisbrug

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2015	Antal pladser 2015	2016	2017
§ 101	KABS	Glostrup		714	714	714
	Nordsjællands Misbrugscenter	Region Hovedstaden		240	240	240
§ 101 i alt			*2*	*954*	*954*	*954*
§ 142	KABS	Glostrup		714	714	714
§ 142 i alt			*1*	*714*	*714*	*714*
Stofmisbrug total			**3**	**1.668**	**1.668**	**1.668**

Note: De ambulante tilbud er opgjort i antal ambulante forløb.
Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014

Punkt nr. 3 - Beslutningssag: Rammeaftale for det specialiserede socialområde 2015 - Udviklingsstrategi
Bilag 1 - Side -33 af 103

Tabel 6: Oversigt over tilbud målrettet voksne med alkoholmisbrug

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2015	Antal pladser 2015	2016	2017
§ 141	Blå Kors ambulant	Høje-Taastrup		135	135	135
	Blå Kors dag	Høje-Taastrup		9	9	9
	Blå Kors døgn	Høje-Taastrup		6	6	6
	Nordsjællands Misbrugscenter (ambulant)	Region Hovedstaden		265	265	265
§ 141 i alt			*4*	*415*	*415*	*415*
§ 142	Nordsjællands Misbrugscenter (ambulant)	Region Hovedstaden		160	160	160
§ 142 i alt			*1*	*160*	*160*	*160*
Alkoholmisbrug total			**5**	**575**	**575**	**575**
- Heraf ambulant			3	560	560	560

Note: De ambulante tilbud er opgjort i antal ambulante forløb**.**
Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014

Tabel 7: Oversigt over tilbud målrettet voldsramte kvinder og hjemløse

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2015	Antal pladser 2015	2016	2017
§ 109 Krisecentre	Frederiksværk Krisecenter	Halsnæs		8	8	8
	Hellerup Krisecenter	Gentofte		11	11	11
	Hillerød Kvindekrisecenter	Hillerød		5	5	5
	Krisecentret Røntofte	Helsingør		6	6	6
	Kvindehuset	Lyngby-Taarbæk		10	10	10
§ 109 i alt			*5*	*40*	*40*	*40*
§ 110 Forsorgshjem	Blå Kors pensionat	Høje-Taastrup		17	17	17
	Lænkepensionatet	Glostrup		10	10	10
	Nordsjællands Misbrugscenter Boafsnit	Region Hovedstaden		62	62	62
	Nordsjællands Misbrugscenter Pensionat	Region Hovedstaden		8	8	8
	Overførstegården	Gentofte		23	23	23
	Røde Kors Natherberg	Region Hovedstaden		8	8	8
	Solvang	Region Hovedstaden		25	25	25
	Solvang udslusning	Region Hovedstaden		4	4	4
	Tornehøjgård	Gladsaxe		20	20	20
§ 110 i alt			*9*	*177*	*177*	*177*
§ 109 og § 110	Krisecentret Svendebjerggård	Region Hovedstaden		25	25	25
§ 109 og § 110 i alt			*1*	*25*	*25*	*25*

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014

Tabel 8: Oversigt over kommunikationscentre til voksne

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2015	Antal pladser 2015	2016	2017
	Kommunikationscentret Hillerød	Hillerød		-	-	-
	Kommunikationscentret i Region H	Region Hovedstaden		-	-	-
	Center for Specialundervisning for Voksne	København		-	-	-
Kommunikationscentre i alt			**3**	**-**	**-**	**-**

Note: Der er ikke indberettet oplysninger om belægning og kapacitet for disse tilbud til Udviklingsstrategi 2015.
Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014

Tabel 9: Oversigt over øvrige tilbud til voksne

Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2014	Antal pladser 2014	2015	2016
	Specialtandplejen i Rudersdal	Rudersdal		-	-	-
	Specialtandplejen i Gentofte	Gentofte		-	-	-
	Falck Hjælpemiddelcenter			-	-	-

Note: Der er ikke indberettet oplysninger om belægning og kapacitet for disse tilbud til Udviklingsstrategi 2015.
Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014

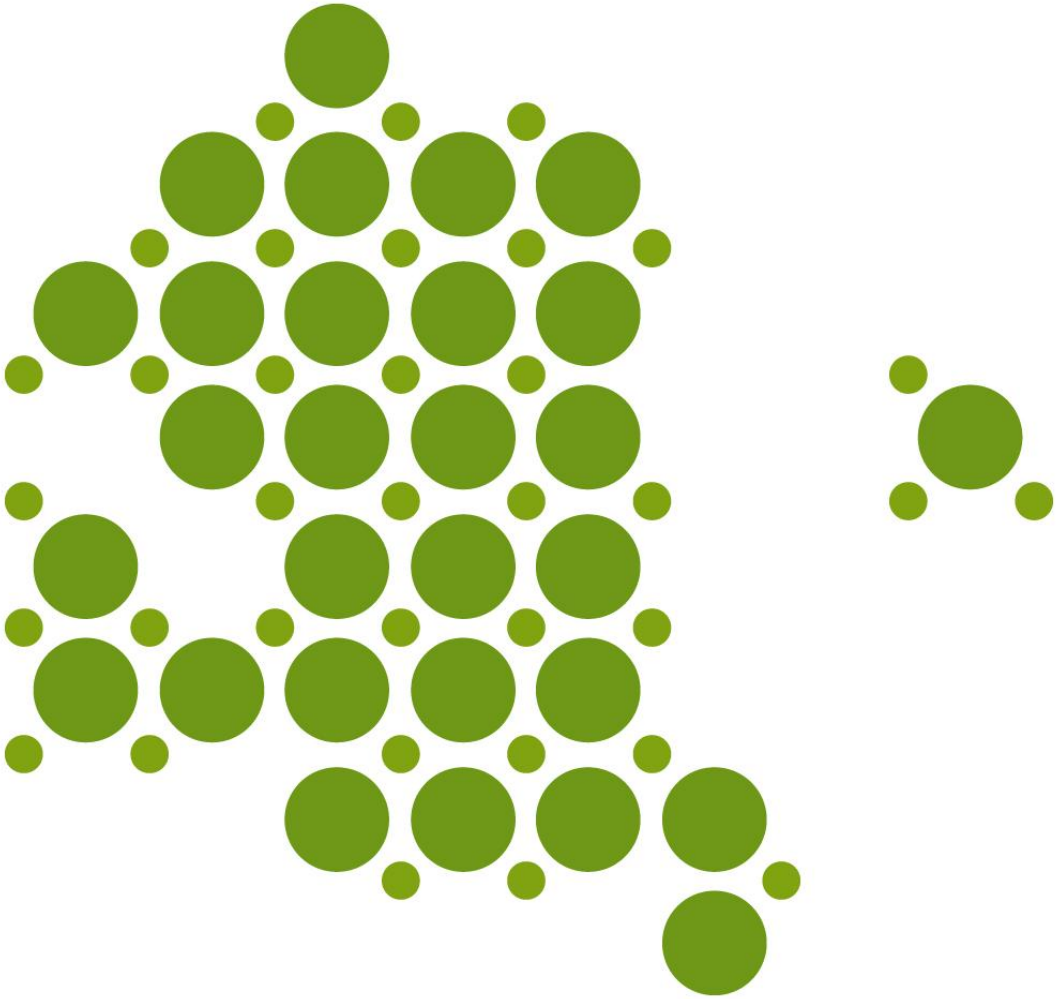
Tilbudstyper på børne- og ungeområdet fordelt efter målgruppe og tilbudstype

Tabel 10: Oversigt over tilbud målrettet Børn og unge fordelt på målgrupper

Målgruppe	Paragraf	Tilbud	Driftsherre (kommune/region)	Antal tilbud 2015	Antal pladser 2015	2016	2017
Sindslidelse	§ 66 nr. 6	Behandlingshjemmet Nødebogård	Region Hovedstaden		28	28	28
	§ 66 nr. 6 afl	Behandlingshjemmet Nødebogård	Region Hovedstaden		1	1	1
	§ 66 nr. 6 / § 107	Nødebogård Mikkelbo	Region Hovedstaden		5	5	5
Sindslidelse i alt				*3*	*34*	*34*	*34*
Autisme	§ 32	Sofieskolen	Gladsaxe		8	8	8
	§ 36	Sofieskolen	Gladsaxe		25	25	25
	§ 66 nr. 6	Sofieskolen	Gladsaxe		17	17	17
	§ 66 nr. 6 afl	Granbohus	Fredensborg		7	7	7
	§ 66 nr. 6 afl	Ishøjgård	Ishøj/Vallensbæk		6	6	6
Autisme total				*5*	*63*	*63*	*63*
Nedsat psykisk funktionsevne	§ 32	Troldemosen	Gentofte		30	30	30
	§ 66 nr. 6	Camillehusene	Gentofte		21	21	21
	§ 66 nr. 6 afl	3-Kløveren	Region Hovedstaden		2	2	2
	§ 66 nr. 6 afl	Granbohus	Fredensborg		38	38	38
	§ 66 nr. 6 afl	Lundø	Gentofte		22	22	22
	§ 66 nr. 6 / § 107	3-Kløveren	Region Hovedstaden		28	28	28
	§ 66 nr. 6 / § 107	Broen	Gentofte		16	16	16
Nedsat psykisk funktionsevne i alt				*7*	*157*	*157*	*157*
Nedsat fysisk funktionsevne	SEL/SUL	Børnecenter for Rehabilitering	Region Hovedstaden		-	-	-
	SEL/SUL	Børneterapien	Gentofte kommune		-	-	-
Nedsat fysisk funktionsevne i alt				*2*	-	-	-
Ingen specifik målgruppe	§ 36	Behandlingshjemmet Nødebogård	Region Hovedstaden	1	8	8	8
Kommunikationscentre		Kommunikationscentret Hillerød	Hillerød		-	-	-
		Kommunikationscentret i Region H	Region Hovedstaden		-	-	-
Kommunikationscentre i alt				*2*	-	-	-
Børn og unge total				**20**	**262**	**262**	**262**

Note: § 66 nr. 6 aflastning Granbohus målrettet målgruppen nedsat psykisk funktionsevne omfatter også tilbud til unge voksne. Tilbuddet omfatter både psykisk og fysisk funktionsnedsættelse.
Note: Der er ikke indberettet oplysninger om belægning og kapacitet for Børnecenter for rehabilitering, Børneterapien samt kommunikationscentrene til Udviklingsstrategi 2015.
Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014

Bilag 4 - Udviklingsstrategi 2015



Oversigt over belægning og kapacitet på tilbudstyper fordelt efter målgruppe og geografisk placering af tilbuddene

Kommuner i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden

2015

Geografisk placering af tilbuddene

Indberetninger om kapacitet og belægning vedrørende tilbud omfattet af Udviklingsstrategi 2015 er i forbindelse med analysen grupperet ud fra tilbuddenes geografiske placering i hovedstadsregionen. Den geografiske gruppering er opgjort forskelligt for henholdsvis tilbud på børne- og ungeområdet og voksenområdet. Årsagen er hensynstagen til den tværkommunale organisering af samarbejdsrelationer, der som udgangspunkt varierer alt efter om der er tale om børne- og unge- eller voksenområdet. På børne- og ungeområdet tager grupperingen således udgangspunkt i dels de seks netværk, der er etableret som frivilligt forpligtende netværkssamarbejde i regi af den Koordinerende Funktion for Specialundervisning (KFS), og dels i forhold til kommunernes geografiske nærhed til hinanden. På voksenområdet er grupperingen dels opgjort med udgangspunkt i de fire planlægningsområder i regionen, som hver har et områdehospital, der tager sig af akutte behandlinger m.v., og dels i forhold til kommunernes geografiske nærhed til hinanden. De geografiske grupperinger afspejler således ikke nødvendigvis driftsherre. Grupperingerne er vist i oversigten nedenfor.

Tabel 1: Oversigt over geografiske grupperinger på henholdsvis børne- og ungeområdet og voksenområdet

Område	Grupperinger	Kommuner
Børne- og ungeområdet	**1. Nord** *(netværk 1 + 2)*	Hørsholm, Fredensborg, Frederikssund, Gribskov, Halsnæs, Hillerød, Helsingør Kommuner
	2. Midt *(netværk 3 + 4 eksklusiv Frederiksberg)*	Allerød, Herlev, Egedal, Furesø, Ballerup, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal, Gentofte, Gladsaxe Kommuner
	3. Syd *(netværk 6 eksklusiv Tårnby og Dragør)*	Albertslund, Ishøj, Glostrup, Vallensbæk, Høje-Taastrup, Brøndby, Rødovre, Hvidovre Kommuner
	4. Hovedstadsområdet, Amager og øer *(netværk 7 + 8 inklusiv Frederiksberg,*	Dragør, Bornholms, Tårnby, Frederiksberg, Københavns Kommuner
Voksenområdet	**1. Nord**	Allerød, Fredensborg, Frederikssund, Halsnæs, Gribskov, Helsingør, Hillerød og Hørsholm Kommuner
	2. Midt	Ballerup, Egedal, Furesø, Herlev, og Gladsaxe , Rødovre, Gentofte, Lyngby-Tårbæk, Rudersdal Kommuner
	3. Syd	Hvidovre, Tårnby, Dragør, Brøndby, Glostrup, Albertslund, Høje-Taastrup, Ishøj, Vallensbæk Kommuner
	4. Hovedstadsområdet og Bornholm	København, Frederiksberg, Bornholm Kommuner

Nedenfor er belægning og kapacitet på henholdsvis voksenområdet og børne- og ungeområdet opgjort efter målgruppe, tilbudstype og tilbuddenes geografiske beliggenhed.

Tilbudstyper på voksenområdet fordelt efter målgruppe og geografisk placering af tilbuddene

Tabel 2: Oversigt over belægning og fremtidig kapacitet for tilbud målrettet voksne med sindslidelse

Paragraf	Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
§ 103	1. Nord	Pladstal	1	44	41	41	41	41	41	41
		Pladsforbrug i alt		37,4	39,3	41				
		Belægningsprocent for perioden		85%	96%	100%				
		Pladsforbrug egen kommune		0	0	19				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		33,7	35,5	22				
		Pladsforbrug øvrige regioner		3,6	3,7	0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 104	1. Nord	Pladstal	2	5	5	3	3	3	3	3
		Pladsforbrug i alt		2,9	3,3	2,9				
		Belægningsprocent for perioden		59%	65%	96%				
		Pladsforbrug egen kommune		0	0	1,9				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		2,9	3,3	1,0				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0	0	0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
	2. Midt	Pladstal	2	20	20	20	2	2	2	2
		Pladsforbrug i alt		18,1	12,5	13,8				
		Belægningsprocent for perioden		90%	63%	69%				
		Pladsforbrug egen kommune		0	0	0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		17,4	12,5	11,8				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,7	0,0	2,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
	3. Syd	Pladstal	1	30	26	6	5	5	5	5
		Pladsforbrug i alt		29,4	25,1	5,5				
		Belægningsprocent for perioden		98%	96%	91%				
		Pladsforbrug egen kommune		2,2	6,8	0,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		27,2	18,3	5,5				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0	0	0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 103 og § 104	2. Midt	Pladstal	1			4	4	4	4	4
		Pladsforbrug i alt				0				
		Belægningsprocent for perioden				0%				
		Pladsforbrug egen kommune				0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen				0				
		Pladsforbrug øvrige regioner				0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)				0				

Punkt nr. 3 - Beslutningssag: Rammeaftale for det specialiserede socialområde 2015 - Udviklingsstrategi
Bilag 1 - Side -38 af 103

Paragraf	Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
§ 107	1. Nord	Pladstal	5	7	58	81	87	87	87	87
		Pladsforbrug i alt		9,1	59,5	84,6				
		Belægningsprocent for perioden		130%	103%					
		Pladsforbrug egen kommune		0	24,9	33,9				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		9,1	33,0	48,8				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,0	1,5	1,9				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
	2. Midt	Pladstal	1	12	12	12	12	12	12	12
		Pladsforbrug i alt		11,6	11,9	12,1				
		Belægningsprocent for perioden		96%	99%	101%				
		Pladsforbrug egen kommune		6,2	5,5	5,9				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		5,4	6,4	6,2				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0	0	0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
	3. Syd	Pladstal	2	30	30	30	30	30	30	30
		Pladsforbrug i alt		28,7	29,6	30,0				
		Belægningsprocent for perioden		96%	99%	100%				
		Pladsforbrug egen kommune		2,7	5,4	5,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		25,0	23,2	22,9				
		Pladsforbrug øvrige regioner		1,0	1,0	2,1				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 108	1. Nord	Pladstal	5	150	100	100	72	72	72	72
		Pladsforbrug i alt		140,6	98,4	97,8				
		Belægningsprocent for perioden		94%	98%	98%				
		Pladsforbrug egen kommune		43,5	23,8	24,6				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		89,4	69,0	69,1				
		Pladsforbrug øvrige regioner		7,8	5,6	4,1				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
	2. Midt	Pladstal	3	66	64	64	64	64	64	64
		Pladsforbrug i alt		64,0	60,8	63,3				
		Belægningsprocent for perioden		97%	95%	99%				
		Pladsforbrug egen kommune		6,3	7,4	10,5				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		57,7	53,3	52,7				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0	0	0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
	3. Syd	Pladstal	3	178	168	137	137	137	137	137
		Pladsforbrug i alt		173,2	163,3	134,8				
		Belægningsprocent for perioden		97%	97%	98%				
		Pladsforbrug egen kommune		21,3	18,5	21,2				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		148,0	139,4	108,2				
		Pladsforbrug øvrige regioner		3,8	5,3	5,5				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 107 og § 108	1. Nord	Pladstal	3	22	46	52	76	80	80	80
		Pladsforbrug i alt		21,4	39,1	37,6				
		Belægningsprocent for perioden		97%	85%	72%				
		Pladsforbrug egen kommune		4,1	2,5	2,7				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		17,3	36,6	33,4				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0	0	1,6				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
	2. Midt	Pladstal	2		34	34	34	34	34	34
		Pladsforbrug i alt			32,0	33,8				
		Belægningsprocent for perioden			94%	99%				
		Pladsforbrug egen kommune			0	0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen			31,6	32,8				
		Pladsforbrug øvrige regioner			0,3	1,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)			0	0				
§ 85	2. Midt	Pladstal	1			24	24	24	24	24
		Pladsforbrug i alt				23,7				
		Belægningsprocent for perioden				99%				
		Pladsforbrug egen kommune				8				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen				14,7				
		Pladsforbrug øvrige regioner				1				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)				0				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014.

Tabel 3: Oversigt over belægning og fremtidig kapacitet for tilbud målrettet voksne med autisme

Paragraf	Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
§ 104	1. Nord	Pladstal	1	14	14	15	15	15	15	15
		Pladsforbrug i alt		17,6	18,0	14,7				
		Belægningsprocent for perioden		126%	129%	98%				
		Pladsforbrug egen kommune		3,6	4	2,5				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		13,0	13,0	11,3				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0	0	0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		1	1	1				
	2. Midt	Pladstal	4	93	95	104	104	104	104	104
		Pladsforbrug i alt		92,6	97,2	99,6				
		Belægningsprocent for perioden		100%	102%	96%				
		Pladsforbrug egen kommune		8,4	11,8	15,4				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		83,8	84,9	84,1				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,5	0,5	0,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
	3. Syd	Pladstal	1	16	16	16	0	0	0	0
		Pladsforbrug i alt		12,3	14,9	9,8				
		Belægningsprocent for perioden		77%	93%	61%				
		Pladsforbrug egen kommune		0,0	0,0	0,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		12,3	14,9	9,8				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0	0	0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 107	2. Midt	Pladstal	2	3	5	5	5	5	5	5
		Pladsforbrug i alt		3,6	3,7	5,2				
		Belægningsprocent for perioden		119%	73%	105%				
		Pladsforbrug egen kommune		1,6	1,2	1,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		2,0	2,4	4,2				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0	0	0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 108	2. Midt	Pladstal	4	128	117	116	116	116	116	116
		Pladsforbrug i alt		126,5	122,4	113,4				
		Belægningsprocent for perioden		99%	105%	98%				
		Pladsforbrug egen kommune		14,9	15,6	16,6				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		110,6	105,8	95,8				
		Pladsforbrug øvrige regioner		1	1	1				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
	3. Syd	Pladstal	1	18	18	18	18	18	18	18
		Pladsforbrug i alt		18,5	17,9	18,0				
		Belægningsprocent for perioden		103%	100%	100%				
		Pladsforbrug egen kommune		0,0	0,0	0,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		18,5	17,9	17,6				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,0	0,0	0,4				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 85	1. Nord	Pladstal	1	10	10	10	10	10	10	10
		Pladsforbrug i alt		9,7	10	10				
		Belægningsprocent for perioden		97%	100%	100%				
		Pladsforbrug egen kommune		1,7	2	1				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		7	7	8				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0	0	0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		1	1	1				
	2. Midt	Pladstal	1		21	22	21	21	21	21
		Pladsforbrug i alt			19,6	22,0				
		Belægningsprocent for perioden			93%					
		Pladsforbrug egen kommune			6,0	7				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen			13,6	15,0				
		Pladsforbrug øvrige regioner			0	0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)			0	0				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014.

Figur 4: Oversigt over belægning og fremtidig kapacitet for tilbud målrettet voksne med nedsat psykisk funktionsevne

Paragraf	Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
§ 103	1. Nord	Pladstal	2	62	53	50	46	46	46	46
		Pladsforbrug i alt		59,3	46,7	44,3				
		Belægningsprocent for perioden		96%	88%	89%				
		Pladsforbrug egen kommune		0	0	3,2				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		50,3	39,5	34,5				
		Pladsforbrug øvrige regioner		9,0	7,2	6,6				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 104	1. Nord	Pladstal	8	130	133	131	135	135	135	135
		Pladsforbrug i alt		142,7	148,5	149,8				
		Belægningsprocent for perioden		110%	112%	114%				
		Pladsforbrug egen kommune		47,3	52,4	57,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		91,9	92,4	87,8				
		Pladsforbrug øvrige regioner		3,5	3,7	5,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
	2. Midt	Pladstal	13	697	673	671,5	687	687	687	687
		Pladsforbrug i alt		647,1	676,0	684,7				
		Belægningsprocent for perioden		93%	100%					
		Pladsforbrug egen kommune		78,2	84,3	93,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		553,6	570,3	568,7				
		Pladsforbrug øvrige regioner		14,5	20,5	22,3				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0,8	0,8	0,8				
	3. Syd	Pladstal	1	170	144	158	164	164	164	164
		Pladsforbrug i alt		119,7	138,9	160,0				
		Belægningsprocent for perioden		70%	96%	101%				
		Pladsforbrug egen kommune		16,7	26,0	24,9				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		101,0	112,9	135,1				
		Pladsforbrug øvrige regioner		2	0	0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 107	1. Nord	Pladstal	2	36	36	36	36	36	36	36
		Pladsforbrug i alt		37,6	34,5	33,2				
		Belægningsprocent for perioden		104%	96%	92%				
		Pladsforbrug egen kommune		10,8	12,0	13,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		26,8	22,5	20,2				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,0	0,0	0,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
	2. Midt	Pladstal	1	3	3	3	3	3	3	3
		Pladsforbrug i alt		2,5	2,4	3,0				
		Belægningsprocent for perioden		83%	81%	100%				
		Pladsforbrug egen kommune		2,5	2,0	2,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		0,0	0,4	1,0				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0	0	0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
	3. Syd	Pladstal	1	1	1	1	1	1	1	1
		Pladsforbrug i alt		2,0	1,4	1,7				
		Belægningsprocent for perioden		203%	143%	167%				
		Pladsforbrug egen kommune		0,0	0,0	0,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		2,0	1,4	1,5				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,0	0,0	0,2				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 107 afl	2. Midt	Pladstal	1	11	11	11	10,5	10,5	10,5	10,5
		Pladsforbrug i alt		8,6	8,2	10,9				
		Belægningsprocent for perioden		78%	75%	99%				
		Pladsforbrug egen kommune		1,2	1,2	0,9				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		7,4	7,0	10,0				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0	0	0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				

Paragraf	Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
§ 108	1. Nord	Pladstal	11	250	251	258	258	258	258	258
		Pladsforbrug i alt		250,2	251,8	253,3				
		Belægningsprocent for perioden		100%	100%	98%				
		Pladsforbrug egen kommune		65,6	69,0	77,7				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		177,6	177,7	166,2				
		Pladsforbrug øvrige regioner		6,0	4,2	9,4				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		1	1,0	0				
	2. Midt	Pladstal	13	473,99	471	365	448	448	448	448
		Pladsforbrug i alt		433,0	455,9	357,7				
		Belægningsprocent for perioden		91%	97%	98%				
		Pladsforbrug egen kommune		57,3	68,0	58,3				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		362,3	373,7	290,2				
		Pladsforbrug øvrige regioner		13,4	14,2	9,3				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
	3. Syd	Pladstal	6	176	176	176	176	176	176	176
		Pladsforbrug i alt		175,8	172,0	174,5				
		Belægningsprocent for perioden		100%	98%	99%				
		Pladsforbrug egen kommune		28,5	25,0	50,4				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		143,3	142,7	119,3				
		Pladsforbrug øvrige regioner		3,0	3,3	3,7				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		1	0,9973	1				
§ 85	1. Nord	Pladstal	2	37	37	37	37	37	37	37
		Pladsforbrug i alt		36,3	38,8	36,6				
		Belægningsprocent for perioden		98%	105%	99%				
		Pladsforbrug egen kommune		6,3	9	7,6				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		30	29,8	29				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0	0	0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
	2. Midt	Pladstal	1	23	23	23	23	23	23	23
		Pladsforbrug i alt		22,9	26,9	23,0				
		Belægningsprocent for perioden		100%	117%	100%				
		Pladsforbrug egen kommune		5,9	9,9	6				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		17	17,0	17,0				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0	0	0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014.

Tabel 5. Oversigt over belægning og fremtidig kapacitet for tilbud målrettet voksne med nedsat fysisk funktionsevne

Paragraf	Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
§ 104	1. Nord	Pladstal	1	18	18	18	18	18	18	18
		Pladsforbrug i alt		19,2	18,5	18,5				
		Belægningsprocent for perioden		107%	103%	103%				
		Pladsforbrug egen kommune		3,0	3,0	6,5				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		15,7	15,0	11,5				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,5	0,5	0,5				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
	2. Midt	Pladstal	3	55	55	55	55	55	55	55
		Pladsforbrug i alt		54,8	56,9	56,5				
		Belægningsprocent for perioden		100%	103%	103%				
		Pladsforbrug egen kommune		1,5	1,5	2,9				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		48,3	51,1	49,4				
		Pladsforbrug øvrige regioner		3,6	2,9	2,7				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		1,4	1,4	1,5				
	3. Syd	Pladstal	1	12	12	12	12	12	12	12
		Pladsforbrug i alt		9,3	13,2	13,4				
		Belægningsprocent for perioden		78%	110%	112%				
		Pladsforbrug egen kommune		1,7	3,0	3,7				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		6,0	6,2	5,7				
		Pladsforbrug øvrige regioner		1,6	4	4				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 107	1. Nord	Pladstal	1	11	9	8	8	8	8	8
		Pladsforbrug i alt		9,3	8,7	8,0				
		Belægningsprocent for perioden		85%	96%	100%				
		Pladsforbrug egen kommune		3,0	2,1	2,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		4,3	4,6	3,0				
		Pladsforbrug øvrige regioner		2,0	2,0	3,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 108	1. Nord	Pladstal	2	58	56	63	56	56	56	56
		Pladsforbrug i alt		58,0	56,4	69,2				
		Belægningsprocent for perioden		100%	101%					
		Pladsforbrug egen kommune		3,0	3,0	11,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		46,0	44,4	49,2				
		Pladsforbrug øvrige regioner		9,0	9,0	9,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0,0	0				
	2. Midt	Pladstal	3	152	152	152	152	152	152	152
		Pladsforbrug i alt		149,2	147,3	149,9				
		Belægningsprocent for perioden		98%	97%	99%				
		Pladsforbrug egen kommune		6,0	6,5	21,8				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		126,2	127,6	111,2				
		Pladsforbrug øvrige regioner		16,1	12,2	15,9				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		1	1,0	1				
	3. Syd	Pladstal	1	50	50	50	50	50	50	50
		Pladsforbrug i alt		50,0	49,7	49,4				
		Belægningsprocent for perioden		100%	99%	99%				
		Pladsforbrug egen kommune		13,3	14,3	13,7				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		31,0	29,4	30,8				
		Pladsforbrug øvrige regioner		5,7	5,9	5,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 85	1. Nord	Pladstal	2	14	14	14	14	14	14	14
		Pladsforbrug i alt		14,0	14,0	13,2				
		Belægningsprocent for perioden		100%	100%	95%				
		Pladsforbrug egen kommune		5,0	5	5,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		8	8,0	7,7				
		Pladsforbrug øvrige regioner		1	1	0,6				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014.

Tabel 6: Oversigt over belægning og fremtidig kapacitet for tilbud målrettet voksne med stofmisbrug

Paragraf	Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
§ 101	1. Nord	Pladstal (ambulante forløb)	1	440	345	240	240	240	240	240
		Pladsforbrug i alt		411	252	197				
		Belægningsprocent for perioden		93%	73%	82%				
		Pladsforbrug egen kommune		0	0	0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		372	247	193				
		Pladsforbrug øvrige regioner		39	5	4				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
	3. Syd	Pladstal (ambulante forløb)	1	765	714	714	714	714	714	714
		Pladsforbrug i alt		792,3	733,6	707,5				
		Belægningsprocent for perioden		104%	103%	99%				
		Pladsforbrug egen kommune		45,3	44,4	44,1				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		742,2	686,1	659,7				
		Pladsforbrug øvrige regioner		4,7	3,1	3,8				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 142	3. Syd	Pladstal (ambulante forløb)	1	765	714	714	714	714	714	714
		Pladsforbrug i alt		792,3	732,9	694,2				
		Belægningsprocent for perioden		104%	103%	97%				
		Pladsforbrug egen kommune		45,3	44,2	45,6				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		742,2	685,9	645,0				
		Pladsforbrug øvrige regioner		4,7	2,8	3,6				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014.

Tabel 7: Oversigt over belægning og fremtidig kapacitet for tilbud målrettet voksne med alkoholmisbrug

Paragraf	Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
§ 141	1. Nord	Pladstal	1	485	380	265	265	265	265	265
		Pladsforbrug i alt		302	248	163				
		Belægningsprocent for perioden		62%	65%	62%				
		Pladsforbrug egen kommune		0,0	0,0	0,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		294,0	248,0	163,0				
		Pladsforbrug øvrige regioner		8,0	0,0	0,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0,0	0,0	0,0				
	3. Syd	Pladstal (ambulante forløb)	1	135	135	135	135	135	135	135
		Pladsforbrug i alt		141,6	134,3	145,6				
		Belægningsprocent for perioden		105%	99%	94%				
		Pladsforbrug egen kommune		48,3	50,7	53,6				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		82,1	75,6	81,9				
		Pladsforbrug øvrige regioner		11,2	8,0	10,1				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
		Pladstal (dagpladser)	1	9	9	9	9	9	9	9
		Pladsforbrug i alt		2,6	2,9	1,4				
		Belægningsprocent for perioden		0,3	0,3					
		Pladsforbrug egen kommune		0,0	0,3	0,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		2,1	2,3	1,3				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,5	0,2	0,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
		Pladstal (døgnpladser)	1	6	6	6	6	6	6	6
		Pladsforbrug i alt		4,4	7,5	5,1				
		Belægningsprocent for perioden		0,7	1,2					
		Pladsforbrug egen kommune		0,5	0,4	0,1				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		3,4	5,4	4,7				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,5	1,6	0,3				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 142	1. Nord	Pladstal	1	260	180	160	160	160	160	160
		Pladsforbrug i alt		261	192	126				
		Belægningsprocent for perioden		100%	107%	79%				
		Pladsforbrug egen kommune		0,0	0,0	0,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		253,0	180,0	126,0				
		Pladsforbrug øvrige regioner		8,0	12,0	0,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0,0	0,0	0,0				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014.

Tabel 8. Oversigt over belægning og fremtidig kapacitet for tilbud målrettet voldsramte kvinder og hjemløse

Paragraf	Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
§ 109 Krisecentre	1. Nord	Pladstal	3	19	19	19	19	19	19	19
		Pladsforbrug i alt		16,7	11,5	34,4				
		Belægningsprocent for perioden		88%	61%	181%				
		Pladsforbrug egen kommune		0,9	1,7	2,7				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		11,3	6,3	7,1				
		Pladsforbrug øvrige regioner		4,5	3,5	3,9				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0,0	0,0	22,8				
	2. Midt	Pladstal	2	21	21	21	21	21	21	21
		Pladsforbrug i alt		20,6	20,3	20,4				
		Belægningsprocent for perioden		98%	97%					
		Pladsforbrug egen kommune		2,3	0,6	1,3				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		16,8	17,6	12,0				
		Pladsforbrug øvrige regioner		1,4	2,1	7,2				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 110 Forsorgshjem	1. Nord	Pladstal	3	59	59	67	78	78	78	78
		Pladsforbrug i alt		62,4	72,7	73,6				
		Belægningsprocent for perioden		106%	123%	110%				
		Pladsforbrug egen kommune		0,0	0,0	7,4				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		50,7	59,6	52,5				
		Pladsforbrug øvrige regioner		11,7	13,1	13,8				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0,0	0,0	0,0				
	2. Midt	Pladstal	2	43	43	43	43	43	43	43
		Pladsforbrug i alt		42,9	46,1	41,7				
		Belægningsprocent for perioden		100%	107%	97%				
		Pladsforbrug egen kommune		6,12	5,01	5,41				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		29,83	35,90	32,57				
		Pladsforbrug øvrige regioner		6,95	5,19	3,67				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0,00	0,00	0,00				
	3. Syd	Pladstal	4	54	55	55	56	56	56	56
		Pladsforbrug i alt		36,7	53,8	50,4				
		Belægningsprocent for perioden		68%	98%	92%				
		Pladsforbrug egen kommune		0,4	6,0	4,4				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		31,4	38,8	39,2				
		Pladsforbrug øvrige regioner		4,9	9,1	6,8				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 109 og § 110	3. Syd	Pladstal	1	25	25	25	25	25	25	25
		Pladsforbrug i alt		26,3	25,4	26,4				
		Belægningsprocent for perioden		105%	102%					
		Pladsforbrug egen kommune		0,0	0,0	3,6				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		22,3	21,1	17,5				
		Pladsforbrug øvrige regioner		4,0	4,3	5,2				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014.

Tabel 9: Oversigt over belægning og fremtidig kapacitet for kommunikationscentre målrettet voksne

Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1. Nord	Pladstal	1	-	-	-	-	-	-
	Pladsforbrug i alt		-	-				
	Belægningsprocent for perioden		-	-				
	Pladsforbrug egen kommune		-	-				
	Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		-	-				
	Pladsforbrug øvrige regioner		-	-				
	Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		-	-				
2. Midt	Pladstal	1	-	-	-	-	-	-
	Pladsforbrug i alt		-	-				
	Belægningsprocent for perioden		-	-				
	Pladsforbrug egen kommune		-	-				
	Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		-	-				
	Pladsforbrug øvrige regioner		-	-				
	Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		-	-				
3. Hovedstad og Bornholm	Pladstal	1	-	-	-	-	-	-
	Pladsforbrug i alt		-	-				
	Belægningsprocent for perioden		-	-				
	Pladsforbrug egen kommune		-	-				
	Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		-	-				
	Pladsforbrug øvrige regioner		-	-				
	Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		-	-				

Note: Der er ikke indberettet oplysninger om belægning og kapacitet for disse tilbud til Udviklingsstrategi 2015.
Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014.

Tabel 10: Oversigt over belægning og fremtidig kapacitet for kommunikationscentre målrettet voksne

Tilbud	Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Specialtandpleje	2. Midt	Pladstal	2	-	-	-	-	-	-
		Pladsforbrug i alt		-	-				
		Belægningsprocent for perioden		-	-				
		Pladsforbrug egen kommune		-	-				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		-	-				
		Pladsforbrug øvrige regioner		-	-				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		-	-				
Hjælpemidler	1. Nord	Pladstal	1	-	-	-	-	-	-
		Pladsforbrug i alt		-	-				
		Belægningsprocent for perioden		-	-				
		Pladsforbrug egen kommune		-	-				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		-	-				
		Pladsforbrug øvrige regioner		-	-				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		-	-				

Note: Der er ikke indberettet oplysninger om belægning og kapacitet for disse tilbud til Udviklingsstrategi 2015.
Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014.

Tilbudstyper på børne- og ungeområdet fordelt efter målgruppe og geografisk placering af tilbuddene

Tabel 11: Oversigt over belægning og fremtidig kapacitet for tilbud målrettet børn og unge med sindslidelse

Paragraf	Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
§ 66 nr. 6	1. Nord	Pladstal	1	44	39	34	28	28	28	28
		Pladsforbrug i alt		39,9	29,2	26,1				
		Belægningsprocent for perioden		91%	75%	59%				
		Pladsforbrug egen kommune		0,0	0,0	1,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		32,5	22,8	21,7				
		Pladsforbrug øvrige regioner		7,3	6,4	3,4				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 66 nr. 6 Afl.	1. Nord	Pladstal	1		1	1	1	1	1	1
		Pladsforbrug i alt		0,0	0,1	0,4				
		Belægningsprocent for perioden		0%	11%	36%				
		Pladsforbrug egen kommune		0,0	0,0	0,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		0,0	0,1	0,3				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,0	0,0	0,1				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0,0	0	0				
§ 66 nr. 6 og §107	1. Nord	Pladstal	1	5	5	5	5	5	5	5
		Pladsforbrug i alt		32,0	29,9	5,5				
		Belægningsprocent for perioden		0,9	1,1	1,1				
		Pladsforbrug egen kommune				0,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen				0,2				
		Pladsforbrug øvrige regioner				0,9				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)				0,0				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014.

Tabel 12: Oversigt over belægning og fremtidig kapacitet for tilbud målrettet børn og unge med autisme

Paragraf	Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
§ 32	2. Midt	Pladstal	1	8	8	8	8	8	8	8
		Pladsforbrug i alt		7,3	7,0	5,2				
		Belægningsprocent for perioden		91%	88%	84%				
		Pladsforbrug egen kommune		0,2	1,0	1,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		7,1	6,0	4,2				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0	0	0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
	3. Syd	Pladstal		25						
		Pladsforbrug i alt		18,4						
		Belægningsprocent for perioden		74%						
		Pladsforbrug egen kommune		2,0						
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		16,4						
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,0						
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0,0						
§ 36	2. Midt	Pladstal	1	25	25	25	25	25	25	25
		Pladsforbrug i alt		24,2	21,5	23,8				
		Belægningsprocent for perioden		97%	86%	75%				
		Pladsforbrug egen kommune		3,5	3,3	4,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		20,3	18,2	18,8				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,4	0,0	1,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				
§ 66 nr. 6	2. Midt	Pladstal	1	23	22	19,5	17	17	17	17
		Pladsforbrug i alt		13,4	19,2	18,5				
		Belægningsprocent for perioden		58%	87%	116%				
		Pladsforbrug egen kommune		1,3	1,5	2,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		12,0	17,7	16,5				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,0	0,0	0,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0,0	0,0	0,0				

Paragraf	Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
§ 66 nr. 6 afl	1. Nord	Pladstal	1	7	7	7	7	7	7	7
		Pladsforbrug i alt		6,3	7,4	7,5				
		Belægningsprocent for perioden		89%	106%	123%				
		Pladsforbrug egen kommune		0,81	0,94	0,86				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		5,45	6,49	6,59				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,0	0,0	0,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0,0	0,0	0,0				
§ 66 nr. 6 afl	3. Syd	Pladstal	1	4	4	6	6	6	6	6
		Pladsforbrug i alt		3,8	3,4	3,6				
		Belægningsprocent for perioden		96%	86%	76%				
		Pladsforbrug egen kommune		2,2	1,7	1,5				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		1,6	1,7	1,8				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,0	0,0	0,2				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0,0	0,0	0,0				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014.

Tabel 13: Oversigt over belægning og fremtidig kapacitet for tilbud målrettet børn og unge med nedsat psykisk funktionsevne

Paragraf	Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
§ 32	2. Midt	Pladstal	1	30	30	32	32	30	30	30
		Pladsforbrug i alt		34,8	36,3	38,3				
		Belægningsprocent for perioden		116%	121%	120%				
		Pladsforbrug egen kommune		6,4	5,6	3,4				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		28,4	30,6	34,8				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,0	0,0	0,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0,0	0,0	0,0				
§ 66 nr. 6	2. Midt	Pladstal	1	21	21	21	21	21	21	21
		Pladsforbrug i alt		22,2	22,8	22,3				
		Belægningsprocent for perioden		106%	109%					
		Pladsforbrug egen kommune		5,5	3,0	2,3				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		16,7	19,8	20,0				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,0	0,0	0,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0,0	0,0	0,0				
§ 66 nr. 6 og § 107	1. Nord	Pladstal	1	35	28	28	28	28	28	28
		Pladsforbrug i alt		32,0	29,9	29,4				
		Belægningsprocent for perioden		91%	107%	105%				
		Pladsforbrug egen kommune		0,0	0,0	0,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		32,0	29,9	29,4				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,0	0,0	0,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0,0	0,0	0,0				
	2. Midt	Pladstal	1	17	16	16	16	16	16	16
		Pladsforbrug i alt		16,5	16,1	16,6				
		Belægningsprocent for perioden		97%	101%	103%				
		Pladsforbrug egen kommune		0,7	3,0	3,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		14,8	12,1	11,3				
		Pladsforbrug øvrige regioner		1,0	1,0	2,3				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0,0	0,0	0,0				
§ 66 nr. 6 afl	1. Nord	Pladstal	2	41	40	40	40	40	40	40
		Pladsforbrug i alt		37,0	37,0	35,6				
		Belægningsprocent for perioden		90%	92%	89%				
		Pladsforbrug egen kommune		4,26	3,92	3,35				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		32,75	32,94	32,22				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,0	0,1	0,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0,0	0,0	0,0				
	2. Midt	Pladstal	1	24	22	22	22	22	22	22
		Pladsforbrug i alt		20,5	19,7	19,9				
		Belægningsprocent for perioden		85%	90%	91%				
		Pladsforbrug egen kommune		2,2	2,4	3,2				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		18,3	17,1	15,8				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,0	0,3	0,9				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0	0	0				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014.

Punkt nr. 3 - Beslutningssag: Rammeaftale for det specialiserede socialområde 2015 - Udviklingsstrategi
Bilag 1 - Side -48 af 103

Tabel 14: Oversigt over belægning og fremtidig kapacitet for tilbud målrettet børn og unge med nedsat fysisk funktionsevne

Paragraf	Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
SEL/SUL	2. Midt	Pladstal	2	-	-	-	-	-	-	
		Pladsforbrug i alt		-	-					
		Belægningsprocent for perioden		-	-					
		Pladsforbrug egen kommune		-	-					
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		-	-					
		Pladsforbrug øvrige regioner		-	-					
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		-	-					

Note: Der er ikke indberettet oplysninger om belægning og kapacitet for disse tilbud til Udviklingsstrategi 2015.
Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014.

Tabel 15: Oversigt over belægning og fremtidig kapacitet for tilbud målrettet børn og unge uden specifik målgruppe

Paragraf	Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
§ 36	1. Nord	Pladstal	1	4	6	6	8	8	8	8
		Pladsforbrug i alt		3,8	8,0	8,8				
		Belægningsprocent for perioden		95%	133%	171%				
		Pladsforbrug egen kommune		0,0	0,0	0,0				
		Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		3,4	7,0	7,8				
		Pladsforbrug øvrige regioner		0,4	1,0	1,0				
		Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		0,0	0,0	0,0				

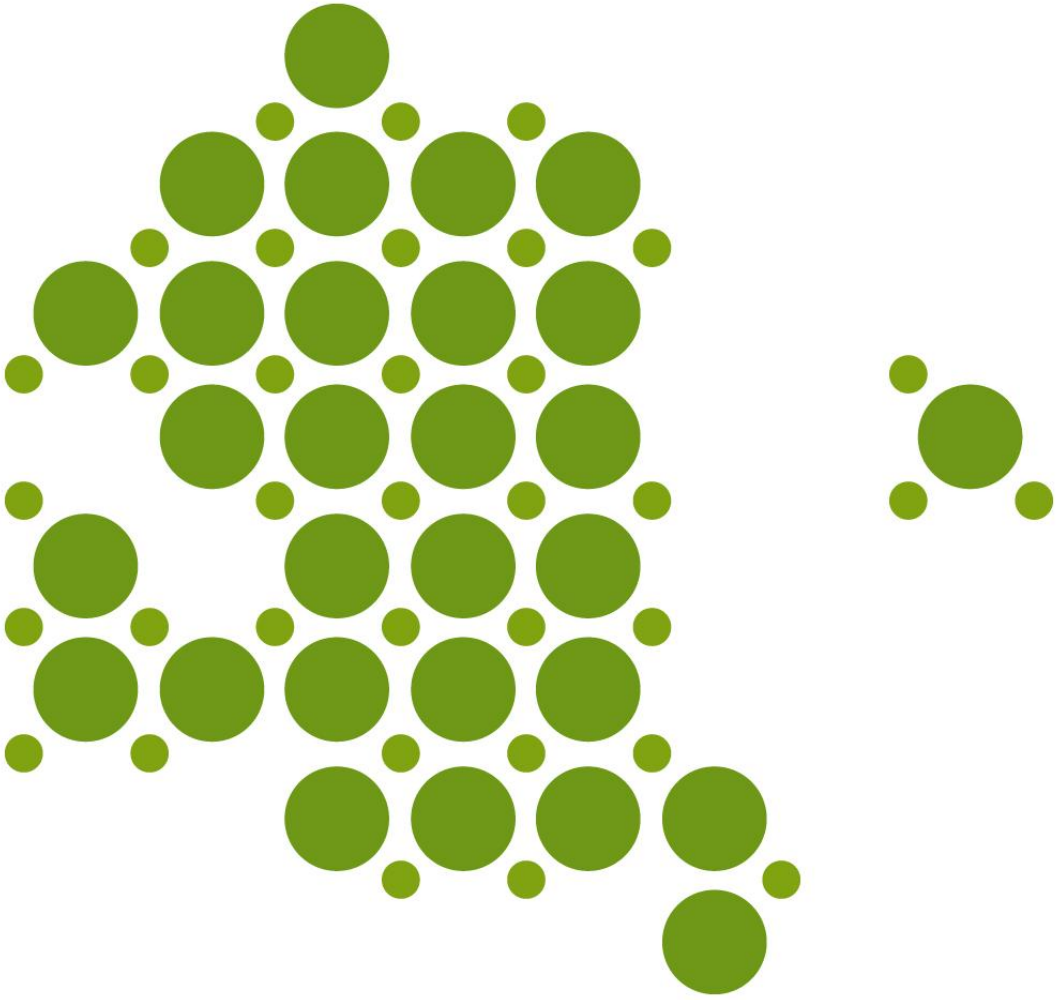
Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014.

Tabel 16: Oversigt over belægning og fremtidig kapacitet for kommunikationscentre målrettet børn og unge

Geografisk placering	Tekst	Antal tilbud 2015	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1. Nord	Pladstal	1	-	-	-	-	-	-	
	Pladsforbrug i alt		-	-					
	Belægningsprocent for perioden		-	-					
	Pladsforbrug egen kommune		-	-					
	Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		-	-					
	Pladsforbrug øvrige regioner		-	-					
	Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		-	-					
2. Midt	Pladstal	1	-	-	-	-	-	-	
	Pladsforbrug i alt		-	-					
	Belægningsprocent for perioden		-	-					
	Pladsforbrug egen kommune		-	-					
	Pladsforbrug øvrige kommuner i regionen		-	-					
	Pladsforbrug øvrige regioner		-	-					
	Pladsforbrug andet (Færøerne, Grønland m.v.)		-	-					

Note: Der er ikke indberettet oplysninger om belægning og kapacitet for disse tilbud til Udviklingsstrategi 2015.
Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariat, 2014.

Bilag 5 - Udviklingsstrategi 2015



De mest specialiserede tilbud i Udviklingsstrategi 2015

Kommuner i hovedstadsregionen og Region Hovedstaden

2015

Indledning

Udviklingsstrategi 2015 omfatter ni tilbud på henholdsvis børne- og ungeområdet og voksenområdet, som er defineret som mest specialiserede tilbud, der har behov for en særlig tværkommunal opmærksomhed. De ni tilbud er udvalgt på baggrund af deres grad af opfyldelse af seks specifikke kriterier. De seks kriterier samt de ni udvalgte tilbud gennemgås nedenfor.

For de mest specialiserede tilbud er formuleret en række fælleskommunale procedurer og tiltag, som skal bidrage til at sikre at disse tilbud får en særlig tværkommunal opmærksomhed, herunder om nødvendigt at sikre de mest specialiserede kompetencer i disse tilbud bevares og udvikles. De fælleskommunale procedurer og tiltag indgår i Styringsaftale 2015[1] og gennemgås ligeledes nedenfor.

Opstillingen af kriterier og udvælgelsen af tilbud tager udgangspunkt i en omfattende kortlægning af de mest specialiserede tilbud foretaget i 2012 og 2013. Afrapporteringen fra kortlægningen kan findes på www.rammeaftale-h.dk.

Tilbuddene i Udviklingsstrategi 2015 er i forvejen defineret som højt specialiserede tilbud, og er derfor tilbud, der kræver et stort befolkningsgrundlag og anvendes af mange kommuner. De mest specialiserede tilbud skal således betragtes som en delmængde af tilbuddene omfattet af udviklingsstrategien. De lands- og landsdelsdækkende tilbud samt sikrede afdelinger betragtes ikke som mest specialiserede tilbud, da disse tilbud er særskilt defineret i bekendtgørelser og i forvejen har særlige vilkår og finansieringsformer.

Kriterier for definition af de mest specialiserede tilbud

Der er opstillet seks kriterier, der beskriver de særlige karakteristika og behov hos målgrupperne, som de mest specialiserede tilbud skal kunne imødekomme. Et givent tilbud leve op til følgende regel for opfyldelse af de seks kriterier for at blive defineret som mest specialiseret:

Regel:	*Tilbuddet skal kunne opfylde **mindste fem** ud af samtlige seks kriterier, førend tilbuddet kan defineres som mest specialiseret.*

Det skal understreges, at selvom et givent tilbud ikke lever op til kriterierne, vil det i langt de fleste tilfælde fortsat være omfattet af udviklingsstrategien, og dermed den særlige fælleskommunale opmærksomhed dette medfører. Der vil altså ikke være tale om, at tilbuddet mister den status som højt specialiseret tilbud, som tilbuddet allerede har i dag.

Nedenfor gennemgås de seks kriterier enkeltvist i skematisk form. Kriterium 1 er beskrevet selvstændigt for henholdsvis børne- og ungeområdet og voksenområdet, da udgangspunkterne for de to områder er forskellig.

[1] Procedurer og tiltag for de mest specialiserede tilbud vil indgå i Styringsaftale 2014. Da Styringsaftalen først vil foreligge godkendt den 15. oktober 2013, er procedurer og tiltag undtagelsesvist også beskrevet i Udviklingsstrategi 2014. I fremtidige rammeaftaler vil procedurer og tiltag alene fremgå af styringsaftalen.

Punkt nr. 3 - Beslutningssag: Rammeaftale for det specialiserede socialområde 2015 - Udviklingsstrategi
Bilag 1 - Side -51 af 103

Kriterium 1 *(Børn og unge)*	***Målgrupperne skal være af en så lille volumen, at hyppigheden af tilfælde i den enkelte kommune er meget lille. Defineret som i gennemsnit maksimalt 0,5 tilfælde om året pr. 1.000 indbyggere i alderen 0-17 år.***
Kriterium 1 *(Voksen)*	***Målgrupperne skal være af en så lille volumen, at hyppigheden af tilfælde i den enkelte kommune er meget lille. Defineret som i gennemsnit maksimalt 0,5 tilfælde om året pr. 10.000 indbyggere i alderen 18-64 år.***
Beskrivelse	Formålet med dette kriterium er at kunne adskille de tilbud, som er målrettet de helt små målgrupper fra de øvrige tilbud i Udviklingsstrategien. Definitionen af en lille volumen giver en indikation af omfanget, der kan anvendes som retningsgivende ved konkrete vurderinger af tilbud.
Eksempel	Målgrupper, som har en så lille volumen, at den enkelte kommune kun sjældent oplever at have borgere inden for målgruppen, og ofte kan der gå flere år imellem tilfældene i kommunen.

Kriterium 2	***Målgrupperne skal have en høj kompleksitetsgrad, defineret som minimum fire svære kompleksiteter af længevarende karakter.***
Beskrivelse	Formålet med dette kriterium er at kunne adskille de tilbud i Udviklingsstrategien, som er målrettet de målgrupper med den højeste kompleksitet. Panelerne har sat grænsen ved minimum fire svære kompleksiteter af længevarende karakter. Længevarende karakter kan også dække over en kronisk tilstand, hvor der ikke nødvendigvis er udsigt til forbedring af borgerens funktionsevne, eller hvor forbedringen kræver en varig vedligeholdelse. Hvornår en kompleksitet kan betegnes som værende svær vil primært afhænge af graden af funktionsnedsættelsen. På børne- og ungeområdet kan en svær kompleksitet af længerevarende karakter også være knyttet til de familiemæssige ressourcer.
Eksempler	- Børn og unge med samtidige svære kompleksiteter såsom svære fysiske funktionsnedsættelser kombineret med svære psykiske lidelser, stærk udadreagerende adfærd og svage familieressourcer. - Voksne med samtidige svære kompleksiteter så som svær udviklingshæmning kombineret med stærke personlighedsforstyrrelser samt en særlig udadreagerende og selvskadende adfærd. - Ovenstående eksempler er ikke udtømmende for, hvad der kan defineres som værende svære kompleksiteter. Vurderingen af, hvad der kan betragtes som værende en svær kompleksitet, bør baseres på konkrete vurderinger af et givent tilbuds målgruppe, hvilket fx kan foretages af en nedsat task force (jf. afsnit 6).

Kriterium 3	***Det vurderes nødvendigt at have et tilbud for pågældende målgrupper i hovedstadsregionen for at sikre selvforsyningen i regionen.***
Beskrivelse	Formålet med dette kriterium er at definere de tilbud, som varetager en bestemt funktion over for en bestemt målgruppe, som vurderes nødvendig at have til stede i hovedstadsregionen. Nødvendigheden kan være betinget af, at funktionen vurderes som uundværlig af hensyn til bevarelse af kompetencer og viden i regionen m.v. Den pågældende målgruppe, som tilbuddet er målrettet, behøver ikke at have en bestemt størrelse eller en høj kompleksitet for at falde ind under dette kriterium.

Kriterium 4	***Målgruppernes høje kompleksitet og behov for helt særlig støtte og behandling betyder, at målgruppens behov ikke kan imødekommes i andre eksisterende tilbud i hovedstadsregionen.***
Beskrivelse	Formålet med dette kriterium er at afgrænse de målgrupper, hvis behov ikke kan imødekommes i andre eksisterende tilbud i hovedstadsregionen, og dermed også andre tilbud i udviklingsstrategien.

Kriterium 5	*For at kunne opretholde og udvikle tilbuddet samt sikre rentabel drift skal tilbuddet have hele hovedstadsregionen som optageområde.*
Beskrivelse	Formålet med dette kriterium er at afgrænse de tilbud, som er afhængige af et optageområde på størrelse med hovedstadsregionen for at kunne drives rentabelt og fagligt.

Kriterium 6	*Tilbuddene skal kunne dække målgruppernes særlige behov for specialiseret støtte og behandling gennem særlige fysiske rammer, særligt specialiserede kompetencer og/eller anvendelse af avanceret velfærdsteknologi.*
Beskrivelse	Formålet med dette kriterium er, at definere de tilbud, som imødekommer målgruppernes helt særlige behov gennem tilbuddets fysiske rammer, specialiserede kompetencer samt anvendelse af avanceret velfærdsteknologi.
Eksempler	Fysiske rammer: *Skærmede enheder, særligt aldersrettede miljøer, særligt rummelige omgivelser med plads til fysiske aktiviteter/udfoldelser, åbne vidder m.v.* Specialiserede kompetencer: *Ekspertviden hos enkelte medarbejdere og specialiserede tværfaglige kompetencer i sammensætningen af personalegruppen, der gør at målgruppen kan støttes og udvikles, anvendelse af anerkendte metoder, særlig viden om retsanbragte voksne, særlig tilgang til familie og pårørende m.v. Samtidig er et fokus på udviklingsperspektivet hos borgerne væsentligt.* Avanceret velfærdsteknologi: *Anvendelse af spiserobotter, kommunikationshjælpemidler m.v.* Ovenstående eksempler er ikke udtømmende, for hvad der kan defineres som værende nødvendigt for at imødekomme målgruppernes helt særlige behov. Definitionen afhænger af konkrete vurderinger af et givent tilbuds indsatser.

De mest specialiserede tilbud på børne- og ungeområdet

På baggrund af de opstillede kriterier er for 2015 udvalgt tre selvstændige tilbud målrettet målgrupper på børne- og ungeområdet med helt særlige karakteristika og behov for specialiseret støtte og behandling, som det vurderes lever op til kriterierne på indeværende tidspunkt. Tilbuddene gennemgås nedenfor enkeltvis i skematisk form. Udvælgelsen af tilbud er et udtryk for et øjebliksbillede af de eksisterende tilbud i hovedstadsregionen.

To af de udvalgte tilbud er helhedstilbud, som omfatter flere tilbud efter paragrafferne i Serviceloven og Folkeskoleloven(fx § 32, § 66 nr. 6 og § 20 stk. 2), og som i sig selv er vurderet helt unikke. Tilbuddene er følgende (i ikke-prioriteret rækkefølge):

- Børnecenter for Rehabilitering
- Nødebogård
- Sofieskolen.

Nedenfor beskrives de udvalgte tilbud på børne- og ungeområdet enkeltvis i forhold til målgruppe, driftsherre, opfyldelse af kriterier samt øvrige opmærksomhedspunkter.

Tilbud:	Børnecenter for Rehabilitering	
Paragraf:	Ambulant behandlingstilbud tilbud (SEL § 11 stk. 4, SUL § 20 stk. 3 og § 140)	
Målgruppe:	Børn og unge med erhvervet hjerneskade	
Driftsherre:	Region Hovedstaden	
Kriterium	**Opfyldelse**	**Begrundelse**
1. Volumen	Ja	- Tilbuddets målgruppe er af en så lille volumen, at antallet af tilfælde ikke aktuelt overstiger 0,5 tilfælde årligt pr. 1.000 borgere inden for aldersgruppen.
2. *Kompleksitet*	Nej	- Tilbuddets målgruppe er børn og unge med erhvervet hjerneskade. Der er ikke nødvendigvis tale om en høj kompleksitet i målgruppen i forhold til definitionen i kriteriet. Tilbuddet lever derfor på nuværende tidspunkt ikke op til kriteriet.
3. Selvforsyning i regionen	Ja	- Tilbuddet sælger pladser til kommuner i hovedstadsregionen og i region Sjælland. Hovedstadsregionen bør have et tilbud til denne målgruppe beliggende i regionen for at sikre, at viden og kompetencer er forankret i regionen.
4. *Mulighed for at imødekomme behov i andre tilbud*	Ja	- Tilbuddets målgruppe har så særlige behov, at behovene ikke aktuelt kan imødekommes i andre eksisterende tilbud i hovedstadsregionen.
5. *Optageområde*	Ja	- Tilbuddet har behov for et optageområde svarende til minimum hovedstadsregionen for at kunne drives optimalt fagligt og økonomisk.
6. Varetagelse af særlige behov	Ja	- Tilbuddet har helt særlige fysiske rammer, som er målrettet målgruppens særlige behov. - Tilbuddet tilbyder højt specialiserede, intensive forløb, omfattende sproglig og fysisk træning, kognitiv rehabilitering i fase 3 genoptræning m.v. - Tilbuddet har en tværfaglig sammensætning af specialiserede personalekompetencer. - Tilbuddet yder desuden sparring (konsulentbistand) til kommuner.
Særlig opmærksomhed		- Centret har uklare snitflader til Center for Hjerneskade, hvilket bør afklares. - Kommunerne har generelt begrænset kendskab til centerets ydelser og resultater. - Centret har de seneste år måtte nedlægge pladser på grund af faldende efterspørgsel.

Tilbud:	Nødebogård	
Paragraf:	Helhedstilbud (SEL § 36, § 66 nr. 6 inkl. aflastning, FSL § 20 stk. 2)	
Målgruppe:	Børn og unge med sværest grad af sindslidelse	
Driftsherre:	Region Hovedstaden	
Kriterium	**Opfyldelse**	**Begrundelse**
1. Volumen	Ja	- Tilbuddets målgruppe er af en så lille volumen, at antallet af tilfælde aktuelt ikke overstiger 0,5 tilfælde årligt pr. 1.000 borgere inden for aldersgruppen.
2. *Kompleksitet*	Ja	- Tilbuddets målgruppe er typisk unge med sværest grad af sindslidelse. Der er tale om de svageste inden for målgruppen med lavest funktionsniveau, som omfatter unge med multiple kompleksiteter. Tilbuddet opfylder på nuværende tidspunkt kriteriet.
3. Selvforsyning i regionen	Ja	- Hovedstadsregionen bør have et tilbud til denne målgruppe beliggende i regionen for at sikre, at viden og kompetencer er forankret i regionen.
4. *Mulighed for at imødekomme behov i andre tilbud*	Ja	- Tilbuddets målgruppe har, grundet sin høje kompleksitet, så særlige behov, at behovene ikke kan imødekommes i andre eksisterende tilbud i hovedstadsregionen. Der findes ikke på nuværende tidspunkt et tilsvarende miljø for unge med netop denne problemstilling i regionen.
5. *Optageområde*	Ja	- Tilbuddet har behov for et optageområde svarende til hovedstadsregionen for at kunne drives optimalt fagligt og økonomisk.
6. Varetagelse af særlige behov	Ja	- Særlig høj specialiseret viden og videnmiljø (tværfagligt). - Særlig tæt samarbejde med psykiatrien og sammensætningen af faglige kompetencer er afgørende for tilbuddets særlige funktion.
Særlig opmærksomhed		- Tilbuddet har, som følge af ændret efterspørgsel, justeret følgende i løbet af 2012: Afdeling for små børn er lukket, der er foretaget en opjustering af dagbehandling, og etableret en mindre voksenafdeling.

Tilbud:	Sofieskolen	
Paragraf:	Helhedstilbud (SEL § 32, § 36, § 66 nr. 6, FSL § 20 stk. 2)	
Målgruppe:	Børn og unge med laveste funktionsniveau inden for autisme samt kognitiv udviklingshæmning	
Driftsherre:	Gladsaxe Kommune	
Kriterium	**Opfyldelse**	**Begrundelse**
1. Volumen	Ja	- Tilbuddets målgruppe er af en så lille volumen, at antallet af tilfælde ikke aktuelt overstiger 0,5 tilfælde årligt pr. 1.000 borgere inden for aldersgruppen.
2. *Kompleksitet*	Ja	- Tilbuddets målgruppe er børn og unge med de laveste funktionsniveauer inden for autisme samt kognitiv udviklingshæmning, og dermed svære og multiple kompleksiteter. Tilbuddet lever på nuværende tidspunkt op til kriteriet.
3. Selvforsyning i regionen	Ja	- Hovedstadsregionen bør have et tilbud til denne målgruppe beliggende i regionen for at sikre, at viden og kompetencer er forankret i regionen.
4. *Mulighed for at imødekomme behov i andre tilbud*	Ja	- Helhedstilbuddet til denne målgruppe, som det ses på Sofieskolen, findes ikke på nuværende tidspunkt i andre tilbud i hovedstadsregionen. Målgruppens helt særlige behov kan på nuværende tidspunkt ikke imødekommes i andre eksisterende tilbud.
5. *Optageområde*	Ja	- Tilbuddet modtager i dag børn og unge fra hele Sjælland, og har brug for et optageområde af hovedstadsregionens størrelse.
6. Varetagelse af særlige behov	Ja	- Særligt aldersrettede miljøer for målgruppen. Det er helhedstilbuddet og sammenhængen mellem de forskellige tilbud, som gør Sofieskolen unik. - Særlig socialpædagogisk tilgang og specialiseret viden om den afgrænsede målgruppe.
Særlig opmærksomhed		- Faldende efterspørgsel efter skolens tilbud om specialbørnehave og døgntilbud, hvilket udfordrer skolens mulighed for rentabel drift. - Tilbuddet påtænker nedjustering af døgnpladser fra 27 til 20 pladser. - Skolens dagtilbud har tæt på fuld belægning.

De mest specialiserede tilbud på voksenområdet

På baggrund af de opstillede kriterier er der på voksenområdet udvalgt seks selvstændige tilbud målrettet målgrupper med helt særlige karakteristika og behov for specialiseret støtte og behandling, som på indeværende tidspunkt lever op til kriterierne. Udvælgelsen af tilbud er et udtryk for et øjebliksbillede af de eksisterende tilbud i hovedstadsregionen.

Flere af de seks tilbud er helhedstilbud, som omfatter flere tilbud efter paragrafferne i Serviceloven (fx SEL § 104, § 107 og § 108). Fire af tilbuddene er vurderet helt unikke, mens de resterende to tilbud er er målrettet samme målgruppe. Således er der tale om seks tilbud, som er målrettet fem helt særlige målgrupper. Tilbuddene er følgende (i ikke-prioriteret rækkefølge):

- Blindenetværket
- Bredegård Døv/blindeafdeling
- Jonstrupvang
- Rønnegård
- Stokholtbuen og Lyngdal.

Årsagen til, at der i det ene tilfælde er udvalgt to tilbud inden for samme målgruppe er, at disse tilbud begge på nuværende tidspunkt vurderes at leve op til kriterierne inden for den pågældende målgruppe, og samtidig er der stor efterspørgsel efter disse to tilbud. I den forbindelse skal det understreges, at der ikke nødvendigvis vil være behov for mere end ét tilbud målrettet de respektive målgrupper, såfremt efterspørgslen falder.

Nedenfor beskrives de udvalgte tilbud på voksenområdet enkeltvis i forhold til målgruppe, driftsherre, opfyldelse af kriterier samt øvrige opmærksomhedspunkter.

Tilbud:	Blindenetværket	
Paragraf:	Helhedstilbud (SEL § 104, § 108)	
Målgruppe:	Voksne multihandicappede, der samtidig er blinde eller svagtseende	
Driftsherre:	Gentofte Kommune	
Kriterium	**Opfyldelse**	**Begrundelse**
1. Volumen	Ja	- Tilbuddets målgruppe er af en så lille volumen, at antallet af tilfælde aktuelt ikke overstiger 0,5 tilfælde årligt pr. 10.000 borgere inden for aldersgruppen.
2. *Kompleksitet*	Ja	- Tilbuddets målgruppe er voksne multihandicappede, der samtidig er blinde eller svagtseende. Der er tale om en gruppe af de allersvageste borgere med lavest funktionsniveau, som omfatter borgere med multiple kompleksiteter, herunder udviklingshæmning, fysiske handicaps, autismespektrumforstyrrelser, manglende sprog m.v. Tilbuddet lever op til kriteriet.
3. *Selvforsyning i regionen*	Ja	- Tilbuddet sælger pladser til kommuner i hovedstadsregionen og i region Sjælland. Hovedstadsregionen bør have et tilbud til denne målgruppe beliggende i regionen for at sikre, at viden og kompetencer er forankret i regionen.
4. *Mulighed for at imødekomme behov i andre tilbud*	Ja	- Tilbuddets målgruppe, grundet sin høje kompleksitet, har så særlige behov, at behovene ikke kan imødekommes i andre eksisterende tilbud i hovedstadsregionen. Der findes ikke på nuværende tidspunkt et tilsvarende miljø for personer med netop denne problemstilling i regionen.
5. *Optageområde*	Ja	- Tilbuddet har behov for et optageområde svarende til minimum hovedstadsregionen for at kunne drives optimalt fagligt og økonomisk.
6. Varetagelse af særlige behov	Ja	- Tilbuddet har særlige fysiske rammer, som er målrettet målgruppen. - Tilbuddet har opbygget et særligt miljø for målgruppen, hvor borgerne er inddelt i afdelinger efter aldersgrupper. - Tilbuddet er beliggende i et lukket område afskærmet fra trafik m.v. - Tilbuddet besidder specialiseret ekspertise inden for kommunikation med målgruppe, neuropædagogik (sansestimulation). - Tilbuddet anvender særlige velfærdsteknologiske hjælpemidler.
Særlig opmærksomhed		- Der forventes på sigt faldende efterspørgsel på grund af fald i diagnose som følge af fosterdiagnostik. - Der forventes en nedjustering i antal botilbudspladser fra 40 til 24.

Tilbud:	Bredegård Døv/blindeafdeling	
Paragraf:	Helhedstilbud (SEL § 104, § 108)	
Målgruppe:	Voksne døvblindfødte	
Driftsherre:	Region Hovedstaden	
Kriterium	**Opfyldelse**	**Begrundelse**
1. Volumen	Ja	- Målgruppen for tilbuddets døv/blindeafdeling er af en så lille volumen, at antallet af tilfælde aktuelt ikke overstiger 0,5 tilfælde årligt pr. 10.000 borgere inden for aldersgruppen.
2. *Kompleksitet*	Ja	- Tilbuddets målgruppe er voksne døvblindfødte. Der er tale om en af de svageste grupper af borgere med lavest funktionsniveau, som omfatter borgere med multiple kompleksiteter, herunder syns- og hørenedsættelse, udviklingshæmning m.v.
3. *Selvforsyning i regionen*	Ja	- Hovedstadsregionen bør have et tilbud til denne målgruppe beliggende i regionen for at sikre, at viden og kompetencer er forankret i regionen.
4. *Mulighed for at imødekomme behov i andre tilbud*	Ja	- Tilbuddets målgruppe, grundet sin høje kompleksitet, har så særlige behov, at behovene ikke kan imødekommes i andre eksisterende tilbud i hovedstadsregionen. Der findes ikke på nuværende tidspunkt et tilsvarende miljø for personer med netop denne problemstilling i regionen.
5. *Optageområde*	Ja	- Tilbuddets døv/blindeafdeling har behov for et optageområde svarende til hovedstadsregionen for at kunne drives optimalt fagligt og økonomisk.
6. Varetagelse af særlige behov	Ja	- Tilbuddets døv/blindeafdeling har særlige fysiske rammer, som er målrettet målgruppen. - Tilbuddets døv/blindeafdeling besidder særlig specialiseret viden om kommunikation med målgruppen, herunder taktilt tegnsprog, haptisk kommunikation m.v. - Tilbuddet døv/blindeafdeling imødekommer målgruppens behov for 1:1 støtte i alle former for aktiviteter. - Tilbuddet døv/blindeafdeling har et unikt miljø for målgruppen. - Tilbuddet døv/blindeafdeling anvender særlige velfærdsteknologiske hjælpemidler.
Særlig opmærksomhed		- Det er alene tilbuddets døv/blindeafdeling, der betragtes som unikt. - Tilbuddets øvrige tilbud er til dels målrettet samme målgruppe som Blindenetværket. Dog vurderer panelet, at de fysiske rammer på nuværende tidspunkt ikke er tidssvarende på Bredegård.

Tilbud:	Jonstrupvang	
Paragraf:	Helhedstilbud (SEL § 104, § 108)	
Målgruppe:	Voksne spastikere med svære kognitive vanskeligheder og fysiske funktionsnedsættelser	
Driftsherre:	Region Hovedstaden	
Kriterium	**Opfyldelse**	**Begrundelse**
1. Volumen	Ja	- Tilbuddets målgruppe er af en så lille volumen, at antallet af tilfælde aktuelt ikke overstiger 0,5 tilfælde årligt pr. 10.000 borgere inden for aldersgruppen.
2. *Kompleksitet*	Ja	- Tilbuddets målgruppe er voksne spastikere. Der er tale om en gruppe af de svageste borgere, med svære kognitive vanskeligheder og store fysiske funktionsnedsættelser, der ikke kan rummes i egen bolig. Tilbuddet opfylder på nuværende tidspunkt kriteriet.
3. Selv*forsyning i regionen*	Ja	- Hovedstadsregionen bør have et tilbud til denne målgruppe beliggende i regionen for at sikre, at viden og kompetencer er forankret i regionen.
4. *Mulighed for at imødekomme behov i andre tilbud*	Ja	- Hyppigheden af tilfælde inden for målgruppen er så sjældne, at hovedparten af kommunerne i hovedstadsregionen ikke kan imødekomme målgruppens behov alene eller i klynger. - Dog findes enkelstående eksempler på, at nogle kommuner godt kan varetage målgruppen inden for eget regi. Således kan det være muligt for en enkelt kommune eller en klynge af kommuner at varetage målgruppens behov.
5. *Optageområde*	Ja	- Tilbuddet sælger både pladser til kommuner i hovedstadsregionen og i region Sjælland, og har således behov for et optageområde svarende til regionens størrelse for at kunne drives rentabelt. - Dog kan det i visse tilfælde være rentabelt for en enkelt kommune eller en klynge af kommuner at drive et tilbud for målgruppen, jf. kriterium 4.
6. Varetagelse af særlige behov	Ja	- Tilbuddet har og udvikler særlige fysiske rammer tilpasset målgruppen samt et særligt miljø for målgruppen, hvor unge-miljøet særligt fremhæves. - Tilbuddet har en tværfaglig sammensætning af personalet, som giver mulighed for en individualiseret tilgang til målgruppen. - Tilbuddet besidder en særlig viden om kommunikation med målgruppen og stor fokus på at udvikle målgruppens egenmestring og ressourcer. - Tilbuddet anvender og deltager i udvikling af særlige teknologiske hjælpemidler, såsom spiserobotter, kommunikationshjælpemidler m.v.
Særlig opmærksomhed		- Tilbuddet har på nuværende tidspunkt venteliste. - Enkelte kommuner har etableret egne tilbud til målgruppen i eksisterende tilbud. Dette til trods opleves der et stort og vedvarende behov for at have tilbuddet til rådighed i regionen, idet det langt fra er alle kommuner i hovedstadsregionen, der på nuværende tidspunkt eller i fremtiden vil kunne imødekomme målgruppens behov.

Tilbud:	Rønnegård	
Paragraf:	SEL § 103, § 108	
Målgruppe:	Voksne med udviklingshæmning som hoveddiagnose kombineret med svære personlighedsforstyrrelser, udadreagerende og selvskadende adfærd samt personer med tilsyns- og anbringelsesdomme.	
Driftsherre:	Region Hovedstaden	
Kriterium	**Opfyldelse**	**Begrundelse**
1. Volumen	Ja	- Tilbuddets målgruppe er af en så lille volumen, at antallet af tilfælde aktuelt ikke overstiger 0,5 tilfælde årligt pr. 10.000 borgere inden for aldersgruppen.
2. *Kompleksitet*	Ja	- Tilbuddets målgruppe er voksne med udviklingshæmning som hoveddiagnose kombineret med svære personlighedsforstyrrelser, udadreagerende og selvskadende adfærd samt ikke-personfarlig kriminalitet. - Hertil har flere inden for tilbuddets målgruppe tilsyns- og/eller anbringelsesdomme. - Tilbuddet lever på nuværende tidspunkt op til kriteriet.
3. *Selvforsyning i regionen*	Ja	- Hovedstadsregionen bør have et tilbud til denne målgruppe beliggende i regionen for at sikre, at viden og kompetencer er forankret i regionen.
4. *Mulighed for at imødekomme behov i andre tilbud*	Ja	- Tilbuddets målgruppe har, grundet sin høje kompleksitet, så særlige behov, at behovene ikke kan imødekommes i andre eksisterende tilbud i hovedstadsregionen.
5. *Optageområde*	Ja	- Tilbuddet dækker hele hovedstadsregionen. Tilbuddet har behov for et optageområde svarende til hovedstadsregionen for at kunne drives optimalt fagligt og økonomisk.
6. Varetagelse af særlige behov	Ja	- Tilbuddet er beliggende i landlige omgivelser, der kan tilgodese målgruppens behov for plads og rum. - Tilbuddet besidder særlig viden om målgruppen, herunder neuropædagogik, viden om særlige juridiske forpligtelser og tilgangen til målgruppen. - Tilbuddets skærmede enheder vurderes afgørende. - Tilbuddet har tre særforanstaltninger i tilknytning til de øvrige pladser, som vurderes unikke (og overvejer at udbygge). - Tilbuddet kan etablere særlige projekter jf. SEL § 107.
Særlig opmærksomhed		- Efterspørgslen er på nuværende tidspunkt generelt større end udbuddet af pladser. Der kan derfor være behov for udvidelse af tilbuddet eller lignende, således at ventelisten kan reduceres.

Tilbud:	Stokholtbuen og Lyngdal	
Paragraf:	SEL § 104, § 108 (skærmede enheder/domæner)	
Målgruppe:	Voksne med svære udviklingsforstyrrelser/svær autisme og problemskabende adfærd.	
Driftsherrer:	Stokholtbuen: Ballerup Kommune; Lyngdal: Region Hovedstaden	
Kriterium	**Opfyldelse**	**Begrundelse**
1. Volumen	Ja	- Tilbuddenes målgruppe for de skærmede enheder/domæner er af en så lille volumen, at antallet af tilfælde aktuelt ikke overstiger 0,5 tilfælde årligt pr. 10.000 borgere inden for aldersgruppen.
2. *Kompleksitet*	Ja	- Tilbuddenes målgruppe er voksne med svære udviklingsforstyrrelser/ svær autisme og problemskabende adfærd, der typisk har behov for 1:1 normering. Tilbuddenes skærmede enheder/domæner lever på nuværende tidspunkt op til kriteriet.
3. Selvforsyning i regionen	Ja	- Hovedstadsregionen bør have et tilbud i form af skærmede enheder/domæner til denne målgruppe beliggende i regionen for at sikre, at viden og kompetencer er forankret i regionen. Dette kriterium vægter særligt højt i panelets vurdering af disse tilbud.
4. *Mulighed for at imødekomme behov i andre tilbud*	Ja	- Tilbuddenes målgruppe har, grundet graden af kompleksitet, meget store vanskeligheder ved at indgå i sammenhæng med andre mennesker. Behovene hos tilbuddenes målgruppe vurderes derfor ikke at kunne imødekommes i andre eksisterende tilbud i hovedstadsregionen.
5. *Optageområde*	Nej	- Der findes på nuværende tidspunkt to ligestillede tilbud med skærmede enheder/domæner, der er målrettet denne målgruppe, hvorfor dette kriterium ikke er opfyldt. På nuværende tidspunkt er der således grundlag for at drive mere end ét tilbud i regionen. Hvis efterspørgslen falder, kan der dog være behov for at genvurdere behovet for to tilbud i regionen.
6. Varetagelse af særlige behov	Ja	- Tilbuddenes skærmede enheder/domæner vurderes unikke, og er i mange tilfælde alternativ til enkeltmandsprojekter. - Tilbuddet besidder særlig faglig kompetence og særlig viden om målrettede metoder.
Særlig opmærksomhed		- Det er alene tilbuddenes skærmede enheder/domæner, der vurderes som unikke, og som således karakteriseres som mest specialiseret. - Der er flere tilbud målrettet autister i hovedstadsregionen, men de øvrige tilbud lever aktuelt ikke aktuelt op til kriterium 1 og 2. - Der er på nuværende tidspunkt ventelister på pladser med skærmede enheder/domæner. Det bør derfor overvejes, om der er behov for at opjustere antallet af skærmede pladser/domæner.

Tværkommunal samarbejdsmodel og procedure

De mest specialiserede tilbud i hovedstadsregionen er underlagt en særlig tværkommunal opmærksomhed, som er formuleret i en tværkommunale samarbejdsmodel defineret som nødbremse-modellen. Modellen beskrives nedenfor.

Nødbremse-modellen

Følgende aspekter er udgangspunkt for den særlige tværkommunal samarbejdsmodel omkring understøttelse af de mest specialiserede tilbud:

- Modellen træder alene i kraft undtagelsesvist, det vil sige, at den ikke automatisk skal være gældende for alle de mest specialiserede tilbud.
- Modellen er dynamisk og skal løbende tilpasses udviklingen på det specialiserede socialområde fagligt, metodemæssigt, behovsmæssigt og økonomisk.
- Modellen har fokus på incitamenter, herunder både for brugerkommuner og driftsherrer.
- Modellen understøtter en omkostningseffektiv drift og styring.

Derudover er det ved omlægning og lukning af de mest specialiserede tilbud relevant at indgå tværkommunale aftaler om, hvordan det vurderes om eventuelle faglige kompetencer og specialiseret viden går tabt, samt hvordan denne eventuelle særlige kompetence eller viden kan bevares eksempelvis ved overførelse til andet tilbud.

Det centrale i nødbremse-modellen er, at der først, efter en vurdering med afsæt i en grundig afdækning af tilbuddets økonomi m.v., kan bevilliges særlige vilkår til et tilbud, der opfylde kriterierne for mest specialiserede tilbud. Det er således først, når tilbuddet oplever problemer, at der kan indgås særlige aftaler om tværkommunalt samarbejde eller særlige vilkår for pågældende med henblik på at sikre den forsatte eksistens af et tilbud.

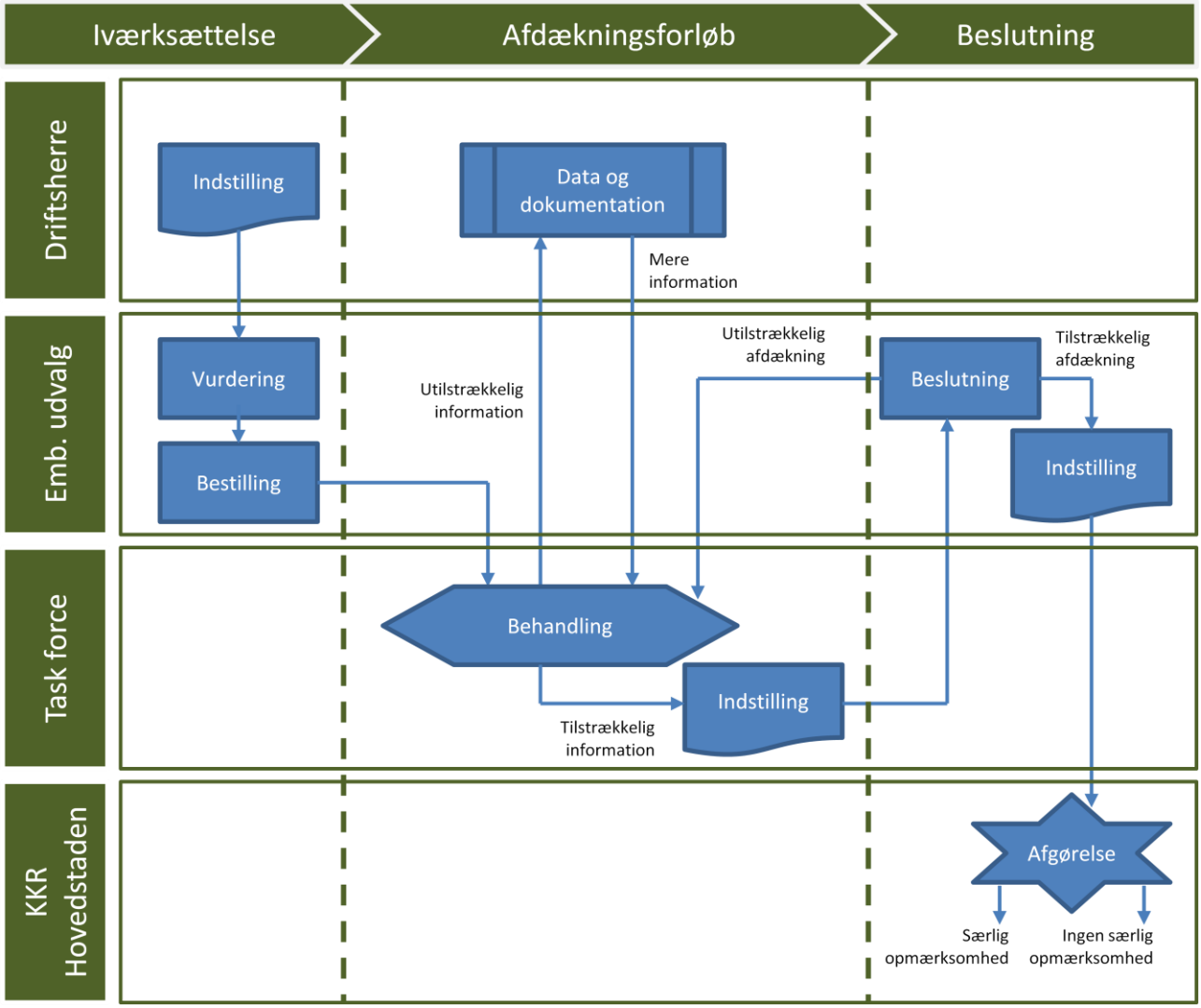
Dette vurderes desuden at medvirke til, at driftsherrer for de mest specialiserede tilbud fortsat har incitament til at sikre en rentabel drift af tilbuddet – modsat at et tilbud, som er defineret som mest specialiseret, per automatik har særlige fordele.

Tværkommunal samarbejdsmodel om de mest specialiserede tilbud

Grundvilkår	▸ Tilbud, der kan karakteriseres som mest specialiseret, får ikke automatisk tildelt særlige vilkår. ▸ Først når et tilbud er i vanskeligheder og efter en grundig afdækning af problemstillingerne hos tilbuddet, kan der blive tale om at tildele tilbuddet særlige vilkår.
Målgruppe	▸ De tilbud i hovedstadsregionen, der kan leve op til kriterierne for mest specialiserede tilbud.
Udslagsgivende faktor	▸ Tilbud, der er omfattet af målgruppen, og som har en særlig bekymring omkring tilbuddets eksistensgrundlag.
Handling	▸ Samarbejdsaftalen giver driftherre mulighed for at indstille sit tilbud til behandling i Embedsmandsudvalget for Social og Uddannelse. ▸ Indstillingen skal omfatte en detaljeret beskrivelse af den særlige problemstilling, som driftsherre vurderer, at tilbuddet er i, herunder beskrivelser af overordnede økonomiske data, bl.a. udvikling i belægningen m.v.
Vurdering	▸ På baggrund af driftherres indstilling foretages en vurdering af tilbuddet i forhold til efterspørgsel, alternativer inden- og uden for regionen, tilbuddets karakter m.v. ▸ Det forudsættes, at driftherre forinden selv har ageret som en økonomisk ansvarlig leverandør, herunder vurderet følgende muligheder for at løse tilbuddets økonomiske udfordringer: lukning af pladser, besparelser, organisatoriske ændringer, der kan nedbringe omkostninger fx samdrift med andre tilbud, fællesledelse m.m. ▸ Embedsmandsudvalget videresender indstilling til den faste task force, og angiver særlige fokusområder og opmærksomhedspunkter, som skal indgå i task forcens grundige afdækning af tilbudets økonomi m.v. ▸ Task forcen igangsætter et afdækningsforløb, og har som led heri mulighed for at indhente yderligere dokumentation og data om den konkrete sag. ▸ På baggrund af den grundige afdækning vurderer task forcen, hvorvidt der er tale om et tilbud, der fremadrettet skal være til rådighed i hovedstadsregionen for at kunne tilgodese behov for behandling/tilbud til regionens borgere, og i givet fald, om der er behov for særlig opmærksomhed. Task forcen indstiller vurderingen til Embedsmandsudvalget for Social og Uddannelse. ▸ Vurderes der at være behov for særlig opmærksomhed, kan task forcen (Embedsmandsudvalget for Social og Uddannelse) trække på en liste med mulige tiltag, der kan iværksætte i forhold til det konkrete tilbud. ▸ Embedsmandsudvalget for Social og Uddannelse beslutter, om de vil tilslutte sig task forcens indstilling, herunder forslag til tiltag, eller om udvalget oplever behov for ydereligere afdækning i regi af task forcen. ▸ Embedsmandsudvalget for Social og Uddannelse indstiller beslutning til KKR Hovedstaden, der træffer den endelig beslutning om handling i forhold til det konkrete tilbud.
Særlige tiltag	▸ Særlige tiltag vurderes invividuelt i forhold til den konkrete sag og driftsherre. ▸ Inspiration til særlige tiltag kan findes i en værktøjskasse med mulige tiltag, som dog ikke er en udtømmende liste. Der kan derfor komme andre tiltag i spil. Se nedenfor.
Forudsætninger	▸ Der skal afsættes ressourcer, der skal indgå i den særlige task force. ▸ De kompetencepersoner, der skal indgå i en task force, udpeges , således at de hurtigst muligt kan træde til, når behovet for afdækning af et tilbud opstår. ▸ Der er en klar tidsfrist for afdækningen, som er så kort som mulig (4 måneder).

Nedenfor er arbejdsgange og procedure i beslutningsforløbet illustreret via et flowchart:

Flowchart over samarbejdsmodel om de mest specialiserede tilbud



Mulige tiltag

Nedenfor er til inspiration oplistet mulige tiltag, der kan iværksættes i forbindelse med en vurdering af, at særlige tiltag er relevante og nødvendige for at bevare et tilbud, der er omfattet af kriterierne for mest specialiserede tilbud. Det skal dog fremhæves, at listen nedenfor alene er eksempler, og derfor ikke er udtømmende. Der kan derfor også komme andre tiltag i spil.

- Tilbuddet lukker, men der indgås samarbejde mellem kommuner og eventuelt region om at sikre specialviden og kompetencer i andre tilbud eller tiltag
  Herunder omplacering af konkrete medarbejdere i andre tilbud eller tiltag i hovedstadsregionen.

- Samarbejde mellem kommuner og eventuelt region om udvikling af indholdet i tilbuddet
  Herunder videndeling om særlige pædagogiske forhold, udskillelse af konsulentydelser, og ændre organisering af driften.

- Forlængede opsigelsesvarsler
  Vil kunne give en forlænget planlægningshorisont i forhold til tilbud til borgerne. Aktuelle brugerkommuner bør høres inden de pålægges forlængede opsigelsesvarsler.

- Lavere budgetteret belægningsprocent
  Dette indebærer reelt en takststigning for tilbuddet.

- Anden finansieringsmodel - takstfinansiering kombineret med objektiv finansiering

En finansieringsmodel, hvor takstfinansiering kombineres med objektiv finansiering kender kommunerne fra finansieringen af pladser på de landsdækkende sikrede afdelinger.
Modellen omfatter, at den ene del af omkostningerne i tilbuddet betales gennem en takst for kommunernes forbrug af pladser, mens den anden del dækkes af objektiv finansiering. Den objektive finansiering er typisk beregnet efter en fordelingsnøgle, eksempelvis antallet af borgere inden for målgruppen. Det er muligt at skrue modellen sammen på flere måder i forhold til vægtning af de to finansieringselementer i deres indbyrdes forhold.
Fordelen ved denne model er, at den både indeholde et element af aktivitetsafhængig finansiering, hvilket giver tilbud incitamenter til at tilpasse sit forbrug til takstindtægterne, samt et element af grundfinansiering, der gør tilbuddet mindre sårbart over for store udsving i aktiviteten og derved bidrager til en vis driftssikkerhed.
Der bør være stor opmærksomhed på at adskille de to finansieringskilder. Adskilles de ikke kan det give urealistisk budgetlægning eller manglende kapacitetstilpasning, hvilket kan føre til efterregulering af den objektive finansiering. Desuden kan der være en risiko for, at kommunerne, via den objektive finansiering, medfinansiere unødig kapacitet.

Task force

Den faste task force består af centrale nøglepersoner på både børne- og ungeområdet og voksenområdet, herunder fagpersoner fra både myndigheds- og driftsherrekommuner samt Region Hovedstaden. Der etableres faste procedurer omkring arbejdet i den faste task force. Procedurerne skal blandt andet kunne imødekomme en række opmærksomhedspunkter og hensyn, herunder:

- at et tilbuds opfyldelse af kriterierne i et år ikke er lig med en varig opfyldelse,
- at de mest specialiserede tilbud løbende og systematisk skal revurderes,
- at nyetablerede tilbud og øvrige tilbud omfattet af KKR Hovedstdens Udviklingsstrategi løbende og systematisk skal vurderes i forhold til kriterierne.

Task forcen samles med en fast årlig kadence og på to på forhånd fastsatte datoer i løbet af året, således at eventuelle driftsherrer ved, hvornår det vil være hensigtsmæssigt at indstille tilbud. Derudover vil task forcen kunne samles i forbindelse med akutte behov for vurdering af tilbud, jf. samarbejdsmodellen

Desuden vil task forcen årligt eller hver anden år foretage en vurdering af behov for og efterspørgsel efter de mest specialiserede tilbud blandt alle kommuner i hovedstadsregionen. Dette kan blandt andet ske samtidig med indhentning af oplysninger til udviklingsstrategien. Der vil således løbende blive foretaget en vurdering af de tilbud, der i pågældende år opfylder kriterierne for mest specialiserede tilbud, og en vurdering af nyetablerede tilbud og øvrige tilbud omfattet af udviklingsstrategien.

Krav til de mest specialiserede tilbud

Der er opstillet en række krav til de tilbud, som lever op til kriterierne for de mest specialiserede tilbud. Formålet med kravene er at tydeliggøre, at der med den særlige opmærksomhed, som de mest specialiserede tilbud kan få, hvis de kommer i vanskeligheder, også følger en forpligtelse til at udvikle tilbuddene, stille viden og ekspertise til rådighed, samt at dokumentere indsatserne.

Der stilles således følgende krav til de mest specialiserede tilbud i hovedstadsregionen:

- Tilbuddet skal efterstræbe at være på forkant og løbende udvikle sig i forhold til målgruppernes behov, metoder, velfærdsteknologi, kommunernes efterspørgsel efter ydelser og pladser m.v.
- Tilbuddets viden, ekspertise og pladser skal være tilgængelig for alle kommuner i hovedstadsregionen, og der må ikke gives forrang til borgere fra driftsherres egen kommune eller geografisk nærområde.
- Tilbuddet skal levere synlig og offentlig tilgængelig dokumentation og effekt af indsatserne i tilbuddet.

Den nedsatte task force kan medtage ovenstående krav i forbindelse med løbende vurderinger af de mest specialiserede tilbud.

Årsberetning 2013

Samrådet for domfældte udviklingshæmmede i kommunerne i Region Hovedstaden

RUDERSDAL KOMMUNE

Møde i Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde d. 22-04-2014

Generelt om Samrådet

Samrådet for domfældte udviklingshæmmede i kommunerne i Region Hovedstaden blev etableret i januar 2009 efter beslutning i KKR´s Embedsmandsudvalg for Social- og Sundhed. Rudersdal Kommune varetager samrådsopgaven på kommunernes vegne. Der er udarbejdet forretningsorden, kvalitetsstandard og budget for Samrådet. Samrådet består af fem faste medlemmer med suppleanter til alle poster.

Samrådet dækker de 25 kommuner, som henhører under Nordsjællands politikreds og Københavns Vestegns politikreds. Af disse har 24 kommuner valgt at være tilknyttet Samrådet. Derudover er Tårnby kommune tilknyttet Samrådet, idet de har forpligtende samarbejde med Dragør kommune på området for domfældte udviklingshæmmede. Der er altså i alt 25 kommuner tilknyttet Samrådet ultimo 2013 hvilket er uændret fra 2012.

Samrådets budget er fastlagt på baggrund af et forventet årligt antal sager på 30. Samrådsfunktionen finansieres via objektiv finansiering efter antallet af borgere i kommunerne. Denne finansieringsmodel giver kommunerne et kendt økonomisk grundlag for finansiering af opgaveløsningen. Finansieringsformen giver ligeledes mulighed for at opretholde et kvalificeret beredskab uanset antallet af sager.

Samrådsmøder og opgaver

Samrådets opgave er at afgive en uvildig og tværfaglig udtalelse vedrørende foranstaltninger for udviklingshæmmede borgere.

Samrådet udtaler sig til anklagemyndighed og domstole om:

- Forslag til valg af foranstaltning, dvs. ved hvilken foranstaltning nye lovovertrædelser bedst kan forebygges
- Forslag til eventuelle vilkår i domme
- Forslag til ændring af en igangværende sanktion, når det vurderes, at denne ikke er tilstrækkelig kriminalitetsforebyggende
- Hvorvidt det anbefales, at en igangværende sanktion bør opretholdes eller ophæves
- På baggrund af foreliggende mentalerklæring med retslægerådets kommentarer, udtaler Samrådet sig ligeledes om, hvorvidt den sigtede tilhører målgruppen for Straffelovens § 16 stk. 1 og 2 og derfor bør fritages for straf.

Derudover kan samrådet rådgive kommunerne om, hvordan en given dom kan effektueres, og hvordan vilkårene i dommen kan søges opfyldt.

Samrådet holder ordinært møde en gang om måneden, når der er indkomne sager til behandling. Hvis der ikke er indkomne sager til behandling eller andre spørgsmål til drøftelse, aflyses mødet.

Samrådets arbejde i 2013
I 2013 er der afholdt 8 ordinære samrådsmøder samt 2 ad hoc. møder, og Samrådet har behandlet 22 sager. I 2012 og 2011 behandlede Samrådet hhv. 21 og 17 sager. Antallet af sager har været stigende de første år efter Samrådets oprettelse, men har altså været stabilt de seneste to år.

Sagerne i 2013 fordeler sig således:
14 sager omhandler anmodning fra Statsadvokaten om udtalelse vedrørende idømte foranstaltninger (anmodning sendes til kommunen, som på den baggrund retter henvendelse til Samrådet).
4 sager omhandler anmodning fra anklagemyndighed bl.a. om udtalelse vedrørende anbefalet foranstaltning, samt om den sigtede tilhører målgruppen for straffelovens § 16 stk. 1 og 2.
4 sager omhandler vejledning til kommuner om effektuering af dom og overholdelse af vilkår i dom.

Af de 14 sager, hvor Statsadvokaten anmoder om udtalelse vedrørende idømte foranstaltninger, fordeler henvendelserne sig på følgende domstyper:
7 henvendelser har omhandlet domstype 4 (tilsyn hvor domfældte efterkommer tilsynsmyndighedens bestemmelse om ophold og arbejde, med mulighed for administrativ anbringelse på en boform for personer med vidtgående psykiske handicap)
1 henvendelse har omhandlet domstype 3 (anbringelse på en boform for personer med vidtgående psykiske handicap)
6 henvendelser har omhandlet domstype 2 (anbringelse på en boform for personer med vidtgående psykiske handicap, med mulighed for administrativ overførsel til sikret afdeling)

Følgende kommuner har fremsendt sager til Samrådet i 2013:
Albertslund, Ballerup, Brøndby, Gladsaxe, Hvidovre, Høje-Taastrup, Hørsholm, Lyngby-Taarbæk, Rødovre, Tårnby/Dragør.

Samrådet har i 2013 inviteret sagsbehandlere fra kommunerne til at deltage i samrådsmøderne, når deres fremsendte sag blev behandlet. Enkelte kommuner har benyttet sig af denne mulighed for at deltage i Samrådsmøderne, hvilket er med til at kvalificere Samrådets behandling af sagen.

I lighed med tidligere år har der også i 2013 været et stigende antal henvendelser til Samråds sekretariatet, hvor kommunerne søger vejledning om generelle og specifikke spørgsmål vedrørende domfældte udviklingshæmmede. Disse henvendelser drejer sig primært om vejledning i forhold til regelkrydsning mellem serviceloven og straffeloven samt handlemuligheder indenfor en given doms vilkår. I 2013 har der dog også været henvendelser om vejledning i forhold til anvendelse af bestemmelserne om magtanvendelse i servicelovens kapitel 24a. Der har generelt forekommet et øget behov for Samrådets ekspertise.

Øvrige arbejdsområder for Samrådet i 2013

En stor del af samrådets øvrige arbejde i 2013 har omhandlet lovforslaget om kriminalpræventive indsatser overfor sigtede og domfældte udviklingshæmmede samt den efterfølgende lovændring.

Derudover har et medlem af Samrådet afholdt oplæg for kommuner i Region Sjælland om Samrådets opgaver og funktion samt rådgivet i forhold til oprettelse af et Samråd.

Lovændring - servicelovens kapitel 24a.

D. 1. juli 2013 trådte lovændringen af servicelovens kapitel 24a i kraft. Kapitel 24a omhandler fuldbyrdelse af strafferetslige foranstaltninger mv. overfor voksne, der er anbragt i en § 108 boform i henhold til en strafferetlig afgørelse (domstype 1-4) eller som i henhold til en retskendelse er anbragt i varetægtssurrogat.

Kap 24a indeholder fire positivt afgrænsede indgrebsmuligheder jf. §§ 137g – 137j

- Indskrænkning i den anbragtes adgang til telefon og internet
- Undersøgelse af den anbragtes opholdsrum og ejendele
- Inddragelse af den anbragtes effekter
- Aflåsning af den anbragtes bolig for natten

I modsætning til udgangsbekendtgørelsen kan bestemmelserne i kap 24a godt finde anvendelse i private botilbud, så længe disse er godkendt som længerevarende botilbud efter servicelovens § 108. Bestemmelserne i kapitel 24a kan derimod ikke finde anvendelse over for personer, der bor i et midlertidigt botilbud efter servicelovens § 107 uanset om dette er et kommunalt/regionalt eller privat tilbud.

Anvendelse af indgrebsmulighederne skal indberettes til handlekommunen.

Socialstyrelsen har udgivet en håndbog om ”Indgreb som en del af den kriminalpræventive indsats” heri findes også skemaer til brug for indberetning af indgreb. Håndbogen kan læses her:
Håndbog fra Socialstyrelsen

Samrådet har afgivet høringssvar i forhold til lovforslaget samt rådgivet Rudersdal Kommune vedr. input til KL´s høringssvar om vejledningen til lovændringen.

Medlemmer fra Samrådet har deltaget i Socialstyrelsens temadag om de nye lovbestemmelser, sagsforløb og forebyggende pædagogiske tiltag samt metoder om risikovurderinger.

Afholdelse af temadag
Samrådet inviterede i oktober 2013 handicapchefer og kontaktpersoner fra de deltagende kommuner til en temadag om de nye lovbestemmelser i servicelovens kapitel 24a. Der var stor tilslutning til temadagen med 34 deltagere fra 17 kommuner samt fra Statsadvokaten i København.

Der blev holdt oplæg om:

- *Samrådets opgaver og funktion*
- *De nye lovbestemmelser i servicelovens kap. 24a*
  v. Samrådsmedlem og cand. jur. Doris Olsson
- *De nye lovbestemmelsers betydning for pædagogisk praksis*
  v. Samrådsmedlem og pædagogisk konsulent Brit Lorberg Hansen

Samrådet planlægger at afholde en ny temadag i 2014. Kommunerne vil blive kontaktet vedrørende ønsker om indhold.

Organisatoriske ændringer i Samrådet
Samrådets jurist Doris Olson og Samrådets sekretær Brit Lorberg Hansen er fratrådt deres poster og der vil blive udpeget nye samrådsmedlemmer som hhv. jurist og pædagogisk konsulent samt en sekretær for Samrådet. Samrådet består fra februar 2013 af:

Bitten Christensen, afdelingschef, Psykiatri og Handicap, Rudersdal Kommune (formand)
Finn Gerholt, psykiatrisk overlæge, Psykiatrisk Center Nordsjælland, Helsingør
Kirsten Schaub, kriminalforsorgsleder, Kriminalforsorgen Nordsjælland
(vakant), jurist, Psykiatri og Handicap, Rudersdal Kommune
(vakant), pædagogisk konsulent, Psykiatri og Handicap, Rudersdal Kommune

Se yderligere information om Samrådet samt vejledning til indsendelse af sager her:
Samrådet for domfældte udviklingshæmmede

Samrådet ser frem til fortsat godt samarbejde med alle samarbejdspartnere i 2014.

SAMRÅDET FOR DOMFÆLDTE
UDVIKLINGSHÆMMEDE
I KOMMUNERNE
I REGION HOVEDSTADEN

Stationsvej 36
3460 Birkerød

www.rudersdal.dk

Møde i Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde d. 22-04-2014

Lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger

Sekretariat for rammeaftaler

Fælleskommunalt Socialsekretariat Syddanmark

SEKRETARIAT FOR RAMMEAFTALER Midtjylland

Fælleskommunalt sekretariat for det specialiserede socialområde KKR Hovedstaden

SEKRETARIATET RAMMEAFTALE SJÆLLAND RS17

Opgørelse af kapacitet og belægning samt behov og efterspørgsel

Januar 2014

Indhold

Indledning 3
Samlet kapacitet og belægning på de lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger 5
Hovedtendenser omkring forventninger til efterspørgsel og behov 7
Kapacitet og belægning samt efterspørgsel og behov på de enkelte tilbud 9
Center for Døvblindhed og Høretab 9
Center for Høretab 11
Børneskolen Filadelfia 12
Refsnæsskolen/Synscenter Refsnæs 13
Kofoedsminde 14
CFD (Center for Døve) 15
Skolen på Kastelsvej 16
Børnekliniken 17
Institut for Blinde og Svagsynede 18
Geelsgårdskolen 19
Sikrede afdelinger 20
Bilag 1: Oversigt over belægning på de Lands- og landsdelsdækkende tilbud 24

Indledning

De fælleskommunale rammeaftalesekretariater i de fem regioner er, i samarbejde med den administrative styregruppe, ansvarlige for at tilvejebringe den nødvendige information vedrørende de lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger beliggende i egen region, der skal danne grundlag for koordinationen af disse tilbud på tværs af de fem regioner.

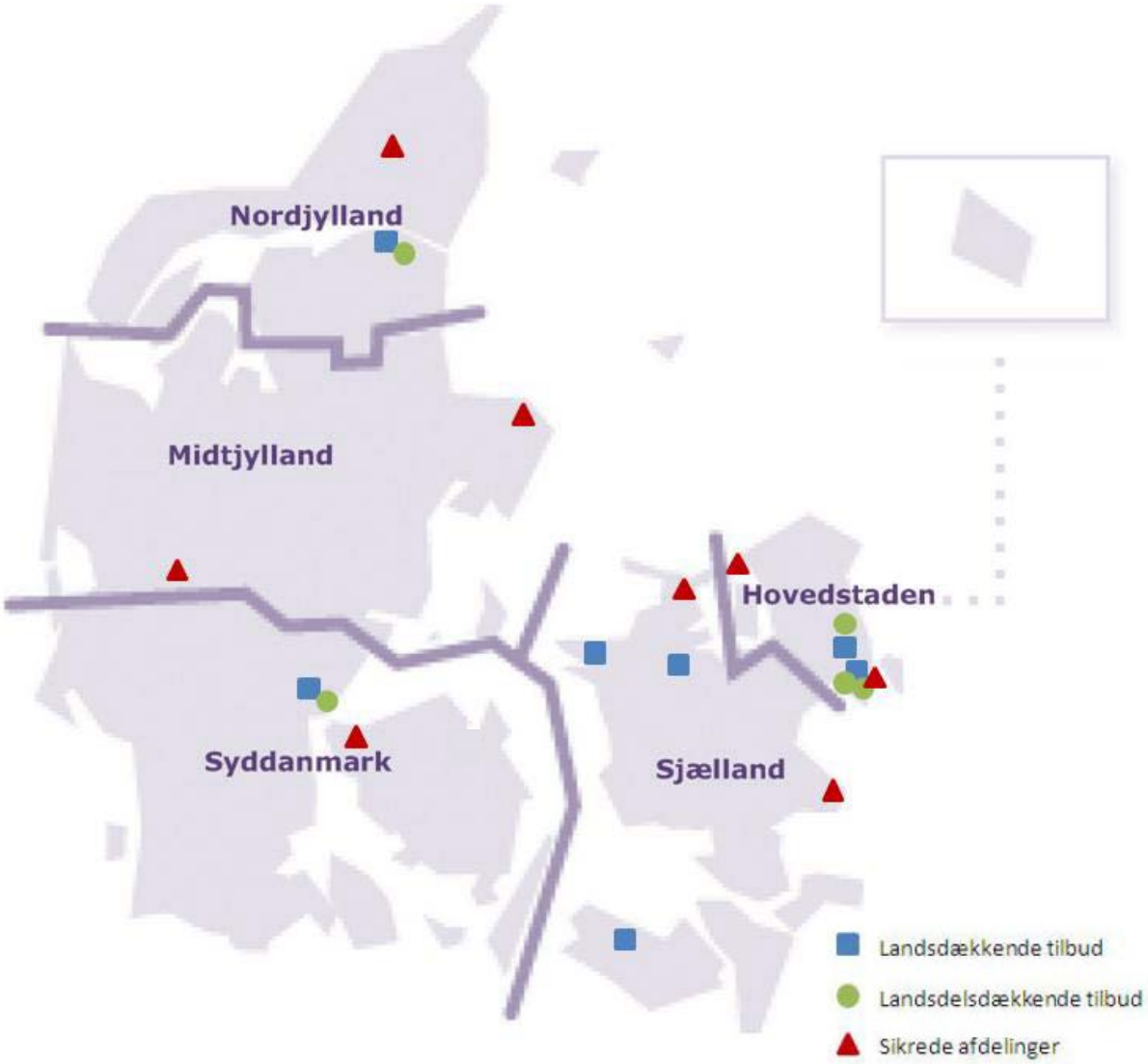
KL har udarbejdet et forslag til procedure for koordination af de lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger. Forslaget er blevet til i dialog med de fem rammeaftalesekretariater.

Koordineringen af de lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger mellem de fælleskommunale rammeaftalesekretariater i de fem regioner følger årshjulet for rammeaftalerne, herunder særligt de tidsmæssige rammer lovgivningen opsætter for udviklingsstrategien.

Hvert år udarbejdes i fællesskab mellem de fælleskommunale rammeaftalesekretariater én samlet beskrivelse af ændringer i kapacitet og efterspørgsel og udviklingstendenser inden for de af tilbuddene omfattende målgrupper. Beskrivelsen bygger på indmeldinger fra tilbuddenes driftsherrer og samtlige kommuner. Hver af de fem fælleskommunale rammeaftalesekretariater er ansvarlig for at indhente oplysninger fra kommuner og regioner vedrørende kapacitet og belægning på de lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger, der er geografisk placeret i pågældende region på kort og lang sigt samt om forventninger om fremtidige behov og udviklingstendenser i efterspørgsel efter disse tilbud.

Danmarkskortet nedenfor giver et hurtigt overblik over den geografiske placering af henholdsvis landsdækkende tilbud, landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger.

Kort 1: Geografisk placering af de lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger



Nærværende notat omfatter den fælles beskrivelse af status over kapacitet og belægning samt forventninger til efterspørgsel og behov. Den fælles beskrivelse lægges til grund for den tværregionale koordination, som sker i regi af styregrupperne i KKR-regi. Endelig skal en fælles beskrivelse, som styregrupperne i fællesskab har godkendt, integreres i hver af de fem regioners udviklingsstrategier.

Notatet præsenterer først den samlede kapacitet og belægning for henholdsvis de lands- og landsdækkende tilbud samt sikrede afdelinger. Derefter gennemgås hovedtendenserne omkring kommunernes forventninger til behov og efterspørgsel. I den resterende del af notatet gennemgås tilbuddene enkeltvis i forhold til kapacitet, belægning og efterspørgsel.

Samlet kapacitet og belægning på de lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger

De mest specialiserede lands- og landsdelsdækkende tilbud er nævnt i bekendtgørelsen om principper for kommunernes finansiering af tilbuddene og er følgende:

- Center for Døvblindhed og Høretab *(Region Nordjylland)*
- Center for Høretab *(Region Syddanmark)*
- Børneskolen Filadelfia *(Region Sjælland)*
- Refsnæsskolen/Synscenter Refsnæs *(Region Sjælland)*
- Kofoedsminde *(Region Sjælland)*
- CFD (Center for Døve) *(Gladsaxe Kommune)*
- Skolen på Kastelsvej *(Københavns Kommune)*
- Børnekliniken *(Københavns Kommune)*
- Institut for Blinde og Svagsynede *(Københavns Kommune)*
- Geelsgårdskolen *(Region Hovedstaden)*

Samlet set har belægningen på de lands- og landsdelsdækkende været på 98 procent i 2013. Belægningen på de enkelte tilbud svinger dog fra 14,3 procent til 368 procent på ydelsesniveau. Overordnet set forventer driftsherrerne ikke de store forandringer i tilbuddenes kapacitet frem mod 2017.

Synscenter Refnæs, Skolen på Kastelvej samt Center for Døve har dog nedjusteret antallet af pladser frem mod 2017, mens Center for Døvblindhed og Høretab og Geelsgårdsskolen har øget antallet af pladser frem mod 2017.

De øvrige tilbud forventer på nuværende tidspunkt uændret kapacitet frem til 2017.

Tabel 1: Samlet kapacitet og belægning på de lands- og landsdelsdækkende tilbud

Tekst	Antal tilbud	2013	2014	2015	2016	2017
Pladstal	9	988,4	962	959,9	954,9	951,9
Pladsforbrug samlet		968,4				
Belægningsprocent		98 %				
Pladsforbrug Syddanmark		127,27				
Pladsforbrug Midtjylland		101,78				
Pladsforbrug Nordjylland		124,48				
Pladsforbrug Sjælland		139,65				
Pladsforbrug Hovedstaden		463,78				
Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)		11,39				

Note: Opgørelsen er eksklusiv Børnekliniken samt en ydelse på Kofoesminde, SEL 108, stk 6. Inklusiv Børnekliniken er der i alt 10 lands- og landsdelsdækkende tilbud.
Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariater i de fem regioner, 2014.

Nedenstående tabel viser, at de *landsdækkende* tilbud overvejende har borgere fra kommunerne i beliggenhedsregionen eller de omkringliggende regioner. Der er ingen landsdækkende tilbud i den midtjyske region. I bilag 1 ses den regionvise fordeling af belægningen for de enkelte tilbud.

Tabel 2: Belægning på de landsdækkende tilbud i 2013 fordelt på regioner

	Tilbuddenes beliggenhed			
Tekst	Syddanmark	Nordjylland	Sjælland	Hovedstaden
Antal tilbud	1	1	3	2
Pladstal	26	133,4	160	322
Pladsforbrug samlet	22,8	142,3	127,62	290,6
Pladsforbrug fra Syddanmark	33,3%	10,5%	13,2%	14,2%
Pladsforbrug fra Midtjylland	31,6%	22,7%	13,2%	8,1%
Pladsforbrug fra Nordjylland	0,0%	28,9%	4,5%	3,1%
Pladsforbrug fra Sjælland	26,3%	12,2%	41,8%	18,0%
Pladsforbrug fra Hovedstaden	8,8%	22,3%	25,8%	55,8%
Pladsforbrug fra andre (Færøerne..)	0,0%	3,6%	1,6%	0,8%

Note: Opgørelsen er eksklusiv Kofoesminde, SEL 108, stk 6.
Center for Døvblindhed og Høretab samt Center for Høretab har begge både en landsdækkende og en landsdelsdækkende funktion.
Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariater i de fem regioner, 2014.

I nedenstående tabel ses den regionsvise fordeling af belægningen på de *landsdelsdækkende* tilbud. Som det fremgår anvendes disse tilbud primært af kommuner i beliggenhedsregionen, mens borgere fra kommuner i den anden region i landsdelen udgør en mindre andel af pladsforbruget. Der er ingen landsdækkende tilbud i den midtjyske region. I bilag 1 ses den regionsvise fordeling af belægningen for de enkelte tilbud.

Tabel 3: Belægning på de landsdelsdækkende tilbud i 2013 fordelt på regioner

	Tilbuddenes beliggenhed		
Tekst	Syddanmark	Nordjylland	Hovedstaden
Antal tilbud	1	1	2
Pladstal	57	74	216
Pladsforbrug samlet	55,8	86,9	242,4
Pladsforbrug fra Syddanmark	77,6%	3,9%	0,0%
Pladsforbrug fra Midtjylland	14,3%	16,2%	0,0%
Pladsforbrug fra Nordjylland	0,9%	78,5%	0,0%
Pladsforbrug fra Sjælland	0,0%	0,0%	4,4%
Pladsforbrug fra Hovedstaden	3,6%	1,4%	95,6%
Pladsforbrug fra andre (Færøerne..)	3,6%	0,0%	0,0%

Note: Opgørelsen er eksklusiv Børnekliniken. Inklusiv Børnekliniken er der i alt 10 landsdelsdækkende tilbud.
Center for Døvblindhed og Høretab samt Center for Høretab har begge både en landsdækkende og en landsdelsdækkende funktion.
Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariater i de fem regioner, 2014.

De sikrede afdelinger er følgende:

- Kompasset (*Region Nordjylland*)
- Koglen (*Region Midtjylland*)
- Grenen (R*egion Midtjylland*)
- Egely (*region Syddanmark*)
- Bakkegården (R*egion Sjælland*)
- Stevnsfortet *(Region Sjælland)*
- Sølager *(Region Hovedstaden)*
- Sønderbro *(Københavns Kommune).*

Belægningen på de sikrede afdelinger var i 2013 samlet set på 83,7 procent, spændende fra 59,8 til 98,8 procent på de enkelte tilbud. De tilknyttede skoletilbud indgår ikke i opgørelsen.

Til sammenligning var belægningsprocenten i 2012 samlet set på 69 %.[1] Antallet af pladser er i perioden 2012 til 2013 nedjusteret med i alt 15 pladser, fra 141 pladser i 2012 til 126 pladser i 2013.

Tabel 4: Samlet kapacitet og belægning på sikrede afdelinger

Tekst	Antal tilbud	2013	2014	2015	2016	2017
Pladstal	8	126	126	126	126	126
Pladsforbrug samlet		105,5				
Belægningsprocent		83,7%				
Pladsforbrug Syddanmark		20,15				
Pladsforbrug Midtjylland		13,17				
Pladsforbrug Nordjylland		4,46				
Pladsforbrug Sjælland		15,84				
Pladsforbrug Hovedstaden		47,09				
Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)		4,78				

Note: De tilknyttede skoletilbud indgår ikke i opgørelsen
Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariater i de fem regioner, 2014.

Som det fremgår af nedenstående tabel bliver pladserne i de sikrede afdelinger primært belagt med borgere fra kommuner i den region, hvor tilbuddet ligger, eller omkringliggende regioner. Borgere fra Hovedstadsregionen er dog forholdsvist højt repræsenteret i alle beliggenhedsregioner.

Tabel 5: Belægning på de sikrede afdelinger i 2013 fordelt på regioner

	Tilbuddenes beliggenhed				
Tekst	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	Sjælland	Hovedstaden
Antal tilbud	1	2	1	2	2
Pladstal	19	25	8	35	39
Pladsforbrug samlet	16,87	23,2	6,26	24,79	34,3
Pladsforbrug fra Syddanmark	46%	35%	21%	6%	4%
Pladsforbrug fra Midtjylland	9%	36%	30%	5%	0%
Pladsforbrug fra Nordjylland	1%	8%	39%	0%	0%
Pladsforbrug fra Sjælland	11%	10%	1%	32%	11%
Pladsforbrug fra Hovedstaden	27%	11%	4%	57%	75%
Pladsforbrug fra andre (færøerne..)	5%	0%	5%	0%	11%

Note: De tilknyttede skoletilbud indgår ikke i opgørelsen
Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariater i de fem regioner, 2014.

Hovedtendenser omkring forventninger til efterspørgsel og behov

Som led i fastsættelse af konceptet for koordinering af lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger blev kravet til informationsniveauet for kommunernes indmeldinger af forventninger til efterspørgsel og behov for 2014-2015 begrænset til frivillige bemærkninger omkring tilbuddene. Grundlaget for at konkludere egentlige hovedtendenser i kommunernes efterspørgsel og behov for disse tilbudstyper er således meget begrænset og ikke sammenlignelige, ligesom det alene er et begrænset antal af landets kommuner, der har valgt at anføre bemærkninger herom.

[1] Kilde: Lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger- Opgørelse af kapacitet og belægning samt behov og efterspørgsel, februar 2013

Indberetningerne giver derfor alene nogle ikke-repræsentative indikationer på det kommunale landskabs efterspørgsel og behov efter de lands- og landsdelsdækkende tilbud samt sikrede afdelinger.

Nedenfor er kort opsummeret de helt overordnede hovedtendenser omkring kommunernes efterspørgsel og behov. Kommunernes mere konkrete tilbagemeldinger målrettet de enkelte tilbud fremgår senere i notatet.

Gennemgående oplyser kommunerne, at efterspørgslen efter de lands- og landsdelsdækkende tilbud i 2015 vil være uændret. Generelt er tilbuddene kendetegnet ved, at volumen af målgrupperne for tilbuddenes ydelser er lille, hvorfor de enkelte kommuner typisk kun anvender disse tilbud i et meget begrænset omfang. Desuden spiller tilbuddenes geografiske placering umiddelbart en stor rolle i forhold til om kommunerne anvender tilbuddene, således at tilbud i geografisk nærhed af handlekommunen i højere grad anvendes.

Generelt fremhæves det fra kommunerne i hele landet, at målgruppen børn, unge og voksne med hørenedsættelse, som tilbuddene Center for Døvblindhed og Høretab, Center for Høretab, Skolen på Kastelvej og CFD (Center for Døve) er målrettet, forventes at være faldende. Årsagen hertil er blandt andet udbredelsen af Cochlear Implant-operationer.

Tilsvarende oplyser kommunerne, at efterspørgslen efter de sikrede afdelinger i 2015 gennemgående vil være uændret. Flere kommuner på tværs af landet fremhæver i den forbindelse, at det alene er med afsæt i lægehenvisning eller efter domsafsigelse, der bliver trukket på tilbuddene. Kommunerne oplever det derfor svært at kunne prognosticere på, hvordan henvisnings- og domsmønstre vil være i 2015. Der ses en særlig stigende tendens for behov for pladser fra kommuner, som har asylcentre beliggende i kommunen, da der kommer mange udsatte uledsagede flygtningebørn- og unge. Der er ikke nødvendigvis tale om langvarige pladser, men om akutpladser.

Kapacitet og belægning samt efterspørgsel og behov på de enkelte tilbud

I den resterende del af notatet gennemgås de lands- og landsdelsdækkende tilbud enkeltvist i forhold til kapacitet og belægning samt forventet efterspørgsel og behov. De sikrede afdelinger gennemgås enkeltvist i forhold til kapacitet og belægning og samlet i forhold til behov og efterspørgsel.

Center for Døvblindhed og Høretab

Driftsherre: Region Nordjylland
Målgruppe: Børn, unge og voksne med medfødt døvblindhed og høretab.
Type: Døvblindhed er landsdækkende; Høretab er landsdelsdækkende.
Finansiering: Undervisningstilbud til børn og unge er delvist objektivt finansieret.
Specialrådgivning til børn og unge er objektivt finansieret.
Øvrige tilbud er fuldt takstfinansierede.
Tilbuddet varetager desuden et landsdækkende materialecenter, som er fuldt objektivt finansieret.

Tabel 6: Oversigt over kapacitet og belægning for Center for Døvblindhed og Høretab

Tilbud	Paragraf	Tekst	2013	2014	2015	2016	2017
Døvblindhed							
Skoleafdeling, børn og unge	FSL § 20 stk. 3	Pladstal	11	11	11***	11***	11***
		Belægningsprocent	65,1%				
Skoleafdeling, voksne	LSV § 1 stk. 2	Pladstal	42	42	42	42	42
		Belægningsprocent	101,1%				
Døgnophold, børn og unge	SEL § 67 nr. 2	Pladstal	10	10	10	10	10
		Belægningsprocent	69,9%				
Midl. døgnophold, unge	SEL § 107	Pladstal	11	11	11	11	11
		Belægningsprocent	164,4%				
Døgnophold, voksne	SEL § 108	Pladstal	28,42*	38	38	38	38
		Belægningsprocent	99,5%				
Aktivitets- og samværstilbud	SEL § 104	Pladstal	31	31	31	31	31
		Belægningsprocent	127%				
Høretab							
Skoleafdeling, børn og unge	FSL § 20 stk. 3	Pladstal	16	16	16***	16***	16***
		Belægningsprocent	82,3%				
Skoleafdeling, voksne	LSV § 1 stk. 2	Pladstal (lektioner)	50**	50**	50**	50**	50**
		Belægningsprocent	136,1%				
Aflastningstilbud	SEL § 67 nr. 2	Pladstal (stk.)	8	8	8	8	8
		Belægningsprocent	70,4%				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariater i de fem regioner, 2014.

Center for Døvblindhed og Høretab er en fusion af tidligere Døvblindecentret og Aalborgskolen. Center for Døvblindhed og Høretab, CDH, omfatter to specialer – et landsdelsdækkende kompetencecenter for børn og voksne med høretab samt et landsdækkende helhedstilbud til børn, unge og voksne med medfødt døvblindhed samt børn og unge med erhvervet døvblindhed. For målgruppen af døvblinde børn og voksne dækker CDH alle landets 98 kommuner, mens CDH på høretabsområdet dækker de 11 nordjyske kommuner samt Favrskov Kommune, Norddjurs Kommune, Syddjurs Kommune, Randers Kommune, Skive Kommune og Viborg Kommune.

Hertil varetager CDH et landsdækkende Materialecenter for visuelle og auditive specialundervisningsmaterialer, samt vejlednings- og rådgivningsydelser. Disse ydelser finansieres gennem objektive kriterier og er derfor ikke medtaget i indberetningen.

* Pladsantallet er pr. 15. november 2013 øget fra 27 til 38 pladser, hvilket giver 28,42 helårspladser i 2013.
** Ydelsen er fastsat på timebasis med en normering på 2.520 timer om året. Omregnet til pladser giver det ca. 50.
*** Der har været en faldende efterspørgsel i Skoleafdelingen for døvblinde børn samt i Skoleafdelingen for børn med høretab med yderligere funktionsnedsættelser. Der bør derfor være opmærksomhed på den samlede udvikling i efterspørgslen på undervisningsområdet med særligt fokus på børneskoletilbuddet (efter folkeskoleloven).

KOMMUNERNES FORVENTNINGER TIL BEHOV OG EFTERSPØRGSEL

Den gennemgående tilbagemelding på tværs af landet er en forventning om uændret efterspørgsel efter ydelser fra Center for Døvblindhed og Høretab.

I Nordjylland melder en kommune om fald i efterspørgslen.

Center for Høretab

Driftsherre: Region Syddanmark
Målgruppe: Børn og unge med høretab
Type Landsdækkende: LSV § 1 stk. 3 og SEL § 108
Landsdelsdækkende: FSL § 20 stk. 3 og SEL § 67 nr. 2
Finansiering: Undervisningstilbud er delvist objektivt finansieret.
Specialrådgivning er objektivt finansieret.
Øvrige tilbud er fuldt takstfinansierede.

Tabel 7: Oversigt over kapacitet og belægning for Center for Høretab

Tilbud	Paragraf	Tekst	2013	2014	2015	2016	2017
Skoleafdeling	FSL § 20 stk. 3	Pladstal	42	42	42	42	42
		Belægningsprocent	98,6%				
Elevhjem	SEL § 67 nr. 2	Pladstal	15	15	15	15	15
		Belægningsprocent	95,9%				
Skoleafdeling	LSV § 1 stk. 3	Pladstal	13	13	13	13	13
(tidligere Nyborgskolen)		Belægningsprocent	101,6%				
Boafsnit	SEL § 108	Pladstal	13	13	13	13	13
(tidligere Nyborgskolen)		Belægningsprocent	73,9%				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariater i de fem regioner, 2014.
Note: Pladserne på Skoleafdeling LSV § 1 stk. 3 samt Boafsnit, SEL § 108 har været udbudt fra 1. august 2013

Udbyderen forventer ikke ændringer i kapaciteten i årene fremover.

Region Syddanmark bemærker, at kapaciteten af pladser tilpasses efter den kommunale efterspørgsel, så jo mere konkrete tilkendegivelser regionen får om den fremtidige efterspørgsel efter disse tilbud, jo bedre et planlægningsgrundlag er der for justering af kapaciteten.

Pladserne på Skoleafdeling, LSV § 1, stk 3 samt Boafsnit § 108 er erstatning for de tidligere pladser på det landsdækkende tilbud Nyborgskolen. Pladserne har kun været udbudt fra 1. august 2013. Region Syddanmark har lukket det landsdækkende specialundervisningstilbud Nyborgskolen med udgangen af juli 2013.

KOMMUNERNES FORVENTNINGER TIL BEHOV OG EFTERSPØRGSEL

Den gennemgående tilbagemelding fra landets kommunerne omkring efterspørgslen efter ydelser fra Center fra Høretab er en forventning om en uændret efterspørgsel.

I Syddanmark melder en kommune om fald i efterspørgslen.

En enkelt kommune melder, at der med fordel kan hjemtages flere konsulentopgaver, opgaver som de lokale audiologopæder varetog indtil 2007. Ved at hjemtage disse opgaver kan tiden på landevejen reduceres.

Børneskolen Filadelfia

Driftsherre: Region Sjælland
Målgruppe: Børn i alderen 6-16 år indlagt på Epilepsihospitalets børneafdeling
Type: Landsdækkende
Finansiering: Undervisningstilbud er delvist objektivt finansieret.
Specialrådgivning er objektivt finansieret.

Tabel 8: Oversigt over kapacitet og belægning for Børneskolen Filadelfia

Tilbud	Paragraf	Tekst	2013	2014	2015	2016	2017
Specialundervisning	FSL § 20 stk. 3	Pladstal	11,5	11,5	11,5	11,5	11,5
		Belægningsprocent	77,7%				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariater i de fem regioner, 2014.

Der er ingen forventede kapacitetsændringer på Børneskolen Filadelfia i 2014 og de kommende år.

KOMMUNERNES FORVENTNINGER TIL BEHOV OG EFTERSPØRGSEL

Generelt er vurderingen på tværs af landet, at efterspørgslen efter Kolonien Filadelfias ydelser i 2015 vil være uændret.

Enkelte kommuner bemærker, at de oplever et faldende behov.

Refsnæsskolen/Synscenter Refsnæs

Driftsherre: Region Sjælland
Målgruppe: Blinde og svagsynede børn og unge
Type: Landsdækkende
Finansiering: Undervisningstilbud er delvist objektivt finansieret.
Specialrådgivning er objektivt finansieret.
Tilbuddet varetager desuden et landsdækkende materialecenter, som fuldt objektivt finansieret.
Øvrige tilbud er fuldt takstfinansierede.

Tabel 9: Oversigt over kapacitet og belægning for Refsnæsskolen/Synscenter refsnæs

Tilbud	Paragraf	Tekst	2013	2014	2015	2016	2017
Undervisning	FSL § 20 stk. 3	Pladstal	30	20	20	20	20
		Belægningsprocent	70,4%				
Undervisning	LSV § 1 stk. 2	Pladstal	9	8	8	8	8
		Belægningsprocent	134,2%				
STU	STU	Pladstal	7	1	1	1	1
		Belægningsprocent	14,3%				
Døgnophold	SEL § 66 nr. 6 / § 107	Pladstal	38	27	27	27	27
		Belægningsprocent	79,4%				
Klubtilbud	SEL § 36	Pladstal	19,5	10,4	10,4	10,4	10,4
		Belægningsprocent	55,1%				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariater i de fem regioner, 2014.

KOMMUNERNES FORVENTNINGER TIL BEHOV OG EFTERSPØRGSEL

Generelt er vurderingen på tværs af landet, at efterspørgslen efter Synscenter Refsnæs, Synscenter Refnæs/rådgivning i 2015 vil være uændret.

Enkelte fremhæver, at behovet forventes stigende.

Der er stadig behov for uddannelse af forældre og medarbejdere.

Kofoedsminde

Driftsherre: Region Sjælland
Målgruppe: Voksne domsfældte udviklingshæmmede
Type: Landsdækkende
Finansiering: Opholdstilbud er fuldt objektivt finansieret.
Øvrige tilbud er fuldt takstfinansierede.

Tabel 10: Oversigt over kapacitet og belægning for Korfoedsminde

Tilbud	Paragraf	Tekst	2013	2014	2015	2016	2017
Sikret ophold	SEL § 108 stk. 6	Pladstal	34	34	34	34	34
		Belægningsprocent	96,8%				
Beskyttet beskæftigelse	SEL § 103	Pladstal	45	45	45	45	45
		Belægningsprocent					

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariater i de fem regioner, 2014.

KOMMUNERNES FORVENTNINGER TIL BEHOV OG EFTERSPØRGSEL

Den gennemgående tilbagemelding fra landets kommuner omkring efterspørgslen efter Kofoedsmindes pladser, er en forventning om en uændret efterspørgsel, men hvor nogle kommuner forventer stigende behov.

En kommune forventer faldende behov.

En kommune fremhæver, at det på voksenområdet kan være vanskeligt at forudsige behovet for pladser. Samlet set ses en stigning i domsfældte udviklingshæmmede, men behovet for en plads på sikret afdeling er vanskeligt at forudsige.

CFD (Center for Døve)

Driftsherre: Gladsaxe Kommune
Målgruppe: Voksne døve og voksne med høretab
Type: Landsdækkende
Finansiering: De sociale tilbud er fuldt takstfinansierede.
Specialrådgivning er objektivt finansieret.

Tabel 11: Oversigt over kapacitet og belægning for CFD (Center for Døve)

Tilbud	Paragraf	Tekst	2013	2014	2015	2016	2017
Beskyttet beskæftigelse	SEL § 103	Pladstal	67	64	64	64	64
		Belægningsprocent	73,4%				
Aktivitets- og samværstilbud	SEL § 104	Pladstal	62	62	62	62	62
		Belægningsprocent	87,4%				
Midlertidigt ophold	SEL § 107	Pladstal	5	5	5	5	5
		Belægningsprocent	79,0%				
Længerevarende ophold	SEL § 108	Pladstal	101	101	101	101	101
		Belægningsprocent	98,3%				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariater i de fem regioner, 2014.

Antallet af pladser på CFD's beskyttet beskæftigelse (§ 103) blev nedjusteret med 3 pladser fra 2013 til 2014. Derudover er der en forventning om uændret efterspørgsel.

KOMMUNERNES FORVENTNINGER TIL BEHOV OG EFTERSPØRGSEL

Den gennemgående tilbagemelding fra landets kommunerne omkring efterspørgslen efter ydelser fra CFD (Center for Døve) er en forventning om en uændret efterspørgsel.

Der er kommuner som bemærker, at de forventer en faldende efterspørgsel. Årsagen hertil er blandt andet udbredelsen af Cochlear Implant-operationer.

Endvidere fremhæves, at på voksenområdet anvendes tilbudet i særligt vanskelige tilfælde.

Skolen på Kastelsvej

Driftsherre: Københavns Kommune
Målgruppe: Børne og unge med nedsat fysisk funktionsevne
Type: Landsdelsdækkende
Finansiering: Undervisningstilbud er delvist objektivt finansieret.

Tabel 12: Oversigt over kapacitet og belægning for Skolen på Kastelsvej

Tilbud	Paragraf	Tekst	2013	2014	2015	2016	2017
Undervisning	FSL § 20 stk. 3	Pladstal	33	32	29	24	21
		Belægningsprocent	99,4%				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariater i de fem regioner, 2014.

Der er en forventning om en faldende efterspørgsel i 2014 og de kommende år. Driftsherre bemærker følgende vedr. den faldende normering på Skolen på Kastelsvej: Teknologen indenfor bl.a. Cochlear-implantater er så udviklet, at færre børn forventes at få behov for skolegang på Kastelsvej. De kan derimod løbende inkluderes i den københavnske almenskole.

KOMMUNERNES FORVENTNINGER TIL BEHOV OG EFTERSPØRGSEL

Den gennemgående tilbagemelding fra landets kommuner omkring pladser på Skolen på Kastelvej, er en forventning om, at efterspørgslen i 2015 vil være uændret .

Tilsvarende de øvrige tilbud målrettet hørehæmmede, bemærker flere kommuner, at de forventer en faldende efterspørgsel grundet øget udbredelse af Cochlear Implant-operationer.

Enkelte kommuner bemærker også i forhold til dette tilbud, at kommunernes gennemgående øget fokus på inklusion af børn og unge i normal- og lokal området, også kan få betydning for den fremtidige efterspørgsel efter denne type tilbud.

En kommune melder om forventet øget visitering til tilbuddet.

En kommune melder, at de ikke har behov for tilbuddet efter sommer 2015.

Børnekliniken

Driftsherre: København Kommune
Målgruppe: Førskolebørn med kommunikationsvanskeligheder
Type: Landsdelsdækkende
Finansiering: Undervisningstilbud er delvist objektivt finansieret.
Specialrådgivning er objektivt finansieret.

Tabel 13: Oversigt over kapacitet og belægning for Institut for Børnekliniken

Tilbud	Paragraf	Tekst	2013	2014	2015	2016	2017
Udredning og kurser	-	Aktive sager	369				
		Udredninger	239				
		Kursister	288				

Børnekliniken er et efterspørgselsdrevet ambulant tilbud, der som udgangspunkt ikke arbejder med en fast kapacitet i antal pladser eller antal forløb.

Børnekliniken har i 2013 haft en jævn efterspørgsel på udredningsopgaver og en stigende efterspørgsel på generel rådgivning i form af kursusudbud og supervision. Børnekliniken har i 2013 afvist 191 ansøgere til kursus. Driftsherre forventer fremadrettet en tilsvarende efterspørgsel på udredningsopgaver og kursustilbud. Dog afventes den faktiske efterspørgsel i regi af VISO, som driftsherre forventer at skulle kontrakte med om fremtidige opgaver med virkning fra 1. juli 2014.

KOMMUNERNES FORVENTNINGER TIL BEHOV OG EFTERSPØRGSEL

Generelt er vurderingen på tværs af landet, at efterspørgslen efter Børneklinikens ydelser i 2015 vil være uændret.

Enkelte kommuner bemærker dog, at de forventer en lille stigning i efterspørglen, mens andre kommuner modsat oplever en tendens i retning af en mindre fald i efterspørgslen blandt andet på grund af hjemtagelse af opgaven.

Det fremhæves, at Børnekliniken også benyttes til udredning af komplekse sager.

Endelig bemærkes det af en kommune, at Børnekliniken ikke anvendes, da kommunen har et godt samarbejde med audiologisk afdeling på Gentofte Hospital.

Institut for Blinde og Svagsynede

Driftsherre: København Kommune
Målgruppe: Voksne blinde og svagsynede
Type: Landsdækkende
Finansiering: Undervisningstilbud er delvist objektivt finansieret.
Specialrådgivning er objektivt finansieret
Øvrige tilbud er fuldt takstfinansierede.

Tabel 14: Oversigt over kapacitet og belægning for Institut for Blinde og Svagsynede

Tilbud	Paragraf	Tekst	2013	2014	2015	2016	2017
Aktivitets- og samværstilbud	SEL § 104	Pladstal	16	16	16	16	16
		Belægningsprocent	99,8%				
Erhvervsuddannelser	Erhvervsuddannelser	Pladstal	28	28	28	28	28
		Belægningsprocent	99,7%				
Længerevarende ophold	SEL § 108	Pladstal	7	7	7	7	7
		Belægningsprocent	113,2%				
Midlertidigt ophold	SEL § 107	Pladstal	19	19	19	19	19
		Belægningsprocent	87,2%				
STU	STU	Pladstal	10	10	10	10	10
		Belægningsprocent	91,3%				
Synsrehabilitering	Rehabilitering, § 85	Pladstal	7	7	7	7	7
		Belægningsprocent	92,6%				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariater i de fem regioner, 2014.

Driftsherre forventer ikke ændringer i efterspørgslen i 2014 og de kommende år.

KOMMUNERNES FORVENTNINGER TIL BEHOV OG EFTERSPØRGSEL

Den gennemgående tilbagemelding fra landets kommuner omkring efterspørgslen efter ydelser fra Instituttet for Blinde og Svagsynede er en forventning om en uændret efterspørgsel.

En kommune i hovedstadregionen melder om fremtidig stigende behov for tilbuddet.

Kommuner geografisk beliggende i hovedstadsregionen fremhæver, at Regeringens udmøntning af justeringerne af kommunalreformen bør følges nøje eventuelt med henblik på at skabe et tættere samarbejde i kommunalt regi på kommunikationsområdet for at sikre en opgavemasse, som gør opgaveløsningen og udviklingen heraf bæredygtig

Geelsgårdskolen

Driftsherre: Region Hovedstaden
Målgruppe: Børn og unge med svære fysiske funktionsnedsættelser og døvblinde børn og unge.
Type: Landsdelsdækkende
Finansiering: Undervisningstilbud til børn og unge er delvist objektivt finansieret.
Øvrige tilbud er fuldt takstfinansierede.

Tabel 15: Oversigt over kapacitet og belægning for Geelsgårdskolen

Tilbud	Paragraf	Tekst	2013	2014	2015	2016	2017
Undervisning på døgntilbud	FSL § 20 stk. 3	Pladstal	78	85	85	85	85
		Belægningsprocent	106,3%				
STU	STU	Pladstal	18	11	11	11	11
		Belægningsprocent	84,2%				
Døgntilbud	SEL § 66 nr. 6	Pladstal	7	7	7	7	7
		Belægningsprocent	100,9%				
Aflastningstilbud	SEL § 66 nr. 6 afl	Pladstal	7	7	7	7	7
		Belægningsprocent	368,4%				
Klubtilbud	SEL § 36	Pladstal	62	69	69	69	69
		Belægningsprocent	108,0%				
Aktivitets- og samværstilbud	SEL § 104	Pladstal	11	10	10	10	10
		Belægningsprocent	106,0%				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariater i de fem regioner, 2014.

I forhold til Undervisning på døgntilbud samt Klubtilbud forventes en stigende efterspørgsel. Der forventes en faldende efterspørgsel på STU samt aktivitets- og samværstilbud.

KOMMUNERNES FORVENTNINGER TIL BEHOV OG EFTERSPØRGSEL

Generelt er vurderingen på tværs af landet, at efterspørgslen efter Geelsgårdskolens pladser i 2015 vil være uændret.

Enkelte kommuner i hovedstadsregionen bemærker, at efterspøgslen er svagt faldende blandt andet fordi man benytter andre skoler, fx i nærområdet .

En kommune fremhæver, at efterspørgselen har været stigende særligt grundet stærke forældreønsker.

Sikrede afdelinger

Driftsherrer: De fem regioner og Københavns Kommune

Målgruppe: Domsanbragte børn og unge samt børn og unge med særligt behov for observation m.v.

Type: Landsdækkende

Finansiering: Forvaltningsanbringelse er fuldt takstfinansieret.
Domsanbringelse er delvist objektivt finansieret.

Tabel 16: Kapacitet og belægning på sikrede afdelinger 2013-2017

Tilbud	Tekst	2013	2014	2015	2016	2017
Københavns Kommune						
Sønderbro	Pladstal	18	18	18	18	18
	Pladsforbrug samlet	16,10				
	Belægningsprocent	89,4%				
	Pladsforbrug Syddanmark	0,25				
	Pladsforbrug Midtjylland	0,00				
	Pladsforbrug Nordjylland	0,00				
	Pladsforbrug Sjælland	0,93				
	Pladsforbrug Hovedstaden	14,83				
	Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0,09				
Region Nordjylland						
Kompasset	Pladstal	8	8	8	8	8
	Pladsforbrug samlet	6,26				
	Belægningsprocent	78,2%				
	Pladsforbrug Syddanmark	1,32				
	Pladsforbrug Midtjylland	1,87				
	Pladsforbrug Nordjylland	2,44				
	Pladsforbrug Sjælland	0,08				
	Pladsforbrug Hovedstaden	0,22				
	Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0,33				
Region Midtjylland						
Grenen - alm. Sikrede	Pladstal	10	10	10	10	10
	Pladsforbrug samlet	9,88				
	Belægningsprocent	98,8%				
	Pladsforbrug Syddanmark	3,58				
	Pladsforbrug Midtjylland	3,74				
	Pladsforbrug Nordjylland	0,72				
	Pladsforbrug Sjælland	1,45				
	Pladsforbrug Hovedstaden	0,39				
	Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0,0				
Grenen - særligt Sikrede	Pladstal	5	5	5	5	5
	Pladsforbrug samlet	3,80				
	Belægningsprocent	76,1%				
	Pladsforbrug Syddanmark	0,8				
	Pladsforbrug Midtjylland	0,88				
	Pladsforbrug Nordjylland	0,0				
	Pladsforbrug Sjælland	0,8				
	Pladsforbrug Hovedstaden	1,32				
	Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0				
Koglen	Pladstal	10	10	10	10	10
	Pladsforbrug samlet	9,55				
	Belægningsprocent	95,5%				
	Pladsforbrug Syddanmark	3,85				
	Pladsforbrug Midtjylland	3,80				
	Pladsforbrug Nordjylland	1,04				
	Pladsforbrug Sjælland	0,0				
	Pladsforbrug Hovedstaden	0,87				
	Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0,0				

Tabel 16: Kapacitet og belægning på sikrede afdelinger 2012-2016 …fortsat

Tilbud	Tekst	2013	2014	2015	2016	2017
Region Syddanmark						
Egely - alm. sikrede	Pladstal	14	14	14	14	14
(inkl. sociale pladser)	Pladsforbrug samlet	12,6				
	Belægningsprocent	89,6%				
	Pladsforbrug Syddanmark	6,91				
	Pladsforbrug Midtjylland	1,46				
	Pladsforbrug Nordjylland	0,25				
	Pladsforbrug Sjælland	0,85				
	Pladsforbrug Hovedstaden	2,54				
	Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0,53				
Egely – særligt sikrede	Pladstal	5	5	5	5	5
5(inkl. sociale pladser)	Pladsforbrug samlet	4,32				
	Belægningsprocent	86,4%				
	Pladsforbrug Syddanmark	0,83				
	Pladsforbrug Midtjylland	0,10				
	Pladsforbrug Nordjylland	0				
	Pladsforbrug Sjælland	1,04				
	Pladsforbrug Hovedstaden	2,08				
	Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0,28				
Region Sjælland						
Bakkegården	Pladstal	20	20	20	20	20
	Pladsforbrug samlet	11,97				
	Belægningsprocent	59,8%				
	Pladsforbrug Syddanmark	0,38				
	Pladsforbrug Midtjylland	1,33				
	Pladsforbrug Nordjylland	0				
	Pladsforbrug Sjælland	3,36				
	Pladsforbrug Hovedstaden	6,90				
	Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0				
Stevnsfortet	Pladstal	15	15	15	15	15
	Pladsforbrug samlet	12,82				
	Belægningsprocent	85,5%				
	Pladsforbrug Syddanmark	1,16				
	Pladsforbrug Midtjylland	0				
	Pladsforbrug Nordjylland	0				
	Pladsforbrug Sjælland	4,54				
	Pladsforbrug Hovedstaden	7,12				
	Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0				
Region Hovedstaden						
Sølager	Pladstal	21	21	21	21	21
	Pladsforbrug samlet	18,24				
	Belægningsprocent	86,9%				
	Pladsforbrug Syddanmark	1,07				
	Pladsforbrug Midtjylland	0				
	Pladsforbrug Nordjylland	0				
	Pladsforbrug Sjælland	2,78				
	Pladsforbrug Hovedstaden	10,83				
	Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	3,56				

Kilde: Kommunale og regionale indberetninger om kapacitet og belægning til Udviklingsstrategi 2015, Fælleskommunalt sekretariater i de fem regioner, 2014.

BEMÆRKNINGER FRA DRIFTSHERRER:

Kompasset, Region Nordjylland:

Der har været en stigende belægning på Kompasset henover 2013 og der har i sidste halvdel af 2013 været flere perioder med fuld udnyttelse af kapaciteten. Det har betydet flere situationer, hvor unge har måttet viderevisiteres på grund af fuld belægning.

Grenen, Region Midtjylland:

Kapaciteten af pladser tilpasses den kommunale efterspørgsel. Den særlige sikrede afdeling er den eneste særligt sikrede afdeling for unge med psykiatriske lidelser, og har derfor en landsdækkende funktion.

Koglen, Region Midtjylland:

Kapaciteten af pladser tilpasses den kommunale efterspørgsel.

Egely, Region Syddanmark:

Drøftelser af udvikling på de sikrede institutioner sker med det af kommunerne nedsatte koordinationsforum og med øvrige driftsherrer gennem Danske Regioner, hvor udviklingen i belægning mm. følges løbende, jf. bl.a. den aftalte fælles tekst vedr. de sikrede institutioner, rammeaftale 2015. Der er i efteråret 2013 rettet politisk henvendelse fra regionen til socialministeren vedr. udfordringer omkring magtanvendelsesreglerne på de sikrede institutioner, i forhold til at forhindre tilstedeværelse af ikke-tilladte effekter, rusmidler mm. Dette er formidlet og indgår nu i det af regeringen nedsatte magtanvendelsesudvalg, der pt. ser på magtanvendelsesreglerne på hele børn- og ungeområdet. Dette udvalg har primo januar 2014 således aflagt besøg på Egely.

Bakkegården, Region Sjælland

Den opgjorte belægningsprocent på Bakkegården tegner ikke et retvisende billede, idet Region Sjælland løbende tilpasser ressourceforbruget til den aktuelle belægning. Ved takstmæssigt overskud – underbelægning – tilbagebetales kommunerne. Således er der i 2013 for året 2012 til landets kommuner tilbagebetalt ca. 5,24 mio. kr. fsva. Stevnsfortet og ca. 3,1 mio. kr. fsva. Bakkegården. Årsagen til at der budgetteres med 20 pladser på Bakkegården, selvom belægningen i perioder er lavere, er, at Bakkegården har akut modtagepligt. Endvidere kan det oplyses, at der er sket en harmonisering af serviceniveauet på Bakkegården og Stevnsfortet, således at de ordinære driftsudgifter pr. plads nærmer sig samme niveau. Dette medfører, at udgifterne pr. plads pr. døgn på Bakkegården er reduceret i år.

Synscenter Refsnæs, Region Sjælland

En særlig udfordring på Synscenter Refsnæs er sammenhængen mellem den landsdækkende specialrådgivning, der er objektivt finansieret og skole -, klub- og botilbud, der er takstfinansieret. Udfordringen er, at den knowhow, der trækkes på i specialrådgivningen, udvikles i skole-, klub- og botilbuddet. Fx løsninger på IKT området. De afprøves og udvikles som del af indsatsen for de børn der har ophold på Refsnæs og er grundlag for den rådgivning der gives de enkeltintegrerede børn i deres hjem og i kommunale daginstitutioner, folkeskoler mv.

Igennem de sidste 2 år har Region Sjælland arbejdet med udviklingsprojekt, der igennem nye ydelser til kommunerne skal sikre specialrådgivningen den praksistilknytning, der er dens faglige grundlag. Som eksempler kan nævnes korte og intensive skoleophold og et efterskolelignende tilbud til de blinde/svagtseende teenagebørn. Udviklingsprojektet har været gennemført uden at de kapacitetstilpasninger, der under normale vilkår ville følge af vigende belægning, er gennemført i fuld skala. Dette har været begrundet i dels i uklarhed om den fremtidige finansiering og dels for at sikre udviklingsprojektet de fornødne udviklingsressourcer

Som det fremgår, er pladstal i 2014 tilpasset efterspørgslen.

KOMMUNERNES FORVENTNINGER TIL BEHOV OG EFTERSPØRGSEL

Den gennemgående tilbagemelding fra landets kommuner omkring pladser sikrede afdelinger, er en forventning om, at efterspørgslen i 2015 vil være uændret.

Dog fremhæver flere kommuner på tværs af landet, at det alene er med afsæt i lægehenvisning eller efter domsafsigelse, at der bliver trukket på de sikrede afdelinger.

Kommunerne oplever det derfor svært at kunne prognosticere på, hvordan henvisnings- og domsmønstre vil være i 2015. På nuværende tidspunkt er antallet af varetægtsfængslinger faldende, men det er endnu for tidligt at sige, om denne udvikling vil fortsætte, idet området hurtigt kan ændre sig. En komme fremhæver at det kan være svært at planlægge da sagerne kommer i ”stimer”, og at det kan være svært at få placering i nærmiljøet.

Enkelte kommuner oplever således en tendens til fald i efterspørgslen, mens enkelte andre bemærker, at der er forventet en mindre stigning i forbruget af de sikrede pladser. Det er særligt kommuner med asylcentre der melder om en stigning i efterspørgslen, da der kommer mange udsatte uledsagede flygtningebørn- og unge. Der er ikke nødvendigvis tale om langvarige pladser, men om akutpladser.

En kommune fra region Sjælland fremhæver, at de forventer, at de sikrede afdelinger tilpasser kvalitet og indhold, så der er overensstemmelse mellem udbud og efterspørgsel.

Bilag 1: Oversigt over belægning på de Lands- og landsdelsdækkende tilbud

Bilaget viser belægningen på lands- og landsdelsdækkende tilbud i 2013 opgjort efter, hvilken region borgerne i de pågældende tilbud kommer fra. Oversigten er eksklusiv Børneklinikken.

Tilbud	**Center for Døvblindhed og Høretab**		
Målgruppe	**Børn, unge og voksne med medfødt døvblindhed og høretab**		
Type	**Døvblindhed: landsdækkende, Høretab: Landsdelsdækkende**		
Paragraf		**Tekst**	**2013**
FSL §20 stk. 3	Børn og Unge (Døvblindhed)	Pladstal	11
		Pladsforbrug samlet	7,2
		Belægningsprocent	65,1%
		Pladsforbrug Syddanmark	0
		Pladsforbrug Midtjylland	1,6
		Pladsforbrug Nordjylland	4
		Pladsforbrug Sjælland	1,6
		Pladsforbrug Hovedstaden	0
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
LSV§ 1 stk. 2.	Voksne (Døvblindhed)	Pladstal	42
		Pladsforbrug samlet	42,5
		Belægningsprocent	101,1%
		Pladsforbrug Syddanmark	5
		Pladsforbrug Midtjylland	9,2
		Pladsforbrug Nordjylland	12
		Pladsforbrug Sjælland	4,7
		Pladsforbrug Hovedstaden	10
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	1,6
SEL § 67 nr. 2	Børn og Unge (Døvblindhed)	Pladstal	10
		Pladsforbrug samlet	7
		Belægningsprocent	69,9%
		Pladsforbrug Syddanmark	0
		Pladsforbrug Midtjylland	0,39
		Pladsforbrug Nordjylland	4,6
		Pladsforbrug Sjælland	2
		Pladsforbrug Hovedstaden	0
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
SEL § 107	Børn og Unge (Døvblindhed)	Pladstal	11
		Pladsforbrug samlet	18,1
		Belægningsprocent	164,4%
		Pladsforbrug Syddanmark	1,3
		Pladsforbrug Midtjylland	5,4
		Pladsforbrug Nordjylland	3,7
		Pladsforbrug Sjælland	2,9
		Pladsforbrug Hovedstaden	3
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	1,9
SEL § 108	Børn og Unge (Døvblindhed)	Pladstal	28,4
		Pladsforbrug samlet	28,3
		Belægningsprocent	99,5%
		Pladsforbrug Syddanmark	4,1
		Pladsforbrug Midtjylland	6,3
		Pladsforbrug Nordjylland	7,3
		Pladsforbrug Sjælland	2,1
		Pladsforbrug Hovedstaden	8,4
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0,1

Tilbud	**Center for Døvblindhed og Høretab**		
Målgruppe	**Børn, unge og voksne med medfødt døvblindhed og høretab**		
Type	**Døvblindhed: landsdækkende, Høretab: Landsdelsdækkende**		
Paragraf		**Tekst**	**2013**
SEL § 104	Voksne (Døvblindhed)	Pladstal	31
		Pladsforbrug samlet	39,4
		Belægningsprocent	127%
		Pladsforbrug Syddanmark	4,5
		Pladsforbrug Midtjylland	9,5
		Pladsforbrug Nordjylland	9,5
		Pladsforbrug Sjælland	4,1
		Pladsforbrug Hovedstaden	10,3
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	1,5
FSL § 20 stk. 3	Børn og Unge (Høretab)	Pladstal	16
		Pladsforbrug samlet	13,2
		Belægningsprocent	82,3%
		Pladsforbrug Syddanmark	0
		Pladsforbrug Midtjylland	0
		Pladsforbrug Nordjylland	13,2
		Pladsforbrug Sjælland	0
		Pladsforbrug Hovedstaden	0
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
LSV § 1 stk. 2	Voksne (Høretab)	Pladstal	50
		Pladsforbrug samlet	68,1
		Belægningsprocent	136,1%
		Pladsforbrug Syddanmark	3,4
		Pladsforbrug Midtjylland	14,1
		Pladsforbrug Nordjylland	49,4
		Pladsforbrug Sjælland	0
		Pladsforbrug Hovedstaden	1,2
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
SEL § 67 nr. 2	Børn og Unge (Høretab)	Pladstal	8
		Pladsforbrug samlet	5,63
		Belægningsprocent	70,4%
		Pladsforbrug Syddanmark	0
		Pladsforbrug Midtjylland	0
		Pladsforbrug Nordjylland	5,63
		Pladsforbrug Sjælland	0
		Pladsforbrug Hovedstaden	0
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0

Lands- og landsdelsdækkende tilbud og sikrede afdelinger

Tilbud	**Center for Høretab**		
Målgruppe	**Høretab**		
Type	**Landsdækkende: LSV § 1. stk. 3 og SEL § 108** **Landsdelsdækkende: FSL § 20 stk. 3 og SEL § 67, nr. 2.**		
Paragraf		**Tekst**	**2013**
FSL §20 stk. 3	Børn og Unge	Pladstal	42
		Pladsforbrug samlet	41,4
		Belægningsprocent	98,6%
		Pladsforbrug Syddanmark	33,4
		Pladsforbrug Midtjylland	5,4
		Pladsforbrug Nordjylland	0,5
		Pladsforbrug Sjælland	0
		Pladsforbrug Hovedstaden	1
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	1
SEL § 67, nr. 2.	Børn og Unge	Pladstal	15
		Pladsforbrug samlet	14,38
		Belægningsprocent	95,9%
		Pladsforbrug Syddanmark	9,8
		Pladsforbrug Midtjylland	2,6
		Pladsforbrug Nordjylland	0
		Pladsforbrug Sjælland	0
		Pladsforbrug Hovedstaden	1
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	1
LSV § 1. stk. 3	Voksen	Pladstal	13
		Pladsforbrug samlet	13,2
		Belægningsprocent	101,6%
		Pladsforbrug Syddanmark	5,6
		Pladsforbrug Midtjylland	3,6
		Pladsforbrug Nordjylland	0
		Pladsforbrug Sjælland	3
		Pladsforbrug Hovedstaden	1
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
SEL § 108	Voksen	Pladstal	13
		Pladsforbrug samlet	9,6
		Belægningsprocent	73,9%
		Pladsforbrug Syddanmark	2
		Pladsforbrug Midtjylland	3,6
		Pladsforbrug Nordjylland	0
		Pladsforbrug Sjælland	3
		Pladsforbrug Hovedstaden	1
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0

Tilbud	**Børneskolen Filadelfia**		
Målgruppe	**Børn i alderen 6- 16 år indlagt på Epilepsihospitalet**		
Type	**Landsdækkende**		
Paragraf		**Tekst**	**2013**
FSL §20 stk. 3	Børn og Unge	Pladstal	11,5
		Pladsforbrug samlet	8,9
		Belægningsprocent	77,7%
		Pladsforbrug Syddanmark	1,3
		Pladsforbrug Midtjylland	2,1
		Pladsforbrug Nordjylland	0,8
		Pladsforbrug Sjælland	2,9
		Pladsforbrug Hovedstaden	1,8
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0

Tilbud	**Refsnæsskolen/ Synscenter Refsnæs**		
Målgruppe	**Blinde og svagtsynede**		
Type	**Landsdækkende**		
Paragraf		**Tekst**	**2013**
FSL §20 stk. 3	Børn og Unge	Pladstal	30
		Pladsforbrug samlet	21,1
		Belægningsprocent	70,4%
		Pladsforbrug Syddanmark	0,2
		Pladsforbrug Midtjylland	2,3
		Pladsforbrug Nordjylland	0
		Pladsforbrug Sjælland	15,1
		Pladsforbrug Hovedstaden	3,5
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
LSV § 1 stk. 2	Børn og Unge	Pladstal	9
		Pladsforbrug samlet	12,1
		Belægningsprocent	134,2%
		Pladsforbrug Syddanmark	1,5
		Pladsforbrug Midtjylland	1
		Pladsforbrug Nordjylland	1
		Pladsforbrug Sjælland	4
		Pladsforbrug Hovedstaden	4,6
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
SEL § 36	Børn og Unge	Pladstal	19,5
		Pladsforbrug samlet	10,7
		Belægningsprocent	55,1%
		Pladsforbrug Syddanmark	0
		Pladsforbrug Midtjylland	0
		Pladsforbrug Nordjylland	0
		Pladsforbrug Sjælland	10,7
		Pladsforbrug Hovedstaden	0
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
SEL § 67 nr. 2/ § 107	Børn og Unge	Pladstal	38
		Pladsforbrug samlet	30,2
		Belægningsprocent	79,4%
		Pladsforbrug Syddanmark	2,7
		Pladsforbrug Midtjylland	3,3
		Pladsforbrug Nordjylland	0,8
		Pladsforbrug Sjælland	12,7
		Pladsforbrug Hovedstaden	10,7
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0

Tilbud	**Refsnæsskolen/ Synscenter Refsnæs**		
Målgruppe	**Blinde og svagtsynede**		
Type	**Landsdækkende**		
Paragraf		**Tekst**	**2013**
STU	Børn og Unge	Pladstal	7
		Pladsforbrug samlet	1
		Belægningsprocent	14,3%
		Pladsforbrug Syddanmark	0
		Pladsforbrug Midtjylland	0
		Pladsforbrug Nordjylland	0
		Pladsforbrug Sjælland	0
		Pladsforbrug Hovedstaden	1
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
Tilbud	**Koedsminde**		
Målgruppe	**Domsfældte udviklingshæmmede**		
Type	**Landsdækkende**		
Paragraf		**Tekst**	**2013**
SEL § 103	Voksen	Pladstal	45
		Pladsforbrug samlet	43,6
		Belægningsprocent	96,8%
		Pladsforbrug Syddanmark	11,2
		Pladsforbrug Midtjylland	8
		Pladsforbrug Nordjylland	3
		Pladsforbrug Sjælland	8
		Pladsforbrug Hovedstaden	11,3
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	2
SEL § 108 stk. 6	Voksen	Pladstal	34
		Pladsforbrug samlet	
		Belægningsprocent	
		Pladsforbrug Syddanmark	
		Pladsforbrug Midtjylland	
		Pladsforbrug Nordjylland	
		Pladsforbrug Sjælland	
		Pladsforbrug Hovedstaden	
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	
Tilbud	**CFD (Center for Døve)**		
Målgruppe	**Døve og høretab**		
Type	**Landsdækkende**		
Paragraf		**Tekst**	**2013**
SEL § 103	Voksen	Pladstal	67
		Pladsforbrug samlet	49,2
		Belægningsprocent	73,4%
		Pladsforbrug Syddanmark	13,8
		Pladsforbrug Midtjylland	4,5
		Pladsforbrug Nordjylland	2
		Pladsforbrug Sjælland	7,1
		Pladsforbrug Hovedstaden	21,8
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
SEL § 104	Voksen	Pladstal	62
		Pladsforbrug samlet	54,2
		Belægningsprocent	87,4%
		Pladsforbrug Syddanmark	4,6
		Pladsforbrug Midtjylland	6,4
		Pladsforbrug Nordjylland	1,4
		Pladsforbrug Sjælland	10,4
		Pladsforbrug Hovedstaden	31,4
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0

Tilbud	**CFD (Center for Døve)**		
Målgruppe	**Døve og høretab**		
Type	**Landsdækkende**		
Paragraf		**Tekst**	**2013**
SEL § 107	Voksen	Pladstal	5
		Pladsforbrug samlet	4
		Belægningsprocent	79%
		Pladsforbrug Syddanmark	1,1
		Pladsforbrug Midtjylland	0
		Pladsforbrug Nordjylland	0
		Pladsforbrug Sjælland	0,5
		Pladsforbrug Hovedstaden	2,3
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
SEL § 108	Voksen	Pladstal	101
		Pladsforbrug samlet	99,3
		Belægningsprocent	98,3%
		Pladsforbrug Syddanmark	18,4
		Pladsforbrug Midtjylland	11,4
		Pladsforbrug Nordjylland	4
		Pladsforbrug Sjælland	18
		Pladsforbrug Hovedstaden	47,5
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
Tilbud	**Skolen på Kastelsvej**		
Målgruppe	**Nedsat fysisk funktionsevne**		
Type	**Landsdelsdækkende**		
Paragraf		**Tekst**	**2013**
FSL § 20 stk. 3	Børn og Unge	Pladstal	33
		Pladsforbrug samlet	32,8
		Belægningsprocent	99,4%
		Pladsforbrug Syddanmark	0
		Pladsforbrug Midtjylland	0
		Pladsforbrug Nordjylland	0
		Pladsforbrug Sjælland	2,7
		Pladsforbrug Hovedstaden	30,1
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
Tilbud	**Institut for Blinde og svagtsynede**		
Målgruppe	**Blinde og svagtsynede**		
Type	**Landsdækkende**		
Paragraf		**Tekst**	**2013**
Erhvervsuddannelser	Voksen	Pladstal	28
		Pladsforbrug samlet	27,9
		Belægningsprocent	99,7%
		Pladsforbrug Syddanmark	0,3
		Pladsforbrug Midtjylland	0,8
		Pladsforbrug Nordjylland	0,2
		Pladsforbrug Sjælland	4,5
		Pladsforbrug Hovedstaden	21,8
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0,4
Rehabilitering § 85	Voksen	Pladstal	7
		Pladsforbrug samlet	6,48
		Belægningsprocent	92,6%
		Pladsforbrug Syddanmark	0
		Pladsforbrug Midtjylland	0
		Pladsforbrug Nordjylland	0,4
		Pladsforbrug Sjælland	0
		Pladsforbrug Hovedstaden	6
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0,1

Tilbud	**Institut for Blinde og svagtsynede**		
Målgruppe	**Blinde og svagtsynede**		
Type	**Landsdækkende**		
Paragraf		**Tekst**	**2013**
SEL § 104	Voksen	Pladstal	16
		Pladsforbrug samlet	16
		Belægningsprocent	99,8%
		Pladsforbrug Syddanmark	1
		Pladsforbrug Midtjylland	0
		Pladsforbrug Nordjylland	0
		Pladsforbrug Sjælland	2,6
		Pladsforbrug Hovedstaden	12,4
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
SEL § 107	Voksen	Pladstal	19
		Pladsforbrug samlet	16,6
		Belægningsprocent	87,2%
		Pladsforbrug Syddanmark	0,6
		Pladsforbrug Midtjylland	0,4
		Pladsforbrug Nordjylland	1
		Pladsforbrug Sjælland	3,3
		Pladsforbrug Hovedstaden	10
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	1,4
SEL § 108	Voksen	Pladstal	7
		Pladsforbrug samlet	7,9
		Belægningsprocent	113,2%
		Pladsforbrug Syddanmark	1
		Pladsforbrug Midtjylland	0
		Pladsforbrug Nordjylland	0
		Pladsforbrug Sjælland	4,5
		Pladsforbrug Hovedstaden	2,4
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
STU	Voksen	Pladstal	10
		Pladsforbrug samlet	9,1
		Belægningsprocent	91,3%
		Pladsforbrug Syddanmark	0,5
		Pladsforbrug Midtjylland	0
		Pladsforbrug Nordjylland	0
		Pladsforbrug Sjælland	1,5
		Pladsforbrug Hovedstaden	6,8
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0,4
Tilbud	**Geelsgårdsskolen**		
Målgruppe	**Svære fysiske funktionsnedsættelser og døvblinde**		
Type	**Landsdelsdækkende**		
Paragraf		**Tekst**	**2013**
SEL § 36	Børn og Unge	Pladstal	62
		Pladsforbrug samlet	67
		Belægningsprocent	108%
		Pladsforbrug Syddanmark	0
		Pladsforbrug Midtjylland	0
		Pladsforbrug Nordjylland	0
		Pladsforbrug Sjælland	2,3
		Pladsforbrug Hovedstaden	64,7
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0

Tilbud	**Geelsgårdsskolen**		
Målgruppe	**Svære fysiske funktionsnedsættelser og døvblinde**		
Type	**Landsdelsdækkende**		
Paragraf		**Tekst**	**2013**
FSL § 20 stk. 3	Børn og Unge	Pladstal	78
		Pladsforbrug samlet	83
		Belægningsprocent	106,3%
		Pladsforbrug Syddanmark	0
		Pladsforbrug Midtjylland	0
		Pladsforbrug Nordjylland	0
		Pladsforbrug Sjælland	4,1
		Pladsforbrug Hovedstaden	78,8
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
STU	Voksen	Pladstal	18
		Pladsforbrug samlet	15,2
		Belægningsprocent	84,2%
		Pladsforbrug Syddanmark	0
		Pladsforbrug Midtjylland	0
		Pladsforbrug Nordjylland	0
		Pladsforbrug Sjælland	1
		Pladsforbrug Hovedstaden	14,2
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
SEL § 104	Børn og Unge	Pladstal	11
		Pladsforbrug samlet	11,7
		Belægningsprocent	106%
		Pladsforbrug Syddanmark	0
		Pladsforbrug Midtjylland	0
		Pladsforbrug Nordjylland	0
		Pladsforbrug Sjælland	0
		Pladsforbrug Hovedstaden	11,7
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
SEL § 66 nr. 6	Børn og Unge	Pladstal	7
		Pladsforbrug samlet	7,1
		Belægningsprocent	100,9%
		Pladsforbrug Syddanmark	0
		Pladsforbrug Midtjylland	0
		Pladsforbrug Nordjylland	0
		Pladsforbrug Sjælland	0,4
		Pladsforbrug Hovedstaden	6,7
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0
SEL § 66 nr. 6 afl	Børn og Unge	Pladstal	7
		Pladsforbrug samlet	25,8
		Belægningsprocent	368,4%
		Pladsforbrug Syddanmark	0
		Pladsforbrug Midtjylland	0
		Pladsforbrug Nordjylland	0
		Pladsforbrug Sjælland	0
		Pladsforbrug Hovedstaden	25,8
		Pladsforbrug andre (Færøerne, Grønland mv.)	0

Samarbejdsudvalget for fodterapi

Statusrapport for implementering af Praksisplan for fodterapi, dec. 2013

REGION H

Statusrapport for implementering af Praksisplan for fodterapi

Statusrapport for implementering af Praksisplan for fodterapi, december 2013

Samarbejdsudvalget for fodterapi

Indholdsfortegnelse

1. BAGGRUND 3

2. INDSATSOMRÅDERNE I 2013-2014 4

2.1 KAPACITET: 4

2.1.1Oplysning om handicapvenlighed og opdatering af praksisdeklaration på sundhed.dk 4

2.1.2 Administrative retningslinjer 5

2.2 UDVIKLING 6

2.2.1 Kommunikation og samarbejde 6

2.2.2 Kvalitetsudvikling 7

2.2.3. Praksiskonsulentordning 8

3. BILAG – OVERORDNET TIDS- OG PROCESPLAN FOR PLANPERIODEN 2013-2016 9

1. Baggrund

Praksisplanen for fodterapi blev godkendt i samarbejdsudvalget d. 3. maj 2013 og efterfølgende i regionsrådet d. 18. juni 2013. Samarbejdsudvalget har nedsat en implementeringsstyregruppe, som skal varetage fremdriften i forhold til implementering af praksisplanens anbefalinger.

Implementeringsgruppen arbejder for at udfolde og iværksætte initiativer til implementering af praksisplanens anbefalinger. Arbejdet følger en overordnet tids- og procesplan for implementeringen. Heraf er der udvalgt en række indsatsområderne til implementering i løbet af 2013 og 2014. Indsatserne er nærmere beskrevet i årsimplementeringshandleplanen for 2013-14. Indeværende statusrapport giver en status på den foreløbige implementering i henhold til årsimplementeringshandleplanen.

Opbygningen i statusrapporten følger opbygningen i årsimplementeringsplanen, således at det er nemt at se fremdriften i implementeringsarbejdet.

2. Indsatsområderne i 2013-2014

Prioriteringen af indsatsområder for 2013-14 er fastlagt i den overordnede tids- og procesplan for hele planperioden (bilag 1) og omfatter aktiviteter fra august 2013 til udgangen af 2014.

Det bemærkes, at flere af indsatserne ikke forudsættes afsluttet i det pågældende implementerings år, men forventes opstartet og løbende fulgt i de efterfølgende år. Indsatserne falder inden for de samme overordnede temaer, som anvendes i praksisplanens plandele: Kapacitet og Udvikling, herunder 'Samarbejde og kommunikation' og 'Kvalitet'.

2.1 Kapacitet:

2.1.1Oplysning om handicapvenlighed og opdatering af praksisdeklaration på sundhed.dk

Det anbefales i praksisplanen, at indsatsen i den kommende planperiode fokuseres på at fremme handicaptilgængeligheden, ved at der foretages en standardiseret undersøgelse med henblik på opdatering af yderregister og dermed sundhed.dk for alle praktiserende fodterapeuter ang. oplysninger om handicap.

Ensartede og opdaterede oplysninger om den fysiske tilgængelighed vil gøre det lettere for borgerne at få overblik over tilbuddet i den enkelte praksis. I 2013 udarbejdes en plan for indsamling og registrering af oplysningerne.

Status for implementering:
Der er planlagt gennemførsel af en elektronisk spørgeskemaundersøgelse på baggrund af det skema[1], der anvendes til angivelse af adgangs- og toiletforhold i forbindelse med flytning.

I sammenhæng med spørgeskemaundersøgelsen gøres en indsats for at sikre, at fodterapeuterne opdaterer praksisdeklarationen på sundhed.dk. Ved planlægning af indsatsen skal opdateringen af oplysningerne på sundhed.dk tænkes sammen med den øvrige indsats for opdatering af praksisdeklarationen på sundhed.dk (herunder oplysninger om ventetider, mulighed for hjemmebehandling, produktion af indlæg m.v.).

[1] Dette skema er baseret på bestemmelserne i byggelovgivningen, og er i overensstemmelse med generelle standarder på området, som f.eks. anvendes af firmaet God Adgang, der i dag certificerer bygninger i forhold til fysisk adgang.

Indsatsen gennemføres i samarbejde med praksiskonsulenterne.

Resultaterne af undersøgelsen af den fysiske tilgængelighed forelægges samarbejdsudvalget til nærmere drøftelse i 2014.

2.1.2 Administrative retningslinjer

Behandlende medhjælp (§16, stk. 2)
Overenskomsten giver pr. 1. juni 2013 adgang til, at praktiserende fodterapeuter under særlige forhold kan søge om ansættelse af behandlende medhjælp inden for den eksisterende kapacitet (delepraksis). Regionen har mulighed for at pålægge yderen et omsætningsloft (limitering), når der gives tilladelse til behandlende medhjælp efter denne paragraf. Praksisplanen anbefaler, at der udarbejdes administrative retningslinjer for disse ansøgninger for at sikre ensartet og hurtig sagsbehandling.

Status for implementering:
Aftale om udmøntning af overenskomstens § 16, stk. 2 er under udarbejdelse.

Kapacitetsfordeling
Praksisplanen indeholder en række anbefalinger som medfører behov for justering af den årlige kapacitetsfordeling.

Status for implementering:
Implementeringsgruppen har udarbejdet en model til fordeling af de aktuelle ledige kapaciteter i fodterapipraksis. Modellen blev godkendt i Samarbejdsudvalget d. 29. november 2013. Leverancen er således gennemført.

Modellen inddrager i lige høj grad borgernes alder, antallet af borgere samt antallet af diabetikere i de enkelte områder. Dette bruges til at fordele 95 % af kapaciteterne. De resterende 5 % kan fordeles ud fra kriterierne pendling, geografisk nærhed til hospital, hvor mange fodsår behandles, behov for mobil fodterapi og ventetid.

Samarbejdsudvalget har besluttet, at der opslås 20 kapaciteter halvårligt, indtil den samlede kapacitet på 439 er nået.

Nynedsættelser
Praksisplanen anbefaler, at der fastlægges procedurer og kriterier til brug for vurdering og udvælgelse ved ansøgninger om nynedsættelser.

Status for implementering:
Administrative retningslinjer for nynedsættelser, der skal fastlægge procedurer og kriterier til brug for håndtering og vurdering af ansøgninger om nynedsættelser i forbindelse med opslag af kapaciteter er under udarbejdelse.

Flytning
Der er udarbejdet midlertidige retningslinjer for flytning som gælder indtil nye er vedtaget. I 2014 skal der udarbejdes permanente retningslinjer i henhold til anbefalingerne i praksisplanen.

Status for implementering:
Påbegyndes i 2014.

2.2 Udvikling

2.2.1 Kommunikation og samarbejde

Indsatsområderne for perioden vil være:

a) Udarbejdelse af handleplan for kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen
b) Udvikling af kommunikation via sundhed.dk, herunder kommunikation mellem fodterapeuter og region.

Ad a)
Der udarbejdes en handleplan for kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen. Her vil være fokus på indsatser, der understøtter smidige patientforløb, hvor de forskellige sundhedsfaglige indsatser er koordineret.

Status for implementering:
Handleplanen er under udarbejdelse og forventes klar i februar 2014. I forbindelse med fokusgruppeinterviews med deltagelse af fodterapeuter, vil der blive spurgt ind til de væsentligste udfordringer set fra fodterapeutens perspektiv.

Ad b)
Der vil være fokus på udvikling af kommunikation via sundhed.dk og herunder på kommunikation mellem fodterapeuter og region. Der skal være synlig kommunikation om den kommende praksiskonsulentordningens tilbud, nye faglige vejledninger skal være tilgængelige o.l. Denne opgave løftes blandt andet gennem den operationelle redaktionsgruppe (DOR)[2], som forventes nedsat 2013/2014.

[2] I den operationelle redaktionsgruppe vil alle ydergrupper være repræsenteret. Gruppen vil få opgaver vedrørende kommunikation mellem regionen og de praktiserende ydere særligt via sundhed.dk.

Status for implementering:
Praksiskonsulent er udpeget til at sidde i den operationelle styregruppe.
Første møde afholdes primo 2014.

2.2.2 Kvalitetsudvikling
De primære indsatsområder for perioden vil være:

a) Patientsikkerhed
b) Implementering af vejledninger og forløbsprogrammer
c) Kvalitetscirklen (metodeudbredelse)

Ad a)
Der igangsættes et patientsikkerhedsprojekt i fodterapi med særligt fokus på sporeprøver og hygiejne.

Status for implementering:
Denne indsats er planlagt til efteråret 2014.
Der arbejdes med lignende patientsikkerhedsprojekter indenfor kiropraktik (afsluttes foråret 2014) og fysioterapi (afsluttes efteråret 2014). Erfaringerne fra disse projekter vil indgå i udformningen af projektbeskrivelsen for UTH i fodterapiklinik.

Ad b)
De første vejledninger der forventes implementeret er forløbsprogrammet for diabetes type 2 og den kliniske retningslinje for diabetiske fodsår.

Status for implementering:
Praksiskonsulentordningen arbejder lige nu på en projektbeskrivelse for en længerevarende implementeringsindsats (1 år med mulighed for forlængelse).

Ad c)
Som en metode til at understøtte kvalitetsudvikling i fodterapi, arbejdes der med metoden 'kvalitetscirklen' jf. Den Danske Kvalitetsmodel. Denne metode søges udbredt gennem de projekter der igangsættes, og der vil være fokus på, at klinikkerne lærer at bruge metoden i forbindelse med implementering af forløbsprogrammer og patientsikkerhed.

Status for implementering:
Der planlægges særligt fokus på denne metode under projektet om patientsikkerhed, hvor fokus er på læring af utilsigtede hændelser og justering af praksis på baggrund af læringen. Projektbeskrivelse for dette projekt forventes udarbejdet i foråret 2014.

Herudover vil metoden ’kvalitetscirklen’ blive indarbejdet i indsatsen for implementering af forløbsprogrammet for diabetes og den kliniske retningslinje for diabetiske fodsår. Metoden vil blive anvendt som et redskab, der præsenteres på workshoppen til at understøtte implementering i egen klinik.

2.2.3. Praksiskonsulentordning

Praksiskonsulentordningen for fodterapi forventes etableret pr. 15. november 2013. Punkt 2.3 og 2.4 implementeres under praksiskonsulentordningen. Prioriteringen og tilrettelæggelsen af de konkrete opgaver og projekter inden for hvert af indsatsområderne sker i samarbejde mellem praksiskonsulenterne og regionsadministrationen primo 2014 og godkendes af implementeringsgruppen.

Status for implementering:

Praksiskonsulentordningen er etableret. I opstartsfasen har praksiskonsulenterne arbejdet med at introducere sig for kolleger, herunder:
- introbrev sendt til alle statsautoriserede fodterapeuter i Region Hovedstaden med mulighed for at tilmeldes sig nyheder fra ordningen
- tekst om praksiskonsulentordningen er synlig på sundhed.dk
- de første workshops der planlægges i forbindelse med implementering af forløbsprogrammet for type 2 diabetes og den kliniske retningslinje for diabetiske fodsår fungerer også som praksiskonsulentordningens ’Kick-off’ På disse workshops vil der derfor også være et indlæg om samarbejdet med regionen, og hvordan fodterapeuter kan bruge regionen.

3. Bilag – Overordnet tids- og procesplan for planperioden 2013-2016

Samarbejdsudvalget har nedsat en styregruppe for implementeringen af Plan for fodterapi 2013-2016.

Som afsæt for styregruppens arbejde er der udarbejdet et forslag til en plan for arbejdet med implementeringen af planens anbefalinger.

Implementering af planens anbefalinger foreslås gennemført i henhold til nedenstående tids- og procesplan. Det bemærkes, at flere af indsatserne ikke afsluttes i det pågældende implementerings år, men forudsættes opstartet og løbende fulgt i de efterfølgende år.

<u>Prioritering af opgaver for resten af 2013 og 2014</u>

1. **Oplysning om handicapvenlighed (opdatering af yderregister og sundhed.dk)**
    a. Udarbejdelse af plan for opdatering af praktiserende fodterapeuters oplysninger om handicapvenlige forhold (2013)
    b. Gennemførsel af indsats for opdatering af oplysninger på praksisdeklarationen på sundhed.dk, herunder bl.a.: (2014)
        i. Om handicapvenlighed
        ii. Om ventetider
        iii. Om mulighed for hjemmebehandling
        iv. Om produktion af indlæg

2. **Administrative retningslinjer**
    a. Udarbejdelse af stående retningslinjer for procedurer for sagsbehandling for
        i. Kapacitetsvurdering (med fokus på fordeling af kapaciteter) (2013)
        ii. Nynedsættelser (nedsættelse af udvalg) (2013-14) – huske mobile ydernumre/uden fast klinikadresse
        iii. Flytning (2014)
        iv. Behandlende medhjælp (særligt ansøgninger om delt kapacitet) (2013)

3. **Praksiskonsulentordning**
    a. Etablering af praksiskonsulentordning for fodterapi (2013/14)
    b. Udarbejdelse af handleplan for praksiskonsulentordningens indsats for perioden (oplæg til implementeringsgruppe dernæst behandling i SU) ved praksiskonsulenten (2014)

4. **Kvalitetsudvikling.** Indsatsen tilrettelægges efter forventet etablering af praksiskonsulentordning (primo 2014). De primære indsatsområder for perioden forventes af være:
    - Patientsikkerhed (herunder fokus på sporeprøver/hygiejne)
    - Faglige vejledninger, mono- tværfagligt og tværsektorielt (herunder særligt fokus på: implementering af forløbsprogram for diabetes samt kliniske retningslinjer for diabetiske fodsår)
    - Metodeudbredelse (kendskab til tilgangen til kvalitetsarbejdet i praksissektoren i regionen jf. Den Danske Kvalitetsmodel)

5. **Kommunikation og samarbejde.**
    - Handleplan for kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen. Indsatsen tilrettelægges efter forventet etablering af praksiskonsulentordning (primo 2014)
    - Udvikling af kommunikation via sundhed.dk (2013/2014)
        i. Fokus på dialog/kommunikation mellem region og fodterapeuter (løftes *blandt andet* gennem arbejdet i Den Operationelle Redaktionsgruppe) (2013/2014)

<u>Prioritering af opgaver 2015</u>

6. Fortsættelse af aktiviteter som følger af foregående implementeringsperiode

7. Løbende opgaver (handicapvenlighed (årligt), sporeprøver, forpligtelse til adgang til værksted, inddragelse af praktiserende fodterapeuter i relevant tværgående arbejde mv.(jf. implementeringsplan)

8. **Kvalitetsudvikling.** Indsatsen tilrettelægges efter forventet etablering af praksiskonsulentordning (primo 2014). De primære indsatsområder for perioden forventes af være:
    a. Faglig sparring og behov for kompetenceudvikling
    b. Fokus på dataunderstøttet kvalitetsudvikling i takt med at mulighederne herfor udvikles
    c. Evt. øvrige temaer

9. **Kommunikation og samarbejde** Indsatsen tilrettelægges efter forventet etablering af praksiskonsulentordning (primo 2014). De primære indsatsområder for perioden forventes af være:
    a. Fokus på samarbejde med relevante aktører i forhold til at kortlægge og fjerne praktiske barrierer for flytning til velegnede lokaler. Herunder;
        i. mulighed for at indgå i praksisfællesskaber

ii. evt. behov for retningslinjer vedr. flere praksisadresser

Prioritering af opgaver 2016

10. Fortsættelse af aktiviteter som følger af foregående implementeringsperiode

11. Evt. opsamling på løbende opgaver

12. Udarbejdelse af ny praksisplan

Samarbejdsudvalget for kiropraktik

Statusrapport, februar 2014

Statusrapport 2013-14

REGION H

Implementering af Praksisplan for kiropraktik
Februar 2014

Samarbejdsudvalget for kiropraktik

Indholdsfortegnelse

1. BAGGRUND 3

2. INDSATSOMRÅDER 2013-2014 3

2.1 KAPACITET 3

2.1.1 Vurdering af behandlingskapaciteten 3

2.1.2 Ligelig fordeling af kapaciteten 3

2.1.3 Handicapegnethed 4

2.1.4 Udestående emner for kapacitetsdel for 2014 4

2.2 UDVIKLINGSDEL 4

2.2.1 Praksiskonsulentordning 4

2.2.2 Kvalitetsudvikling 5

2.2.3 Samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen 7

2.2.4 Udestående emner for udviklingsdel 2014 8

3. RESTERENDE IMPLEMENTERING 8

3.1.1 Udestående emner implementering 2015-16 8

1. Baggrund

I forbindelse med Praksisplan for kiropraktik 2013-2016 er nedsat en implementeringsstyregruppe (herefter benævnt styregruppen), som varetager det løbende ansvar for implementering af planen i henhold til gruppens kommissorium. Styregruppen skal i den forbindelse forelægge en årlig statusrapport til godkendelse i samarbejdsudvalget for kiropraktik på det første møde i kalenderåret, samt en halvårsstatus på møde i efteråret.

Styregruppen har på sit møde i februar 2013 godkendt nærværende statusrapport for perioden 2013-2014 til dato med udgangspunkt i handleplanen for 2013-2014. Særskilte handleplaner for 2015 og 2016 forelægges samarbejdsudvalget senere i perioden. Regionsrådet modtager en årlig afrapportering på fremdriften i implementering af denne og øvrige praksisplaner.

En ny overenskomst blev indgået 1. januar 2014, og den vil påvirke implementeringsgruppens arbejde i den kommende tid.

2. Indsatsområder 2013-2014

Statusrapporten tager udgangspunkt i implementeringshandleplanen for 2013-2014 og omfatter aktiviteter fra september 2013 til februar 2014.

2.1 Kapacitet

Dette afsnit behandler de områder, der hører under kapacitetsdelen af praksisplanen.

2.1.1 Vurdering af behandlingskapaciteten

I henhold til overenskomsten skal der ske en årlig vurdering behovet for behandlingskapacitet i kiropraktorpraksis. Praksisplanen fastslår, at der skal udarbejdes principper for denne proces.

<u>Status</u>

- Styregruppen har påbegyndt arbejdet med dette. I den nye overenskomst for kiropraktik indgår nye krav til kapacitetsplanlægning, og styregruppen har derfor måttet revidere sit indledende arbejde med udgangspunkt heri. Arbejdet forventes at blive forelagt samarbejdsudvalget i løbet af 2014.

2.1.2 Ligelig fordeling af kapaciteten

Praksisplanens målsætning om ligelig fordeling af behandlingskapaciteten skal dels imødekommes ved hjælp af principperne i ovenstående vurdering af

kapaciteten, dels ved at der løbende træffes beslutninger, der understøtter målet.

Status

- Styregruppen er i februar 2014 som planlagt blevet forelagt et notat om ændringerne i forlængelse af den nye overenskomst, og dette forelægges samarbejdsudvalget på samme møde, som denne statusrapport.

2.1.3 Handicapegnethed

Styrkelse af handicapegnede forhold er centralt i praksisplan for kiropraktik. Der er planlagt dels en monitorering af udviklingen af perioden, og dels har styregruppen til opgave at identificere andre initiativer, der kunne tages for at styrke dette område.

Status

- Styregruppen har udarbejdet en opgørelse over de handicapegnede forhold i kiropraktorpraksis. Denne viser, at 5,71 % af klinikkerne lever op til alle kriterierne for handicapegnede forhold, men også at adgangsforholdene er bedst, idet 60 % af klinikkerne svarer positivt på over halvdelen af spørgsmålene om dette.
- Styregruppen er i februar 2014 blevet forelagt et notat om mulighederne for at arbejde med området i forlængelse af den nye overenskomst gældende fra 1. januar 2014, og styregruppen har drøftet mulige initiativer. Målsætningerne vedrørende flere klinikker med handicapegnede forhold inddrages så vidt muligt ved flyttesager og besættelse af evt. kapaciteter. Notatet forelægges samarbejdsudvalget sammen med resultatet af ovenstående undersøgelse.

2.1.4 Udestående emner for kapacitetsdel for 2014

Følgende emner udestår at blive behandlet i styregruppen:

- Indsats vedrørende praksisfællesskaber (planlagt til 2014)

2.2 Udviklingsdel

Følgende punkter behandler de områder, der hører under udviklingsdelen af praksisplanen.

2.2.1 Praksiskonsulentordning

Praksiskonsulentordningens opgaver ses ud over dette afsnit i sammenhæng med nedenstående punkter 2.2.2 og 2.2.3.

Ordningens synlighed

I planperioden arbejdes på ordningens synlighed på sundhed.dk, blandt samarbejdspartnere og blandt kiropraktorklinikker.

Status

- Praksiskonsulentordningen var repræsenteret med en stand til KAP-H's (Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden) 'Store Praksisdag' 28. januar 2014. Standen var velbesøgt, og en lang række emner vedr. samarbejde mellem almen praksis og kiropraktorer blev berørt. Herunder blev særligt emnet vedr. den praktiserende læges tovholderrolle i forbindelse med kiropraktorers mulighed for henvisning til CT og MR scanning drøftet.
- Den 17. januar 2014 blev afholdt en netværksdag for regionens praksiskonsulenter, hvor konsulenterne fik lejlighed til at sparre med almen praksis om projekter og idégenere på tværs af praksiskonsulentordningerne og i egen ordning.
- Aktuelle projekter og temamøder ligger tilgængeligt under praksisinformation på sundhed.dk for regionens kiropraktorklinikker.

2.2.2 Kvalitetsudvikling

De primære indsatsområder har indtil videre været:

Patientsikkerhed

Der er blevet igangsat et pilotprojekt, der har til formål at kortlægge utilsigtede hændelser i kiropraktik og herefter udbrede arbejdet med patientsikkerhed i kiropraktorpraksis.

Status

- Projektet er i sin afsluttende fase. Der er blevet aflagt 5 besøg i kiropraktorpraksis af en ekspert i patientsikkerhed, og der er blevet afholdt en workshop for deltagende klinikker med fokus på læring fra besøgene og udbredelse til kolleger. Netop nu udarbejdes materialer om de vigtigste læringspotentialer om patientsikkerhed i kiropraktorpraksis, herunder pjecer og en kort film. Materialerne bliver tilgængelige på sundhed.dk og distribueres via Praksiskonsulentordningen til regionens klinikker med link til sundhed.dk

Faglige vejledninger, mono-/tværfagligt og tværsektorielt

Der er blevet afholdt en regional, tværfaglig og tværsektoriel dag med fokus på implementeringen af forløbsprogrammet for lænderyglidelse i september 2013, hvor praksiskonsulenterne har deltageret i planlægningen.

Der planlægges endnu et temamøde om forløbsprogrammet for kiropraktorer, speciallæger, alment praktiserende læger og fysioterapeuter med vægt på

på den monofaglige implementering af programmet, og der vil derfor blive planlagt sessioner for de specifikke faggrupper. Temamødet vil også have en tværfaglig og tværsektoriel fællessession som intro til temamødet.

Status

- Temamødet er ved at blive planlagt i samarbejde med praksiskonsulentordningen for kiropraktik og regionens øvrige praksiskonsulentordninger, der er relevante for området. Temamødet er planlagt til d.31. marts. Praksiskonsulentordningen formidler reklame for dagen, og det vil være synligt på sundhed.dk under praksisinformation.
- Herudover deltog praksiskonsulenterne i udarbejdelsen af undervisningsmateriale til kommuner, der skal undervise borgere med lænderyglidelser i at håndtere disse lidelser bedst muligt. Arbejdet er afsluttet og materialet er distribueret til kommunerne.

Metodeudbredelse

I forbindelse med de aktiviteter, der planlægges i planperioden, vil der være fokus på at anvende en systematisk metode til implementering af forbedringer i kiropraktorpraksis, også kaldet kvalitetscirklen. Metoden vil blive anvendt som redskab for klinikker, der deltager i projekter, for eksempel i pilotprojektet om patientsikkerhed.

Status

- Metoden er blevet introduceret kort i forbindelse med temamødet om elektronisk kommunikation mellem almen praksis og kiropraktorpraksis i november 2013. Metoden vil blive anvendt, når det er relevant ved fremtidige aktiviteter i praksiskonsulentordningen.

Forskningsområdet

Forskningsområdet understøttes gennem deltagelse i Praksissektorens forskningsråd, hvor praksiskonsulent Jonas Loft sidder på vegne af styregruppen med reference hertil. Styregruppen vil understøtte initiativer fra forskningsrådet. Det skal desuden drøftes i styregruppen, hvordan der kan bydes ind på forskningsprojekter på kiropraktorområdet, herunder i relation til Kiropraktorfonden.

Status

- Strukturen omkring forskningsrådet er ved at blive opbygget med blandt andet forskningsansvarlige og bedømmere til forskningsmidler. Professor og kiropraktor Charlotte Leboeuf-Yde er udpeget som bedømmer.

  Samarbejdsudvalget vil løbende blive orienteret om rådets arbejde gennem statusrapporterne.

2.2.3 Samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen

Kommunikation mellem kiropraktorer og almen praksis

Der bliver afholdt et fyraftensmøde, der har til formål at understøtte implementeringen af vejledningen om elektronisk kommunikation mellem almen praksis og kiropraktorer og med eksempler på den gode epikrise (2013).

Status

- Fyraftensmødet er afholdt og fik overordnet en fin evaluering. Det blev særligt positivt bemærket, at almen praksis var repræsenteret med et oplæg. Oplægget handlede om vigtigheden af at skrive gode epikriser, set fra 'modtager-siden'.

Der udsendes en rundspørge til alle deltagere i slutningen af februar, hvor deltagerne vil blive spurgt til, hvor mange epikriser de har sendt siden mødet sammenlignet med før mødet, og hvilke udfordringer, de er stødt på i denne forbindelse. Herudfra vil det blive vurderet, hvilke tiltag, der eventuelt er behov for fremadrettet.

Henvisning til reumatologisk afdeling

Styregruppen har godkendt rammerne for "Pilotprojekt om kiropraktorers direkte henvisningsmulighed til reumatologisk og radiologisk afdeling", der har til formål at undersøge, hvorvidt patientforløb kan smidiggøres og optimeres, når kiropraktorer har mulighed for at henvise en udvalgt patientgruppe direkte til reumatologisk afdeling og til MR/CT-scanning.

Status

- Status er, at planen for projektet forventes godkendt i samarbejdsudvalget i marts 2014. Herefter bliver der holdt opstartsmøde med deltagende klinikker, reumatologisk afdeling og radiologisk afdeling på Glostrup Hospital. Aktuelt afholdes møder mellem reumatologisk afdeling, radiologisk afdeling og praksiskonsulentordningen samt regionens administration, hvor forløb og information til deltagere planlægges nærmere. Projektbeskrivelsen er blevet justeret i forlængelse af ændringer i overenskomst for kiropraktik.

Dialog med speciallægepraksis

Der planlægges et møde mellem 2-3 repræsentanter fra reumatologisk speciallægepraksis og praksiskonsulentordningen for kiropraktik. Mødet skal understøtte kiropraktorernes behandlingsmæssige integration med den øvrige del af praksissektoren. Fokus på mødet vil være et konkret patientforløb med udgangspunkt i den kliniske retningslinje for lumbal nerverodspåvirkning, og

formålet vil være at drøfte fælles syn på patienthåndtering og information til patienten samt fælles syn på, hvornår det er relevant at henvise en patient fra reumatologisk speciallægepraksis til kiropraktik. Herudover er det et formål at øge kendskabet til gensidige kompetencer.

Status

- Mødet var planlagt til at blive afholdt i januar, men blev desværre aflyst, da det ikke var muligt at finde repræsentanter fra reumatologisk speciallægepraksis til det givne tidspunkt. Administrationen er i dialog med FAPS, som vil udpege reumatologer til samme møde, som er planlagt til 26. februar 2014.

Røntgenområdet

Der vil blive fulgt op på aktiviteter indenfor røntgenområdet samt planlagt nye aktiviteter, der skal sikre bedre dialog og udveksling af røntgenoptagelser. Herunder (2014/2015)

1. Implementering af billeddiagnostisk vejledning
2. Planlægning af møde med radiologisk speciallægepraksis
3. Kirpacs-undersøgelse (udbredelse af digital røntgen)

Status

- Ad 1) Implementering af den billeddiagnostiske vejledning er ved at blive planlagt og vil blive forelagt samarbejdsudvalget på et senere tidspunkt.
- Ad 2) Mødet med radiologiske planlægges på baggrund af erfaringerne fra mødet med speciallægepraksis i reumatologi, dvs. først når dette er afholdt.
- Ad 3) Digital røntgen er efterhånden veludbredt, idet KirPacs er veludviklet og integreret i de fleste kiropraktor-praksis. Systemet er også klar til at udveksle billeder med andre såkaldte pacs-systemer, fx den ventede (offentlige) fælles database for røntgenbilleder.

2.2.4 Udestående emner for udviklingsdel 2014

Følgende emner udestår at blive behandlet i styregruppen i:

- Dialog med speciallægepraksis ortopædkirurgi og radiologi, planlagt til 2014-2015.

3. Resterende implementering

3.1.1 Udestående emner implementering 2015-16

Følgende emner skal behandles af styregruppen i 2015-2016. De vil blive behandlet i en implementeringshandleplan, som forelægges samarbejdsudvalget enten ultimo 2014 eller primo 2015.

- Undersøge muligheder for diagnosekodningsforsøg.
- Indsatser vedrørende elektronisk journalføring tidsbestilling, og brug af MedCom-standard-it. Planlagt til 2014-2015
- Indsats vedrørende samarbejde med kommuner, forventes igangsat 2015-2016.
- Indsatser i forhold til NIP kiropraktik. De kan først igangsættes, når de centrale parter er længere i deres arbejde

Samarbejdsudvalget for fysioterapi

Årsrapport for implementering af Praksisplan for fysioterapi
Jan. 2014

REGION H

Årsrapport 2013

Årsrapport for implementering af Praksisplan for fysioterapi 2011-2014,
Januar 2014

Samarbejdsudvalget for fysioterapi

Indholdsfortegnelse

1. BAGGRUND 3

2. INDSATSOMRÅDERNE I 2013 4

2.1 KAPACITET: 4

2.1.1 Udligning af geografiske forskelle i dækningsgrad (2013) 4

2.1.2 Revurdering af kapaciteten (2013) 5

2.1.3 Opslag af ledige ydernumre (2012) 6

2.1.4 Administrative retningslinjer for satellitpraksis (2012) 6

2.2 UDVIKLING 7

2.2.1 Ventetider og elektronisk tidsbestilling 7

2.2.2 Kliniske retningslinjer 9

2.2.3 Fokus på indholdet af "den gode epikrise" (2012) 9

2.2.4 Praksiskonsulenternes opgaver i 2013 10

2.2.5 Udarbejdelse af elektroniske fortegnelser over kommunale tilbud om vederlagsfri fysioterapi (2012) 11

3. BILAG – OVERORDNET TIDS- OG PROCESPLAN FOR PLANPERIODEN 2013-2016 13

1. Baggrund

Den 26. juni 2011 blev Praksisplan for fysioterapi godkendt i regionsrådet og i kommunerne d. 23. september 2011.

Praksisplanen indeholder 16 anbefalinger, som skal udmøntes i løbet af planperioden. Anbefalingerne er tematisk orienteret mod, hvordan tilbuddet om fysioterapi i praksissektoren kan planlægges og udvikles i den 4-årige periode fra 2011-2014.

Implementeringsgruppen refererer til samarbejdsudvalget og fungerer med henblik på at træffe beslutninger og arbejde for at udfolde og iværksætte initiativer til implementering af praksisplanens anbefalinger. Arbejdet følger en overordnet tids- og procesplan for implementeringen. Heraf er der udvalgt en række indsatsområderne til implementering for hvert af årene i planperiode 2011-2014.

Denne årsrapport giver en status på implementeringsaktiviteter i 2013.

Der er ikke regionalt eller kommunalt afsat økonomi til implementering af praksisplanen, men der foregår en tæt koordinering af implementering af praksisplanen og anvendelse af de regionale kvalitetsudviklingsmidler.

Praksiskonsulentordningen (PKO-ordningen)

Praksiskonsulentordningen for fysioterapi er en væsentlig del af muligheden for at implementere praksisplanen. Ordningen blev oprettet i september 2009 og består af to praktiserende fysioterapeuter i regionen, som hver arbejder 7,5 time ugentligt.

Overordnet set er praksiskonsulenterne administrationen behjælpelig med at implementere praksisplanen. Langt de fleste af praksiskonsulenternes opgaver falder dog inden for praksisplanens afsnit vedr. samarbejde og udvikling.

I denne årsrapport vil praksiskonsulenternes opgaver delvist blive beskrevet under de enkelte anbefalinger og delvist i afsnit 2.2.4 om praksiskonsulenternes opgaver i 2013.

2. Indsatsområderne i 2013

Nedenfor følger prioriterede indsatsområder for 2013, som er fastlagt i den overordnede tids- og procesplan for hele planperioden (bilag 1).

- at samarbejdsudvalget undersøger i hvor høj grad klinikkerne anvender elektronisk tidsbestilling

- at kapaciteten analyseres og vurderes igen i planperiodens tredje år, såfremt der er væsentlige ændringer i faktorer, der kan påvirke kapacitetsbehovet.

- at samarbejdsudvalget udarbejder en handlingsplan for udligning af geografiske forskelle i dækningsgrad. (afsnit 2.1.1)

- at samarbejdsudvalget tager stilling til udarbejdelse af en strategi for implementering af kliniske retningslinjer (afventer nationalt arbejde i regi af Danske Region, KL og Danske Fysioterapeuter)

- at samarbejdsudvalget sætter fokus på udarbejdelse af implementeringsplaner for nationale kliniske retningslinjer (afventer nationalt arbejde i regi af Danske Region, KL og Danske Fysioterapeuter)

- at samarbejdsudvalget tager initiativ til en undersøgelse af ventetider

Indsatsområder påbegyndt tidligere år, men som ikke er afsluttede fremgår nedenfor (året for påbegyndelsen af aktiviteten fremgår af årstallet i parentes):

- Fokus på indholdet af ”den gode epikrise” (2012)
- Opslag af ledige ydernumre (2012)
- Administrative retningslinjer for satellitpraksis (2012)
- Udarbejdelse af elektroniske fortegnelser over kommunale tilbud om vederlagsfri fysioterapi (2012)

2.1 Kapacitet:

2.1.1 Udligning af geografiske forskelle i dækningsgrad (2013)

Praksisplan for fysioterapi anbefaler, at samarbejdsudvalget udarbejder en handlingsplan for udligning af geografiske forskelle i dækningsgrad, jf. s. 37f.

Implementeringsgruppen har drøftet indholdet i en sådan handlingsplan. Der er bred enighed om, at målsætningen for at udligne geografiske forskelle i kapacitet i praksissektorens fysioterapi er yderst væsentlig.
Der er udarbejdet en handlingsplan som har været forelagt Samarbejdsudvalget. Planen viser dog, at i lyset af de værktøjer, som region og kommuner har i forhold til at udligne forskelle, er handlingsmulighederne dog begrænsede. Samarbejdsudvalget har bedt implementeringsgruppen om at fremsætte et forslag til handlingsplan, som den kommende Praksisplan for Fysioterapi kan inddrage.

Tabel 1 viser kapacitetens fordeling, indbyggerantal samt indbyggere pr. kapacitet i de geografiske områder.
I tabellens to sidste kolonner ses antallet af kapaciteter i hvert område, hvis kapaciteten var fuldstændig ligeligt fordelt i henhold til indbyggerantal, samt hvor mange kapaciteter, der skal flyttes for at opnå denne standardiserede kapacitet[1].

Tabel 1 (baseret på befolkningstal fra 2013)

Område	Kapacitet	Indbygger/kapacitet	Indbyggere	Kapacietsideal	Til-/afgang
Københavns Kommune	81,5	6.875	560.289	132	50
Frederiksberg Kommune	25,5	4.038	101.693	24	-2
Øvrig Syd	62	5.089	274.174	64	2
Bornholm	11	3.715	40.861	10	-1
Midt	129	3.406	439.352	103	-26
Nord	98	3.200	313.733	74	-24
Region Hovedstaden	407	4.251	1.730.102	407	0

2.1.2 Revurdering af kapaciteten (2013)

Praksisplanen anbefaler, at kapaciteten analyseres og vurderes igen i planperiodens tredje år, såfremt der er væsentlige ændringer i faktorer, der kan påvirke kapacitetsbehovet.
Indbyggertallet pr. kapacitet stiger i alle regioner på nær Region Sjælland, og det stiger i særdeleshed i Region Midtjylland og Region Hovedstaden.
Region Hovedstadens indbyggertal pr. kapacitet stiger med gennemsnitligt 37.000 indbyggere om året i planperioden.

[1] Det er ikke nødvendigvis et ideal, da der kan være grund til at tage hensyn til f.eks. pendlingsmønstre og sygelighed.

Dækningen i Region Hovedstaden den næsthøjeste i landet (indbyggere pr. kapacitet). Både Syddanmark, Midt og Nordjylland har større indbyggertal pr. kapacitet.

Sammenlignes produktionstal fra alle regioner fremgår det, at Region Hovedstadens produktion pr. kapacitet er næstlavest.

Selvom aktiviteten er steget betydeligt siden 2010, er det derfor samarbejdsudvalgets vurdering, at den nuværende kapacitet ikke er fuldt udnyttet. Samarbejdsudvalget har derfor besluttet ikke at udvide kapaciteten af praktiserende fysioterapeuter. **Produktionen (bruttohonorar) fremgår af tabellen nedenfor:**

Område	Produktion 2012 (bruttohonorar)	Kapacitet 2012	Produktion pr. kapacitet 2012
Region Nordjylland	128.826.136	130	990.970
Region Midtjylland	286.229.427	294	973.569
Region Syddanmark	225.129.115	241	934.146
Region Hovedstaden	324.673.015	407	797.722
Region Sjælland	155.591.852	293	531.030

2.1.3 Opslag af ledige ydernumre (2012)

Det er en anbefaling i praksisplanen at opslå ledige mobile kapaciteter med fast tilknytning til praksisadresse. Allerede i 2012 blev udarbejdet et sæt administrative retningslinjer for tildeling af kapacitet (generelt).

De tre ledige kapaciteter er i 2013 opslået og besat i Københavns Kommune.

De ledige mobile kapaciteter er konverteret til ejerkapaciteter, men med en fast udgående funktion. Patienter med henvisning til hjemmebehandling går hos disse fysioterapeuter forud for patienter på klinikken.
Dette er en ny konstruktion, som skal sikre den udgående fysioterapeut faglig sparring og adgang til klinikfaciliteter. Samarbejdsudvalget har derfor beskrevet vilkår for nedsættelse som fysioterapeut med fast udgående funktion.

2.1.4 Administrative retningslinjer for satellitpraksis (2012)

Det er en anbefaling i praksisplanen, at samarbejdsudvalget udarbejder retningslinjer for brug af anden praksisadresse (satellitpraksis). En underskrevet aftale blev godkendt på samarbejdsudvalgsmøde den 23. september 2013.

Parterne har været enige om formålet med brug af satellitpraksis, nemlig at brugen er berettiget, hvis anden praksisadresse medfører et fagligt og kvalitetsmæssigt løft i behandlingen af patienter, som er berettiget til almindelig eller vederlagsfri fysioterapi.

Samarbejdsudvalget vurderer, hvorvidt kravene til brug af anden praksisadresse er opfyldt i hvert enkelt tilfælde. Kravene er udspecificeret i aftalen.

Der foretages en årlig evaluering som skal relateres til behandlingstimer på aktiviteten på begge praksisadresser. Data fra afregningssystemet indgår i evalueringsgrundlaget. Intentionen er at sikre, at brug af anden praksisadresse ikke giver anledning til kapacitetsudvidelse.

2.2 Udvikling

2.2.1 Ventetider og elektronisk tidsbestilling

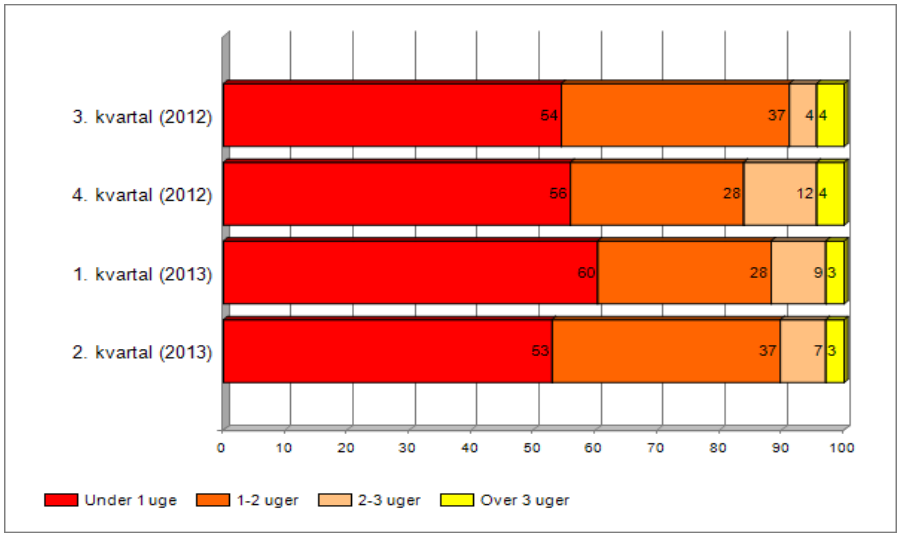
Det er en anbefaling i praksisplanen:

a) at samarbejdsudvalget tager initiativ til en undersøgelse af ventetider
b) at samarbejdsudvalget undersøger i hvor høj grad klinikkerne anvender elektronisk tidsbestilling

Implementeringsgruppen iværksatte i juni 2013 en spørgeskemaundersøgelse vedr. ventetider og elektronisk tidsbestilling. Undersøgelsen er afsluttet i august 2013 med en svarprocent på 55 %, svarende til 66 ud af 120 adspurgte klinikker.
De praktiserende fysioterapeuter blev adspurgt om ventetiden på fire forskellige tidspunkter over et kalenderår. Der er spurgt til ikke-akutte patienter, idet akutte patienter forventes at komme til meget hurtigt. Resultatet fremgår af figur 2[2].

Figur 2

[2] Med ventetid menes ventetid til en ikke akut 1. konsultation. Det vil sige den ventetid, som fysioterapeuten skønner, at der vil gå, fra en ny patient første gang er i kontakt med fysioterapeutens praksis, til patientens første konsultation.



85-90 % af patienterne er kommet til inden for 2 uger, heraf 53-60 % indenfor en uge. Der synes ikke at være væsentlige udsving over kalenderåret i adgangen til fysioterapeut. Kan resultaterne generaliseres til alle klinikker, er det fællessekretariatets (regionen og kommuners) vurdering at tilgængeligheden – i form af et tilstrækkeligt udvalg af klinikker med lav ventetid - er tilfredsstillende.

Ifølge besvarelserne tilbyder 81 % af klinikkerne hjemmebehandling. Der er ifølge besvarelserne mere ventetid på hjemmebehandling – typisk en ventetid på 1-2 uger. Det er fællessekretariatets vurdering, at ventetiden er acceptabel.

Elektronisk tidsbestilling og henvendelser via e-mail er endvidere elementer i den samlede tilgængelighed. I henhold til overenskomsten er det en fælles målsætning, men ikke et krav at der anvendes elektronisk tidsbestilling. Mulighederne skal sikre en hurtig og nem kontakt til fysioterapeuten. 69 % svarende til 46 af respondenterne har svaret, at de ikke anvender elektronisk tidsbestilling. Følgende angives hovedsaligt til manglende anvendelse:

- Fysioterapeuterne ønsker kontrol med frie tider med henblik på en optimal pakning af kalender og indflydelse på fordeling af tider af andre årsager, som patienten ikke har viden om, herunder hensyn til arbejdstider hos patienterne.
- Omkostningsbevidsthed ift at indføre nye systemer pga. begyndervanskeligheder/afklaring af organisatoriske problemstillinger.
- Softwareproblemer.
- Frygt for at elektronisk tidsbestilling medfører øget omfang af udeblivelser.
- Ønske om personlig kontakt og dialog om forløbet.

Som en del af undersøgelsen er der spurgt til, om klinikken har en e-mail adresse, som anvendes til kommunikation om ikke-personfølsomme forhold med patienter, f.eks. fakturaer, træningsprogrammer eller afbud.
Her har 14 % svaret nej, og det er ikke de samme respondenter som har elektronisk tidsbestilling. Det er dog positivt, at 86 % af de adspurgte har sikret en form for elektronisk tilgængelighed.

2.2.2 Kliniske retningslinjer

Det er en anbefaling i praksisplanen:

a) at samarbejdsudvalget tager stilling til udarbejdelse af en strategi for implementering af kliniske retningslinjer
b) at samarbejdsudvalget sætter fokus på udarbejdelse af implementeringsplaner for nationale kliniske retningslinjer

Implementering af disse anbefalinger forudsætter, at det nationale arbejde på området er afsluttet, da det er intentionen i planen at skabe en mere systematisk regional tilgang til implementeringen af nationale retningslinjer. Det vil sige et fokus på formidling til og læring i fysioterapipraksis samt systematik i den administrative tilgang til at facilitere dette.

Målsætningen fra praksisplanen bunder bl.a. i praktiserende fysioterapeuters egne ønsker om at skabe forbedrede betingelser for en ensartet kvalitet i fysioterapipraksis, jf. planens s. 48 hvor 63 % ønsker fokus på kliniske retningslinjer.

Det centrale arbejde afventes, og det regionale arbejde forventes at komme i gang i 2014.

2.2.3 Fokus på indholdet af "den gode epikrise" (2012)

Epikriser er meddelelser fra praktiserende fysioterapeut til praktiserende læge om afslutning af et patientforløb.
Epikrisen er et element i at skabe sammenhæng for patienten på tværs fagligheder og sektorer. Udvikling i antallet af afsendte epikriser, og kvalitetsudvikling af indholdet i epikrisen, har været et stort og væsentligt indsatsområde i planperioden.
Indsatsområdet har primært været forankret i PKO-ordningen, som har gennemført et pilotprojekt i 2012 og et udvidet pilotprojekt om emnet 2013.

Det udvidede pilotprojekt gennemført i 2013 inkluderede 10 af regionens klinikker. Projektet har haft et todelt formål:

1) At forbedre mængden af epikriser med 30 % i løbet af projektperioden

2) At forbedre kvaliteten af epikriserne, så minimum 75 % af epikriserne vurderes af den praktiserende læge tilknyttet projektet som tilfredsstillende ved projektets afslutning

Begge formål blev opfyldt. Projektet har samtidig givet et godt udgangspunkt for den større implementeringsindsats af epikriseskrivning i praksis, som praksiskonsulentordningen vil fortsætte i sidste år af planperioden.

Samarbejdsudvalget for Fysioterapi vil blive præsenteret for en særskilt afrapportering for det udvidede pilotprojekt i juni 2014.

2.2.4 Praksiskonsulenternes opgaver i 2013

Udover ovenstående epikriseprojekt har praksiskonsulentordningen i 2013 arbejdet på følgende emner i relation til implementering af praksisplan 2011-2014:

1) Praksisdag for Fysioterapi
2) Projekt om patientsikkerhed og utilsigtede hændelser i fysioterapeutisk praksis
3) Tværregionalt registreringsprojekt
4) Deltagelse i udarbejdelse og implementering af forløbsprogram for lænderyglidelser
5) Øvrige opgaver

Ad 1)
I november 2013 blev den første (halvdags) Praksisdag for fysioterapeuter afholdt i regionen. Succeskriterierne for dagen var:

a) At minimum 50 fysioterapeuter deltog
b) At minimum 60 % af de deltagende fysioterapeuter ville vurdere dagen som tilfredsstillende

Begge succeskriterier blev opfyldt. Ca. 60 fysioterapeuter deltog, og heraf vurdererede 80 % af deltagerne, at dagen havde været tilfredsstillende.

De samlede udgifter til dagen blev på 39.480,98 kr. Beløbet er finansieret af den regionale kvalitetspulje. Herudover anvendte den projektledende praksiskonsulent i alt 146 konsulenttimer på at arrangere dagen. Det svarer til lige over 2/5 af det samlede årsværk for en praksiskonsulent.

Implementeringsgruppen for fysioterapi anbefaler, at praksiskonsulent-ordningen får til opgave at overveje, om der kan afholdes en ny Praksisdag for Fysioterapi i 2015 i forbindelse med begyndelse på en ny praksisplansperiode. Implementeringsgruppen påpegede, at et eventuelt arrangement af en ny Praksisdag skal optage væsentligt færre

praksiskonsulenttimer. Alternativt må finansiering af ekstra konsulenttimer indgå som en del af budgettet for arrangementet.

Ad 2)
I 2013 har praksiskonsulentordningen i samarbejde med Enhed for Patientsikkerhed udarbejdet en projektplan for at sætte fokus på utilsigtede hændelser i fysioterapeutisk praksis. Projektet har til formål at generere viden om utilsigtede hændelser samt at højne indrapporteringerne til Databasen for Patientsikkerhed.

5 af regionens klinikker deltager i projektet. Projektperioden løber fra jan. 2014 til oktober 2014.

Ad 3)
I løbet af 2012 of 2013 har praksiskonsulenterne deltaget i et tværregionalt registreringsprojekt med de øvrige regioners praksiskonsulenter. Projektet havde til formål at lave en nuanceret patientprofil af de patienter, som henvises til fysioterapi via sygesikringen vedr. § 51 fysioterapi. Projektet bygger på data fra over 5000 fysioterapeutiske behandlinger i Danmark og har således biddraget til en væsentlig kortlægning af de typiske patientprofiler i fysioterapeutisk praksis.

Praksiskonsulenterne har deltaget i præsentation af disse resultater – både nationalt og internationalt. Sidstnævnte på EFPC-konferencen (European Forum for Primary Care) i Istanbul den 9-10. september 2013.

Ad 4)
I løbet af 2013 har praksiskonsulentordningen biddraget væsentligt til implementering af forløbsprogrammet for lænderyglidelser. I denne forbindelse har praksiskonsulentordningen også deltaget i en række centrale arbejdsgrupper for udbredelse og implementering af programmet.

Praksiskonsulentordningen vil fortsætte arbejdet med implementering af forløbsprogrammet i år 2014.

Ad 5)
Af øvrige opgaver for praksiskonsulenterne i 2013 kan bl.a. nævnes samarbejde med regionens datakonsulenter vedr. netværksproblemer og digital signatur, deltagelse med en stand på lægernes Store Praksisdag samt deltagelse i Praksissektorens Forskningsråd.

2.2.5 Udarbejdelse af elektroniske fortegnelser over kommunale tilbud om vederlagsfri fysioterapi (2012)

Det er en anbefaling i praksisplanen, at kommunerne udarbejder elektroniske fortegnelser over kommunale tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Projektet om elektroniske fortegnelser over vederlagsfri fysioterapi har skullet pilottestes i Gentofte Kommune. Formålet er, at tilbud om vederlagsfri fysioterapi skal fremgå på sundhed.dk. Denne synliggørelse skal sikre patientens frie valg mellem et tilbud om vederlagsfri fysioterapi i enten kommunen eller hos praktiserende fysioterapeut.

3. Bilag – Overordnet tids- og procesplan for planperioden 2013-2016

Samarbejdsudvalget har nedsat en styregruppe for implementeringen af Plan for fysioterapi 2011-2014.

Som afsæt for styregruppens arbejde er der udarbejdet et forslag til en plan for arbejdet med implementeringen af planens anbefalinger.

Følgende anbefalinger blev realiseret ved praksisplanens godkendelse:

- at kapaciteten fastholdes på nuværende niveau
- at region og kommuner beslutter at inddele regionen i mindre planlægningsområder, der svarer til kommuneinddelingen og bydelsinddelingen i København Kommune.

Implementering af de resterende anbefalinger gennemføres i henhold til følgende tids- og procesplan:

Prioritering af opgaver 2012

1. at kommunerne udarbejder elektroniske fortegnelser over kommunale tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

2. at samarbejdsudvalget sætter fokus på indholdet af ”den gode epikrise”

3. at samarbejdsudvalget udarbejder en strategi for tildelingen af de årlige puljemidler fra den regionale kvalitetsudviklingspulje.

4. at samarbejdsudvalget udarbejder rammerne for en tilsynsordning med rideskolerne, herunder bør supplerende kvalitetskrav til rideskolerne for så vidt angår fysisk tilgængelighed indtænkes.

5. at samarbejdsudvalget opslår ledige ydernumre i hovedområder med lav dækningsgrad fortrinsvis i Byen.

6. at samarbejdsudvalget opslår ledige ydernumre med krav om tilknytning til fast praksisadresse.

7. at samarbejdsudvalget udarbejder retningslinjer for proceduren for sagsbehandling af ansøgninger om flytning af kapacitet. Det skønnes ikke at være nødvendigt at udarbejde retningslinjer i forbindelse med opsplitning af klinik, idet dette er velbeskrevet i LSU afgørelse af 21. maj 2010.

8. Hvis det bliver relevant: at samarbejdsudvalget udarbejder retningslinjer for annoncering og udvælgelse af ansøgere til nynedsættelser og ledig kapacitet.

Prioritering af opgaver 2013

9. at samarbejdsudvalget undersøger i hvor høj grad klinikkerne anvender elektronisk tidsbestilling

10. at kapaciteten analyseres og vurderes igen i planperiodens tredje år, såfremt der er væsentlige ændringer i faktorer, der kan påvirke kapacitetsbehovet.

11. at samarbejdsudvalget udarbejder en handlingsplan for udligning af geografiske forskelle i dækningsgrad.

12. at samarbejdsudvalget tager initiativ til en undersøgelse af ventetider

Prioritering af opgaver 2014

13. at samarbejdsudvalget undersøger, hvordan samarbejdet mellem fysioterapeutpraksis og hospital og speciallægepraksis kan udvikles

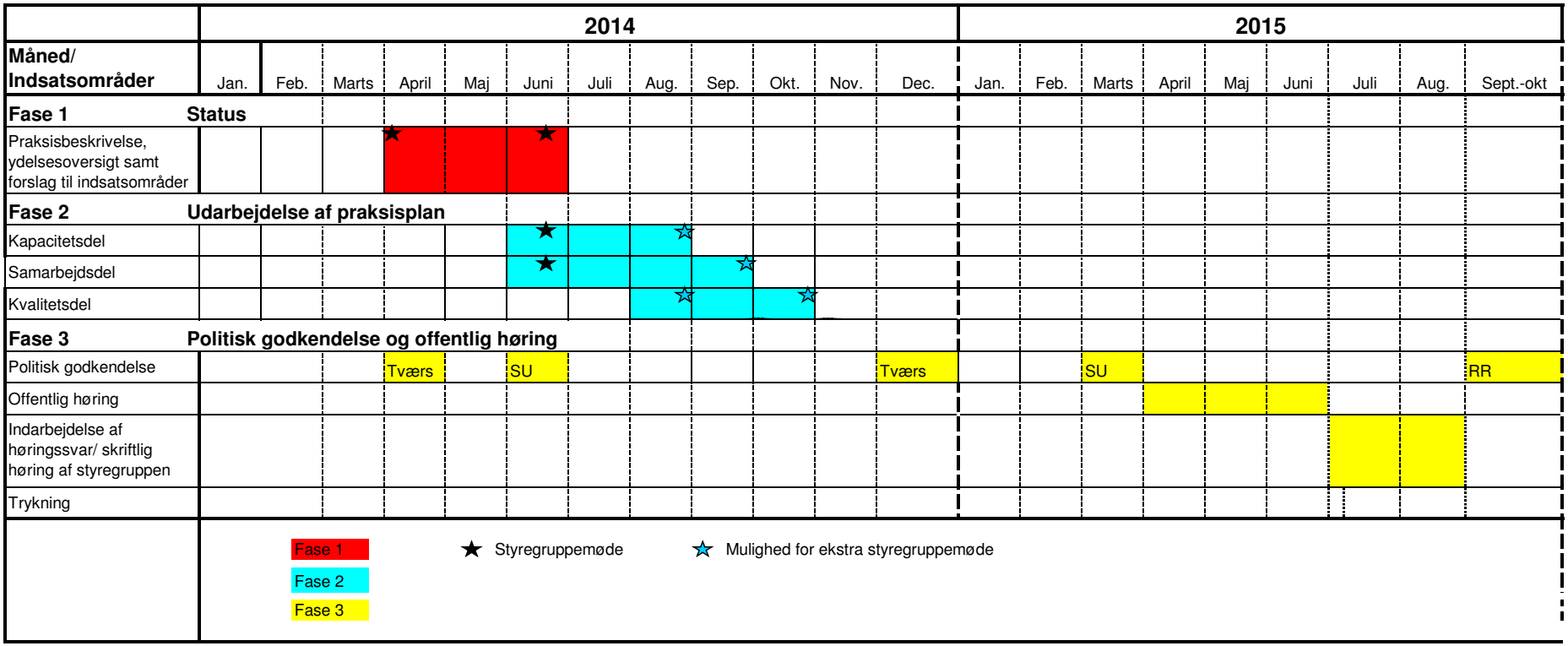
14. at kommunerne undersøger muligheden for en kommunal praksiskonsulentordning.

15. at samarbejdsudvalget tager stilling til udarbejdelse af en strategi for implementering af kliniske retningslinjer (afventer nationalt arbejde i regi af Danske Region, KL og Danske Fysioterapeuter) (FLYTTET FRA 2013)

16. at samarbejdsudvalget sætter fokus på udarbejdelse af implementeringsplaner for nationale kliniske retningslinjer (afventer nationalt arbejde i regi af Danske Region, KL og Danske Fysioterapeuter) (FLYTTET FRA 2013)

17. at samarbejdsudvalget implementerer tilsynsordning med rideskolerne

Tids- og procesplan for Praksisplan for Fysioterapi 2015-2019



Planlagte møder i Styregruppen i 2014:
1. april
20. juni
Forslag om ultimo august
7. oktober - foreslås ændret til ultimo oktober

Udkast til mødeplan for udvalgene for 2014

Udvalg og klokkeslæt	SUND (13-15)	KRÆFT (15-17)	PSYK (17-19)	TVÆRS (19-21)	Udvalg	ITA	MTU
Dato	26-02-2014	26-02-2014	26-02-2014	26-02-2014	Dato og klokkeslæt	24-02-2014 (13-15)	24-02-2014 (15-17)
	18-03-2014	18-03-2014	18-03-2014	18-03-2014		25-03-2014 (15-17)	25-03-2014 (17-19)
	22-04-2014	22-04-2014	22-04-2014	22-04-2014		29-04-2014 (15-17)	29-04-2014 (17-19)
	20-05-2014	20-05-2014	20-05-2014	20-05-2014		27-05-2014 (15-17)	27-05-2014 (17-19)
	24-06-2014	24-06-2014	24-06-2014	24-06-2014			18-06-2014 (17-19)
Sommerferie							
	02-09-2014	02-09-2014	02-09-2014	02-09-2014		26-08-2014 (19-21)	26-08-2014 (17-19)
	07-10-2014	07-10-2014	07-10-2014	07-10-2014		30-09-2014 (14-16)	30-09-2014 (17-19)
	04-11-2014	04-11-2014	04-11-2014	04-11-2014		05-11-2014 (19-21)	05-11-2014 (17-19)
	25-11-2014	25-11-2014	25-11-2014	19-11-2014		02-12-2014 (15-17)	02-12-2014 (17-19)

EVU	**KUN EVU: alternativ mødedato (Gentofte Sygehus)**
24-02-2014 (17-19)	
25-03-2014 (19-21)	
29-04-2014 (19-21)	
27-05-2014 (19-21)	
18-06-2014 (19-21)	
26-08-2014 (15-17)	
30-09-2014 (19-21)	01-10-2014 (17-19)
05-11-2014 (15-17)	
02-12-2014 (19-21)	

Arbejdsplan 2014 for Udvalget vedr tværsektorielt samarbejde

Titel	Problemstilling	Dato for udvalg	Dato for rådsmøde
Procesplan for revision af praksisplan for Almen Praksis	Orientering om revision af eksisterende praksisplan.	26. februar 2014	
Procesplan for Sundhedsaftale	Orientering om procesplan for opfølgning på nuværende plan og aftalen for 2015-2018.	26. februar 2014	
Input til budgetforhandlinger	Politikformulerende/initiativsag. Udvalget fremsætter forslag til Budget 2015.	25. marts 2014	Frist for aflevering til FU den 6. juni 2014
Visioner for sundhedshuse	Politikformulerende/initiativsag	25. marts 2014	FU/RR
Delegation og relationer til eksterne udvalg	Politikformulerende/initiativsag	25. marts 2014	FU/RR
Sundhedsaftale 3	Politikformulerende/initiativsag. Den politiske del af Sundhedsaftale 3	25. marts 2014	
Kriterier for udmøntning af Forebyggelsespuljen	Politikformulerende/initiativsag	25. marts 2014	
Input til budgetforhandlinger	Politikformulerende / Initiativsag. Forslag til budget 2015.	22. april 2014	Frist for aflevering til FU den 6. juni 2014
Handicapråd	Initiativsag. 1. drøftelse mhp input til budget 2015	22. april 2014	
Praksisplaner og aftaler	Opfølgningssag. Status for implementering af praksisplaner (årsrapporter).	22. april 2014	
Rammeaftaler på det sociale område og specialundervisning	Konkret sag. Behandling af rammeaftalens udviklingsstrategi	22. april 2014	FU/RR

Tids- og procesplan for Praksisplan for Fysioterapi 2015-2019	Konkret sag.	22. april 2014	
Input til budgetforhandlinger	Politikformulerende / Initiativsag. Forslag til budget 2015.	20. maj 2014	Frist for aflevering til FU den 6. juni 2014
Praksissektoren og det sammenhængende sundhedsvæsen	Politikformulerende/initiativsag. 1. drøftelse: Tilgængelighed (fysisk, telefonisk og elektronisk) i praksissektoren.	20. maj 2014	
Opfølgning på nuværende sundhedsaftale	Opfølgningssag.	20. maj 2014	
Temadrøftelse: Kronisk sygdom og den ældre medicinske patient	Politiformulerende / initiativsager: 1. drøftelse - overblik over er regionens indsatser, herunder forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser	20. maj 2014	
Puljen for udsatte borgere	Politikformulerende/initiativsag: Kriterier for udmøntning af 50 mio. kr. pulje for udsatte borgere.	18. juni 2014	FU/RR
Indragelse af patienter og pårørende i patient empowerment	Politikformulerende/initiativsag. Anbefalinger vedr. patient empowerment til tværsektoriel indsats	18. juni 2014	
Temadrøftelse om ulighed i sundhed	Politikformulerende/initiativsag samt opfølgningssag. 1. temadrøftelse samt opfølgning på monitorering af ulighed i sundhed vha. sundhedsprofiler og rehabiliteringsdatabaser.	18. juni 2014	
Sundhedsaftale 3	Politikformulerende / Initiativsag. Drøftelse af den administrative del af Sundhedsaftale 3	2. september 2014	
Rammeaftaler på det sociale område og specialundervisning	Initiativsag. Behandling af rammeaftalens styringsaftale	2. september 2014	FU/RR
Bruger- og pårørendeinddragelse	Konkret sag. Struktur for regional bruger- og pårørendeinddragelse	2. september 2014	FU/RR

Handicapråd og handicappolitik	Politikformulerende/initiativsag	2. september 2014	FU/RR
Nye samarbejdsmodeller	Politikformulerende. Drøftelse af nye samarbejdsmodeller mellem sektorer mv. - herunder sundhedshuse.	2. september 2014	FU/RR
Praksissektoren og det sammenhængende sundhedsvæsen	Politikformulerende / initiativsag. 2. drøftelse: samarbejdsformer og praksisfællesskaber.	2. september 2014	
Temadrøftelse: Kronisk sygdom og den ældre medicinske patient	Politikformulerende / initiativsag. Status på sundhedsprofil for kroniske sygdomme og implementeringen af den nationale handleplan for den ældre medicinske patient	2. september 2014	
Temadrøftelse om ulighed i sundhed	Politikformulerende/initiativsag. 2. drøftelse. Sikre tværgående fokus på ulighed i alle indsatser - herunder f.eks. revidering af forløbsprogrammer for kronisk sygdom.	7. oktober 2014	
Kronikere og hjemmebehandling	Politikformulerende/initiativsag. Fokus på overgangen mellem hospitaler og hjemkommuner, f.eks. i relation til dialyse og respiration	7. oktober 2014	
Forebyggelsespuljen	Politikformulerende / initiativsag. Anbefalinger til SKU vedr. udmøntning af forebyggelsespuljen på 6 mio. kr.	7. oktober 2014	
Misbrugsområdet	Politikformulerende/initiativsag. Drøftelse af misbrugsområdet i sammenhæng med psykiatriområdet.	4. november 2014	
Børnesundhedsprofil	Opfølgningssag på sundhedsprofiler for børn.	4. november 2014	
Sundhedsaftale 3	Politikformulerende / Initiativsag. Drøftelse af samlet udkast til Sundhedsaftale 3.	4. november 2014	FU/RR
Storforbrugere	Politikformulerende. Temadrøftelse om storforbrugere, med henblik på indsatser.	4. november 2014	
Praksissektoren og det sammenhængende sundhedsvæsen	Initiativsag. 3. drøftelse: Opsamling - politiske hensigtserklæringer for praksissektoren ELLER fælles møde med SUND og ITA om almen praksis og den danske kvalitetsmodel	19. november 2014	
Praksisplan for Fysioterapi 2015-2019	Konkret sag. Godkendelse af høringsudkast til Praksisplan for Fysioterapi 2015-2019	19. november 2014	