



Varde Kommune

Åbent Referat

til

Udvalget for Social og Sundhed

Mødedato: Tirsdag den 8. oktober 2013

Mødetidspunkt: 8:00 - 12:00

Mødested: Jobcenter, Møderum 3

Deltagere: Erik Buhl Nielsen, Marianne Nordtop Olesen, Thyge Nielsen, Jan Kjær, Ingvard Ladefoged, Søren Laulund

Fraværende: Erhardt Jull

Referent: Lena Andersen

**Indholdsfortegnelse**

	Side
645. Godkendelse af dagsorden	1542
646. Budgetopfølgning pr. 31. august 2013 - Udvalget Social og Handicap	1543
647. Tomgangsleje og status for afvikling af ældreboliger - orientering	1545
648. Overvejelser om samarbejde om drift af hjælpemiddeldepot	1547
649. Det Danske Madhus Varde A/S - orientering	1549
650. Etablering af drikkeskur i Varde Midtby	1551
651. Implementering af nyt omsorgssystem - orientering	1553
652. Udkast til Sundhedspolitik 2014-2018 - høring	1555
653. Det Digitale Sundhedscenter - orientering	1557
654. Beslutning om anvendelse af fritvalgsbevis	1559
655. Gensidig orientering	1562
Bilagsliste	1563
Underskriftsblad	1564



645. Godkendelse af dagsorden

Dok.nr.: 3167

Sagsid.:

Initialer: LEAN

Åben sag

Beslutning Udvalget for Social og Sundhed den 08-10-2013

Fraværende: Erhardt Jull

Godkendt.



646. Budgetopfølgning pr. 31. august 2013 - Udvalget Social og Handicap

Dok.nr.: 2984
Sagsid.: 13/4914
Initialer: sopo

Åben sag

Sagsfremstilling

Der er udarbejdet budgetopfølgning for året 2013 med udgang i økonomirapport pr. 31. august.

Budgetopfølgningen omfatter områderne indenfor udvalgets budget. Kontoområderne 520, 521 og 523 er ved organisationsændringen pr. 01.08.2013 flyttet til Udvalget for Børn og Undervisning.

Det er vigtigt af hensyn til kommunens økonomi og sanktionslovgivning, at udvalget selv finansierer eventuelle merudgifter indenfor egne rammer, uanset om merforbruget skyldes forhold, som udvalget ikke har indflydelse på. Det vil sige, at der kun undtagelsesvis fremsendes anmodning om tillægsbevilling, hvor der ikke er anvist finansiering. Det vil i så fald skulle finansieres indenfor det samlede budget.

Budgetopfølgningen pr. 31. august 2013 viser følgende:

Drift

Sundhedsområdet:

Vederlagsfri fysioterapi, forventes merudgifter på.....2,2 mio. kr.
Mindreudgift på genoptræning Servicelovens § 140-0,7 mio. kr.
I alt merudgifter på Sundhedsområdet.....1,5 mio. kr.

Det specialiserede socialområde:

Længerevarende ophold: Færre sager.....-1,0 mio. kr.
Midlertidigt ophold: Færre midlertidige ophold på.....-1,0 mio. kr.
Alkoholbehandling og stofmisbrug: Mindre aktuel forbrug-0,5 mio. kr.
Nulstilling af budgetkonto på aktivitets- og samværstilbud.....-0,5 mio. kr.
I alt mindre udgifter på det specialiserede område.. - 3,0 mio. kr.

Ældre og handicappede:

Nedskrivning af budgetkonto på ældreområdet.....-0,4 mio. kr.
Nulstilling af budget 2013 til rengøring med omtanke.....-0,4 mio. kr.
Køb af nødkald til centerområdet..... 0,5 mio. kr.
Merudgift til afregning på frit valg.....3,8 mio. kr.
Mindre udgift afregning på centerområdet.....-1,4 mio. kr.
Merindtægt vedr. afregning fra andre kommuner.....-2,4 mio. kr.
Stigning i udgifter til inkontinens og stomihjælpemidler.....1,0 mio.kr.
I alt merudgifter på ældre og handicap.....0,7 mio. kr.

Der er således et mindre forbrug på i alt -0,8 mio. kr.

Det bemærkes, at merudgiften til vederlagsfri fysioterapi er øget med ca. 33% siden kommunesammenlægningen. Forvaltningen er i løbende kontakt med regionen, da administrationen og opfølgningen på aktiviteten er placeret her. Merudgiften har tidligere år været finansieret af mindreforbrug på bl.a. medfinansiering af sygehusvæsenet.



Af tabellen fremgår også en merudgift på frit valg. Dette skyldes bl.a., at området er reduceret budgetmæssigt i forbindelse med opnormering af bl.a. sygeplejen i 2013.

Anlæg

Der er vedlagt en oversigt over status på anlægsprojekter pr. 31.08.2013.

Der er i oversigten afsat 212.000 kr. til etablering af personalefaciliteter på Hybenbo i Årre. Beløbet nulstilles ved regnskabsafslutning 2013, da der ved budgetlægningen 2014 er afsat 525.700 kr. i 2015 til udbygning af personalefaciliteter på Hybenbo i Årre.

Retsgrundlag

Varde Kommunes økonomiregulativ

Økonomi

Høring

Ingen

Bilag:

1	Åben	budgetopfølgning pr. 31.08.2013.pdf økonomiraport	133365/13
2	Åben	Budgetopfølgning pr. 31. august 2013	124944/13
3	Åben	Anlægsregnskab 31.08.2013 - Total for samtlige udvalg	127622/13

Anbefaling

Forvaltningen anbefaler, at det indstilles til Byrådet,

at der gives tillægsbevilling på -0,8 mio. kr. til drift, og

at anlægsbudgettet på 0,2 mio. kr. vedr. personalefaciliteter på Hybenbo, Årre nulstilles.

Beslutning Udvalget for Social og Sundhed den 08-10-2013

Fraværende: Erhardt Jull

Anbefalingen blev godkendt.



647. Tomgangsleje og status for afvikling af ældreboliger - orientering

Dok.nr.: 3044
Sagsid.: 07/28553
Initialer: ARBJ

Åben sag

Sagsfremstilling

I forbindelse med godkendelse af ældreboligplanen den 7. oktober 2008 traf Byrådet beslutning om nedlæggelse af en række konkrete ældreboliger. Endvidere traf Byrådet beslutning om, at antallet af ældreboliger løbende skal tilpasse behovet og den aktuelle efterspørgsel.

Udvalget har i fortsættelse heraf anmodet om en aktuel status for udviklingen i tomgangslejen, samt om en oversigt over hvilke ældreboliger der er afviklet siden godkendelse af ældreboligplanen.

Oversigt over udgifter til tomgangsleje

År	Plejecentre	Ældreboligcentre	Øvrige ældreboliger	I alt
2010	512.259 kr.	576.667 kr.	957.608 kr.	2.046.534 kr.
2011	906.786 kr.	1.124.920 kr.	1.248.605 kr.	3.280.311 kr.
2012	845.745 kr.	2.035.062 kr.	932.420 kr.	3.813.227 kr.
19/9-13	819.479 kr.	1.314.200 kr.	587.078 kr.	2.720.757 kr.
forv. 13	1.000.000 kr.	1.752.000 kr.	780.000 kr.	3.532.000 kr.

Det bemærkes, at forbrugsafgifter ikke er medregnet således, at specifikationen ikke umiddelbart kan sammenholdes med regnskab og budget. Endvidere kan der være mindre forskydninger mellem årene.

Aktuelt er der forholdsmæssigt mange ledige ældreboliger i Lunde, Alslev, Janderup og Outrup. Alle steder er der planlægning i gang vedr. reduktion af antallet.

Oversigt over nedlagte ældreboliger

Tekst	Antal
Nedlagte ældreboliger indtil 1. september 2013	51
Ældreboliger der planlægges nedlagt	41
I alt	92

Forvaltningens vurdering

Tilpasningen af antallet af ældreboliger er en administrativ tung proces, hvor der ofte skal involveres eksterne parter og centrale myndigheder. I de konkrete sager har der været lagt stor vægt på, at de involverede brugere har fået en god oplevelse. Endvidere har ejendomsmarkedet været presset således, at salgsprocessen for flere af de nedlagte boliger har været langtrukket.

Retsgrundlag

Ingen

Økonomi

Tomgangslejen for 2013 inkl. forbrugsafgifter er budgetteret til 4,5 mio. kr.



Til nedlæggelse af ledige boliger og øvrige kommunale bygninger har der i 2012 og 2013 været afsat en pulje på 5 mio. kr. pr. år. For 2014 er der afsat 5 mio. kr., og for overslagsårene er der afsat 3 mio. kr. pr. år til nedlæggelse og nedrivning af bygninger.

Høring

Ingen

Bilag:

1	Åben	Oversigt over nedlagte ældreboliger	130322/13
2	Åben	Tomgangsleje 2009-2010-2011-2012	134293/13
3	Åben	Ældreboligplanen - 2. behandling efter høringsrunde	225061/12

Anbefaling

Forvaltningen anbefaler,
at orienteringen tages til efterretning.

Beslutning Udvalget for Social og Sundhed den 08-10-2013

Fraværende: Erhardt Jull

Taget til efterretning.



648. Overvejelser om samarbejde om drift af hjælpemiddeldepot

Dok.nr.: 3157

Sagsid.: 13/10775

Initialer: FLKA

Åben sag

Sagsfremstilling

Til KL's økonomiske topmøde i foråret 2013 var der udarbejdet rapporter, som udpegede seks kommunale serviceområder, hvor der formodes at være stordriftsfordele forbundet med udlicitering eller kommunale samarbejder. Ét af dem er hjælpemiddelområdet. Som følge af disse rapporter har man i Varde Kommune igangsat analysearbejder på de seks serviceområder.

Hjælpemiddelområdet består af to hovedkomponenter: Indkøb af hjælpemidler og drift af hjælpemiddeldepot. Om indkøb af hjælpemidler gælder det, at Varde Kommune deltager i et indkøbssamarbejde med en række andre sydjyske kommuner, der i fællesskab gennemfører udbud. På den del af hjælpemiddelområdet må det således antages, at Varde Kommune allerede har indhøstet de stordriftsfordele, der måtte være. Om driften af hjælpemiddeldepotet gælder det, at denne i dag – efter en udbudsforretning gennemført i 2007 - udføres af den kommunale organisation. Depotdriften omfatter udbringning og afhentning, reparation, vedligehold og rengøring af hjælpemidler. Hjælpemiddeldepotet varetager også opsætning og nedtagning af nødkald hos borgere i eget hjem samt opsætning og nedtagning af nøglebokse og elektroniske låse. Varde Kommunes hjælpemiddeldepot varetager herudover en opgave med undervisning og rådgivning om forflytninger og andre vanskelige arbejdsmiljøsituationer i ældreplejen samt bevilling af arbejdsmiljørelaterede hjælpemidler. I forhold til andre kommuners hjælpemiddeldepoter har Varde-depotet en forholdsvis stor opgaveportefølje.

Trods den brede opgavevifte må det antages, at der kan være fordele ved et samarbejde med andre kommuner. For eksempel må det antages, at den tid hjælpemidlerne er i brug vil kunne øges, hvis befolkningsunderlaget udvides. Derfor har Varde Kommune inviteret nogle nabokommuner til en drøftelse om samarbejdsmulighederne om depotdrift. I drøftelserne deltager Billund, Fanø og Vejen kommuner. Vejen Kommune har meddelt, at man ønsker at fortsætte drift af eget depot, men at man er interesseret i at undersøge potentialet i at samarbejde med andre kommuner på en række delområder. Fanø og Billund kommuner er som udgangspunkt åbne overfor en række forskellige muligheder, der kan skabe stordriftsfordele. Der kan i uge 40 forventes en tilkendegivelse fra social- og sundhedsudvalget i Billund Kommune om hvilke muligheder for stordriftsfordele, der skal belyses nærmere. Tilkendegivelsen vil således foreligge til mødet i Udvalget for Social og Sundhed.

Forvaltningens vurdering

Det er forvaltningens vurdering, at der kan være økonomiske fordele ved et samarbejde med andre kommuner om drift af et hjælpemiddeldepot. Betingelserne for et sådant samarbejde samt organiseringsform mv. skal belyses nærmere, inden der træffes beslutning om et tværkommunalt samarbejde. I undersøgelsen kan en belysning af fordele og ulemper ved at gennemføre en udbudsforretning indgå. Mulighederne i et samarbejde med andre kommuner er nærmere beskrevet i det medsendte bilag, som er udarbejdet af Billund Kommune.

**Retsgrundlag**

Lov om social service §§ 112 og 113.

Økonomi

Den budgetterede udgift til drift af Hjælpemiddeldepotet udgør 8,3 mio. kr., heraf udgør APV-hjælpemidler 2,1 mio. kr.

Høring

Sagen høres i Ældrerådet.

Bilag:

1	Åben Samarbejde på Hjælpemiddelområdet	139080/13
2	Åben Samarbejde på Hjælpemiddelområdet - Samarbejde på Hjælpemiddelområdet.docx	139080/13

Anbefaling

Forvaltningen anbefaler,

at administrationen bemyndiges til at fortsætte dialogen med andre kommuner med henblik på at afsøge mulighederne for et samarbejde om drift af hjælpemiddeldepot, herunder at beskrive mulige organiseringsformer samt fordele og ulemper ved at gennemføre en udbudsforretning.

Beslutning Udvalget for Social og Sundhed den 08-10-2013

Fraværende: Erhardt Jull

Anbefalingen blev godkendt.

**649. Det Danske Madhus Varde A/S - orientering**

Dok.nr.: 3141
Sagsid.: 10/1660
Initialer: thpe
Åben sag

Sagsfremstilling

Efter en udbudsforretning har Det Danske Madhus Varde A/S siden 1. juni 2010 leveret mad til og bemandede modtagekøkkener i de elleve plejecentre, der drives af Varde Kommune. Kontrakten løber frem til udgangen af maj 2014. Der er mulighed for at forlænge kontrakten med et år. Der er endnu ikke taget stilling til, om Varde Kommune vil benytte sig af denne mulighed.

Det Danske Madhus leverer al mad til plejecentrene – fra morgenmad til aftenkaffe. Herudover er selskabet godkendt som frit valgsleverandør og leverer middagsmad til borgere i eget hjem, der er visiteret til dette. Det Danske Madhus leverer både varm mad og mad, som brugeren selv varmer op. Selskabet leverer til godt 300 brugere i Varde Kommune. Herudover er selskabet godkendt som frit valgsleverandør i andre kommuner og leverer på nuværende tidspunkt til cirka 130 daglige brugere i Esbjerg, Fanø og Ringkøbing-Skjern kommuner.

Det Danske Madhus leverer også middagsmad til to aflastningsenheder samt botilbuddet til børn i Krogen.

Det Danske Madhus Varde A/S er et såkaldt offentligt-privat-selskab, hvor Det Danske Madhus Holding A/S ejer 60 procent af aktierne, mens Varde Kommune ejer 40 procent. Selskabet producerer i køkkenet i Carolineparken, Varde. Varde Kommune er repræsenteret i selskabets bestyrelse ved udvalgsformand Erik Buhl Nielsen og direktør Erling S. Pedersen.

Det Danske Madhus Varde A/S forventer i 2013 en omsætning på godt 30 mio. kr. I 2012 præsterede selskabet et overskud på 526.000 kr. før skat. I 2013 forventes et overskud af mindst samme størrelsesorden.

Forvaltningens vurdering

Det er forvaltningens vurdering, at Varde Kommune med samarbejdet med Det Danske Madhus har en økonomisk effektiv løsning på kostproduktionen. Et benchmark foretaget af Tønder Kommune i 2012 viste således, at Varde Kommune havde de laveste omkostninger pr. producerede døgnkostenheder. I sammenligningen indgik fire andre kommuner i den syddanske region, som også har en centraliseret køkkendrift. Samarbejdet med Det Danske Madhus sikrer samtidig et stærkt fokus på, at borgerne modtager en ernæringsrigtig kost.

Retsgrundlag

Lov nr. 548 af 8. juni 2006 om kommuners udførelse af opgaver for andre offentlige myndigheder og kommuners og regioners deltagelse i selskaber.
Lov om social service.

**Økonomi**

Den årlige betaling fra Varde Kommune til Det Danske Madhus Varde A/S er 19,6 mio. kr. (regnskab 2012) for levering til plejecentrene. Udgiften modsvarer af en indtægt (brugerbetaling) på 13,9 mio. kr.

For levering til borgere i eget hjem afregnede Varde Kommune i 2012 6,3 mio. kr. til Det Danske Madhus. Det modsvarer af en brugerbetaling på knap 5 mio. kr.

Høring

Ikke relevant.

Bilag:

- 1 Åben Bestyrelsesmøde - Det Danske Madhus Varde A/S, 21-08-2013 - 116640/13
Salgsstatistik DDM Varde 2. kv. 2013.pdf

Anbefaling

Forvaltningen indstiller,
at orienteringen tages til efterretning.

Beslutning Udvalget for Social og Sundhed den 08-10-2013

Fraværende: Erhardt Jull

Taget til efterretning.



650. Etablering af drikkeskur i Varde Midtby

Dok.nr.: 3173
Sagsid.: 13/13502
Initialer: 42613
Åben sag

Sagsfremstilling

Byrådet vedtog i budget 2013 at afsætte 75.000 kr. til etablering af et drikkeskur i Varde.

Drikkeskuret er nu blevet indarbejdet i ansøgningen til Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter om områdefornyelse i Varde midtby. Denne ansøgning er imødekommet af ministeriet, og drikkeskuret er derfor nu en del af det samlede projekt om områdefornyelse af Varde midtby.

Team Plan og Byudvikling igangsætter nu arbejdet med at udarbejde programmet for områdefornyelsen. Dette arbejde løber frem til 1. april 2014, hvorefter programmet skal godkendes af ministeriet. Herefter har Varde Kommune 5 år til at gennemføre de forskellige initiativer i programmet. Det er centralt for tildelingen af midler, at programmet indeholder forskellige typer tiltag, herunder også tiltag der er begrundet i sociale problemer i området. Drikkeskuret spiller derfor en afgørende rolle i programmet for områdefornyelsen.

Team Plan og Byudvikling vil i den kommende tid tage initiativ til, at der igangsættes en række arbejdsgrupper, som skal planlægge de forskellige tiltag under områdefornyelsesprogrammet. Team Plan og Byudvikling foreslår, at det videre arbejde med drikkeskuret tilrettelægges på følgende måde:

- Etablering af en tværfaglig arbejdsgruppe med repræsentanter for Paraplyen, Social og Handicap, Team Teknik samt Team Plan og Byudvikling. Arbejdsgruppen skal afklare relevante emner som målgruppe(-r) for skuret, målgruppens behov, forslag til placering af skuret, forslag til design af et drikkeskur samt den fremtidige drift af skuret.
- Brugerinddragelse omkring indretning og placering af skur. Brugerinddragelse er et centralt element i områdefornyelse, ligesom brugerinddragelsen skal sikre, at skuret også kan anvendes af den ønskede målgruppe. Brugerinddragelsen skal også sikre, at andre interessenter som eks. Udviklingsråd og handelsstandsforening inddrages i placering af et drikkeskur.
- Det endelige valg af placering af drikkeskuret skal ske i tæt samarbejde mellem Plan og Teknikudvalget samt Social- og Sundhedsudvalget. Arbejdsgruppens oplæg om drikkeskur behandles derfor i begge udvalg.
- Arbejdet igangsættes i indeværende år, hvorved placering af skuret kan indgå i den politiske beslutning om programmet. Etablering af skuret vil hermed kunne være et af de første projekter, der gennemføres under områdefornyelsen.

Forvaltningens vurdering

Det er forvaltningens vurdering, at det er vigtigt, at drikkeskuret placeres centralt i Varde by.

Samtidig er det forvaltningens vurdering, at det er afgørende, at brugerne inddrages i planlægningen af drikkeskuret, som Team Plan og Byudvikling foreslår.

**Sundhedskonsekvensvurdering**

Ved at etablere et drikkeskur i Varde midtby forbedres forholdene for en gruppe borgere, som har det svært. Det vil muligvis ikke direkte forbedre deres fysiske sundhed, men formentlig vil det være med til at forbedre livskvaliteten for disse borgere.

Retsgrundlag

Ingen

Økonomi

Byrådet afsatte i 2013 75.000 kr. til drikkeskuret, og drikkeskuret er nu blevet en væsentlig del af en bevilling fra Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter.

Høring

Ikke relevant.

Anbefaling

Forvaltningen anbefaler,

at udvalget træffer afgørelse om, at Team Plan og Byudviklings forslag om forløb for etablering af drikkeskur følges, og

at udvalget drøfter, om der er mulige placeringer eller andet, som ønskes at indgå i det videre arbejde med etablering af drikkeskuret.

Beslutning Udvalget for Social og Sundhed den 08-10-2013

Fraværende: Erhardt Jull

Team Plan og Byudviklings forslag om forløbet følges.

Udvalget undersøger, om der kan findes en midlertidig placering.



651. Implementering af nyt omsorgssystem - orientering

Dok.nr.: 3159

Sagsid.: 13/10128

Initialer: kfau

Åben sag

Sagsfremstilling

Varde Kommune har i en årrække anvendt et omsorgssystem (et IT-system) fra Avaleo (tidligere Zealand Care). Programmet har været i udbud i 2012, og det resulterede i, at vi fortsætter med Avaleo som leverandør.

Programmet er blevet nyudviklet til et mere tidssvarende og meget anderledes program. Implementeringen af det nye system foregår i etaper. Avaleo Myndighed blev udviklet først og implementeret i 2011-2012. Avaleo Omsorg er der indgået kontrakt om efter udbud i 2012. Implementering er påbegyndt aug. 2013.

Den meget store opgave med at undervise og oplære alt personale i det nye program er igangsat. I forlængelse af undervisningen undervises personalet i at udarbejde handleplaner for indsatsen i de enkelte borgerforløb. Det sker med henblik på at fremme en mere systematisk dokumentation, planlægning og opfølgning af de enkelte borgerforløb.

Alle 250 social- og sundhedsassistenter og de 525 social- og sundhedshjælpere undervises tre dage, mens de 80 sygeplejersker, som også skal undervises i besøgsplanlægning, har fire undervisningsdage.

Undervisning afvikles primært som AMU-kurser med undervisere fra Social- og Sundhedsskolen i Esbjerg.

I det omfang det kan lade sig gøre, planlægges der jobrotationsforløb. Aktuelt er der dog ikke mange ledige faguddannede, som kan indgå i forløbene.

For øvrige kursister søges der til alle berettigede om VEU-godtgørelse.

Afviklingen af kurserne foregår de fleste dage på Campus og enkelte dage på Social- og Sundhedsskolen.

Kursusforløbet forventes at være gennemført med udgangen af marts 2014.

Der vil i perioden være en række udfordringer, som vi skal håndtere i vores organisation på ældre- og sundhedsområdet:

- I en periode, indtil alle er undervist, dokumenteres der i to IT-systemer.
- Funktioner overgår løbende til drift i nyt system.
- Afløsning af kursusdeltagerne.
- En del indtastning i forbindelse med opstart i det nye system.
- Øget tidsforbrug til dokumentation indtil personalet er fortrolig med det nye.

For at kunne håndtere dette med mindst mulige gener er anden undervisnings- og kursusaktivitet i den periode, hvor undervisningen foregår, begrænset til et minimum.

Forvaltningens vurdering

Det er forvaltningens vurdering, at der med det nye omsorgssystem skabes bedre muligheder for en mere systematisk dokumentation, planlægning og opfølgning af de enkelte borgerforløb.

Retsgrundlag

Ingen

**Økonomi**

Der er afsat 1,0 mio. kr. til implementering af omsorgssystemet. Beløbet anvendes primært til køb af undervisning hos Avaleo og Social- og Sundhedsskolen samt forplejning til kursusedtagerne.

Høring

Ingen

Anbefaling

Forvaltningen anbefaler,
at orienteringen tages til efterretning.

Beslutning Udvalget for Social og Sundhed den 08-10-2013

Fraværende: Erhardt Jull

Taget til efterretning.

**652. Udkast til Sundhedspolitik 2014-2018 - høring**

Dok.nr.: 3124

Sagsid.: 11/921

Initialer: KIRE

Åben sag**Sagsfremstilling**

Der blev afholdt borgermøde om Sundhedspolitikken 2014-2018 den 25.9.2013. Efter oplæg ved Charlotte Bøving og Elisabeth Dalsgaard blev sundhedspolitikken drøftet. Formålet var at formulere en vision og at få input til det videre arbejde med at omsætte politikken fem målsætninger til konkrete handlinger.

Det blev tydeligt, at borgerne foretrækker en vision, hvor den enkelte borger, sammen med kommunen, har et ansvar for egen sundhed. Det er ikke tilstrækkeligt, at kommunen har sundhedsfremmende og forebyggende rammer, hvis ikke borgerne træffer - og har mulighed for at træffe - et aktivt valg om sundhed. Det var et gennemgående ønske, at "det sunde valg skal være det lette valg".

Der var særligt tre holdninger, der gik igen i alle grupper:

1. En udbredt holdning blandt borgerne, at der skal være et særligt fokus på at reducere den sociale ulighed i sundhed. Lighed i sundhed vil derfor være et gennemgående tema i arbejdet med alle målsætningerne. Spørgsmålet er, om emnet kræver en særskilt målsætning?
2. Der ønskes en ekstra målsætning om rygning. Antallet af rygere skal reduceres gennem rygestop blandt rygere og ved at forebygge rygestart, særligt blandt børn og unge.
3. Et øget fokus på at inddrage og samarbejde med frivillige og frivillige organisationer i de mange indsatser, der skal implementere sundhedspolitikken i praksis.

Ovenstående er indarbejdet i høringsudkastet for sundhedspolitikken.

Ændringerne i høringsudkastet er anført med rødt.

Forvaltningens vurdering

Det er forvaltningens vurdering, at indarbejdelsen af borgernes kommentarer og input har styrket sundhedspolitikken, og er med til at skabe øget ejerskab og engagement fra borgernes side.

Sundhedskonsekvensvurdering

Sundhedspolitikken sætter rammen for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i Varde Kommune, og forventes at have en positiv betydning for sundheden blandt borgerne ved at fremme livskvalitet og styrke borgernes fysiske og mentale sundhed.

Retsgrundlag

Sundhedsloven §119

**Økonomi**

I forbindelse med implementeringen af den nye sundhedspolitik blev der i budgetrunden afsat midler til at igangsætte nogle af de konkrete indsatser i strategier og handleplaner. Det er tanken, at midlerne administreres af programstyregruppen for sundhedspolitikken. På sigt skal driften af de enkelte initiativer indeholdes i den almindelige drift i de enkelte afdelinger.

Høring

Det endelige høringsudkast til Sundhedspolitikken 2014-2018 sendes i offentlig høring fra oktober til ultimo december 2013.

Bilag:

1 Åben 3. udkast til sundhedspolitik 2014-2018

137449/13

Anbefaling

Forvaltningen anbefaler,

at udvalget drøfter hvorvidt *lighed i sundhed og flere sunde år* kan indgå som en overordnet paraply for alle målsætninger,

at "røgfri kommune" skal indarbejdes som selvstændig målsætning i udkast til sundhedspolitikken, og

at udvalget godkender, at den reviderede udgave af Sundhedspolitikken 2014-2018 kan sendes i offentlig høring.

Beslutning Udvalget for Social og Sundhed den 08-10-2013

Fraværende: Erhardt Jull

Udvalget er enig i, at *lighed i sundhed og flere sunde år* indgår som en overordnet paraply for alle målsætninger.

F.s.v. angår rygning formuleres ind i politikken, "At antallet af rygere skal reduceres ved at forebygge rygestart, særligt blandt børn og unge".

Den reviderede udgave af sundhedspolitikken sendes i offentlig høring.



653. Det Digitale Sundhedscenter - orientering

Dok.nr.: 3016

Sagsid.: 13/9419

Initialer: 44141

Åben sag

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsområdet har stor fokus på udviklingen af digital velfærd i Varde Kommune. Som led i en overordnet strategi om at være foregangskommune på dette område indgår Varde Kommune i et offentligt-privat innovationsprojekt (OPI) om udviklingen af Det Digitale Sundhedscenter.

Visionen er at etablere Det Digitale Sundhedscenter, hvor borgere og kommuner i fællesskab, og ved at lægge ressourcer sammen, skaber sundhed og livskvalitet. Den overordnede indsats i Det Digitale Sundhedscenter er at udvikle og integrere digitale løsninger i de kommunale sundhedstilbud.

Tanken med Det Digitale Sundhedscenter er, at kommunerne driver tilbuddet i fællesskab ud fra en fælles, central, digital kommunikationsplatform og med fælles beslutninger om, hvilke moduler mv. der skal anvendes. Kommunerne deler sundhedsprofessionelle medarbejderressourcer i driften og søger derigennem at øge fleksibiliteten for borgerne pga. øget tilgængelighed til den digitale platform.

Udviklingen af digitale løsninger i Det Digitale Sundhedscenter skal ske via flere delprojekter. Det er således tanken, at forskellige projekter under rammerne af Det Digitale Sundhedscenter kan udvikle og afprøve forskellige digitale løsninger i bestemte tilbud og til bestemte målgrupper.

Det første delprojekt, som vil blive udviklet, er digital patientuddannelse til borgere med KOL, Type 2 diabetes og hjertesygdom. Næste skridt kunne være et projekt på skoleområdet, det er en mulighed, der i øjeblikket arbejdes på.

Visionen om Det Digitale Sundhedscenter og delprojektet om Digitale Patientuddannelse skal udfoldes gennem et OPI samarbejde. OPI samarbejdet består af Region Syddanmark, repræsenteret ved Syddansk Sundhedsinnovation (SDSI) og Afdelingen for Sundhedssamarbejde og Kvalitet, tre syddanske kommuner som er Faaborg Midtfyn Kommune, Vejle Kommune og Varde Kommune samt to private parter, som er Falck Hjælpemidler og Next Step Citizen under Syd Energi. Desuden inddrages Statens Institut for Folkesundhed til at kvalificere projektet og forestå evalueringen.

Der er ansat en fælles projektkoordinator fra den 1. oktober 2013. Projektkoordinatoren er finansieret i et samspil mellem Region Syddanmark og de tre kommuner. Ud over finansieringen af en projektkoordinator søges der eksterne fondsmidler til projektet.

Projektledelsen varetages af Syddansk Sundhedsinnovation i samarbejde med Regionens afdeling for Sundhedssamarbejde og Kvalitet. Der nedsættes en styregruppe og en arbejdsgruppe med repræsentanter fra alle parterne. Der vil desuden blive afholdt politiske arrangementer.

Vision og projektbeskrivelse på delprojekt 1: Digitalisering af patientuddannelsen vedhæftes som bilag.

Forvaltningens vurdering

Det vurderes, at der er et stort potentiale i Det Digitale Sundhedscenter i forhold til øget tilgængelighed, større fleksibilitet og mere kvalitet i de sundhedsfremmende og



forebyggende ydelser til borgerne. Samtidig er forventningen også, at Det Digitale Sundhedscenter kan skabe mere sundhed for de samme ressourcer.

Sundhedskonsekvensvurdering

Der er en forventning om, at fagpersonalet vil komme til at bruge mindre ansigt til ansigt tid med de ressourcestærke borgere, fordi en del af patientuddannelsesforløbet består af eks. e-læring og digitale sociale fællesskaber. Den frigivne tid bruges i stedet på de ressourcesvage borgere, på den måde løftes sundheden for alle og den sociale ulighed i sundhed mindskes. Samtidigt er der en forventning om, at flere ressourcestærke borgere vil tage imod et tilbud.

Retsgrundlag

Sundhedsloven §119

Økonomi

Center for Sundhedsfremme har indenfor budgetrammen finansieret 100.000 kr. til en fælles projektkoordinator.

Partnerskabet omkring Det Digitale Sundhedscenter søger desuden eksterne fondsmidler.

Høring

-

Bilag:

- | | | | |
|---|------|--|----------|
| 1 | Åben | Visionen om det Digitale Sundhedscenter | 72787/13 |
| 2 | Åben | Delprojekt 1: Digitalisering af patientuddannelsen | 73404/13 |

Anbefaling

Forvaltningen anbefaler,

at orienteringen tages til efterretning.

Beslutning Udvalget for Social og Sundhed den 08-10-2013

Fraværende: Erhardt Jull

Taget til efterretning.



654. Beslutning om anvendelse af fritvalgsbevis

Dok.nr.: 3169

Sagsid.: 13/12416

Initialer: niwi

Åben sag

Sagsfremstilling

Folketinget vedtog 23. marts 2013 lov vedr. administration af Fritvalgsområdet.

Loven er en forenkling af reglerne for Byrådets tilrettelæggelse af borgernes frie valg af leverandør på hjemmehjælpsområdet.

KL har sammen med regeringen vurderet, at loven vil reducere de administrative opgaver ifbm. konkurrenceudsættelse af hjemmehjælpsydelse. Yderligere er lovens intention at styrke Byrådets muligheder for, gennem konkurrenceudsættelse, at effektivisere området. Som udgangspunkt fastholder og udvider loven borgernes ret til frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp samt madservice. Dette betyder, at der pr. 1. januar 2014 indføres lovkrav om, at borgerne skal have mulighed for at vælge mellem minimum to leverandører på hhv. madservice og hjemmehjælpsområdet.

Der peges på tre metoder (som alle er beskrevet i bilag) til at tilvejebringe et frit valg for borgeren:

1. Anvende de generelle udbudsregler, som de kendes i dag.
2. Fastholde den nuværende godkendelsesmodel
3. Tilbyde et såkaldt **fritvalgsbevis** - en slags voucher -som borgeren kan indløse hos private CVR- registrerede private firmaer virksomheder, der udfører hjælpen.

Der er indledt et samarbejde med KL i forhold til at vurdere, hvorvidt der er et potentiale i Varde Kommune i forhold til at anvende en udbudsmodel.

Det bemærkes, at såfremt borgeren ikke sikres et frit valg gennem model 1 eller 2, skal Kommunen tage model tre i anvendelse. I forhold til madservice har Kommunen i flere år haft to leverandører på området. I forhold til hjemmehjælpsområdet anvender Varde Kommune godkendelsesmodellen, hvor der på rengøringsdelen historisk har været flere private leverandører. Da Blåbjerg Pleje- og Aktivitetscenter er godkendt som leverandør på plejeområdet i hele Varde Kommune med virkning fra januar 2014, lever man også på dette område op til lovens krav om at sikre borgeren frit valg mellem minimum to leverandører. Der er således ikke et akut behov for ændring af praksis.

Ikke desto mindre skal der tages politisk stilling til, om borgerne skal tilbydes muligheden for et fritvalgsbevis. Pr. 01. januar 2014 kan borgerne søge om fritvalgsbevis, og en eventuel godkendelse eller afslag skal tage afsæt i den politiske beslutning herom.

Forvaltningens vurdering

Borgerne har i en model med fritvalgsbeviser stor frihed til at vælge den leverandør, de ønsker.

Det vurderes dog, at en eventuel indførsel af fritvalgsbevis vil betyde øgede opgaver i forhold til administrationen af ordningen. Dette skyldes, at borgeren skal bevilges/have



afslag på fritvalgsbevis, og at der administrativt skal følges op på hjælpen ved borgeren. Afgørelsen beror på myndighedens vurdering af borgerens psykiske habilitet.

Endvidere vurderes det, at indførelse af fritvalgsbevis netop vil stille store krav til borgerens habilitet, idet der ikke foreligger nogen kommunal vurdering eller godkendelse af den leverandør, borgeren måtte anvende. Dette kan blive problematisk ift. at sikre rehabiliteringstankegangen i plejeopgaver, hvor det er vigtigt at styrke borgerens mestring og undgå yderligere funktionstab. Ligeledes kan Varde Kommune heller ikke sikre, at Servicelovens princip om *Hjælp til selvhjælp* tilgodeses.

Da de borgere, hjemmeplejen kommer til at betjene, vurderes (i hvert fald i stort omfang) at være svage funktionsmæssigt, vurderes det administrativt, at ulemperne ved ordningen er større end gevinsterne.

Det er yderligere forvaltningens vurdering, at sagen forelægges Byrådet til endelig godkendelse, da der er tale om en aktivitetsforøgelse jf. Styrelsesvedtægten.

Sundhedskonsekvensvurdering

Det vurderes, at fritvalgsbeviserne kan få en negativ konsekvens for sundheden hos den enkelte borger, da det ikke er muligt at stille krav til leverandøren om f.eks. en rehabiliterende tankegang i udførelsen af opgaven.

Retsgrundlag

Lov om social service §91: *Kommunalbestyrelsen skal skabe grundlag for, at modtagere af hjælp efter § 83 kan vælge mellem to eller flere leverandører af denne hjælp, hvoraf den ene leverandør kan være kommunal.*

Økonomi

En beslutning om at indføre fritvalgsbeviser vil øge udgiften til det administrative personale i kraft af flere opgaver. Omfanget heraf er ukendt.

Vælges det at indføre fritvalgsbevis vil det kunne påvirke timeprisen negativt, (dvs. der er en forventning om højere afregningspriser), da flere leverandører på markedet vil reducere volumen i enten en godkendelses- eller udbudsmodel, hvorved prisen forventes at stige.

Høring

Sagen har været til høring i Ældrerådet. Her blev hensynet til borgerens selvbestemmelsesret overfor hensynet til den svage borger drøftet. I forhold til indførelse af fritvalgsbevis fremførte Ældrerådet, at hensynet til den svage borger skulle vægtes højt. Derfor indstilles til, at man politisk fravælger muligheden for fritvalgsbevis, indtil der er erfaringer med disse fx fra andre kommuner.

Ældrerådet ser samtidig frem til analysen fra KL i forhold til at vurdere potentialet ved et udbud på området.

Bilag:

- 1 Åben Notat vedr. tilrettelæggelse af borgerens frie valg af leverandør og fritvalgsbeviser 128539/13

**Anbefaling**

Forvaltningen anbefaler, at det indstilles til Byrådet,
at muligheden for fritvalgsbevis på nuværende tidspunkt fravælges,
at KL's potentialeafklaring fremlægges på udvalgs mødet i november 2013.

Beslutning Udvalget for Social og Sundhed den 08-10-2013

Fraværende: Erhardt Jull

Anbefalingen blev godkendt.

**655. Gensidig orientering**

Dok.nr.: 3150
Sagsid.: 09/12995
Initialer: LEAN
Åben sag

Sagsfremstilling**Orientering v/formanden**

- OPI-projekt – kræftbehandling.
- Tistruplund – indvielse.

Orientering v/direktøren

- KL's Handicap- og Psykiatrikonference – i år med temaet "Invester før det sker".
Mandag den 11. november
- Status over byggeprojekter

Gensidig orientering

- Orientering fra KL's Misbrugskonference den 7/10 (Marianne).
- Skovlunden – det er rådgivningsopgaven, der er sendt i udbud (Thorkild).
- Udsmykning Tistruplund – evt. samarbejde med Janus-bygningen? (Thorkild).

Bilag:

1	Åben	Status over byggeprojekter	1009308/12
2	Åben	Program for KL's Handicap- og Psykiatrikonference den 11/11-2013	143060/13

Beslutning Udvalget for Social og Sundhed den 08-10-2013

Fraværende: Erhardt Jull

Taget til efterretning.



Bilagsliste

646. Budgetopfølgning pr. 31. august 2013 - Udvalget Social og Handicap
1. budgetopfølgning pr. 31.08.2013.pdf økonomiraport (133365/13)
 2. Budgetopfølgning pr. 31. august 2013 (124944/13)
 3. Anlægsregnskab 31.08.2013 - Total for samtlige udvalg (127622/13)
647. Tomgangsleje og status for afvikling af ældreboliger - orientering
1. Oversigt over nedlagte ældreboliger (130322/13)
 2. Tomgangsleje 2009-2010-2011-2012 (134293/13)
 3. Ældreboligplanen - 2. behandling efter høringsrunde (225061/12)
648. Overvejelser om samarbejde om drift af hjælpemiddeldepot
1. Samarbejde på Hjælpemiddelområdet (139080/13)
 2. Samarbejde på Hjælpemiddelområdet - Samarbejde på Hjælpemiddelområdet.docx (139080/13)
649. Det Danske Madhus Varde A/S - orientering
1. Bestyrelsesmøde - Det Danske Madhus Varde A/S, 21-08-2013 - Salgsstatistik DDM Varde 2. kv. 2013.pdf (116640/13)
652. Udkast til Sundhedspolitik 2014-2018 - høring
1. 3. udkast til sundhedspolitik 2014-2018 (137449/13)
653. Det Digitale Sundhedscenter - orientering
1. Visionen om det Digitale Sundhedscenter (72787/13)
 2. Delprojekt 1: Digitalisering af patientuddannelsen (73404/13)
654. Beslutning om anvendelse af fritvalgsbevis
1. Notat vedr. tilrettelæggelse af borgerens frie valg af leverandør og fritvalgsbeviser (128539/13)
655. Gensidig orientering
1. Status over byggeprojekter (1009308/12)
 2. Program for KL's Handicap- og Psykiatrikonference den 11/11-2013 (143060/13)



Underskriftsblad

Erik Buhl Nielsen

Marianne Nordtop Olesen

Thyge Nielsen

Jan Kjær

Ingvard Ladefoged

Søren Laulund

Erhardt Jull

Bilag: 646.1. budgetopfølgning pr. 31.08.2013.pdf økonomiraport

Udvalg: Udvalget for Social og Sundhed

Mødedato: 08. oktober 2013 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 133365/13

Budgetopf. mdr. korr. budget

18-09-2013

13:04:10

1

Tekst	Korrigeret	Forbrug	Restbudget	Forbrugsp-
	budget 2013			rocent
	010113 - 311213	010113 - 310813		2013
5 Udvalget for Social og Sundhed	797.709.305	473.090.648	324.618.657	59,3
1 Indenfor rammen	262.389.595	164.890.350	97.499.245	62,8
04 Sundhedsområdet	22.001.972	12.707.333	9.294.639	57,8
62 Sundhedsudgifter m.v.	22.001.972	12.707.333	9.294.639	57,8
82 Kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning	10.539.556	6.430.893	4.108.663	61,0
85 Kommunal tandpleje	50.000	2	49.998	0,0
88 Sundhedsfremme og forebyggelse	9.719.066	5.235.449	4.483.617	53,9
90 Andre sundhedsudgifter	1.693.350	1.040.989	652.361	61,5
05 Sociale opgaver og beskæftigelse	240.387.623	152.183.017	88.204.606	63,3
28 Tilbud til børn og unge med særlige behov	27.428.572	16.902.034	10.526.538	61,6
23 Døgninstitutioner for børn og unge	27.428.572	16.902.034	10.526.538	61,6
32 Tilbud til ældre og handicappede	105.298.656	66.912.279	38.386.377	63,5
32 Pleje og omsorg m.v. af ældre og handicappede	93.012.791	58.957.386	34.055.405	63,4
33 Forebyggende indsats for ældre og handicappede	10.205.805	6.690.169	3.515.636	65,6
35 Hjælpe midler, forbrugsgoder, boligindretning og befording	2.080.060	1.264.724	815.336	60,8
35 Rådgivning	9.210.708	5.622.867	3.587.841	61,0
40 Rådgivning og rådgivningsinstitutioner	9.210.708	5.622.867	3.587.841	61,0
38 Tilbud til voksne med særlige behov	98.449.687	62.745.837	35.703.850	63,7
42 Botilbud for personer med særlige sociale problemer (§§109-110)	4.277.539	2.716.220	1.561.319	63,5
50 Botilbud til længerevarende ophold (§ 108)	44.110.674	30.329.998	13.780.676	68,8
52 Botilbud til midlertidigt ophold (§ 107)	25.029.165	16.016.007	9.013.158	64,0
53 Kontaktperson- og ledsageordninger (§§ 45,97-99)	12.556.206	7.299.740	5.256.466	58,1

Budgetopf. mdr. korr. budget

18-09-2013
13:04:10
2

Tekst	Korrigeret	Forbrug	Restbudget	Forbrugsp-
	budget 2013			rocent
	010113 - 311213	010113 - 310813		2013
58 Beskyttet beskæftigelse (§ 103)	483.583	294.936	188.647	61,0
59 Aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	11.992.520	6.088.936	5.903.584	50,8
2 Udenfor rammen	516.575.596	297.567.475	219.008.121	57,6
00 Byudvikling, bolig- og miljøforanstaltninger		2.080	-2.080	-
25 Faste ejendomme		2.080	-2.080	-
11 Beboelse		2.080	-2.080	-
04 Sundhedsområdet	184.111.288	100.123.537	83.987.751	54,4
62 Sundhedsudgifter m.v.	184.111.288	100.123.537	83.987.751	54,4
81 Aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsvæsenet	168.265.830	90.590.959	77.674.871	53,8
82 Kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning	5.611.510	2.875.883	2.735.627	51,2
84 Vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut	7.895.170	5.441.559	2.453.611	68,9
85 Kommunal tandpleje	1.114.608	666.304	448.304	59,8
90 Andre sundhedsudgifter	1.224.170	548.832	675.338	44,8
05 Sociale opgaver og beskæftigelse	332.464.308	197.441.858	135.022.450	59,4
22 Central refusionsordning	-5.826.580	-4.353.000	-1.473.580	74,7
07 Indtægter fra den centrale refusionsordning	-5.826.580	-4.353.000	-1.473.580	74,7
25 Dagtilbud m.v. til børn og unge	330.260		330.260	
17 Særlige dagtilbud og særlige klubber	330.260		330.260	
28 Tilbud til børn og unge med særlige behov	-13.424.692	-7.381.615	-6.043.077	55,0
20 Plejefamilier og opholdssteder mv. for børn og unge	5.332.120	3.421.446	1.910.674	64,2
21 Forebyggende foranstaltninger for børn og unge	2.743.828	1.618.314	1.125.514	59,0
23 Døgninstitutioner for børn og unge	-21.500.640	-12.421.375	-9.079.265	57,8
32 Tilbud til ældre og handicappede	262.839.319	165.764.889	97.074.430	63,1
30 Ældreboliger	-11.097.458	-11.269.170	171.712	101,5

Budgetopf. mdr. korr. budget

18-09-2013

13:04:10

3

Tekst	Korrigeret	Forbrug	Restbudget	Forbrugsp-
	budget 2013			rocent
	010113 - 311213	010113 - 310813		2013
32 Pleje og omsorg m.v. af ældre og handicappede	237.748.751	153.785.337	83.963.414	64,7
33 Forebyggende indsats for ældre og handicappede	8.697.400	5.356.971	3.340.429	61,6
34 Plejehjem og beskyttede boliger	565.700	354.503	211.197	62,7
35 Hjælpe midler, forbrugsgoder, boligindretning og befordring	25.140.786	16.643.173	8.497.613	66,2
37 Plejevederlag og hjælp til sygeartikler o.lign. ved pasning af døende i eget hjem	1.784.140	894.076	890.064	50,1
35 Rådgivning	3.831.050	1.960.439	1.870.611	51,2
40 Rådgivning og rådgivningsinstitutioner	3.831.050	1.960.439	1.870.611	51,2
38 Tilbud til voksne med særlige behov	78.765.261	37.911.684	40.853.577	48,1
42 Botilbud for personer med særlige sociale problemer (§§109-110)	-2.258.750	-842.727	-1.416.023	37,3
44 Alkoholbehandling og behandlingshjem for alkoholskadede (sundhedslovens § 141)	3.498.146	2.164.325	1.333.821	61,9
45 Behandling af stofmisbrugere (efter servicelovens § 101 og sundhedslovens § 142)	6.061.470	3.272.905	2.788.565	54,0
50 Botilbud til længerevarende ophold (§ 108)	12.674.288	3.552.488	9.121.800	28,0
52 Botilbud til midlertidigt ophold (§ 107)	38.730.207	20.465.534	18.264.673	52,8
53 Kontaktperson- og ledsageordninger (§§ 45,97-99)	864.570	762.554	102.016	88,2
58 Beskyttet beskæftigelse (§ 103)	10.090.380	4.255.748	5.834.632	42,2
59 Aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	9.104.950	4.280.855	4.824.095	47,0
57 Kontante ydelser	5.949.690	3.539.461	2.410.229	59,5

Budgetopf. mdr. korr. budget

18-09-2013

13:04:10

4

Tekst	Korrigeret	Forbrug	Restbudget	Forbrugsp-
	budget 2013			rocent
	010113 - 311213	010113 - 310813		2013
72 Sociale formål	5.949.690	3.539.461	2.410.229	59,5
3 Lederløn - indenfor direktionens ramme	8.199.775	5.395.853	2.803.922	65,8
04 Sundhedsområdet	661.909	456.264	205.645	68,9
62 Sundhedsudgifter m.v.	661.909	456.264	205.645	68,9
88 Sundhedsfremme og forebyggelse	661.909	456.264	205.645	68,9
05 Sociale opgaver og beskæftigelse	7.537.866	4.939.589	2.598.277	65,5
28 Tilbud til børn og unge med særlige behov	646.865	431.396	215.469	66,7
23 Døgninstitutioner for børn og unge	646.865	431.396	215.469	66,7
32 Tilbud til ældre og handicappede	4.351.683	2.789.162	1.562.521	64,1
32 Pleje og omsorg m.v. af ældre og handicappede	4.351.683	2.789.162	1.562.521	64,1
35 Rådgivning	516.489	344.906	171.583	66,8
40 Rådgivning og rådgivningsinstitutioner	516.489	344.906	171.583	66,8
38 Tilbud til voksne med særlige behov	2.022.829	1.374.125	648.704	67,9
50 Botilbud til længerevarende ophold (§ 108)	601.735	398.659	203.076	66,3
52 Botilbud til midlertidigt ophold (§ 107)	763.199	527.767	235.432	69,2
53 Kontaktperson- og ledsageordninger (§§ 45,97-99)	657.895	447.699	210.196	68,1
4 Udenfor rammen - 100% overførsel	10.544.339	5.236.970	5.307.369	49,7
04 Sundhedsområdet	1.922.115	245.612	1.676.503	12,8
62 Sundhedsudgifter m.v.	1.922.115	245.612	1.676.503	12,8
82 Kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning	167.500	123.061	44.439	73,5
88 Sundhedsfremme og forebyggelse	1.754.615	122.551	1.632.064	7,0
05 Sociale opgaver og beskæftigelse	8.622.224	4.991.358	3.630.866	57,9
28 Tilbud til børn og unge med særlige behov	75.000		75.000	
23 Døgninstitutioner for børn og unge	75.000		75.000	
32 Tilbud til ældre og handicappede	6.738.720	3.396.660	3.342.060	50,4
32 Pleje og omsorg m.v. af ældre og handicappede	4.368.932	2.854.931	1.514.001	65,3

Budgetopf. mdr. korr. budget

18-09-2013
13:04:10
5

Tekst	Korrigeret	Forbrug	Restbudget	Forbrugsp-
	budget 2013			rocent
	010113 - 311213	010113 - 310813		2013
33 Forebyggende indsats for ældre og handicappede	709.855	170.168	539.687	24,0
35 Hjælpe midler, forbrugsgoder, boligindretning og befordring	1.659.933	371.560	1.288.373	22,4
35 Rådgivning	412.500	149.600	262.900	36,3
40 Rådgivning og rådgivningsinstitutioner	412.500	149.600	262.900	36,3
38 Tilbud til voksne med særlige behov	1.396.004	1.445.098	-49.094	103,5
42 Botilbud for personer med særlige sociale problemer (§§109-110)	744.558	650.024	94.534	87,3
50 Botilbud til længerevarende ophold (§ 108)	129.131	621.733	-492.602	481,5
52 Botilbud til midlertidigt ophold (§ 107)	401.265	178.100	223.165	44,4
59 Aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	121.050	-4.759	125.809	-3,9
Total ('Udgift')	1.026.157.829	600.469.185	425.688.644	58,5
Total ('Indtægt')	-228.448.524	-127.378.536	-101.069.988	55,8
Total ('Netto')	797.709.305	473.090.648	324.618.657	59,3

Bilag: 646.2. Budgetopfølgning pr. 31. august 2013

Udvalg: Udvalget for Social og Sundhed

Mødedato: 08. oktober 2013 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 124944/13

Budgetopfølgning pr. 31. august 2013 - DRIFT (beløb i mio. kr.)		
	+ =merudgifter/ mindre indtægter	- =merindtægter/ mindre udgifter
Drift:	2013	2013
Økonomi	2,7	-3,0
Plan og Teknik	1,6	-0,8
Børn og Undervisning	3,2	-6,5
Kultur og Fritid	0,0	0,0
Social og Sundhed	7,5	-8,3
Arbejdsmarked og Integration	7,6	-10,2
I alt	22,6	-28,8
Netto mindre forbrug (-)	-6,2	
Renter og afdrag på lån	-0,9	
Skatter og generelle tilskud	-0,1	
Netto herefter	-7,2	

Budgetopfølgning pr. 31. august 2013 - DRIFT (beløb i mio. kr.)

Økonomiudvalget		Dok.nr.	+ =merudgifter/ mindre indtægter	- =merindtægter/ mindre udgifter
			2013	2013
502	Faste ejendomme: driftsmidler til ejendomme, som pga af ændret anvendelse er overført til Team Byggeri og ejendomme i alt kr. 258.000	129876-13	0,3	
502	Pulje til kommunale bygninger/ ældreboliger, som skal afvikles. "Nedrivningspuljen" - 258.000 kr.	129876-13		-0,3
100	Diverse administrative besparelser			-0,3
101	Porto, facility mm			-1,0
103	Forsikringer, udenfor ramme		1,1	
103	Udbetaling Danmark, fremrykkede besparelser			-1,5
104	AKUT-bidragspulje		0,2	
105	Valg til ældreråd		0,3	
401	Konsulentbistand		0,3	
601	Gebyrer ved for sen indbetaling		0,2	
601	Gebyrer vedr. ejendomsattester-ophørt pga digitalisering		0,4	
I alt			2,7	-3,0

Budgetopfølgning pr. 31. august 2013 - DRIFT (beløb i mio. kr.)				
Udvalg for Plan og Teknik		Dok.nr.	+ =merudgifter/ mindre indtægter	- =merindtægter/ mindre udgifter
			2013	2013
502	Kollektiv trafik: Regulering fra Sydtrafik 2012 - konto.231.01.491-04		0,8	
502	Kollektiv trafik: Betalinger til regionen 2013 - konto.231.01.490-07			-0,8
501	Vejvandsbidrag: Forskelsbeløb med 8 pct i stedet for 6 pct - konto.211.35.105-04		0,8	
I alt			1,6	-0,8

Budgetopfølgning pr. 31. august 2013 - DRIFT (beløb i mio. kr.)			
		+ =merudgifter/ mindre indtægter	- =merindtægter/ mindre udgifter
Udvalg for Børn og Undervisning	Dok.nr.	2013	2013
301	Demografi skoleområdet. 2 klasser færre end oprindelig forventet		-0,3
305	SFO - demografi. Flere elever og flere på fuldtidsmodul.	0,6	
302	Skolernes brug af haller. Mindreudgift som følge af færre klasser.		-0,2
378	Almen voksenuddannelse		-0,1
511	Dagplejen demografi netto efter mindreindtægt vedr. forældrebetaling		-5,4
510	Privat pasning. Budget = 74 børn, antal pr. 31.8.2013 er 110 børn.	1,4	
510	Tilskud til pasning af egne børn	0,2	
513/ 514	Dagtilbud - demografi netto efter merindtægt forældrebetaling	0,6	
519	Private institutioner	0,2	
519	Puljeordninger		-0,5
513	Mellemkommunale betalinger dagtilbud	0,2	
	Børn, Unge og Familie - budgetopfølgningen viser pr. 31. august 2013 et forventet mindreforbrug på 3,7 mio. kr. incl. Overførsel på 5 mio. kr. fra 2012. Området er omfattet af fuld overførselsadgang.	130955-13	
I alt		3,2	-6,5

Under dok.nr. skrives dokumentnummer på evt. bemærkninger til budgetopfølgningen

Budgetopfølgning pr. 31. august 2013 - DRIFT (beløb i mio. kr.)				
			+ =merudgifter/ mindre indtægter	- =merindtægter/ mindre udgifter
Udvalg for Kultur og Fritid		Dok.nr.	2013	2013
	Ingen bemærkninger			
I alt			0,0	0,0

Under dok.nr. skrives dokumentnummer på evt. bemærkninger til budgetopfølgningen

Budgetopfølgning pr. 31. august 2013 - DRIFT (beløb i mio. kr.)

Udvalg for Social og Sundhed	Dok.nr.	+ =merudgifter/ mindre indtægter	- =merindtægter/ mindre udgifter
		2013	2013
532 Social og sundhed: Uforbrugt beløb på budgetkonto ældreområdet nedskrives med 400.000 kr	125324-13		-0,4
559 Social og sundhed: Budgetkontoen på Aktivietes og samværstilbud nulstilles (519.660 kr.)	125324-13		-0,5
532 Social og sundhed: Køb af nødkald til centerområdet		0,5	
532 Frit Valg: Nulstilling af projektet rengøring med omtanke, for 2013 (396.510) da projektet er ophørt. Rest beløbet 552.254 er overført beløb fra tidligere år	124833/13		-0,4
488 Social og Handicap: Vederlagsfri fysioterapi, Der forventes en merudgift på ca. 2.2 mio, kr.	67104/13	2,2	
488 Social og Handicap: så følge af at genoptræningen har været i udbud forventes der en mindre udgift til Varde Fytioterapi	67104/13		-0,7
532 Social og Handicap: Frit Valg Henset til aktuel forbrug et merforbrug til afregning på 3,8 mio. kr.	128260/13	3,8	
532 Social og handicap: Centerområdet: Henset til aktuel forbrug forventes et mindreforbrug på 1,4 mio .kr.	128260/13		-1,4
532 Social og handicap: Afregning til andre kommuner På grund af ændret afregningsform og reguleringer for 2012 forventes der et overskud på 2,4 mio. kr.	128260/13		-2,4
535 Social og handicap: Henset til aktuel forbrug på hjælpemidler forventes et merforbrug på 1,0 mio. kr. der skyldes merudgifter til inkontinens og stomihjælpemidler	128260/13	1,0	

Udvalg for Social og Sundhed	Dok.nr.	+ =merudgifter/ mindre indtægter	- =merindtægter/ mindre udgifter
		2013	2013
550 Social og Handicap: Længevarende ophold: Afgang af 2 sager i 2013	128260/13		-1,0
552 Social og handicap: Midlertidig ophold færre antal sag i 2013 give mindre udgift på 1,0 mio. kr.	128260/13		-1,0
544 Social og Handicap: Alkoholbehandling Henvisende til aktuel forbrug forventes i 2013 et mindre forbrug (250.000)	128260/13		-0,2
545 Social og Handicap: Stofmisbrugere: henvisende til aktuelforbrug forventes i 2013 et mindre fobrug på -250.000 kr.	128260/13		-0,3
I alt		7,5	-8,3

Under dok.nr. skrives dokumentnummer på evt. bemærkninger til budgetopfølgningen

Budgetopfølgning pr. 31. august 2013 - DRIFT (beløb i mio. kr.)			
Udvalg for Arbejdsmarked og Integration	Dok.nr.	+ =merudgifter/ mindre indtægter	- =merindtægter/ mindre udgifter
		2013	2013
1. Sygedagpenge. Væsentlig færre sager på de korte forløb (5-8 uger) grundet, at optjeningskravet for at være berettiget til sygedagpenge er øget fra 13 til 26 uger. Endvidere udbetales der ikke sygedagpenge på helligdage.	129096-13, samlet notat.		-6,0
2. Førtidspension. Lovændring i 2013, så modtagere af førtidspension bevilget efter den gamle ordning før 1.1.2003, får mulighed for at overgå til førtidspension efter den nye ordning - væsentlig højere ydelser.		4,0	
3. Kontanthjælp. Væsentlig flere modtagere -ca. gns. 100 flere måned for måned i 2013 mod 2012. Enkelte måneder i 2013 med over 1.000 modtagere.		2,0	
4. Uddannelsesordning f. ledige, der har opbrugt deres dagpengere. Ordningen var i første omgang et midlertidigt tilbud til d. 30.6.2013 - forlænget til 31.12.2013.		1,6	
5. Revalidering. Færre modtagere grundet bl.a. praksisændring fra flere SM-afgørelser.			-1,0
6. Ressourceforløb. Ny ordning hvor antallet af førtidspensioner til primært unge under 40 år skal undgås. Ikke bevilget så mange årsværk som antaget.			-1,5
7. Seniorjob. Den voldsomme tilgang er ophørt medio 2013 og det vurderes, at det nuværende antal - 26 ikke ændres væsentlig.			-1,7
I alt		7,6	-10,2

Bilag: 646.3. Anlægsregnskab 31.08.2013 - Total for samtlige udvalg

Udvalg: Udvalget for Social og Sundhed

Mødedato: 08. oktober 2013 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 127622/13

Anlægsudgifter pr. 31. august 2013

Anlæg	Økonomiudvalget	Korr. Budget 2013	Regnskab 31.08.2013	Uforbrugt beløb	Forventet beløb	Statusbeskrivelse
005823	Salg af Skolegade i Ølgod	-425.913	17.835	-443.748	-425.913	Solgt pr. 01.10.2013
005830	Salg af Kirkegade 1, Oksbøl	-450.000	-456.329	6.329	-450.000	Solgt i 2013
005834	Salg af areal ved Sønderskovevej 11, Nordenskov	10.125	0	10.125	10.125	Afventer
005835	Salg af Houstrupvej 150. Ubebygget grund	-150.000	-141.285	-8.715	-150.000	Solgt i 2013
005836	Køb af Torvegade 10, Varde - Shell grunden	0	6.000	-6.000	6.000	Igangværende
010812	Nedrivning af dyrskuehallerne	0	52.745	-52.745	100.000	Igangværende
010840	Energibesp. foranst. - Fælles for energikonti	0	132.642	-132.642		Finansieres af puljen til energirenoveringer på 30,0 mio
010843	Energibesp.foranst. - Tilskud til energibesparelser - 20	191.554	-397	191.951	191.554	Bruges i 2013
011817	Salg af Lynevej 48 A og B, Strellev	-117.000	-120.109	3.109	-117.000	Solgt pr. 01.03.2013
013820	Vestervold 13, Varde - udskiftning af tag	240.511	6.793	233.718	240.511	Igangværende - forventes afsluttet i 2013
013822	Samling af brand- og redningsberedskab i anden byg.	523.264	269.946	253.318	523.264	Igangværende
013840	Energibesp.foranst. - Andre faste ejendomme	0	289.522	-289.522		Finansieres af puljen til energirenoveringer på 30,0 mio
013865	Pulje til bygninger/ældreboliger - som skal afvikles	3.527.700	133.400	3.394.300	3.527.700	Forventes brugt i 2013 - der er budgetteret med konkrete projekter
013868	Salg af Frisvadvej 1B, Varde	-1.352	3.230	-4.582	3.230	Afsluttet
013871	Omkostninger ved Salg af Lindbjerg Skole, Lindbjerg	-415.100	-500.000	84.900	-500.000	Afsluttet
013872	Omkostninger ved Salg af Skovlund Skole, Skovlund	-498.523	-500.000	1.477	-500.000	Afsluttet
013874	Salg af tandklinikker i Agerbæk og Ølgod	-1.696.117	0	-1.696.117	0	Afventer salg i Ølgod
013875	Blåvandshuk fyr - Renovering	976.780	1.701.235	-724.455	1.701.235	Igangværende - uforudsete bygningsrenoveringer
013880	Salg af Engparken 13, Outrup	-356.800	0	-356.800	-356.800	Solgt pr. 01.09.2013
013881	Nedrivning af Svanehøjvej 34, Gårde	260.000	322.853	-62.853	322.853	Afsluttet
013882	Udbud Lerpøtvej 8, Varde	60.000	56.963	3.038	60.000	Igangværende
010883	Salg af Lindealle 1, Ølgod - tidl. Brandstation	-62.000	-62.000	0	-62.000	Afsluttet
205840	Energibesparende foranstaltninger - Materielgårde	0	15.475	-15.475		Finansieres af puljen til energirenoveringer på 30,0 mio
301840	Energibesparende foranstaltninger - skolerne	0	2.592.749	-2.592.749		Finansieres af puljen til energirenoveringer på 30,0 mio
301864	Agerbæk skole - udskiftning af tag	877.204	20.000	857.204	20.000	Igangværende - afventer vandskade
346840	Energibesparende foranst. - Ungdomsuddannelse	0	14.444	-14.444		Finansieres af puljen til energirenoveringer på 30,0 mio
360840	Energibesparende foranst. - Museum	0	21.953	-21.953		Finansieres af puljen til energirenoveringer på 30,0 mio
513840	Energibesparende foranstaltninger - børnehaverne	0	112.681	-112.681		Finansieres af puljen til energirenoveringer på 30,0 mio
513875	Børnehaven Regnbuen - Udskiftning af tag og vinduer	298.588	0	298.588	0	Afsluttet

532840	Energibesparende foranst. - Ældreboliger	0	-5.167	5.167		Finansieres af puljen til energirenoveringer på 30,0 mio
650808	Undersøgelse af vandrerhjem	100.000	0	100.000		
650811	Administrationsbygning - projekt 7-2, fælles udgifter	3.046.391	1.460	3.044.931		
650812	Administrationsbygning - projekt 7-2, Borgercenter	1.126.485	28.300	1.098.185		
650813	Projekt 7-2, Bytoften	14.686.621	515.892	14.170.729		
650814	Salg af ejendomme	1.890.000	0	1.890.000		
650815	Digitalisering af byggesagsarkiv	3.000.000	1.819.004	1.180.996	3.000.000	
650817	Salg af Kirkegade 5, Oksbøl - Rådhus	-1.928.850	-903.246	-1.025.604		
650840	Energibesparende foranst. - Rådhus	0	0	0		Finansieres af puljen til energirenoveringer på 30,0 mio
651807	Standardisering af infrastruktur	781.260	61.646	719.614		
652802	Rakat - ComCare, indkøb, afsluttes i 2013 & finansieres af driften	0	65.000	-65.000		
652803	Prisme - økonomisystem, afsluttes i 2013 & finansieres af driften	0	298.514	-298.514		
662850	Fortællinger i "Naturpark Vesterhavet" - Nordea	0	-243.766	243.766	0	Igangværende - udgiftsneutral
662860	Fortællinger i "Naturpark Vesterhavet" - Grøn Vækst	0	0	0	0	Udgiftsneutral
670805	Investeringer vedr. energibesp.foranstaltn.	31.174.698	0	31.174.698	31.174.698	
		56.669.526	5.627.984	51.041.542	38.319.457	

Anlægsudgifter pr. 31. august 2013

Anlæg	Plan og Teknik	Korr. Budget 2013	Regnskab 31.08.2013	Uforbrugt beløb	Forventet beløb	Statusbeskrivelse
015805	Ølgod - friareal omkring Storegade og Torvet i Ølgod	81.062	0	81.062	81.062	Forventes afsluttet efterår 2013
015806	Ølgod - områdefornyelse i Ølgod by	343.676	198.577	145.099	343.676	Del af program for Byfornyelse i Ølgod. Refusion fra Staten forudsætter at projektet er afsluttet senest 31.12.2013. Der indsendes regnskaber til ministeriet efterår 2013
015809	Bygningsfornyelse - Varde Kommune, generel - 2007.	86.248	0	86.248	86.248	Afsluttes i 2013
015811	Ølgod - Bygningsfornyelse (del af områdefornyelse)	789.378	-1.736	791.114	789.378	Fælles Friareal Storegade, Jernbanegade og Mejerivej - Del af program for Byfornyelse i Ølgod. Projektet er forventes afsluttet efterår 2013
015812	Bygningsfornyelse (byfornyelse) generel - 2009.	286.549	272.030	14.519	286.549	Støtte til privat bygningsrenovering og forventes afsluttet 2013
015813	Bygningsfornyelse (byfornyelse) generel 2010.	299.712	0	299.712	299.712	I 2011 blev det vedtaget at anvende restmidlerne til nedriv.af forfaldne bygninger, se også dok 107.9625. Rammen skal anvendes senest i 2013.
015815	Støtte fra indsatspuljen 2011	560.000	458.651	101.349	560.000	I 2011 blev det vedtaget at anvende restmidlerne til nedriv.af forfaldne bygninger, se også dok 107.9625. Rammen skal anvendes senest i 2013.
020835	Renovering af friluftsscenen i Arnbjerg	3.790.932	4.442.925	-651.993	3.790.932	Projektet er et samlet projekt med øvrige brugere af friluftsscenen. Varde Kommune har hensat 2.526.932 kr. Samlet projekt udgør i alt ca 3,3 mio kr. Projektets afsluttes i 2013
020850	Opsætning af legepladser, hvor redskaber er udtjente	7.997	0	7.997		Afsluttes i 2013
050810	Midler til projekter inden for Grøn vækst puljen	200.000	0	200.000	0	Naturerhvervstyrelsen har godkendt projekterne, som vi har fået tilsagn til midler fra Regionen. Projekterne kan derfor igangsættes i 2013
050815	Projekt - Genopretning af Varde Ådal	0	11.264	-11.264	11.264	
050820	Projekt - "Planlægning af plejeprojekt i Varde Ådal"	0	50.476	-50.476	50.476	
020830	Bro fra Arnbjerg til Varde Sommerland	2.250.000	2.015.238	234.762	2.250.000	
211825	Gadelys - Styring af tændtiderne	117.148	0	117.148	117.148	Forventes brugt
211840	Energibesparende foranst. - Gadebelysning	0	1.277.454	-1.277.454	0	Fælles udbud for 2013 og 2014. Budgettet er en del af energipuljen på 30,0 mio under Økonomiudvalget

222802	Anlæg af P-plads, Henne Strand	157.524	119.221	38.303	157.524	
222803	Anlæg af P-plads - Ølgod	245.245	187.974	57.271	245.245	Bliver forbrugt
222804	Vedligeholdelse af rækværk, Viadukten i Varde	350.000	18.686	331.314	100.000	Igangværende
222808	Køb af areal Hvidbjerg Strandvej	400.000	400.000	0	400.000	Afsluttet
222809	Forskønnelsestiltag i Varde Midtby	286.795	0	286.795	0	
222818	Gl .Varde - cykelstier i forbindelse med ny Sct. Jacobi	9.963	0	9.963	0	Færdig
222820	Forskellige projekter i.fbm. Skoleveje	504.019	0	504.019	0	Afventer nye tiltag, del af handleplan for trafsikkerhed
222821	Ølgod - stier.	96.908	0	96.908	0	Afventer cykelstiprioritering
222831	Stianlæg over for Skolevej, Varde.	28.829	0	28.829	28.829	Mangler beplantning
222833	Trafikregulering af krydset Pramstedvej/Vestervold, Varde.	45.733	0	45.733	45.733	Grønne områder skal afsluttes
222842	Vejdir. Plan for "Sanering af jernbane og driftsoverkørsel"	61.410	0	61.410	0	Afsluttet
222852	Campus - ny stamvej i forbindelse med lokalplan 22 og	174.429	11.051	163.378	0	Afsluttet
222854	Ombygning af en strækning af Blåvandvej i Blåvand by	-199.520	0	-199.520	0	Afventer (strækningen blev forlænget)
222866	Cykelsti Kvong (tilskud fra Staten)	-363.376	-714.000	350.624	-350.624	Afsluttet
222867	Cykelsti Gunderupvej (tilskud fra Staten)	-129.083	-531.000	401.917	-401.917	Afsluttet
222873	Varde Bymidte - planlægning - Pulje	500.000	0	500.000	0	Afventer
222874	Varde Bymidte	5.000.000	0	5.000.000	0	Afventer
222875	Cykelsti Nymindegabvej	-2.076.305	188.180	-2.264.485	188.180	Færdig - men mangler rest tilskud fra staten
222876	Cykelsti Strandvejen	-1.440.787	-1.247.210	-193.577	-1.440.787	Færdig - men mangler indtægter fra "private" tilskudsgiv
222877	Optimering af krydset Søndermarksvej/Ribevej, Varde.	38.546	19.938	18.608	19.938	Afsluttet
222878	Optimering af krydset Vestre Landevej/Ndr. Boulevard	2.390.658	69.358	2.321.300	69.358	Afventer planlægning om butikker
222879	Cykelsti Nordenskov - Øse	301.258	0	301.258	0	Afventer evt. projektændring
222880	Sammenbinding af indfrastruktur i Nr. Nebel	4.553.362	4.092.063	461.299	4.553.362	Forventes afsluttet i 2013
222881	Cykelstien langs Klittingvej, Stausø - forlængelse	46.189	74.529	-28.340	74.529	Afsluttet
222883	Cykelstien Strandvejen fra Klittingvej til N.Fiddevej	1.658.297	2.279.031	-620.734	2.279.031	Afsluttet
222884	Cykelsti Næsbjerg - Varde	331.636	987.816	-656.180	987.816	Igangværende
222889	Sideudvidelse af Gl.Grindstedvej.	139.899	0	139.899	0	Slidlag
222890	Parkering ved Campus	973.000	571.368	401.632	973.000	Igangværende
222891	Parkeringsareal Lerpøtvej - ny tandlægeklinik	300.000	276.900	23.100	276.900	Afsluttet
222892	Ren.af Vestbanens krydsning af Nordre Boulevard	408.621	116.380	292.241	116.380	Afventer - projekt "Badekar"
222894	Udskiftning af jernbanebroen ved Viadukvej, Ølgod	2.500.000	1.012.865	1.487.135	2.000.000	Igangværende
222896	Cykelsti langs Porsmosevej	1.973.567	1.413.971	559.596	1.413.971	Afsluttet

222897	Cykelsti Vejers Havvej - Delvis af Puljen fra Staten	2.700.000	0	2.700.000	0	Projektering igangværende
222898	Fodgængertunnel under banen Plantagevej, Varde	2.000.000	743.592	1.256.408	2.000.000	Projektændring til bro
223820	Separering af kloak ved kommunale ejendomme	4.000.000	0	4.000.000	2.000.000	Igangværende
223821	Udskiftning af vejafvanding fbm kloakserarering	4.249.000	0	4.249.000	2.000.000	Igangværende
		41.028.519	18.815.592	22.212.927	26.402.914	

Anlægsudgifter pr. 31. august 2013

Anlæg	Børn og Undervisning	Korr. Budget 2013	Regnskab 31.08.13	Uforbrugt beløb	Forventet beløb	Statusbeskrivelse
301804	Indefrosne midler, frigivet i 2013:					
301804-01	Årre skole- direkte udgange fra 4 klasselokaler	265.000	89.571	175.429	200.000	Projektet igangsat, afsluttes i 2014
301804-02	Nordenskov skole - renovering af lokaler og garderobe	215.000	0	215.000	215.000	Projekt er igangsat - Lidt usikker om alt afsluttes i 2013
301804-03	Nr. Nebel skole - renovering af fliser langs klyngerne	130.000	104.808	25.192	130.000	Projektet forventes afsluttet i 2013
301804-04	Nr. Nebel skole - tilskud til renovering af hjemmekundskabslokale	565.875	0	565.875	565.875	Projektet forventes afsluttet i 2013
301804-05	Jacobi skole - udearealer	860.000	40.743	819.257	50.000	Projektet forventes udført i 2014
301804-06	Jacobi skole - to toiletter ved udeskole	200.000	0	200.000	200.000	Projektet forventes udført i 2014
301804-07	Ansager skole - multibane og udendørs læringsrum	560.000	0	560.000	560.000	Projektet forventes afsluttet i 2013
301804-08	Thorstrup skole - renovering af legepladser	343.000	0	343.000	343.000	Projektet forventes afsluttet i 2013
301819	Renovering og etablering af lejepladser skoler/dagtilbu	32.360	0	32.360	32.360	Forventes afsluttet i 2013
301822	Space	146.446	5.000	141.446	146.446	Afventer betaling af slutregning.
301849	Tistrup Skole skurbygning incl. toilet	360.000	0	360.000	360.000	Projektet forventes afsluttet i 2013
301852	Sct. Jacobi Skole cykler	-131.988	-203.008	71.020	-131.988	Projektet forventes afsluttet i 2013
301867	Lykkesgårdskolen renovering	217.625	0	217.625	217.625	Projektet forventes afsluttet i 2013
301870	IT forsøgsprojekt på 3 overbygningsskoler	275.756	254.987	20.769	275.756	Projektet forventes afsluttet i 2013
301871	Indefrosne midler frigivet i 2012 - skoler					
301871-04	Horne skole - forbedring af medarb.faciliteter	51.604	50.066	1.538	51.604	Projektet er afsluttet
301871-07	Sct. Jacobi skole - etablering af ungdomsmiljø	63.759	15.774	47.985	63.759	Projetet forventes afsluttet i 2013
301871-09	Tistrup skole - forbedring af medarb.faciliteter	44.950	46.006	-1.056	46.006	Projektet er afsluttet
301871-17	Specialundervisningsområdet køb af hjælpemidler m.m.	192.211	0	192.211	192.211	Projektet forventes afsluttet i 2013
301876	Lykkesgårdskolen - udgifter i fbm evt skimmelsvamp	9.131.701	321.742	8.809.959	500.000	Projektet igangsat, afsluttes i 2014
301879	Renoverings-og anlægspulje, skoler og dagtilbud	2.643.292	959.327	1.683.965	2.643.292	Projektet forventes afsluttet i 2013
301880	Opgradering af skole-IT og løbende udskiftning	2.000.000	503.205	1.496.795	2.000.000	Projektet forventes afsluttet i 2013
305802	Indefrosne midler, frigivet i 2013					
305802-01	Ølgod SFO - cykelskur	113.449	0	113.449	113.449	Projektet forventes afsluttet i 2013
305802-02	Tistrup SFO - skur og klogetrappe	453.525	0	453.525	453.525	Projektet forventes afsluttet i 2013
305802-03	Jacobi SFO 2 og 3 - udearealer	120.000	0	120.000	0	Projektet forventes udført i 2014

305807	Indefrosne midler frigivet i 2012 - SFO'er					
305807-08	Sct Jacobi SFO, renovering af legeplads	54.700	6.514	48.186	6.514	Projektet forventes udført i 2014
305807-09	Sct Jacobi SFO, indretning af ny SFO 2 og 3	552.792	0	552.792	0	Projektet forventes udført i 2014
305841	Ølgod SFO - Etablering af Birkely	567.000	412.562	154.438	567.000	Projektet forventes afsluttet i 2013
305842	Ølgod SFO - færdiggørelse af Lærkely	186.000	53.112	132.888	186.000	Projektet forventes afsluttet i 2013
308800-01	Tippen - tilbygning af fælleslok. og etabler. af toiletter	1.190.000	0	1.190.000	0	Projektering i gang, projektet udføres i 2014
346802	Indkøb af inventar Varde STUcenter	163.549	204.211	-40.662	163.549	Projektet afsluttet. Andel skal flyttes til drift.
375801	Ungdomshus	500.000	0	500.000	500.000	Er igangsat.
485850	Ombygning af Lerpøtvej 50	155.238	155.238	0	155.238	Anlægsregnskab godkendt af Byrådet d. 3/9-13
510801	Renovering og anlægspulje på daginstitutionsområdet	183.250	74.938	108.312	183.250	Projektet forventes afsluttet i 2013
513807	Ny børnehave i Agerbæk	-43.913	80.912	-124.825	0	Projektet forventes afsluttet i 2013
513808	Ny børnehave i Ølgod	-104.381	80.995	-185.376	0	Projektet forventes afsluttet i 2013
513811	Bhv. Lundparken - renovering af tag på terrasse	34.693	3.800	30.893	34.693	Projektet forventes afsluttet i 2013
513824	Salg af Vangsgade 31, Ølgod	-25.200	6.167	-31.367	-25.200	Projektet forventes afsluttet i 2013
513826	Indefrosne midler, frigivet i 2013:					
513826-01	Blåbjergegnens - indlægning af vand i Outrup	150.000	20.955	129.045	150.000	Projektet forventes afsluttet i 2013
513826-02	Blåbjergegnens - vikingebordplads i Mælkevejen	100.000	1.600	98.400	100.000	Projektet forventes afsluttet i 2013
513826-03	Børneuniverset - opgradering af læringsmiljøer	300.000	2.608	297.392	150.000	Projektet igangsat, afsluttes i 2014
513852	Ølgod inst. Skovbrynet - etableringsudgifter vuggestuebørn	138.557	138.557	0	138.557	Projekt afsluttet
513853	Indefrosne midler frigivet i 2012 - Børnehaver					
513853-01	Oksbøl Børnehave, etablering af legeplads	18.074	0	18.074	18.074	
513853-11	Hedevang, Alslev, solsejl og udendørs værksted	47.626	37.560	10.066	47.626	Projektet afsluttes i 2013
513853-16	Nord-Øst, energibesparende vandhaner	35.000	56.937	-21.937	35.000	Projekt afsluttet
513853-21	Teglløst, mødelokaler/kontor/overdækket terrasse	75.000	76.050	-1.050	75.000	Projekt afsluttet
513853-25	Naturligvis, overdækket terrasse	75.000	75.000	0	75.000	Projekt afsluttet
514805	0-2 års pladser Ølgod, legeplads og etb.udgifter	0	-1.040	1.040	0	Projekt afsluttet
514806	0-2 års pladser Agerbæk, legeplads og etb.udgifter	12.857	12.448	409	12.857	Projekt afsluttet
514807	0-2 års pladser Oksbøl, etableringsudgifter	153.000	0	153.000	153.000	Under udførelse, forventes afsluttet i 2013
514810	Oksbøl masterplan (børnepasning)	2.073.160	589.202	1.483.958	2.073.160	Under udførelse, forventes afsluttet i 2013
517008-01	Firkløveret, Solsikken, renv. af legeplads	18.450	14.061	4.389	18.450	Projektet forventes afsluttet i 2013
521080	Indefrosne midler frigivet i 2012 - Børn, Unge og Familie					

521080-01	BUF - indretning af lokaler, Lysningen 13, Varde	75.321	43.563	31.758	75.321	Projektet forventes afsluttet i 2013
521080-02	BUF - skriveborde, I-phones, PC-ere - flytning	53.677	104.776	-51.099	53.677	Projektet forventes afsluttet i 2013
523814	Indefrosne midler, frigivet i 2013:					
523814-01	Tippen - tilbygning af lokaler, samt tilpasning af udeare	2.575.000	0	2.575.000	0	Projektering i gang, projektet udføres i 2014
523814-02	Tippen - udskiftning af oliefy	495.000	0	495.000	0	Projektering i gang, projektet udføres i 2014
		28.663.015	4.438.944	24.224.071	14.174.686	

Anlægsudgifter pr. 31. august 2013

Anlæg	Kultur og fritid	Korr. Budget 2013	Regnskab 31.08.13	Uforbrugt beløb	Forventet beløb	Statusbeskrivelse
031820	Kunststofbane i Varde	1.564.049	1.621.447	-57.398		
035875	Ren af toiletbygning i tidligere Varde Sommeland	10.584	-5.397	15.981		
318833	Tilskud til energirigtig renovering - idrætsanlæg	111.423	0	111.423		
360811	Varde Museum, Lundvej	500.000	415.000	85.000		
360815	Tirpitz	500.000	440.500	59.500		
363010	Indkøb af musik- og lydanlæg	64.402	49.762	14.640		
364855	Flytning af Rød Pavillon til Stålværks- og Trådspinde	400.000	0	400.000		
364860	Projekt Stålværks- og Trådspinderigrunden	967.464	0	967.464		
		4.117.922	2.521.312	1.596.610		

Anlægsudgifter pr. 31. august 2013

	Social og sundhed	Korr. budget 2013	Regnskab 31.08.13	Uforbrugt beløb	Forventet beløb	Statusbeskrivelse
018804	Servicearealer, aktivitetscenter i Ølgod	601.623	44.104	557.519	100.000	Afsluttes i 2013 med et overskud
018806	Servicearealtilskud, Aktivitetscenter i Ølgod	-1.800.000	0	-1.800.000	-1.800.000	Forventes hjemtaget 2013
018815	Servicearealer, Æblehaven, Næsbjerg	0	-6.000	6.000	-12.000	Indtægt frem til 2015
018817	Servicearealer Krogen, Varde	-480.000	-480.000	0	-480.000	Afsluttet 2013
018818	Servicearealer Ansager Områdecenter	4.252.239	3.123.085	1.129.154	4.252.239	Afsluttes i 2013
018819	Servicearealer Tistruplund	6.446.037	4.963.270	1.482.767	6.446.037	Forventes afsluttet i 2013
018822	Servicearealtilskud, Ansager	-1.000.000	0	-1.000.000	-1.000.000	Forventes hjemtaget 2013
018824	Servicearealer Skovhøj, Oksbøl	44.499	46.500	-2.001	46.500	Rettelse ifm revision - afsluttes 2013
018825	Servicearealtilskud, Tistruplund	-960.000	0	-960.000	0	Hjemtages 2014
018826	Servicearealer, 4 handicapboliger, Oksbøl	134.759	67.392	67.367	92.000	Afsluttes 2013 med et lille overskud
018827	Servicearealtilskud, 4 handicapboliger, Oksbøl	-400.000	0	-400.000	-400.000	Forventes hjemtaget 2013
018830	Servicearealer, 5 boliger ved Bo Østervang	1.176.675	23.302	1.153.373	1.176.675	Igangsættes sept. 2013
018831	Servicearealtilskud, 5 boliger ved Bo Østervang	-200.000	0	-200.000	0	Forventes hjemtaget 2014
018852	Servicearealtilskud, Skovhøj, Oksbøl	-560.000	0	-560.000	-560.000	Tilskud hjemtages 2013
530813	Ældreboliger, Aktivitetscenter i Ølgod	1.351.040	-44.033	1.395.073	-44.033	Er afsluttet i 2013 med et overskud
530815	Ældreboliger, Ansager, områdecenter	13.263.366	13.701.251	-437.885	14.000.000	Afsluttes i 2013
530816	Ældreboliger, Tistruplund, områdecenter	29.609.371	22.976.914	6.632.457	29.609.371	Forventes afsluttet i 2013
530819	4 handicapboliger i Oksbøl	378.997	171.202	207.795	263.000	Afsluttes i 2013 med et overskud
530821	Anlægspulje til plejeboliger (netto)	-4.307.841	0	-4.307.841	0	Arnfred/Jørn afklarer
530823	Netto komm.tab v/nedlægg. af 4 boliger i Outrup og salg af bygningen til anden formål.	1.000.000	0	1.000.000	1.000.000	Afventer salg af ejendomme
530825	5 almene handicapboliger ved Bo Østervang, Varde	8.362.500	150.838	8.211.662	8.362.500	Igangsættes sept. 2013
532820	Kostprojekt Carolineparken	-20.351	0	-20.351	-15.000	Afventer svar fra advokat
532828	Salg af grund og bygninger Tistruplund, Tistrup	-3.000.000	0	-3.000.000	-3.000.000	Afventer salg af ejendommen
532835	ABA-anlæg, trædemåtter, nødkaldsforb. mm	264.080	237.290	26.790	264.080	Afsluttes i 2013
532842	Renov. af lokaler til sygepl.gruppen - Tistruplund	250.533	0	250.533	0	Afventer afklaring
532844	Etabl. Af personalefaciliteter på Hybenbo i Årre	212.000	0	212.000	0	Nulstilles ved årets udgang
532845	Nedbrydning af bygn samt etab P-plads v/Solhøj, Nord	398.300	4.800	393.500	398.300	Afsluttes 2013
532846	Gårdhave ved dagcentret på Carolineparken	100.000	41.783	58.218	100.000	Afsluttes 2013
544810	Varmeskur i Varde by	75.000	0	75.000	0	Indgår i andet projekt

	Social og sundhed	Korr. budget 2013	Regnskab 31.08.13	Uforbrugt beløb	Forventet beløb	Statusbeskrivelse
550810	Lunden, Living Lab	154.949	0	154.949	154.949	
550811	Lunden, Trådløst kaldeanlæg samt telefonanlæg	700.000	38.450	661.551	700.000	Afventer samlet udbud
550849	Salg af grund og bygninger til boligdelen, Bo Østerv.	-562.500	0	-562.500	-562.500	Igangsættes sept. 2013
552814	Til- og ombygning af handicapboliger i Ølgod	1.325.000	1.391.029	-66.029	1.391.029	Afsluttet 2013
552815	Flere døgntilbud til sindslidende	5.500.000	0	5.500.000	0	Afventer afklaring
553811	Omb. af toilet og køkken - Støttec. Lindealle, Ølgod	385.000	334.039	50.961	385.000	Afsluttes 2013
		62.695.276	46.785.216	15.910.060	60.868.147	

Anlægsudgifter pr. 31. august 2013

	Byggemodning, bolig- og erhvervsformål Salgsindtægter	Korr. Budget 2013	Regnskab 31.08.13	Uforbrugt beløb	Forventet beløb	Statusbeskrivelse
002800	Byggemodning vedr. 002 + 003 - budgetbeløb	-5.000.000	0	-5.000.000		
002813	Kløvervænget - Ølgod	0	0	0		Solgt 1 grund - ikke betalt endnu
002815	Hyldehaven, etape 3, Varde	0	5.000	-5.000		
002865	Kirke Alle, Tistrup	0	3.840	-3.840		Solgt 1 grund - ikke betalt endnu
002873	Hejrevej, Ansager	0	-181.845	181.845		Solgt 1 grund
002876	Åbrinken, etape 3, Varde	0	-17.600	17.600		
002878	Bl. Bolig - og erhvervsomr. Askærgårdvej, Sig	0	22.482	-22.482		
002883	Åbrinken, etape 4, Varde	0	4.320	-4.320		
002891	Mejlvangvænget, Ølgod	0	-253.426	253.426		Solgt 1 grund
002892	Budgetoverførsel fra 2012 til 2013 - Salg af grunde	-3.623.964	0	-3.623.964		
002895	Skovkanten, Ølgod	0	367.969	-367.969		Tilbageskødet 1 grund
002898	Tranebærvej, Agerbæk - Etape 2	0	4.381	-4.381		Solgt 1 grund - ikke betalt endnu
002899	Areal ved Holmevej, Billum	0	95.850	-95.850		
003809	Tinksmedevej, Janderup	0	3.700	-3.700		Adv. omkost for salg af areal i 2012
		-8.623.964	54.671	-8.678.635	-1.800.000	

Der er solgt 5 grunde og tilbageskødet 1 grund

Pr. 31.08.2013 er der betalt for 2 grunde og tilbagebetalt for 1 tilbageskødet grund.

Det forventede salg i 2013 er på ca. 9 grunde

Anlægsudgifter pr. 31. august 2013

	Byggemodning, bolig- og erhvervsformål Udstykninger	Korr. Budget 2013	Regnskab 31.08.13	Uforbrugt beløb	Forventet beløb
002801	Fælles udgifter og indtægter, boligformål	224.501	104.618	119.883	
002815	Højgårdsparken - Varde -15 parcelhusgrunde	0	239.262	-239.262	
002838	Kærhøgevej, Varde	71.214	0	71.214	
002845	Hegnsgårdvej, Årre	548.793	0	548.793	
002852	Færdiggørelse eksisterende områder	100.628	52.381	48.247	
002858	Rammebeløb til byggemodning - Vedtaget Budget 13	4.600.000	42.992	4.557.008	
002865	Kirke Alle, Tistrup	0	6.758	-6.758	
002866	Vestervang, Tistrup	50.000	0	50.000	
002873	Hejrevej, Ansager	0	12.187	-12.187	
002883	Åbrinken - etape 4, Varde	150.000	0	150.000	
002886	Hjørngårdsvej, Kvong	77.952	116.542	-38.590	
002887	Bjælkager - etape 1 + 2, Skovlund	51.897	0	51.897	
002888	Stadionvej - etape 1 + 2, Outrup	45.903	0	45.903	
002890	Degnevænget, Tistrup	69.150	0	69.150	
002894	Hegnsgårdsvej, Årre - Etape 2	14.930	12.397	2.533	
002895	Skovkanten - etape 1, Ølgod	0	0	0	
002896	Skovkanten - etape 2, Ølgod	278.600	301.720	-23.120	
002897	Frejasvej - etape 2, Oksbøl	150.000	101.860	48.140	
002898	Tranebærvej - etape 2, Agerbæk	50.000	4.143	45.857	
003801	Fælles udgifter og indtægter, erhvervsformål	90.240	26.078	64.162	
003804	Hammeren/Ambolten, Varde	328.400	0	328.400	
003806	Jeppe Skovgaard Vej, Varde	1.659.045	0	1.659.045	
		8.561.253	1.020.938	7.540.315	6.500.000

Staben Økonomi

Tilslutningsbidrag hvor kontoen står i forskud og bliver nedbragt efterhånden som grundene sælges.

Tilslutningsbidrag		Budget	Forbrug	Restbudget
002883	Åbrinken - etape 4	-591.703	0	-591.703
002886	Hjørngårdsvej - Kvong	-318.609	0	-318.609
002887	Bjælkager	-465.955	0	-465.955
002888	Stadionvej etape 1+2 , Outrup	-185.708	0	-185.708
002889	Frejasvej - Oksbøl	-374.160	0	-374.160
002890	Degnevænget - Tistrup	-843.122	112.000	-955.122
002893	Amalievej - Sig	-22.544	44.358	-66.902
002895	Udstykningsområdet "Skovkanten"	-1.683.307	234.378	-1.917.685
002897	Udstykningsområdet "Frejasvej - etape 2"	-1.361.046	143.500	-1.504.546
002898	Udstykningsområdet "Tranebærvej - etape 2"	142.555	0	142.555
				0
I alt	Tilslutningsbidrag	-5.703.599	534.236	-6.237.835

Total	Byggemodning + tilslutningsbidrag	2.857.654	1.555.174	1.302.480
--------------	--	------------------	------------------	------------------

Statusbeskrivelse

Græsslåning m.m.

Arkæologiske undersøgelser

Vedligeholdelse af vold til og med 2014

Færdiggørelse kantsten, asfalt m.m.

Færdiggørelse eksisterende områder

Reserveret til byggemodning af Højgårdsparken -
afventer godkendelse i Bvrådet.

Slidlag

Beplantning, slidlag, færdiggørelse

Beplantning

Beplantning, slidlag

Beplantning, slidlag

Beplantning, kantsten

Beplantning, færdiggørelse

Færdiggørelse

Beplantning, færdiggørelse

Beplantning, færdiggørelse

Græsslåning m.m.

Udstykkes i takt med arealsalg

Udstykkes i takt med arealsalg

Bilag: 647.1. Oversigt over nedlagte ældreboliger

Udvalg: Udvalget for Social og Sundhed

Mødedato: 08. oktober 2013 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 130322/13

**Oversigt over nedlagte ældreboliger pr. 1. september 2013 eller tidligere.****Nedlagte ældreboliger**

Beliggenhed	Antal
Ældreboligcentret i Skovlund	8
Fyrrevænget i Årre	4
Frederiksberg i Henne St. by	4
Brinksvej i Kvong	2
Strellev	2
Vardevej i Sig	2
Tistrup – ældreboliger ved Tistruplund	10
Helhedsplan med Varde Bolig Administration	15
Handicapboliger i Outrup	4
I alt gennemført nedlæggelse af ældreboliger	51

Ældreboliger der er planlagt nedlagt

Beliggenhed	Antal
Vidagerhus i Janderup – nedlægges pr. 31. december 2013	10
Thueslund i Alslev – 8 fritliggende boliger og 2 på centret - 2015	10
Boligselskabet Blaabjerg – Baunbo – 2015	12
Boligselskabet Blaabjerg i øvrigt – 2015	8
Hybenbo – en boliger omdannes til servicearealer	1
I alt planlagt og budgetteret nedlæggelse af ældreboliger	41

Derover forventes nedlagt et mindre antal ældreboliger i det omfang det opstår længerevarende tomgang. F.eks. har der været overvejelser om nedlæggelse af ældreboliger på Solhøj

Nedlagte plejeboliger indgår ikke i opgørelsen. Blandt andet er der nedlagt plejeboliger ved til- og nybygning af Aktivitetscentret i Ølgod, Plejecentret i Ansager, Plejecentret i Tistrup, samt nedlagt 8 plejeboliger på Helle Plejecenter.

Økonomiafdelingen 12. september

Bilag: 647.2. Tomgangsleje 2009-2010-2011-2012

Udvalg: Udvalget for Social og Sundhed

Mødedato: 08. oktober 2013 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 134293/13

Tomgangsleje

	Pr. 30.09.2013			2012			2011			
	Fordeling			Fordeling			Fordeling			
	Centre	Ældrebolig- centre	Ældreboliger	Centre	Ældrebolig- center	Ældreboliger	Centre	Ældrebolig- center	Ældreboliger	
Domea										
C	Lyngparken	41.496,00		5.918,00			30.184,00			
Æ	Kærhøgevej 14, Varde		35.591,64			42.937,70			43.987,00	
Æ	Frederiksberg		36.656,00			55.439,22			51.744,00	
Æ	Brinksvej, Kvong								21.560,00	
Æ	Skolegade, Lunde		590.174,96			748.305,15			435.842,00	
Æ	Østervold, Varde		7.456,50			125.072,24			130.995,00	
Æ	Ågården, Varde		5.775,00			8.198,50			101.947,00	
Æ	Byagervej									
Æ	Møllevvej, Outrup		59.566,00			58.284,00			47.432,00	
Æ	Enghavvej, Outrup		32.074,00			69.907,50			97.020,00	
Æ	Sønderhaven, Varde					8.438,00			17.886,00	
Æ	Gartnerpassagen 3, Ølgod		10.420,00						19.468,00	
DAB										
	Kirkegade 4, Oksbøl		8.095,00							
Æ	Kirkegade 71	5.152,00		146.209,50			302.365,50			
Arb. Andels-boligforening										
C	Lyngparken	15.428,34		25.403,55			2.559,35			
Æ	Søndergade									
Varde Boligadministration										
Æ	Mågevej, Janderup								31.840,00	
Æ	Vesterled, Janderup		201.204,00			171.113,00			103.886,00	
K	Kirkebyvej, Billum		29.285,50			39.509,00			25.857,00	
Æ	Rolighedsvej, Horne		27.045,00			13.135,50				
C	Hornelund, Horne					125.029,00			23.418,50	
Æ	Frisvadvej, Varde					29.270,00			97.602,50	
C	Carolineparken, Varde	29.460,50		21.173,50			2.396,00			
Æ	Hovedgaden 27 - Næsbjerg 2012		79.873,50			156.459,06				
Æ	Hedebo, Varde		49.366,16			28.842,00			5.093,00	
Æ	Bredgade, Alslev		214.877,27			369.458,00			88.082,00	
Æ	Rosenhaven		12.277,50			17.048,50			15.567,00	
Æ	Møllegården 8, 12		97.776,00			8.877,00			34.668,00	
Varde Kommune										
C	Bofællesskab, Ølgod	14.756,00					1.754,00			
C	Byagervej, Nr. Nebel	3.309,69		-1.543,30			14.553,00			
	Bøgevej									
C	Falkevej, Sig		24.093,17			87.680,20			27.866,00	
C	Fredensvej			7.489,07	3.780,00					
C	Fåborgvej 151 - 153	107.306,40								
C	Gartnerpassagen, Ølgod	3.015,00		5.428,00			8.183,61			
ÆC	Hybenbo, Vænget 26, Årre		51.362,71			120.151,53			146.466,00	
Æ	Kirkegade, Oksbøl		66.793,95			55.234,08			62.315,24	
C	Krogen, Varde			8.928,00			111.600,00			
C	Lundbo	2.808,50		6.372,00						
C	Lyngparken 3	166.411,50		104.189,39						
C	Møllegården, Outrup	12.956,50		83.431,68			1.784,61			
C	Poghøj - Vestergade	34.819,77		23.013,50			8.440,26			
C	Præstegårdsvej, Ansager	20.268,97		-408,06			50.561,63			
C	Præstevangen, Ansager						65.325,00			
C	Sognelunden, Agerbæk			138.403,25			51.914,73			
ÆC	Solhøj, Sønderkovvej, Ndr. Skov		92.614,47			256.865,71			299.359,05	
C	Søndergade 40, Tistrup	20.615,00		45.516,80			10.796,29			
Æ	Søndervang 10, Tistrup					1.853,93	39.823,07			
Æ	Vardevej Sig			58.213,75		26.312,00			33.276,00	
C	Vinkelvej, Tofterup	108.548,10		42.191,07			180.635,47			
C	Vinkelvej, Ølgod	122.048,31		187.738,50			23.909,17			
Æ	Ældreboliger gl. ølgod									
	- Havrevænget 5, Skovlund		37.026,00			49.368,00			48.948,00	
	- Lynevej 48A-B (ophør 31.12.11)					0,00			97.896,00	
	- Nørregade 7, Ølgod					12.342,00			15.908,10	
	- Sødnergade 76-80	111.078,00				114.605,39			53.027,00	
	- Søndervang 12 (ophør 30.06.12)					163.631,03			194.568,30	
	- Stationsvej 2A		6.171,00			4.114,00				
TOTAL		819.478,58	1.254.200,08	587.078,07	845.745,38	2.035.061,65	932.419,59	906.785,69	1.124.919,55	1.248.605,14

Tomgang pr. 19.09.2013 - Husleje 2.660.756,73
Tomgang pr. 19.09.2013 - Husleje - forsyningselskaber 165.758,77

Tomgang 2012 - husleje 3.813.226,62 3.280.310,38
Tomgang 2012 - forsyningselskaber 278.809,00

Tomgang 2011 - Lyngparken 3, Varde 245.238,00
Tomgang 2011 - Hovedgaden 27 - Næsbjerg tidl. 64.659,04
Diverse 21.153,60

Total

4.423.086,26

2010

Fordeling		
Centre	Ældrebolig-center	Ældreboliger
86.960,00		
		55.615,50
		49.332,00
	243.303,44	
		201.588,38
		36.196,00
		7.910,96
		35.144,50
		28.777,00
		3.846,00
61.739,00		
53.142,94		
		35.024,00
	16.642,00	
		62.535,00
	36.689,00	
		211.861,00
5.544,00		
		58.569,50
	13.620,00	
		42.412,50
70.378,50		
34.279,00		
	2.601,00	
723,73		
	18.084,42	
		128.796,00
40.176,00		
8.859,97		
33.597,57		
19.866,74		
21.175,72		
	245.727,00	
75.815,50		
		13.865,00
66.768,76		
68.730,18		
		182.398,00
512.258,67	576.666,86	957.608,34

Bilag: 647.3. Ældreboligplanen - 2. behandling efter høringsrunde

Udvalg: Udvalget for Social og Sundhed

Mødedato: 08. oktober 2013 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 225061/12

Godkendelse af Ældreboligplanen - 2. behandling efter høringsrunde

Dok.nr.: 434729	Sagsid.: 249389	Initialer: ELTH	Åben sag
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

Sagsfremstilling

Ældreboligplanen blev behandlet i Udvalget for Sundhed og Ældre den 7. maj 2008 og blev sendt i høring sammen med plejeboligplanen den 14. maj i Ældreråd, MED-udvalg, Bruger- og Pårørenderåd samt Lokale Udviklingsråd med følgende anbefalinger:

at der på kort sigt nedlægges følgende ældreboliger:

- 4 på Fyrrevænget 10 i Årre,
- 6 på Frederiksberg 13-17 A-B i Henne (krav ved boliger opført for testamentarisk arv skal undersøges),
- 2 på Bakkevej 1 A-B i Kvong,

at der tages initiativ til at opsiges aftaler med boligselskaber om anvisningsret til følgende boliger:

- 2 på Brinksvej 7 A- B i Kvong,
- 8 på Rolighedsvej 1-15 i Horne,
- 8 boliger udenfor centret på Skolegade 27-29 i Lunde,
- 1 på Kirkebyvej 25N i Billum,

at tilpasningen i Gl. Ølgod Kommune foretages i forbindelse med de kommende års ombygningsprojekter af plejeboliger,

at behovet for ældreboliger i Sig vurderes i lyset af anbefalingerne om plejeboligplanen,

at behovet for ældreboliger i Alslev vurderes i lyset af anbefalingerne om plejeboligplanen,

at tilpasningen af antallet af ældreboliger tilrettelægges som en løbende proces, hvor der årligt foretages en nærmere vurdering af behovet og efterspørgslen,

at processen vedrørende tilpasning af behovet for pleje- og ældreboliger koordineres og samles i én arbejdsgruppe, der er bredt repræsenteret med medlem fra Social- og Handicapservice, Staben Økonomi og Staben Social og Sundhed, og

at forslag til kvalitetskrav til ældreboliger godkendes.

Der er i høringsfasen indkommet få høringssvar/kommentarer til ældreboligplanen jf. bilag med høringssvar.

Kommentarerne er bl.a. følgende:

- at ældreboliger beliggende i ældreboligcentre opleves som et fint og nyt tilbud og alternativ til nuværende ældreboliger,
- at det er vigtigt at tilpasse antallet af ældreboliger til behov og søgning,
- at der er forståelse for, at der skal ske en tilpasning på området, således at ældre og utidssvarende boliger skal renoveres eller sælges,
- at der mangler visioner for lokalsamfundenes udvikling og bevarelse, hvilket kræver tidssvarende ældreboliger samt faciliteter for socialt samvær for områdets beboere,
- at der ved en stram visitering til ældreboliger vil opstå lejeledighed i ældreboligerne, og
- at det er vigtigt, at der afsættes ressourcer i ældreboligcentre til hygge og samvær, her tænkes bl.a. på fælles middagsmad, gudstjeneste osv.

Der er indkommet rettelse til antallet af ældreboliger på Mågevej i Janderup. Rettelsen er indarbejdet i materialet, så det nu fremgår, at der er 3 ældreboliger på Mågevej.

Forvaltningen har rejst spørgsmål overfor KL og Velfærdsministeriet om lovkravet om kald i ældreboliger vil være opfyldt ved at bevilge nødkald efter en individuel vurdering.

Velfærdsministeriets vejledende udtalelse om, at der er lovkrav om, at der fra enhver ældrebolig skal kunne tilkaldes hurtig bistand på ethvert tidspunkt af døgnet, er indarbejdet i bilag om kvalitetskrav til ældreboliger i Varde Kommune.

Retsgrundlag

Lov om almene boliger

Økonomi

-

Høring

-

Bilag:

Høringssvar om Ældreboligplan (405958)

Oversigt over ældreboliger i Varde Kommune (342035)

Spørgsmål om kald i ældreboliger (434956)

Kvalitetskrav til ældreboliger i Varde Kommune (350915)

Kommissorium projekt ældreboliger (249393)

Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende ældreboliger i Varde Kommune (351680)

Anbefaling

Forvaltningen anbefaler, at det indstilles til Byrådet,

at Ældreboligplanen godkendes med de anbefalinger, der er sendt i høring, og

at rettelser i kvalitetskrav om kald i ældreboliger godkendes.

Beslutning fra Udvalg for Sundhed & Ældre

Mødedato:	20. august 2008
Fraværende:	

Godkendt.

Beslutning fra Udvalg for Økonomi

Mødedato:	27. august 2008
Fraværende:	Peter Guldborg,

Udsat.

Beslutning fra Udvalg for Økonomi

Mødedato:	30. september 2008
Fraværende:	

Forelægges Byrådet med anbefaling.

Beslutning fra Byrådet

Mødedato:	7. oktober 2008
Fraværende:	Per Rask Jensen, Hans Chr. Thoning,

Ældreboligplanen blev endelig godkendt.

Bilag: 648.1. Samarbejde på Hjælpeområdet

Udvalg: Udvalget for Social og Sundhed

Mødedato: 08. oktober 2013 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 139080/13

From:Susanne H. Madsen
To:Thorkild Sloth Pedersen;Thyra Pallesen
Subject:Samarbejde på Hjælpeområdet

God morgen Thorkild og Thyra

Hermed notat vedr. hjælpeområdet til brug for den politiske behandling. Sagen kommer for i Billund d. 2. oktober.

Jeg har skrevet ud fra Billund kommunes synspunkt, så I skal nok redigere lidt hist og pist.

V.h.

Susanne Madsen

Samarbejde på Hjælpemiddelområdet

Indledning

Den demografiske udvikling i Billund viser at antallet af ældre borgere er stigende. Antallet af borgere over 65 år vil således, frem mod 2022, stige til 5765 personer eller 21.3 % af indbyggerne i Billund kommune¹. Det vil alt andet lige betyde at udgifterne til ældrepleje og hjælpemidler i relation hertil vil stige. Set i forhold til hjælpemiddelområdet vil det medføre at efterspørgslen på hjælpemidler vil vokse proportionalt med stigningen i andelen af ældre borgere. Ligeledes vil det stigende fokus på hverdagsrehabilitering og "hjælp til selvhjælp" medføre et større ressourcetræk på hjælpemiddelområdet, idet dette indebærer større behov for hjælpemidler hos/til den enkelte borger. Den stigende efterspørgsel på hjælpemidler vil således også betyde stigende udgifter på området. Dels på baggrund af flere bevillinger med deraf følgende indkøb af hjælpemidler, dels på baggrund af merarbejde på kommunens hjælpemiddeldepot i form af flere kørsler, vaske og reparationer, med deraf stigende udgifter til følge.

De primære omkostningsdrivere på hjælpemiddelområdet er således indkøb af hjælpemidler, hvor særligt tilpassede hjælpemidler samt større standard hjælpemidler udgør hovedudgiften, samt depotdriften. På depotområdet ligger udgiften på:

- Bygninger
- Personale
- Kørsel
- Reparationer/reservedele

Der kan dermed være et besparelspotentiale i at optimere driften af hjælpemiddelområdet generelt, herunder hjælpemiddeldepotet. Dette fremgår således også af en analyse fra KL fra januar i år. Analysen viser at der er et stort effektiviseringspotentiale på området, særligt ift. depotdriften. (se bilag). Som følge heraf har forvaltningen i foråret og sommeren 2013 undersøgt forskellige muligheder for at realisere dette potentiale. Disse er:

- 1) Tværkommunalt samarbejde (Vestkommunerne: Vejen, Varde og Fanø).
- 2) Samarbejde med private aktører i fællesskab med andre kommuner (Kolding Kommune).

Det er ikke på nuværende tidspunkt muligt at sætte eksakte beløb på potentialet ved et samarbejde. Jf. analysen, udarbejdet for KL, er potentialet dog af en størrelse, som gør det relevant at arbejde med (Udgiften til hjælpemiddelområdet er på landsplan ca. 4-4,5 mia. kr. (heraf depotdrift: ca. 400 mio. kr.)).

Hvor meget der kan vindes ved at indgå i et samarbejde omkring hjælpemiddelområdet, afhænger endvidere meget af valget af samarbejdsform. Vælges en BUM-model, hvor Billund kommune køber ydelser af en anden kommune vil potentialet, jf. KL's analyse, være mindre, end hvis man går "all in" og etablerer et bredt samarbejde, herunder med fælles depot. Det største potentiale ligger således i et samarbejde baseret på *ét fælles serviceniveau for kommunerne, i et givet samarbejde, og én fælles lokation for et fælles depot.*

Hjælpemiddelområdet omfatter i dag:

- Bevilling af hjælpemidler iht. SEL §§ 112, 113, 114, 116 og 117.
 - § 112 Genbrugshjælpemidler (plejesenge, kørestole, ramper, forflytningshjælpemidler, kommunikationshjælpemidler m.v.),

¹ Befolkningsprognose 2010 – 2022 s. 12, Billund kommune.

- § 112 Kropsbårne hjælpemidler (Diabeteshjælpemidler, stomiposer, sygeplejeartikler o.lign.)
 - § 113 Forbrugsgoder (Rollatorer, elscootere)
 - § 114 Handicapbiler
 - § 117 Befordring
 - § 116 Boligindretning
- Herudover depotdriften:
 - Udbringning/afhentning af hjælpemidler.
 - Reparation og vedligeholdelse, herunder kørsel til/fra reparation.
 - Sikkerhedseftersyn, herunder lovpligtige.
 - Vask, rengøring/klargøring og recirkulation af hjælpemidlerne.

Ved en nytænkning af, og evt. samarbejde omkring, hjælpemiddelområdet og/eller depotdriften kan den rehabiliterende indsats, og evt. anvendelse af velfærdsteknologier, endvidere tænkes ind i den fremtidige strategi for driften af området. Dette ved at supplere eksempelvis depotdriften med formidling af information om hjælpemidler og velfærdsteknologi og en større "involvering" af borgerne omkring brugen af hjælpemidler/velfærdsteknologier. Til eksempel via oprettelse af Living Labs/showrooms, evt. i en mobil udgave. Den større borgerinvolvering vil kræve et tæt samspil mellem depotmedarbejderne, de sagsbehandlende terapeuter i hjælpemiddelteamet og de områder/institutioner som har den daglige borgerkontakt til målgruppen (eks. Ældreområdet, Sundhed, Fysisk/Psykisk handicappede).

konkret ville det medføre:

- At borgeren, som ansøger om et hjælpemiddel, skal have mulighed for at møde op på depotet/et showroom og få rådgivning og vejledning af en terapeut og evt. afprøve forskellige hjælpemidler og, hvor det er relevant samt muligt (læs bevilliget), tage hjælpemidlet med straks.
- At der på depotet/et showroom skal være mulighed for demonstration af forskellige hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, til borgere som ønsker at indrette hjemmet, så de kan klare sig selv længst muligt. Samt tilstedeværelsen af en medarbejder/terapeut som kan give råd og vejledning i forbindelse hermed.
- At depotet i samspil med relevante medarbejdere (terapeuter/medarbejdere fra eks. Gnisten, Trivsel i Hverdagen og/eller hjælpemiddelteamet) får ansvar for, formidling af viden omkring hjælpemidler og velfærdsteknologi til borgere og forskellige medarbejdergrupper i f.eks. aktivitetscentre, områdecentre og andre institutioner.

Det øgede ressourceforbrug/personaletræk som ovenstående vil medføre kan således finansieres via de stordriftsgevinster som et samarbejde potentielt vil udløse.

Til løsning af den fremtidige drift af hjælpemiddelområdet, som ovenfor beskrevet, kan peges på én af ovennævnte muligheder. Herudover kan selvfølgelig også vælges at bibeholde hjælpemiddelområdet som hidtil.

Tværkommunalt samarbejde (Vestkommunerne).

Varde, Vejen, Billund og Fanø kommuner har i løbet foråret og sommeren 2013 drøftet muligheden for at etablere et samarbejde på hjælpemiddelområdet. I de indledende drøftelser har fokus primært været på et samarbejde om depotdriften, men der er bred enighed om også at se på et samarbejde om de øvrige dele af hjælpemiddelområdet, her hvor der synes at være et potentiale at komme efter.

Af mulige andre områder som på sigt kunne blive en del af et samarbejde har: Nødkald/nøglebokse, Velfærdsteknologi, Callcenter (ift. hjemmepleje /sygepleje), Kommunikationshjælpemidler, Handicapbiler og specialistfunktioner generelt, været nævnt.

Nødkald (opsætning, vedligehold) tænkes umiddelbart at kunne indgå i opgaveportefølgen for et fælles hjælpemiddeldepot. Ønskes nødkald indkorporeret i et samarbejde om hjælpemiddeldepotet skal håndteringen af fejlmeldinger, bagvagt m.v. dog undersøges nærmere inden et samarbejde indledes.

I forhold til Velfærdsteknologi tænkes området ind i et samarbejde i form af udviklingssamarbejder mellem alle, eller enkelte, kommuner samt en formaliseret erfaringsudveksling på området. Eksempelvis via velfærdsteknologi erfa-grupper som mødes 2-3 gange om året.

For så vidt angår kommunikationshjælpemidler, handicapbiler og andre specialistfunktioner, vil der her ofte være tale om myndighedsfunktioner. Et tværkommunalt samarbejde på disse områder er således bundet af reglerne om myndighedsdelegering. Et samarbejde her kunne være i form af viden deling og "køb" af specialistfunktioner.

Fordele

Økonomi

Da det ikke pt. er muligt at være eksakt ift. beløbsstørrelser følger her en beskrivelse af hvor stordriftspotentialet, ved et samarbejde synes at være størst.

- Administration og drift af depot: Depoterne i de enkelte kommuner er relativt små driftsenheder. Driftsomkostningerne er derfor, alt andet lige, forholdsvis store sammenlignet med den større enhed ét fælles depot ville udgøre. Der kan således, på dette område, være et besparelspotentiale ved et samarbejde i og med samlingen af personale, herunder ledelse og administrativt personale, samt etableringen af fælles vaskeri, klargøring, reparationer m.v.
- Samling/specialisering af myndighed: Etablering af en fælleskommunal myndighedsenhed (hver enkelt kommune er fortsat er myndighed for egne borgere), vil give mulighed for specialisering på de enkelte områder og mulighed for at skabe synergieffekt og læring på tværs af kommuner og specialiseringer. Potentialet her ligger således i driftsbesparelser, som følge af en "skarpere" sagsbehandling, i og med specialiseringen giver større rutine og sikkerhed i forhold til de enkelte områder. De enkelte kommuner vil få ansvaret for at sikre et højt fagligt niveau på enkelte områder. Til eksempel omkring håndtering af bilsager hvor det kan være en udfordring for den enkelte kommune at opnå rutine og erfaring grundet en lille volumen. Specialistkommunen ville således til eks. hjælpe med/forestå praktisk sagsbehandling ift. afprøvning, tilpasning o.lign. samt udarbejde anbefaling/vurdering omkring bevilling, og ligeledes kunne rådgive ved evt. klagesager. Hjemkommunen ville forestå bevilling på baggrund af egen selvstændig vurdering. Derved overholdes reglerne om myndighedsdelegering. Specialiseringen vil til dels kunne opnås også uden etablering af en egentlig myndighedsenhed. De enkelte kommuner ville så blot forpligtes på at dele viden med de øvrige kommuner i samarbejdet, på deres specialistområde. Dog vil de positive effekter ift. synergieffekt og til dels læring gå tabt.
- Genbrug af hjælpemidler, herunder børnehjælpemidler: Ved etablering af et samarbejde omkring hjælpemiddelområdet, herunder med et fælles depot, øges muligheden for en bedre udnyttelse af stillestående genbrugshjælpemidler via større genbrug af det enkelte hjælpemiddel. Særligt i forhold til de særligt dyre hjælpemidler, er genbrugspotentialet stort (eks. El-kørestole og/eller særligt tilpassede hjælpemidler). Da der, ved et samarbejde, vil være flere kommuner til at dække anskaffelsesomkostningen, vil udgiften til denne type af hjælpemidler derved mindskes, samtidigt med at antallet der skal anskaffes potentielt vil være mindre. Et øget genbrug vil endvidere øge muligheden for at "holde lageret opdateret" grundet hurtigere udskiftning af det enkelte hjælpemiddel (større slid).
- Fælles showroom/living lab: Det øgede fokus på rehabilitering og brug af hjælpemidler har medført et behov for muligheden af at fremvise de forskellige muligheder til borgere og potentielle brugere. Flere kommuner arbejder derfor med idéen om et Living Lab eller showroom hvor de nyeste teknologier kan ses og afprøves. Ved et samarbejde kan udgiften til etablering og opdatering af et sådant deles af flere.

Fælles interesser

Ved et tværkommunalt samarbejde vil interesserne for de enkelte kommuner være sammenfaldende et godt stykke af vejen, hvis ikke det hele. Der vil således været et fælles ønske om og fokus på at holde transaktionsomkostninger og øvrige udgifter nede, ligesom indhøstning af stordriftsfordelene på indkøb, viden/rådgivning og teknologisk udvikling på området forventeligt vil være et fælles interesseområde.

Ligeledes har de enkelte kommuner i samarbejdet givet positive tilkendegivelser i forhold til den rehabiliterende tankegang og brug af hjælpemidler. Det må derfor formodes at der er en fælles interesse i og ønske om at sætte hverdagsrehabilitering og brug af hjælpemidler i højsædet (frem for tildeling af hjemmehjælp). Endvidere vil holdningen til egenbetaling (forbrugsgoder) og udbredelse af hjælpemidlet/velfærdsteknologien til borgerne forventeligt også være nogenlunde sammenfaldende.

Videndeling / specialistfunktioner

Ved et tværkommunalt samarbejde vil der være mulighed for at opbygge en større specialist viden på de enkelte områder qua den større volumen indenfor hvert enkelt af disse. Ligeledes vil der være potentiale for synergieffekter og udvikling af området og de enkelte medarbejdere ved jævnlige at samle disse "specialister" i tværfaglige erfa-netværk på tværs af de samarbejdende kommuner.

Muligheden for at opnå specialistviden på et givet område vil endvidere på sigt kunne frigøre midler som i dag bruges på køb af ekstern bistand hos eksempelvis HMC i Esbjerg eller til sagsbehandlingen af bilsager. Selv ved et samarbejde udelukkende omkring depotdriften vil der være potentiale for at opbygge en stor vidensbase, med de fordele det giver. Dog ses gevinsten i form af mindrekøb af ekstern bistand ikke så realiserbar i dette tilfælde.

Ulemper

Beliggenhed.

Ved et samarbejde omkring hjælpemiddelområdet vil det, hvis stordriftsfordelene skal høstes fuldt ud, være nødvendigt med en harmonisering af serviceniveau, og samling af funktionerne. Således vil der eksempelvis kun være ét "Hoveddepot". Et samarbejde med Vest kommunerne kan således potentielt betyde nedlæggelse af funktioner lokalt i Billund. Medarbejderne ville ved en nedlæggelse af funktioner overgå til det fælles depot/enhed og således få nyt arbejdssted. Ved samarbejde om depotdriften ville de enkelte kommuner i samarbejdet fortsat skulle have et lille "akutdepot" på et plejecenter eller tilsvarende sted, men ikke mere.

Service/ventetid

Afhængigt af det serviceniveau som vælges, eksempelvis ift. udkørsel/hjemtagning af hjælpemidler, ved etablering af et fælles depot, kan borgerne opleve længere ventetid i forhold til at få bragt/hentet et hjælpemiddel. Dette særligt hvis hjælpemiddeldepotet flyttes til en anden kommune. Grundet det større geografiske areal et fælles depot ville skulle dække, samt flere kørsler må ligeledes forventes øgede udgifter til kørsel med hjælpemidler. Dette kan i nogen grad afhjælpes ved etablering af en 'strakssagsbehandling' ved hjælpemiddeldepotet i tilfælde hvor der er tale om ukomplicerede/glatte sager. Borgeren ansøger om hjælpemidlet og får det udleveret ved personlig fremmøde. Det hele i én arbejdsgang. Dette sparer sagsbehandlingstid og reducerer kørselsomkostningerne. Ligeledes ved en evt. flytning af myndighedsfunktionen. Her må påregnes at borgere får længere til den kommunale sagsbehandler, ligesom medarbejderne potentielt vil få mere vejtid ift. hjembesøg m.v.

Mere borgerinvolvering

Ovenfor beskrevne ønske om en større grad af borgerinvolvering og spredning af viden om hjælpemidler og nye teknologier via hjælpemiddeldepotet vil blive sværere at realisere ved etablering af ét fælles depot. Hvis depotet ikke ligger i Billund kommune vil der alt andet lige være borgere som ikke kan/vil køre til en anden kommune for at se/prøve et hjælpemiddel. Dette kan dog afhjælpes delvist ved at der etableres et mobilt Living Lab eller showroom, bemandet med relevant personale, som er en given periode i hver kommune. Borgere og medarbejdere vil således herved kunne se og afprøve nye hjælpemidler og teknologier lokalt.

Holdningen til et samarbejde hos de øvrige kommuner

Fanø og Varde kommuner giver udtryk for at man er, positive i forhold til et evt. samarbejde omkring drift af hjælpemiddeldepot såvel som andre områder der måtte være interesse og mulighed for. For Fanø kommunes vedkommende indgår dog også andre muligheder end et samarbejde med de nævnte kommuner i overvejelserne. Fanø kommune har ultimo sept. spørgsmålet til politisk behandling i social- og sundhedsudvalget.

Vejen Kommune har netop etableret eget hjælpemiddeldepot som de ønsker at beholde. Man er således ikke umiddelbart interesseret i et samarbejde på depotområdet. Vejen Kommune er dog åben overfor et samarbejde i forhold til andre dele indenfor hjælpemiddelområdet. Eksempelvis i forhold til øget genbrug af dyre hjælpemidler på tværs af de nævnte kommuner. Vejen kommune er således som udgangspunkt positive i forhold til et samarbejde omkring de ovenfor nævnte andre samarbejdsområder.

Samarbejde med privat aktør i fællesskab med anden kommune (Kolding kommune).

Forvaltningen har i foråret 2013 haft møde med Falck Hjælpemidler vedr. et evt. samarbejde omkring hjælpemiddelområdet og/eller drift af depotet. Dette evt. i et samarbejde med andre kommuner.

Falck Hjælpemidler samarbejder i forvejen omkring driften af hjælpemiddeldepotet i Kolding kommune.

Konkret er 2 muligheder drøftet med Falck Hjælpemidler:

- Falck Hjælpemidler driver Billund kommunes depot alene.
- Billund kommune indgår i et samarbejde med Kolding Kommune og Falck hjælpemidler om hjælpemiddelområdet, herunder depotdriften.

Hvis stordriftsfordele skal opnås vil det være et samarbejde med Kolding kommune som skal forfølges. I den forbindelse er der 2 muligheder:

- 1) Samarbejde bredt om hjælpemiddelområdet, herunder fælles hjælpemiddeldepot efter samme model som ovenfor nævnt blot ville Falck Hjælpemidler stå for depotdriften.
- 2) Hver sit depot og generelt adskilte på hjælpemiddelområdet, men sameje om de enkelte hjælpemidler.

Herudover kunne et bredere samarbejde med Kolding Kommune og Falck Hjælpemidler omkring eksempelvis velfærdsteknologi og showrooms være en mulighed. Endvidere kunne også medarbejderudvikling og rådgivning indenfor de komplicerede sagsområder være områder hvor et samarbejde ville give mening. Falck Hjælpemidler er således blandt andet VISO leverandør i boligsager og komplicerede voksen- og børnesager.

Fordele

Samarbejde baseret på fælles depot.

Vælges et samarbejde baseret på et fælles depot med Kolding Kommune vil de samme stordriftsfordele som nævnt ovenfor ift. et Vestkommune samarbejde gøre sig gældende, særligt i forhold til økonomien. Dog skal man her være opmærksom på at den private aktør må ventes at have en forventning om et afkast, hvorfor driftsomkostningerne på depotdriften og evt. andre ydelser i samarbejdet, forventeligt vil være højere end ved et Vestkommune samarbejde. Heroverfor står den større ekspertise som Falck Hjælpemidler vil bringe ind i samarbejdet qua deres størrelse og erfaring på området. Et samarbejde med Falck Hjælpemidler og Kolding kommune vil således kunne udvikle hjælpemiddelområdet generelt og løfte vidensniveauet hos den enkelte medarbejder. Dette qua såvel Falck Hjælpemidlers som Koldings kommunes, forventeligt bredere erfaring på området.

For så vidt angår fælles interesser vil også Billund og Kolding kommuner, i lighed med et Vestkommune samarbejde, forventeligt have et sammenfald i interesser omkring hverdagsrehabilitering og andre tiltag som nedbringer udgifterne generelt på området.

Samarbejde baseret på sameje af hjælpemidler.

Indgås et samarbejde baseret på sameje af hjælpemidlerne men med hver sit depot, vil stordriftsfordelene ved drift af depotet forsvinde. Dog bevares de økonomiske gevinster ved indkøb af hjælpemidlerne samt den bedre udnyttelse af stillestående genbrugshjælpemidler, via større genbrug af det enkelte hjælpemiddel.

Ligeledes vil der også her være mulighed for vidensdeling og udvikling. Dog i mindre grad da der er tale om et meget mindre indgribende samarbejde.

Da man bevarer eget depot vil indflydelsen på drift, placering m.v. være så meget desto større. Ligeledes vil ovenfor nævnte ulemper omkring service/ventetid forsvinde. Dog vil Falck Hjælpemidler stå for driften af depotet.

Ulemper

Tilsvarende fordelene er der, ved et samarbejde baseret på et fælles depot, også sammenfald i forhold til ulemper ved et samarbejde af denne type.

Ud over de allerede nævnte skal man også være opmærksom på "lillebror"<storebror" problematikken. I og med at Kolding kommune er mere end 3 gange så stor som Billund målt på antal indbyggere (89.556) er der risiko for at vi bliver "klemt" i et samarbejde. Tiltag som giver mening i Kolding, vil måske blot blive et fordyrende led i Billund grundet den relativt store størrelsesforskel. Dette kan også gøre sig gældende i forhold til et samarbejde om sameje af hjælpemidlerne.

Holdningen til et samarbejde hos Kolding kommune og privat leverandør

Kolding kommune har givet udtryk for interesse i et evt. samarbejde med Billund omkring sameje af hjælpemidler. Et bredere samarbejde på hjælpemiddelområdet, herunder depotdrift har endnu ikke været drøftet. Et møde med Kolding Kommune er planlagt til torsdag d. 26. sept. mhp. at drøfte de forskellige muligheder.

Falck Hjælpemidler er interesserede i et samarbejde med Billund kommune. Både et bilateralt samarbejde om depotdriften og evt. andre områder såvel som et bredere samarbejde med flere kommuner.

Økonomi.

Tabel1 viser udgifterne til hele hjælpemiddelområdet inkl. kørsel og kropsbårne hjælpemidler (kilde nøgletal.dk.).

Kan man, ved et samarbejde på tværs af kommuner og sektorer, bringe udgiften pr. indbygger ned på gennemsnitsprisen for de 5 kommuner, ville besparelsen for Billund kommune i 2012 have været ca. 2.2 mio. kr.

Tabel 1.

Udg. til hjælpemidler pr. indb.				
	2010	2011	2012	2013
Billund Kommune	801	744	775	890
Fanø Kommune	827	826	908	755
Varde Kommune	667	645	715	734
Vejen Kommune	664	600	652	673
Kolding Kommune	619	557	660	670
Gennemsnit	665	614	690	715

Tabel 2 viser den *budgetterede* udgift til hjælpemiddelområdet i 2013 i hhv. Varde og Billund kommuner.

hjælpemiddelttype	Varde	Udgift pr. indbygger	Billund	Udgift pr. indbygger
§ 112				
Lønsum*			1.541.680	57
Optiske synshjælpemidler	1.242.270	25	1.233.650	47
Øvrig HMC**			1.480.300	56
Arm- og benproteser	867.320	17	523.150	20
Høreapparater	6.847.790	137	2.441.200	93
Ortopædiske hjælpemidler inkl. fodtøj	3.664.410	80	1.681.540	64
Inkontinens- og stomihjælpemidler	5.020.200	100	1.090.766***	41
Diabetes			1.776.640	68
Andre hjælpemidler (genbrugshjælpemidler m.v.)	8.156.740	163	2.262.310	86
Nødkald			146.980	6
Ekstern sagsbehandling			217.560	8
§ 113				
Forbrugsgoder	140.330	3	131.550	5
§ 114				
Støtte til køb af bil	5.499.110	110	5.036.120	192
Tilbagebetaling vedr. støtte til køb af bil.	- 1.620.940		-1.211.250	
§ 116				
Boligindretning	1.629.850	33	925.390	35
§ 117				
Befordring	2.800	0,06	1.102.210	42
Mellemkommunale Betalinger	- 234.090		35.770	1
Hjælpemiddeldepotet	8.308.360	166	1.627.670	62
Total	31.215.790	625	20.872.240	794

*Lønudgift til sagsbehandlerne betales i Billund via kto. 5

**Dækker overundervisning og sagsbehandling samt øvrig konsulentbistand.

***Inkontinens ikke medregnet da det indgår i sygeplejebudgettet.

Indbyggertal pr. 01.01.13

Varde: 49.969

Billund: 26.291

Ud fra tabel 2 fremgår således at der vil være en gevinst at hente for Billund kommune ved et bredt samarbejde på hjælpemiddelområdet. Således fremgår at særligt områderne "Støtte til køb af Bil" samt "Befordring" er her hvor udgiftspresset er størst i Billund sammenlignet med Varde kommune. Et samarbejde og læringsproces på særligt disse områder vil derfor være interessant set fra Billunds side.

Isoleret set for depotet, synes derimod ikke at være et økonomisk incitament for Billund kommune til at indgå i et samarbejde.

I ovenstående skal dog tages forbehold for at kommunerne konterer forskelligt. Der kan således være udgifter medtaget i Varde som ikke figurerer i Billund og omvendt.

Lovgivningen på området

Rammerne for stordrift på de kommunale opgaver kan sammenfattes som nedenstående:

I forbindelse med kommunale samarbejder sondres der i lovgivningen mellem myndighedsopgaver og driftsopgaver:

- 1) Driftsopgaver kan der som udgangspunkt altid samarbejdes om.
- 2) Delegation af myndighedsudøvelse kræver derimod statsforvaltningens godkendelse jf. Kommunestyrelsesloven § 60. Ombudsmanden har dog i en nylig ombudsmandsudtalelse vedr. delegation til private gjort klar, at så længe der er tale om forberedelse af sager, rådgivning/vejledning omkring sagsbehandlingen eller andre tilfælde hvor der ikke af tale om direkte afgørelser kan opgaven delegeres til andre (private) aktører (Horten, Ret og Indsigt nr. 3/2013). Det må således følge heraf at nævnte former for delegation også vil være gældende mellem kommunale myndigheder. En samling af myndighedsfunktionen på tværs af kommunerne vil således være mulig, så længe det sikres at det altid er Billund kommunes medarbejdere som træffer endelig afgørelse for Billund borgere.

Det kan evt. overvejes, om opgaven hensigtsmæssigt kan opdeles, således at kommunen fortsat udfører myndighedsudøvelsesopgaverne, og der indgås samarbejde om driftsopgaverne.

Nedenfor følger en kortfattet beskrivelse af de mulige samarbejdsformer:

Samarbejde efter Lov 548:

Loven giver kommuner adgang til at udføre opgaver for andre offentlige myndigheder.

Et samarbejde efter denne lov kan frit aftales, såfremt der udelukkende er tale om driftsopgaver og ikke myndighedsudøvelse, da en sådan delegation kræver godkendelse som nævnt ovenfor.

Overstiger værdien af opgaven EU's tærskler for udbudspligt, skal driftsopgaven udbydes efter udbudsdirektivets regler. Tærskelværdien er på ca. 1,5 mio. over en 4-årig periode.

§ 60-selskab:

Kommunestyrelsesloven § 60 giver kommuner adgang til at etablere et selvstændigt selskab i fællesskab, hvor også myndighedsudøvelse overdrages.

En sådan konstruktion kræver dog statsforvaltningens godkendelse.

Herefter vil de opgaver, som § 60-selskabet udfører, ikke være udbudspligtige hverken efter tilbudsloven eller udbudsdirektiverne, da opgaven kan betragtes som en in-house opgave.

Aktie- eller anpartsselskab:

Kommunen kan deltage i et aktie- eller anpartsselskab efter reglerne i Lov 548 § 3.

Det bemærkes at 25 % af selskabets kapital samt stemmerettigheder skal besiddes af private ejere.

Derudover findes der flere begrænsninger, bl.a. at kommunen ikke må opnå bestemmende indflydelse.

**Bilag: 648.2. Samarbejde på Hjælpemiddelområdet - Samarbejde på
Hjælpemiddelområdet.docx**

Udvalg: Udvalget for Social og Sundhed

Mødedato: 08. oktober 2013 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 139080/13

Samarbejde på Hjælpemiddelområdet

Indledning

Den demografiske udvikling i Billund viser at antallet af ældre borgere er stigende. Antallet af borgere over 65 år vil således, frem mod 2022, stige til 5765 personer eller 21.3 % af indbyggerne i Billund kommune¹. Det vil alt andet lige betyde at udgifterne til ældrepleje og hjælpemidler i relation hertil vil stige. Set i forhold til hjælpemiddelområdet vil det medføre at efterspørgslen på hjælpemidler vil vokse proportionalt med stigningen i andelen af ældre borgere. Ligeledes vil det stigende fokus på hverdagsrehabilitering og "hjælp til selvhjælp" medføre et større ressourcetræk på hjælpemiddelområdet, idet dette indebærer større behov for hjælpemidler hos/til den enkelte borger. Den stigende efterspørgsel på hjælpemidler vil således også betyde stigende udgifter på området. Dels på baggrund af flere bevillinger med deraf følgende indkøb af hjælpemidler, dels på baggrund af merarbejde på kommunens hjælpemiddeldepot i form af flere kørsler, vaske og reparationer, med deraf stigende udgifter til følge.

De primære omkostningsdrivere på hjælpemiddelområdet er således indkøb af hjælpemidler, hvor særligt tilpassede hjælpemidler samt større standard hjælpemidler udgør hovedudgiften, samt depotdriften. På depotområdet ligger udgiften på:

- Bygninger
- Personale
- Kørsel
- Reparationer/reservedele

Der kan dermed være et besparelspotentiale i at optimere driften af hjælpemiddelområdet generelt, herunder hjælpemiddeldepotet. Dette fremgår således også af en analyse fra KL fra januar i år. Analysen viser at der er et stort effektiviseringspotentiale på området, særligt ift. depotdriften. (se bilag). Som følge heraf har forvaltningen i foråret og sommeren 2013 undersøgt forskellige muligheder for at realisere dette potentiale. Disse er:

- 1) Tværkommunalt samarbejde (Vestkommunerne: Vejen, Varde og Fanø).
- 2) Samarbejde med private aktører i fællesskab med andre kommuner (Kolding Kommune).

Det er ikke på nuværende tidspunkt muligt at sætte eksakte beløb på potentialet ved et samarbejde. Jf. analysen, udarbejdet for KL, er potentialet dog af en størrelse, som gør det relevant at arbejde med (Udgiften til hjælpemiddelområdet er på landsplan ca. 4-4,5 mia. kr. (heraf depotdrift: ca. 400 mio. kr.)).

Hvor meget der kan vindes ved at indgå i et samarbejde omkring hjælpemiddelområdet, afhænger endvidere meget af valget af samarbejdsform. Vælges en BUM-model, hvor Billund kommune køber ydelser af en anden kommune vil potentialet, jf. KL's analyse, være mindre, end hvis man går "all in" og etablerer et bredt samarbejde, herunder med fælles depot. Det største potentiale ligger således i et samarbejde baseret på *ét fælles serviceniveau for kommunerne, i et givet samarbejde, og én fælles lokation for et fælles depot.*

Hjælpemiddelområdet omfatter i dag:

- Bevilling af hjælpemidler iht. SEL §§ 112, 113, 114, 116 og 117.
 - § 112 Genbrugshjælpemidler (plejesenge, kørestole, ramper, forflytningshjælpemidler, kommunikationshjælpemidler m.v.),

¹ Befolkningsprognose 2010 – 2022 s. 12, Billund kommune.

- § 112 Kropsbårne hjælpemidler (Diabeteshjælpemidler, stomiposer, sygeplejeartikler o.lign.)
 - § 113 Forbrugsgoder (Rollatorer, elscootere)
 - § 114 Handicapbiler
 - § 117 Befordring
 - § 116 Boligindretning
- Herudover depotdriften:
 - Udbringning/afhentning af hjælpemidler.
 - Reparation og vedligeholdelse, herunder kørsel til/fra reparation.
 - Sikkerhedseftersyn, herunder lovpligtige.
 - Vask, rengøring/klargøring og recirkulation af hjælpemidlerne.

Ved en nytænkning af, og evt. samarbejde omkring, hjælpemiddelområdet og/eller depotdriften kan den rehabiliterende indsats, og evt. anvendelse af velfærdsteknologier, endvidere tænkes ind i den fremtidige strategi for driften af området. Dette ved at supplere eksempelvis depotdriften med formidling af information om hjælpemidler og velfærdsteknologi og en større "involvering" af borgerne omkring brugen af hjælpemidler/velfærdsteknologier. Til eksempel via oprettelse af Living Labs/showrooms, evt. i en mobil udgave. Den større borgerinvolvering vil kræve et tæt samspil mellem depotmedarbejderne, de sagsbehandlende terapeuter i hjælpemiddelteamet og de områder/institutioner som har den daglige borgerkontakt til målgruppen (eks. Ældreområdet, Sundhed, Fysisk/Psykisk handicappede).

konkret ville det medføre:

- At borgeren, som ansøger om et hjælpemiddel, skal have mulighed for at møde op på depotet/et showroom og få rådgivning og vejledning af en terapeut og evt. afprøve forskellige hjælpemidler og, hvor det er relevant samt muligt (læs bevilliget), tage hjælpemidlet med straks.
- At der på depotet/et showroom skal være mulighed for demonstration af forskellige hjælpemidler og velfærdsteknologiske løsninger, til borgere som ønsker at indrette hjemmet, så de kan klare sig selv længst muligt. Samt tilstedeværelsen af en medarbejder/terapeut som kan give råd og vejledning i forbindelse hermed.
- At depotet i samspil med relevante medarbejdere (terapeuter/medarbejdere fra eks. Gnisten, Trivsel i Hverdagen og/eller hjælpemiddelteamet) får ansvar for, formidling af viden omkring hjælpemidler og velfærdsteknologi til borgere og forskellige medarbejdergrupper i f.eks. aktivitetscentre, områdecentre og andre institutioner.

Det øgede ressourceforbrug/personaletræk som ovenstående vil medføre kan således finansieres via de stordriftsgevinster som et samarbejde potentielt vil udløse.

Til løsning af den fremtidige drift af hjælpemiddelområdet, som ovenfor beskrevet, kan peges på én af ovennævnte muligheder. Herudover kan selvfølgelig også vælges at bibeholde hjælpemiddelområdet som hidtil.

Tværkommunalt samarbejde (Vestkommunerne).

Varde, Vejen, Billund og Fanø kommuner har i løbet foråret og sommeren 2013 drøftet muligheden for at etablere et samarbejde på hjælpemiddelområdet. I de indledende drøftelser har fokus primært været på et samarbejde om depotdriften, men der er bred enighed om også at se på et samarbejde om de øvrige dele af hjælpemiddelområdet, her hvor der synes at være et potentiale at komme efter.

Af mulige andre områder som på sigt kunne blive en del af et samarbejde har: Nødkald/nøglebokse, Velfærdsteknologi, Callcenter (ift. hjemmepleje /sygepleje), Kommunikationshjælpemidler, Handicapbiler og specialistfunktioner generelt, været nævnt.

Nødkald (opsætning, vedligehold) tænkes umiddelbart at kunne indgå i opgaveportefølgen for et fælles hjælpemiddeldepot. Ønskes nødkald indkorporeret i et samarbejde om hjælpemiddeldepotet skal håndteringen af fejlmeldinger, bagvagt m.v. dog undersøges nærmere inden et samarbejde indledes.

I forhold til Velfærdsteknologi tænkes området ind i et samarbejde i form af udviklingssamarbejder mellem alle, eller enkelte, kommuner samt en formaliseret erfaringsudveksling på området. Eksempelvis via velfærdsteknologi erfa-grupper som mødes 2-3 gange om året.

For så vidt angår kommunikationshjælpemidler, handicapbiler og andre specialistfunktioner, vil der her ofte være tale om myndighedsfunktioner. Et tværkommunalt samarbejde på disse områder er således bundet af reglerne om myndighedsdelegering. Et samarbejde her kunne være i form af viden deling og "køb" af specialistfunktioner.

Fordele

Økonomi

Da det ikke pt. er muligt at være eksakt ift. beløbsstørrelser følger her en beskrivelse af hvor stordriftspotentialet, ved et samarbejde synes at være størst.

- Administration og drift af depot: Depoterne i de enkelte kommuner er relativt små driftsenheder. Driftsomkostningerne er derfor, alt andet lige, forholdsvis store sammenlignet med den større enhed ét fælles depot ville udgøre. Der kan således, på dette område, være et besparelspotentiale ved et samarbejde i og med samlingen af personale, herunder ledelse og administrativt personale, samt etableringen af fælles vaskeri, klargøring, reparationer m.v.
- Samling/specialisering af myndighed: Etablering af en fælleskommunal myndighedsenhed (hver enkelt kommune er fortsat er myndighed for egne borgere), vil give mulighed for specialisering på de enkelte områder og mulighed for at skabe synergieffekt og læring på tværs af kommuner og specialiseringer. Potentialet her ligger således i driftsbesparelser, som følge af en "skarpere" sagsbehandling, i og med specialiseringen giver større rutine og sikkerhed i forhold til de enkelte områder. De enkelte kommuner vil få ansvaret for at sikre et højt fagligt niveau på enkelte områder. Til eksempel omkring håndtering af bilsager hvor det kan være en udfordring for den enkelte kommune at opnå rutine og erfaring grundet en lille volumen. Specialistkommunen ville således til eks. hjælpe med/forestå praktisk sagsbehandling ift. afprøvning, tilpasning o.lign. samt udarbejde anbefaling/vurdering omkring bevilling, og ligeledes kunne rådgive ved evt. klagesager. Hjemkommunen ville forestå bevilling på baggrund af egen selvstændig vurdering. Derved overholdes reglerne om myndighedsdelegering. Specialiseringen vil til dels kunne opnås også uden etablering af en egentlig myndighedsenhed. De enkelte kommuner ville så blot forpligtes på at dele viden med de øvrige kommuner i samarbejdet, på deres specialistområde. Dog vil de positive effekter ift. synergieffekt og til dels læring gå tabt.
- Genbrug af hjælpemidler, herunder børnehjælpemidler: Ved etablering af et samarbejde omkring hjælpemiddelområdet, herunder med et fælles depot, øges muligheden for en bedre udnyttelse af stillestående genbrugshjælpemidler via større genbrug af det enkelte hjælpemiddel. Særligt i forhold til de særligt dyre hjælpemidler, er genbrugspotentialet stort (eks. El-kørestole og/eller særligt tilpassede hjælpemidler). Da der, ved et samarbejde, vil være flere kommuner til at dække anskaffelsesomkostningen, vil udgiften til denne type af hjælpemidler derved mindskes, samtidigt med at antallet der skal anskaffes potentielt vil være mindre. Et øget genbrug vil endvidere øge muligheden for at "holde lageret opdateret" grundet hurtigere udskiftning af det enkelte hjælpemiddel (større slid).
- Fælles showroom/living lab: Det øgede fokus på rehabilitering og brug af hjælpemidler har medført et behov for muligheden af at fremvise de forskellige muligheder til borgere og potentielle brugere. Flere kommuner arbejder derfor med idéen om et Living Lab eller showroom hvor de nyeste teknologier kan ses og afprøves. Ved et samarbejde kan udgiften til etablering og opdatering af et sådant deles af flere.

Fælles interesser

Ved et tværkommunalt samarbejde vil interesserne for de enkelte kommuner være sammenfaldende et godt stykke af vejen, hvis ikke det hele. Der vil således været et fælles ønske om og fokus på at holde transaktionsomkostninger og øvrige udgifter nede, ligesom indhøstning af stordriftsfordelene på indkøb, viden/rådgivning og teknologisk udvikling på området forventeligt vil være et fælles interesseområde.

Ligeledes har de enkelte kommuner i samarbejdet givet positive tilkendegivelser i forhold til den rehabiliterende tankegang og brug af hjælpemidler. Det må derfor formodes at der er en fælles interesse i og ønske om at sætte hverdagsrehabilitering og brug af hjælpemidler i højsædet (frem for tildeling af hjemmehjælp). Endvidere vil holdningen til egenbetaling (forbrugsgoder) og udbredelse af hjælpemidlet/velfærdsteknologien til borgerne forventeligt også være nogenlunde sammenfaldende.

Videndeling / specialistfunktioner

Ved et tværkommunalt samarbejde vil der være mulighed for at opbygge en større specialist viden på de enkelte områder qua den større volumen indenfor hvert enkelt af disse. Ligeledes vil der være potentiale for synergieffekter og udvikling af området og de enkelte medarbejdere ved jævnlige at samle disse "specialister" i tværfaglige erfa-netværk på tværs af de samarbejdende kommuner.

Muligheden for at opnå specialistviden på et givet område vil endvidere på sigt kunne frigøre midler som i dag bruges på køb af ekstern bistand hos eksempelvis HMC i Esbjerg eller til sagsbehandlingen af bilsager. Selv ved et samarbejde udelukkende omkring depotdriften vil der være potentiale for at opbygge en stor vidensbase, med de fordele det giver. Dog ses gevinsten i form af mindrekøb af ekstern bistand ikke så realiserbar i dette tilfælde.

Ulemper

Beliggenhed.

Ved et samarbejde omkring hjælpemiddelområdet vil det, hvis stordriftsfordelene skal høstes fuldt ud, være nødvendigt med en harmonisering af serviceniveau, og samling af funktionerne. Således vil der eksempelvis kun være ét "Hoveddepot". Et samarbejde med Vest kommunerne kan således potentielt betyde nedlæggelse af funktioner lokalt i Billund. Medarbejderne ville ved en nedlæggelse af funktioner overgå til det fælles depot/enhed og således få nyt arbejdssted. Ved samarbejde om depotdriften ville de enkelte kommuner i samarbejdet fortsat skulle have et lille "akutdepot" på et plejecenter eller tilsvarende sted, men ikke mere.

Service/ventetid

Afhængigt af det serviceniveau som vælges, eksempelvis ift. udkørsel/hjemtagning af hjælpemidler, ved etablering af et fælles depot, kan borgerne opleve længere ventetid i forhold til at få bragt/hentet et hjælpemiddel. Dette særligt hvis hjælpemiddeldepotet flyttes til en anden kommune. Grundet det større geografiske areal et fælles depot ville skulle dække, samt flere kørsler må ligeledes forventes øgede udgifter til kørsel med hjælpemidler. Dette kan i nogen grad afhjælpes ved etablering af en 'strakssagsbehandling' ved hjælpemiddeldepotet i tilfælde hvor der er tale om ukomplicerede/glatte sager. Borgeren ansøger om hjælpemidlet og får det udleveret ved personlig fremmøde. Det hele i én arbejdsgang. Dette sparer sagsbehandlingstid og reducerer kørselsomkostningerne. Ligeledes ved en evt. flytning af myndighedsfunktionen. Her må påregnes at borgere får længere til den kommunale sagsbehandler, ligesom medarbejderne potentielt vil få mere vejtid ift. hjembesøg m.v.

Mere borgerinvolvering

Ovenfor beskrevne ønske om en større grad af borgerinvolvering og spredning af viden om hjælpemidler og nye teknologier via hjælpemiddeldepotet vil blive sværere at realisere ved etablering af ét fælles depot. Hvis depotet ikke ligger i Billund kommune vil der alt andet lige være borgere som ikke kan/vil køre til en anden kommune for at se/prøve et hjælpemiddel. Dette kan dog afhjælpes delvist ved at der etableres et mobilt Living Lab eller showroom, bemandet med relevant personale, som er en given periode i hver kommune. Borgere og medarbejdere vil således herved kunne se og afprøve nye hjælpemidler og teknologier lokalt.

Holdningen til et samarbejde hos de øvrige kommuner

Fanø og Varde kommuner giver udtryk for at man er, positive i forhold til et evt. samarbejde omkring drift af hjælpemiddeldepot såvel som andre områder der måtte være interesse og mulighed for. For Fanø kommunes vedkommende indgår dog også andre muligheder end et samarbejde med de nævnte kommuner i overvejelserne. Fanø kommune har ultimo sept. spørgsmålet til politisk behandling i social- og sundhedsudvalget.

Vejen Kommune har netop etableret eget hjælpemiddeldepot som de ønsker at beholde. Man er således ikke umiddelbart interesseret i et samarbejde på depotområdet. Vejen Kommune er dog åben overfor et samarbejde i forhold til andre dele indenfor hjælpemiddelområdet. Eksempelvis i forhold til øget genbrug af dyre hjælpemidler på tværs af de nævnte kommuner. Vejen kommune er således som udgangspunkt positive i forhold til et samarbejde omkring de ovenfor nævnte andre samarbejdsområder.

Samarbejde med privat aktør i fællesskab med anden kommune (Kolding kommune).

Forvaltningen har i foråret 2013 haft møde med Falck Hjælpemidler vedr. et evt. samarbejde omkring hjælpemiddelområdet og/eller drift af depotet. Dette evt. i et samarbejde med andre kommuner.

Falck Hjælpemidler samarbejder i forvejen omkring driften af hjælpemiddeldepotet i Kolding kommune.

Konkret er 2 muligheder drøftet med Falck Hjælpemidler:

- Falck Hjælpemidler driver Billund kommunes depot alene.
- Billund kommune indgår i et samarbejde med Kolding Kommune og Falck hjælpemidler om hjælpemiddelområdet, herunder depotdriften.

Hvis stordriftsfordele skal opnås vil det være et samarbejde med Kolding kommune som skal forfølges. I den forbindelse er der 2 muligheder:

- 1) Samarbejde bredt om hjælpemiddelområdet, herunder fælles hjælpemiddeldepot efter samme model som ovenfor nævnt blot ville Falck Hjælpemidler stå for depotdriften.
- 2) Hver sit depot og generelt adskilte på hjælpemiddelområdet, men sameje om de enkelte hjælpemidler.

Herudover kunne et bredere samarbejde med Kolding Kommune og Falck Hjælpemidler omkring eksempelvis velfærdsteknologi og showrooms være en mulighed. Endvidere kunne også medarbejderudvikling og rådgivning indenfor de komplicerede sagsområder være områder hvor et samarbejde ville give mening. Falck Hjælpemidler er således blandt andet VISO leverandør i boligsager og komplicerede voksen- og børnesager.

Fordele

Samarbejde baseret på fælles depot.

Vælges et samarbejde baseret på et fælles depot med Kolding Kommune vil de samme stordriftsfordele som nævnt ovenfor ift. et Vestkommune samarbejde gøre sig gældende, særligt i forhold til økonomien. Dog skal man her være opmærksom på at den private aktør må ventes at have en forventning om et afkast, hvorfor driftsomkostningerne på depotdriften og evt. andre ydelser i samarbejdet, forventeligt vil være højere end ved et Vestkommune samarbejde. Heroverfor står den større ekspertise som Falck Hjælpemidler vil bringe ind i samarbejdet qua deres størrelse og erfaring på området. Et samarbejde med Falck Hjælpemidler og Kolding kommune vil således kunne udvikle hjælpemiddelområdet generelt og løfte vidensniveauet hos den enkelte medarbejder. Dette qua såvel Falck Hjælpemidlers som Koldings kommunes, forventeligt bredere erfaring på området.

For så vidt angår fælles interesser vil også Billund og Kolding kommuner, i lighed med et Vestkommune samarbejde, forventeligt have et sammenfald i interesser omkring hverdagsrehabilitering og andre tiltag som nedbringer udgifterne generelt på området.

Samarbejde baseret på sameje af hjælpemidler.

Indgås et samarbejde baseret på sameje af hjælpemidlerne men med hver sit depot, vil stordriftsfordelene ved drift af depotet forsvinde. Dog bevares de økonomiske gevinster ved indkøb af hjælpemidlerne samt den bedre udnyttelse af stillestående genbrugshjælpemidler, via større genbrug af det enkelte hjælpemiddel.

Ligeledes vil der også her være mulighed for vidensdeling og udvikling. Dog i mindre grad da der er tale om et meget mindre indgribende samarbejde.

Da man bevarer eget depot vil indflydelsen på drift, placering m.v. være så meget desto større. Ligeledes vil ovenfor nævnte ulemper omkring service/ventetid forsvinde. Dog vil Falck Hjælpemidler stå for driften af depotet.

Ulemper

Tilsvarende fordelene er der, ved et samarbejde baseret på et fælles depot, også sammenfald i forhold til ulemper ved et samarbejde af denne type.

Ud over de allerede nævnte skal man også være opmærksom på "lillebror"<storebror" problematikken. I og med at Kolding kommune er mere end 3 gange så stor som Billund målt på antal indbyggere (89.556) er der risiko for at vi bliver "klemt" i et samarbejde. Tiltag som giver mening i Kolding, vil måske blot blive et fordyrende led i Billund grundet den relativt store størrelsesforskel. Dette kan også gøre sig gældende i forhold til et samarbejde om sameje af hjælpemidlerne.

Holdningen til et samarbejde hos Kolding kommune og privat leverandør

Kolding kommune har givet udtryk for interesse i et evt. samarbejde med Billund omkring sameje af hjælpemidler. Et bredere samarbejde på hjælpemiddelområdet, herunder depotdrift har endnu ikke været drøftet. Et møde med Kolding Kommune er planlagt til torsdag d. 26. sept. mhp. at drøfte de forskellige muligheder.

Falck Hjælpemidler er interesserede i et samarbejde med Billund kommune. Både et bilateralt samarbejde om depotdriften og evt. andre områder såvel som et bredere samarbejde med flere kommuner.

Økonomi.

Tabel1 viser udgifterne til hele hjælpemiddelområdet inkl. kørsel og kropsbårne hjælpemidler (kilde nøgletal.dk.).

Kan man, ved et samarbejde på tværs af kommuner og sektorer, bringe udgiften pr. indbygger ned på gennemsnitsprisen for de 5 kommuner, ville besparelsen for Billund kommune i 2012 have været ca. 2.2 mio. kr.

Tabel 1.

Udg. til hjælpemidler pr. indb.				
	2010	2011	2012	2013
Billund Kommune	801	744	775	890
Fanø Kommune	827	826	908	755
Varde Kommune	667	645	715	734
Vejen Kommune	664	600	652	673
Kolding Kommune	619	557	660	670
Gennemsnit	665	614	690	715

Tabel 2 viser den *budgetterede* udgift til hjælpemiddelområdet i 2013 i hhv. Varde og Billund kommuner.

hjælpemiddelttype	Varde	Udgift pr. indbygger	Billund	Udgift pr. indbygger
§ 112				
Lønsum*			1.541.680	57
Optiske synshjælpemidler	1.242.270	25	1.233.650	47
Øvrig HMC**			1.480.300	56
Arm- og benproteser	867.320	17	523.150	20
Høreapparater	6.847.790	137	2.441.200	93
Ortopædiske hjælpemidler inkl. fodtøj	3.664.410	80	1.681.540	64
Inkontinens- og stomihjælpemidler	5.020.200	100	1.090.766***	41
Diabetes			1.776.640	68
Andre hjælpemidler (genbrugshjælpemidler m.v.)	8.156.740	163	2.262.310	86
Nødkald			146.980	6
Ekstern sagsbehandling			217.560	8
§ 113				
Forbrugsgoder	140.330	3	131.550	5
§ 114				
Støtte til køb af bil	5.499.110	110	5.036.120	192
Tilbagebetaling vedr. støtte til køb af bil.	- 1.620.940		-1.211.250	
§ 116				
Boligindretning	1.629.850	33	925.390	35
§ 117				
Befordring	2.800	0,06	1.102.210	42
Mellemkommunale Betalinger	- 234.090		35.770	1
Hjælpemiddeldepotet	8.308.360	166	1.627.670	62
Total	31.215.790	625	20.872.240	794

*Lønudgift til sagsbehandlende terapeuter betales i Billund via kto. 5

**Dækker overundervisning og sagsbehandling samt øvrig konsulentbistand.

***Inkontinens ikke medregnet da det indgår i sygeplejebudgettet.

Indbyggertal pr. 01.01.13

Varde: 49.969

Billund: 26.291

Ud fra tabel 2 fremgår således at der vil være en gevinst at hente for Billund kommune ved et bredt samarbejde på hjælpemiddelområdet. Således fremgår at særligt områderne "Støtte til køb af Bil" samt "Befordring" er her hvor udgiftspresset er størst i Billund sammenlignet med Varde kommune. Et samarbejde og læringsproces på særligt disse områder vil derfor være interessant set fra Billunds side.

Isoleret set for depotet, synes derimod ikke at være et økonomisk incitament for Billund kommune til at indgå i et samarbejde.

I ovenstående skal dog tages forbehold for at kommunerne konterer forskelligt. Der kan således være udgifter medtaget i Varde som ikke figurerer i Billund og omvendt.

Lovgivningen på området

Rammerne for stordrift på de kommunale opgaver kan sammenfattes som nedenstående:

I forbindelse med kommunale samarbejder sondres der i lovgivningen mellem myndighedsopgaver og driftsopgaver:

- 1) Driftsopgaver kan der som udgangspunkt altid samarbejdes om.
- 2) Delegation af myndighedsudøvelse kræver derimod statsforvaltningens godkendelse jf. Kommunestyrelsesloven § 60. Ombudsmanden har dog i en nylig ombudsmandsudtalelse vedr. delegation til private gjort klar, at så længe der er tale om forberedelse af sager, rådgivning/vejledning omkring sagsbehandlingen eller andre tilfælde hvor der ikke af tale om direkte afgørelser kan opgaven delegeres til andre (private) aktører (Horten, Ret og Indsigt nr. 3/2013). Det må således følge heraf at nævnte former for delegation også vil være gældende mellem kommunale myndigheder. En samling af myndighedsfunktionen på tværs af kommunerne vil således være mulig, så længe det sikres at det altid er Billund kommunes medarbejdere som træffer endelig afgørelse for Billund borgere.

Det kan evt. overvejes, om opgaven hensigtsmæssigt kan opdeles, således at kommunen fortsat udfører myndighedsudøvelsesopgaverne, og der indgås samarbejde om driftsopgaverne.

Nedenfor følger en kortfattet beskrivelse af de mulige samarbejdsformer:

Samarbejde efter Lov 548:

Loven giver kommuner adgang til at udføre opgaver for andre offentlige myndigheder.

Et samarbejde efter denne lov kan frit aftales, såfremt der udelukkende er tale om driftsopgaver og ikke myndighedsudøvelse, da en sådan delegation kræver godkendelse som nævnt ovenfor.

Overstiger værdien af opgaven EU's tærskler for udbudspligt, skal driftsopgaven udbydes efter udbudsdirektivets regler. Tærskelværdien er på ca. 1,5 mio. over en 4-årig periode.

§ 60-selskab:

Kommunestyrelsesloven § 60 giver kommuner adgang til at etablere et selvstændigt selskab i fællesskab, hvor også myndighedsudøvelse overdrages.

En sådan konstruktion kræver dog statsforvaltningens godkendelse.

Herefter vil de opgaver, som § 60-selskabet udfører, ikke være udbudspligtige hverken efter tilbudsloven eller udbudsdirektiverne, da opgaven kan betragtes som en in-house opgave.

Aktie- eller anpartsselskab:

Kommunen kan deltage i et aktie- eller anpartsselskab efter reglerne i Lov 548 § 3.

Det bemærkes at 25 % af selskabets kapital samt stemmerettigheder skal besiddes af private ejere.

Derudover findes der flere begrænsninger, bl.a. at kommunen ikke må opnå bestemmende indflydelse.

**Bilag: 649.1. Bestyrelsesmøde - Det Danske Madhus Varde A/S, 21-08-2013
- Salgsstatistik DDM Varde 2. kv. 2013.pdf**

Udvalg: Udvalget for Social og Sundhed

Mødedato: 08. oktober 2013 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 116640/13

Det Danske Madhus

Salgsstatistik - juni 2013



Varde

Hjemmeboende/ plejehjem for 2012- 2013	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
2013	803	790	864	878	889	919						
Hjemmeboende	315	297	323	298	322	336						
Plejehjem	488	493	541	580	567	583						
2012	876	785	700	916	787	679	829	749	783	791	794	796
Hjemmeboende	295	300	300	289	291	288	276	280	288	304	314	325
Plejehjem	582	484	400	627	496	391	552	468	495	488	480	472

2012-2013 Hjemmeboende/ plejehjem pr. kommune	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
2013	803	790	864	878	889	919						
Hjemmeboende	315	297	323	298	322	336						
Esbjerg	51	51	57	59	71	71						
Fanø	36	25	35	34	38	35						
Ringkøbing-Skjæ	10	10	8	10	8	8						
Varde	219	211	223	194	206	222						
Plejehjem	488	493	541	580	567	583						
Varde	488	493	541	580	567	583						
2012	876	785	700	916	787	679	829	749	783	791	794	796
Hjemmeboende	295	300	300	289	291	288	276	280	288	304	314	325
Esbjerg	17	18	14	19	20	22	23	24	31	30	50	59
Fanø	26	28	28	29	28	28	27	26	36	37	38	36
Ringkøbing-Skjern		5	13	10	9	8	7	7	8	9	10	9
Varde	252	249	245	231	234	231	219	223	213	228	216	220
Aarhus												1
Plejehjem	582	484	400	627	496	391	552	468	495	488	480	472
Varde	582	484	400	627	496	391	552	468	495	488	480	472

Hjemmeboende/ plejecenter pr. kommune pr. år	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Hjemmeboende												
Esbjerg												
2012	17	18	14	19	20	22	23	24	31	30	50	59
2013	51	51	57	59	71	71						
Fanø												
2012	26	28	28	29	28	28	27	26	36	37	38	36
2013	36	25	35	34	38	35						
Ringkøbing-Skjern												
2012		5	13	10	9	8	7	7	8	9	10	9
2013	10	10	8	10	8	8						
Varde												
2012	252	249	245	231	234	231	219	223	213	228	216	220
2013	219	211	223	194	206	222						
Aarhus												
2012												1
Plejehjem												
Varde												
2012	582	484	400	627	496	391	552	468	495	488	480	472
2013	488	493	541	580	567	583						

Bilag: 652.1. 3. udkast til sundhedspolitik 2014-2018

Udvalg: Udvalget for Social og Sundhed

Mødedato: 08. oktober 2013 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 137449/13

Sundhedspolitik for Varde Kommune 2014-2018

1 Indledning

Sundhedsarbejdet i Varde Kommune har udgangspunkt i et sundhedsbegreb, hvor vi ser sundhed som mere end fravær af sygdom, men også som livskvalitet og psykisk, fysisk og socialt velvære. Derfor sætter vi fokus på både livsstil og levevilkår – ved **hverdagens** valg og rammer.

Alle borgere i Varde Kommune skal have mulighed for at leve et godt liv med høj livskvalitet gennem hele livet – have mulighed for at trives. Fysisk og mental sundhed er en forudsætning for at trives og udfolde sig; herunder at uddanne sig, arbejde, indgå i det sociale liv og deltage aktivt i samfundet.

Udover den enkelte borgers ansvar for at tage hånd om sin egen sundhed, har samfundet også et ansvar. I Varde Kommune betyder det, at vi skaber rammer, der gør det nemt for alle vores borgere **at træffe et aktivt valg om** at leve et sundt og godt liv. En aktiv sundhedsindsats kan understøtte kommunens kerneydelser på alle forvaltningsområder - eksempelvis indlæring i skolen, deltagelse på arbejdsmarkedet, sikring af rent grundvand og trivsel på plejecentrene. I forebyggelsesarbejdet tager vi udgangspunkt i de mange kontakter med borgerne, som hver dag finder sted i forbindelse med kommunens kerneydelser. I daginstitutionen, på jobcenteret og i svømmehallen kan kommunens medarbejdere og de fysiske rammer være med til at fremme sundheden og forebygge sygdom og mistrivsel hos borgerne. **Vi ønsker at samarbejde med frivillige for at skabe sammenhæng og værdi for den enkelte borger.**

Barndommen danner grundlaget for de sundhedsmæssige vaner, som er sværere at bryde, jo ældre vi bliver. Derfor ønsker Varde Kommune, at sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende rammer skal medvirke til, at sunde vaner grundlægges allerede i barndommen.

Som i resten af Danmark er social ulighed i sundhed en udfordring i Varde Kommune. Borgere med en høj indkomst og en lang uddannelse lever i gennemsnit længere og har flere raske leveår end borgere med kortere uddannelse og lavere indkomst. Derfor har Varde Kommune særlig fokus på, at implementering af sundhedspolitikken sker under hensyntagen til borgernes forskellige sociale og økonomiske forudsætninger. Én metode til at mindske den sociale ulighed er at fremme antallet af borgere i arbejde. Derfor vil Varde Kommune have særligt fokus på beskæftigelse og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Derudover har vi som kommune et særligt ansvar for de borgere, der rammes af midlertidig eller kronisk sygdom, som svækkes af alderdom eller som af en anden grund ikke er i stand til at tage hånd om egen sundhed. Derfor prioriterer vi en styrket sygeplejeindsats, ligesom vi arbejder aktivt med rehabilitering og hjælp til egenomsorg.

1.1 Vision for området

I fællesskab med borgerne vil Varde Kommune arbejde for at øge mulighederne for et sundt og godt liv med fokus på hverdagen og på livskvalitet, hvor det sunde valg er det lette valg

1.2 Afgrænsning af politikområdet

Sundhedspolitikken er én af Varde Kommunes overordnede politikker. Politikken er tværgående og skal sikre, at der er sammenhæng, systematik og kvalitet i den samlede sundhedsmæssige indsats.

Sundhedspolitikken skal være med til at skabe synlighed, fælles fokus på sundhed, og tydeliggøre, at vi i Varde Kommune tør gå forrest og være frontløber, når det gælder sundhed.

1.3 Målgruppe

Sundhedspolitikken gælder og gavner alle borgere i Varde Kommune.

2 Målsætninger

I perioden 2014-2018 vil Varde Byråd arbejde for at styrke borgernes handlekompetencer, mestring og mulighed for egenomsorg med særlig fokus på:

- At *bevægelse* bliver en naturlig del af alle borgeres hverdag. Bevægelse har bl.a. en forebyggende effekt på en række hyppigt forekommende *livsstils* sygdomme, og *en sundhedsfremmende virkning i forhold til mental sundhed*. Indsatsen skal tilrettelægges, så der tages højde for borgernes forskellige forudsætninger, behov, muligheder og interesser for fysisk aktivitet. Dermed sikrer Varde Kommune, at alle får mulighed for at bevæge sig mere i *hverdagen*.
- *Sund mad og måltider* i borgernes hverdag. Sunde madvaner fremmer et godt helbred og forebygger overvægt, underernæring og livsstilsrelaterede sygdomme. Kommunen har gennem kerneydelser på især børne-, special- og ældreområdet en særlig mulighed for at gøre en indsats for sundere kost.
- *God hygiejne* på alle områder. Hygiejne er en hjørnesten i den forebyggende indsats, hvad enten det handler om tandbørstning og håndvask eller rent grundvand og effektiv rottebekæmpelse.
- *Øget mental sundhed*. Vi ved, at mental sundhed spiller en væsentlig rolle for borgernes trivsel og livskvalitet og *fremmer fx indlæring blandt børn og unge*. Varde Kommune vil derfor gøre en aktiv indsats for at fremme mental sundhed og forebygge mobning, stress, depression og ensomhed.
- En *styrket rehabiliteringsindsats*. Den enkelte borger skal have mulighed for at leve et selvstændigt og meningsfyldt liv. Derfor ønsker Varde Kommune en helhedsorienteret og sammenhængende indsats.
- *Der er stærk evidens for, at rygning har sundhedsskadelige konsekvenser. Der skal sættes på forebyggelse af rygestart blandt unge. Rygestop kan hurtigt gøre en forskel for helbredet, selv efter mange års forbrug. Det er derfor vigtigt, at rygestopkurser bliver tilgængelige, og at der bliver sat fokus på eventuelle risikogrupper.*
- *Alle borgere skal have lige muligheder for at leve et sundt og godt liv ligeegyldigt deres muligheder eller ressourcer. Der skal arbejdes hen imod, at den sociale ulighed i sundhed mindskes og socialt udsatte bliver derfor tilbudt en styrket indsats.*

På baggrund af de politiske målsætninger vil der i samarbejde på tværs af forvaltningsområder blive udarbejdet strategier og handleplaner, der udfolder og beskriver de enkelte indsatser. **Herved opsættes konkrete mål og ord omsættes til praksis. Visionen i sundhedspolitikken bliver på den måde mærkbar for alle borgere i Varde Kommune.**

Reduceringen af social ulighed i sundhed er et grundlæggende aspekt og medtænkes som en generel indsats ved samtlige målsætninger. Der udarbejdes derfor ikke en separat strategi for dette indsatsområde.

Sideløbende med de udvalgte politiske målsætninger tager vi hånd om de lokale sundhedsmæssige udfordringer, der løbende opstår.

3. udkast

Bilag: 653.1. Visionen om det Digitale Sundhedscenter

Udvalg: Udvalget for Social og Sundhed

Mødedato: 08. oktober 2013 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 72787/13

Vision:

Det Digitale Sundhedscenter i Region Syddanmark

– et partnerskab for projekter om digitalisering af kommunernes tilbud i sundhedscentre

Den 23. maj 2013 – version 1

Indhold

Baggrund for visionen	3
Der er væsentlige udfordringer ved danskernes sundhed	3
Kommunernes indsats skal klæde borgerne på til at tage vare på deres sundhed.....	3
Tilgængelighed og fleksibilitet i kommunernes indsatser.....	3
Fremtidens sundhedsvæsen er afhængigt af nye, innovative løsninger	4
Det Digitale Sundhedscenter er en løsning for fremtiden	4
Vision, Mission og Værdier i Det Digitale Sundhedscenter.....	6
Visionen med Det Digitale Sundhedscenter	6
Mission	6
Grundlæggende værdier og principper	7
Indholdet i Det Digitale Sundhedscenter	8
Delprojekter under Det Digitale Sundhedscenter	8
De digitale elementer i Det Digitale Sundhedscenter.....	8
Organisering og tværsektorielt samarbejde om indsatsen.....	10
Tværsektorielt samarbejde.....	10
Potentiale i et samarbejde.....	11
Organisering.....	11
Initiativtagere til visionen	12
Det Digitale Sundhedscenter og strategiske initiativer	12
Budget.....	14

Baggrund for visionen

Der er væsentlige udfordringer ved danskernes sundhed

Der er en række væsentlige udfordringer knyttet til danskernes sundhed og dermed til vores sundhedsvæsen.

- Flere og flere borgere lever med en kronisk sygdom. For den enkelte kan kronisk sygdom mindske udfoldelsesmulighederne og føre til en forringet livskvalitet.
- En meget stor – og stigende – andel af ressourcerne i sundhedsvæsenet går til behandling mv. af borgere med kronisk sygdom.
- Et meget stort antal danskere lever i risiko for at udvikle kroniske og andre sygdomme på grund af blandt andet deres livsstil.
- Der er en stigende social ulighed i danskernes sundhed og dermed grupper af mennesker med behov for mange og særligt tilpassede ydelser i sundhedsvæsenet.

Der er således brug for en omfattende indsats i såvel det regionale som det kommunale sundhedsvæsen.

Kommunernes indsats skal klæde borgerne på til at tage vare på deres sundhed

Kommunerne har i dag flere sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, tilbud som både er borger- og patientrettede. En del af tilbuddene er forankret i kommunale sundhedscentre.

Generelt er hensigten med disse tilbud at give borgerne f.eks.:

- En større viden om deres sundhed og sygdom.
- En øget egenomsorg og flere handle- og mestringskompetencer i forhold til egen sundhed og sygdom.
- Redskaber, støtte og motivation til at ændre på deres livsstil og fastholde nye vaner.
- Et øget personligt og professionelt netværk og kendskab til frivillige organisationer.

Tilgængelighed og fleksibilitet i kommunernes indsatser

Den kommunale indsats har imidlertid flere udfordringer. Blandt andet kræver langt de fleste tilbud, at borgerne møder frem fysisk, ligesom sundhedscentrenes åbningstider ligger inden for normal arbejdstid. Desuden er tilbuddene tilrettelagt som faste forløb – og ofte med mange fremmødegange.

Denne begrænsede tilgængelighed og fleksibilitet i de kommunale tilbud harmonerer dårligt med, at mange borgere har både geografiske, økonomiske, fysiske og tidsmæssige begrænsninger. Der er – specielt i landkommunerne – lange afstande mellem borgernes bopæl og sundhedscentret. Det har betydning for de borgere, som ikke kan transportere sig selv og som er afhængige af offentlig transport. Nogle borgere har en privatøkonomi, der gør det vanskeligt at finansiere transport til et større antal undervisnings- eller træningsgange. Samtidig kan nogle borgere være så begrænsede af deres sygdom, at de har vanskeligt ved at transportere sig selv. Endelig er det en udfordring for erhvervsaktive borgere at deltage i tilbud inden for sundhedscentrenes normale åbningstider. En del af de borgere, der af disse grunde har svært ved at deltage i sundhedscentrenes tilbud, er blandt dem, der har det største behov for faktisk at deltage i tilbuddene.

Konsekvensen er, at en del borgere fravælger tilbuddene og at andre falder fra i forløbet. Samtidig peger evalueringer fra en række indsatser på udfordringer med langsigtet fastholdelse af nye

livsstilsvaner mv. Sundhedscentrene har svært ved at integrere opfølgende samtaler og dannelse af netværk mellem borgerne som et led i løsningen på dette, da dette også kræver borgernes fremmøde og derfor indebærer samme mangel på tilgængelighed.

Livsstilsændringer er ofte omfattende og det tager tid, samtidigt er det svært at fastholde den nye livsstil når forløbet afsluttes. Borgernes motivation for ændringer er ikke statisk, men varierer over tid, ligesom borgerne ofte er præget af en ambivalent holdning til livsstilsændring.

Det er derfor vigtigt at der er et tilbud til borgerne, når de er motiverede for en livsstilsændring. Som det er i dag, kan det være svært for kommunerne at give borgerne et tilbud fra den ene dag til den anden, da mange af kommunernes tilbud er bygget op på holdforløb. Det kan være svært – særligt i de små kommuner med et lille patientgrundlag – løbende at starte nye hold op. Der er derfor brug for, at kommunerne har tilbud, som de løbende kan koble borgerne op på.

Fremtidens sundhedsvæsen er afhængigt af nye, innovative løsninger

Den nuværende indsats i kommunerne er – som det fremgår ovenfor - langt fra tilstrækkelig til at imødekomme de udfordringer, vi står over for i fremtiden.

Vi står med andre ord på en brændende platform:

- Borgernes frafald og fravalg af deltagelse i forskellige forebyggende tilbud udfordrer kvaliteten og effekten af de velfærdsydelse, som borgeren modtager.
- Borgerne forventer i dag, at de bliver inddraget i planlægningen af deres eget forløb.
- Antallet af borgere med behov for forebyggelse og rehabilitering vokser. Kommunerne er derfor udfordret økonomisk og ressourcemæssigt.
- I mindre og mindre grad er "one size fits all" gangbart. Alle har ikke behov for det samme tilbud, for at de livsstilsændringer, som sundhedstilbuddene sigter på, kan fastholdes.

For at geare fremtidens sundhedsvæsen til disse udfordringer er det derfor helt afgørende, at der udvikles nye og innovative løsninger både i indsatsen for borgere med kronisk sygdom og for borgere i forhøjet risiko for kronisk sygdom.

De nye og innovative løsninger skal være med til at sikre, at borgernes egne ressourcer udnyttes mest muligt. Borgernes egenomsorg og mestring i forhold til deres egen sundhed og sygdom skal øges. Derved vil borgerne opleve at deres egen indsats har stor betydning for deres sundhed og sygdom. I sidste ende vil det betyde færre kontakter til sundhedsvæsenet.

Det betyder at sundhedsvæsenet vil kunne udnytte sine ressourcer mere optimalt og sikre mere sundhed til de borgere, som har det største behov.

Det Digitale Sundhedscenter er en løsning for fremtiden

Vi lancerer visionen om "Det Digitale Sundhedscenter" som et bud på én af disse nye og innovative løsninger. Visionens omdrejningspunkt er at udvikle og integrere digitale løsninger i kommunernes sundhedscentre, hvor en stor del af tilbuddene om sundhedsfremme og forebyggelse er forankret.

Men hvorfor tror vi på, at de digitale løsninger er vejen frem?

En digital løsning skal føre til:

1. at ressourcer bruges rigtigt, idet de digitale løsninger let kan kopieres mellem kommuner.
2. at kvaliteten i tilbuddene øges ved at specialister udnyttes på tværs af kommunale afstande, så deres kompetencer bruges, hvor de giver mest værdi, eller ved at den digitale interaktion mellem borger og sundhedsprofessionel bruges til udvikling af nye metoder.

3. at differentierede indsatser udvikles, det kan ske ved at de gruppebaserede tilgange kombineres med mere individuelle tilbud, som passer den enkelte borger, det øger motivationen for deltagelse og fastholdelse.
4. at fleksibilitet og tilgængelighed af tilbuddene øges, ved til en vis grad at ophæve tid og geografisk sted for modtagelse af tilbud.
5. at dokumentation og evaluering, og derved kvalitetsudvikling, styrkes ved at data lettere og med mere automatik kan genereres elektronisk.

Vision, Mission og Værdier i Det Digitale Sundhedscenter

Visionen med Det Digitale Sundhedscenter

Det Digitale Sundhedscenter skal ses som en ramme, der med tiden skal udvikles med flere og nye områder og projekter. Den samlede vision for Det Digitale Sundhedscenter er følgende:

Visionen er at etablere Det Digitale Sundhedscenter, hvor borgere og kommuner i fællesskab og ved at lægge ressourcer sammen skaber sundhed og livskvalitet.

Visionen rummer således muligheden for en kulturændring hos borgerne og i velfærdssystemerne. Borgerne skal selv gøre en indsats for at få nye vaner og fastholde dem, for at leve et liv uden sygdom og med høj livskvalitet. De sundhedsfremmende tilbud, som kommunerne tilbyder, skal ikke kun ses som et tilbud, man kan takke ja til, hvis lysten er der, men mere som en del af et behandlings og rehabiliteringsforløb. Der skal arbejdes hen imod en kulturændring, hvor kommunerne gerne må stille krav til borgerne. Det skal ske med afsæt i de ressourcer – få eller mange - som ethvert menneske har uanset levevilkår m.m. Det sunde liv er en udfordring resten af livet.

De sundhedsprofessionelle og de institutioner, der omgiver borgerne, skal ligeledes også foretage et kulturskifte og anvende de ressourcer, som velfærdssystemerne repræsenterer, med borgerne som partnere og medproducenter i egen sundhed og livskvalitet.

Mission

Missionen med Det Digitale Sundhedscenter er at øge effektivitet og volumen i de kommunale sundhedscentres tilbud, samtidigt med at det skaber en større fleksibilitet og tilgængeligheden for borgerne uanset deres bopælskommune.

Den overordnede indsats i Det Digitale Sundhedscenter er at udvikle og integrere digitale løsninger i de kommunale sundhedscentres tilbud. Der er således et stort potentiale for, at digitale løsninger kan bidrage til missionen om tilgængelig, fleksibilitet og kvalitet.

De forventede overordnede effekter af anvendelse af disse metoder er, at borgerne opnår:

- En større viden om deres sundhed og sygdom.
- Øget egenomsorg og øgede handle- og mestringskompetencer i forhold til egen sundhed og sygdom.
- Øget motivation til at ændre på deres livsstil.
- Øget motivation og flere ressourcer til at fastholde nye vaner.
- Øget personligt og professionelt netværk og kendskab til frivillige organisationer.

Disse effekter svarer i høj grad til det, man *ønsker* at opnå i de eksisterende tilbud i sundhedscentrene i dag. Det er imidlertid sparsomt med solid dokumentation for, i hvilken grad det lykkes med tilbuddene i dag, ligesom alt for få borgere anvender de eksisterende tilbud til, at det giver målbare effekter i større skala på gruppeniveau – f.eks. blandt borgere med kronisk sygdom i en kommune. Med de digitale løsninger forventer vi at kunne se *større* effekter hos *flere* borgere i henhold til målene om øget tilgængelighed, fleksibilitet og kvalitet.

Grundlæggende værdier og principper

Realiseringen af visionen på basis af missionen sker med afsæt i grundlæggende værdier og præmisser, som skal gennemsyre arbejdet. Værdierne og principperne samler sig under tre hovedoverskrifter: metodemæssige principper, partnerskabet og borgeren som medudvikler.

Metodemæssige principper og værdier

I Det Digitale Sundhedscenter anvendes digitale metoder, f.eks.:

- Blended learning – en kombination mellem "selvstudier", e-læring, undervisning face to face i sundhedscenteret og net-baserede gruppediskussioner.
- Sociale netværk og gruppedynamikker via digitale medier.
- Digital vidensformidling – herunder udnyttelse af digitale mediers mulighed for at arbejde med lyde og billede og ikke kun tekst.
- Målrettet digitalt kommunikation til særlige grupper.
- Gamification – borgeren følger virtuelt sin indsats på en legende måde med f.eks. "belønninger" etc.

Partnerskabet

I Det Digitale Sundhedscenter er det grundlæggende organisationsprincip partnerskabet. Partnerskabet er velegnet i og med, at den vision, der stræbes efter, kræver at alle kræfter lægges sammen. Det kræver udvikling i fællesskab for at den nødvendige synergi kan opstå.

Partnerskabet kan indgås mellem flere typer af partnere, både fra civilsamfundet, dvs. frivillige og foreninger, herunder patientforeninger, og offentlige aktører, så som kommuner, regionen herunder praksisområdet, og staten.

Partnerskabet er ikke et mål i sig selv. Det er midlet til at nå en vision, der som nævnt fordrer alles indsats. Det betyder, at deltagerne i fællesskabet må byde ind med ressourcer, herunder økonomiske.

Borgeren som medproducent

Den tredje grundlæggende værdi er, at borgeren medinddrages og ikke blot er en passiv modtager af offentlige ydelser og sundhedstilbud. Borgeren er medproducerende, dels i forhold til at opnå gevinster af de tilbud, som Det Digitale Sundhedscenter rummer, dels i forhold til udviklingen af nye tilbud.

Den form for medproduktion, der ligger først for i Det Digitale Sundhedscenter består i, at borgerne engageres i at udvikle Det Digitale Sundhedscenter. Viden fra borgerne om egne vaner og brug af digitale medier er et eksempel, mens et andet kan være at drøfte og vurdere den viden og de erfaringer, der allerede findes fra f.eks. videnskabelige undersøgelser om borgernes brug af kommunale sundhedstilbud.

Indholdet i Det Digitale Sundhedscenter

Delprojekter under Det Digitale Sundhedscenter

Udviklingen af de digitale løsninger i Det Digitale Sundhedscenter skal ske via flere delprojekter. Det er således tanken, at forskellige delprojekter under rammerne af Det Digitale Sundhedscenter kan udvikle og afprøve forskellige digitale løsninger i bestemte tilbud og eventuelt til bestemte målgrupper.

Delprojekterne kan dermed supplere hinanden og skabe en samlet viden om digitale løsninger, der kan indgå i Det Digitale Sundhedscenter. Delprojekterne udføres ikke som isolerede, parallelle projekter, men vil bygge videre på de erfaringer og den viden, der skabes undervejs. Eksempelvis kan viden om brugernes anvendelse af en bestemt digital løsning i ét delprojekt anvendes i udviklingen af andre delprojekter.

Udviklingen af delprojekter sker i et fælles partnerskab for Det Digitale Sundhedscenter. Fælles for de delprojekter, der udvikles i Det Digitale Sundhedscenter, er, at de ligger inden for rammerne af Det Digitale Sundhedscenters vision og mission og at de bygger på de grundlæggende værdier og principper.

Der kan potentielt udvikles projekter om en række emner relateret til tilbuddene i kommunernes sundhedscentre, f.eks.:

- Patientuddannelse for borgere med udvalgte kroniske sygdomme
- Indsatser inden for KRAM området
- Indsatser inden for børne- og ungeområdet
- Indsatser inden for ældreområdet
- Forebyggelsespakkeres indsatsområder

De digitale elementer i Det Digitale Sundhedscenter

De digitale løsninger i Det Digitale Sundhedscenter skal grundlæggende bestå af tre elementer

1. En digital kommunikationsplatform.
2. Værktøjer og moduler.
3. Fysisk tilstedeværelse og redaktion.

En digital kommunikationsplatform

En digital kommunikationsplatform i form af et website og/eller en mobilplatform er det sted, hvor tilbuddene forankres teknisk og hvor borgerne har adgang til at bruge dem.

Indholdet kan udvikles konkret til platformen, det kan importeres fra eksterne kilder, eller platformen kan henvise til eksterne informationer.

Værktøjer og moduler

Værktøjer og moduler udvælges eller udvikles i projektet og kan vælges til eller fra alt efter målgruppen og deres behov. Det kan f.eks. være et videomodul og et chatmodul til mundtlig og skriftlig dialog mellem borgere og sundhedsprofessionelle, et webinarmodul eller et e-læringsmodul.

Værktøjerne skal kunne understøtte synkron interaktion (direkte dialog mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle eller mellem forskellige borgere, f.eks. via video eller chat) og asynkron

interaktion (interaktion mellem f.eks. forskellige borgere på et debatforum eller mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle i en brevkasse el. lign.).

Der kan f.eks. også være tale om værktøjer til hjemmemonitorering, så borgeren kan følge egen udvikling og producere relevante data til dialogen med de sundhedsprofessionelle, samt moduler til grafisk illustration af borgerens data og forløb.

Fysisk og virtuel tilstedeværelse

Kommunerne tilknytter medarbejdere til at udvikle, redigere og hente indhold til platformen, ligesom medarbejdere skal være fysisk tilstede til synkron dialog med borgerne.

Den digitale løsning opbygges altså i moduler, således at den enkelte borger i samarbejde med en sundhedsprofessionel kan tilpasse løsningen til egne behov. Grundtanken er her, at anvendelse af de digitale medier skal bidrage til differentierede tilbud frem for, at der udvikles forskellige – "låste" – tilbud til forskellige målgrupper.

De videre delprojekter skal afklare nærmere, hvordan samspillet skal være med eksisterende hjemmesider for sundhedstiltag, herunder f.eks. kommunernes centrale hjemmesider og sundhedscentres hjemmesider, sundhed.dk, borger.dk og andre.

Det er vores grundlæggende tilgang til udviklingen af de nye digitale løsninger, at de foreløbige ideer til værktøjer mv. kvalificeres og valideres i meget tæt samarbejde med borgerne og relevante samarbejdspartnere.

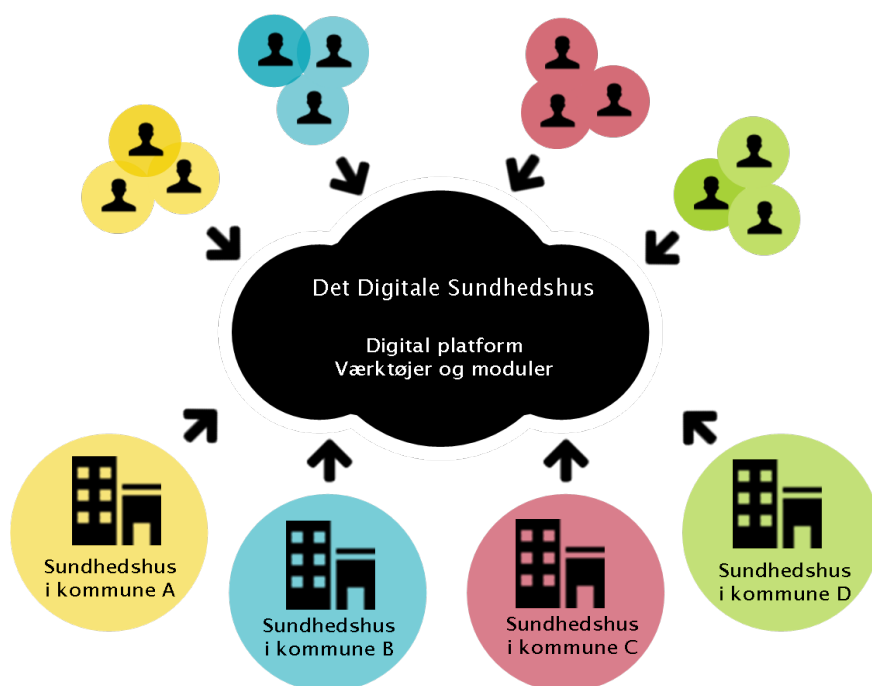
Organisering og tværsektorielt samarbejde om indsatsen

Tværsektorielt samarbejde

Grundtanken er, at Region Syddanmark, de involverede kommuner og øvrige involverede parter er fælles om at udvikle den digitale platform og de digitale værktøjer i de delprojekter, der gennemføres under rammerne af Det Digitale Sundhedscenter.

Projektledelsen af delprojekterne tænkes som et samarbejde mellem Regionens afdeling for Sundhedssamarbejde og Kvalitet og Syddansk Sundhedsinnovation også under Regionen.

Det kommer til at betyde, at kommunerne driver tilbuddet i fællesskab ud fra en fælles, central digital kommunikationsplatform og med fælles beslutninger om, hvilke moduler mv. der skal anvendes. Kommunerne deler sundhedsprofessionelle medarbejderressourcer i driften og søger derigennem at øge fleksibiliteten for borgerne pga. øget tilgængelig til den digitale platform (se Figur 1).



Figur 1. Kommunerne driver et fælles Digitalt Sundhedscenter

Partnerne i et delprojekt kan overveje kombinationer, hvor kontakten til borgerne via digitale medier er organiseret fælles, mens et forløb samtidig indeholder f.eks. holdundervisning ved fysisk fremmøde, hvilket arrangeres af den enkelte kommune af hensyn til nærheden til borgerne.

En model som denne, hvor der arbejdes på tværs af kommunegrænserne, vil kræve involvering af både administrative og politiske beslutningstagere, idet den indebærer stillingtagen til principielle spørgsmål om samarbejde over kommunegrænser, om drift af tilbud til borgerne og uafhængighed af andre kommuner i forhold til løbende at justere eget serviceniveau etc.

Potentiale i et samarbejde

Der vil være et stort potentiale i at indgå et samarbejde som dette, da kommunerne og regionen med sygehusene og praksissektoren allerede har god erfaring med at samarbejde på tværs af både kommunegrænser og sektorer.

Region Syddanmark prioriterer forskning og udvikling bl.a. som en del af sin rådgivning til kommunerne på forebyggelsesområdet.

Regionen har stor erfaring med at udvikle og gennemføre større udviklings- og forskningsprojekter i samarbejde med kommunerne i regionen, forskningsinstitutioner og andre parter. Regionen har i flere projekter haft en koordinerende rolle og fungeret som bindeled og "brobygger" mellem forskningsinstitutioner og udførende kommuner.

Regionen har gennem Syddansk Sundhedsinnovation opbygget markante erfaringer med åben innovation og cocreation på sundhedsområdet. Der er ligeledes en stor erfaring med at udvikle og implementere løsninger med elektronisk kommunikation på tværs af sektorer, anvendelse af telemedicinske løsninger i behandling og rehabilitering af sygdomme mv.

Kommunerne har erfaring og et stort vidensgrundlag for at arbejde med både patient- og borgerrettet sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. Kommunerne har gennem de sidste år været igennem en stor udvikling på området, der sættes i dag mere og mere fokus på at udvikle de rigtige tilbud til borgerne – og tilbud til de borgere, som har det største behov.

Udviklingen inden for it-området og de telemedicinske løsninger er gået stærkt de sidste år og kommunerne begynder også her at have opbygget erfaringer med hvad der virker og hvad det er borgerne efterspørger.

Kommunerne har et stort ønske om at indgå i et samarbejde, som kan være med til at styrke kvaliteten af tilbuddene, og som kan være med til at løfte indsatsen over for borgerne.

Organisering

Visionen om Det Digitale Sundhedscenter organiseres som et partnerskab, hvori de interesserede kommuner, Afdelingen for Sundhedssamarbejde og Kvalitet samt Syddansk Sundhedsinnovation i Region Syddanmark indgår. Hvis der er andre partnere, som har interesse i at indgå i samarbejdet, så kan det også være en mulighed. Her tænkes specielt på et Offentlig Privat Samarbejde (OPI) i forhold til de digitale løsninger. Men også patientforeninger med Danske Patienter i spidsen kan være en mulig samarbejdspartner.

Visionen for Det Digitale Sundhedscenter kommer til at fungere som en paraply for udviklingen af delprojekterne. Ideudviklingen og fundraising til delprojekterne kommer til at foregå i det store fælles partnerskab. Herefter kan det være forskelligt, hvilke kommuner der vælger at indgå i den videre udvikling og implementering af et delprojekt (Se Figur 2).

Figur 2: Visionen og delprojekterne

Hvert delprojekt organiseres med en projektleder, en eller flere projektgrupper og eventuelt følgegrupper ved behov.

Initiativtagere til visionen

Initiativet til visionen er taget i Varde Kommune. En fælles arbejdsgruppe bestående af Varde Kommune, Faaborg-Midtfyn Kommune, Regionens Syddanmarks afdelingen for Sundhedssamarbejde og Kvalitet og Syddansk Sundhedsinnovation har udviklet visionen – bl.a. på baggrund af en indledende idégenererende workshop med deltagelse af ti kommuner (Varde, Faaborg-Midtfyn, Odense, Kolding, Åbenrå, Vejen, Billund, Nordfyns, Kerteminde og Langeland kommuner).

Det Digitale Sundhedscenter og strategiske initiativer

Visionen om Det Digitale Sundhedscenter passer som tema ind under flere regionale og landsdækkende strategiske initiativer, hvilket understreger visionens relevans og vigtighed. Blandt de væsentlige initiativer er bl.a.:

- *“Det digitale sundhedsarbejde i region Syddanmark. It-strategien til understøttelse af samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren i region Syddanmark 2011-2014”*. Her nævnes en vision om det sammenhængende behandlingsforløb gennem et digitalt fællesskab.
- *“Kommunernes strategi for telesundhed”*. Strategien omhandler bl.a., hvordan telesundhed skal give borgeren mulighed for at forsætte med at leve sit daglige liv med sygdom og funktionsnedsættelse, skal understøtte forebyggelse og sundhedsfremme og skal levere mere effektive ydelser.
- I *“Den digitale vej til fremtidens velfærd. Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2011-2015”* nævnes effektivt digitalt samarbejde med patienterne som et fokusområde.
- *“Det gode liv som vækstskaber. Regional Udviklingsplan 2012-2015”*. Region Syddanmarks udviklingsplan nævner bl.a., at sundhed kan bruges som en løftestang, og planen antyder, at tilbud inden for sundhed og livstil potentielt kan bidrage til regionens attraktivitet

Budget

I efteråret 2013 skal der søges midler via ekstern fundraising til visionen for det Det Digitale Sundhedscenter og det første delprojekt, som omhandler digital patientuddannelse. Til dette vil der være et behov for en mindre kommunal og regional medfinansiering.

Bilag: 653.2. Delprojekt 1: Digitalisering af patientuddannelsen

Udvalg: Udvalget for Social og Sundhed

Mødedato: 08. oktober 2013 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 73404/13

**Delprojekt 1 under Det Digitale Sundhedscenter i Region
Syddanmark:**

Digitalisering af patientuddannelse til borgere med kronisk sygdom

Den 23. maj 2013 – version 1

Indhold

Baggrund for projektet.....	3
Kronisk sygdom belaster den enkelte og sundhedsvæsenet	3
Fremtidens sundhedsvæsen er afhængigt af nye, innovative løsninger	3
Patientuddannelse – et tilbud til borgere med kronisk sygdom	3
Eksisterende patientuddannelse giver udfordringer	4
Digitale løsninger kan øge kvaliteten af fremtidens patientuddannelse.....	4
Målsætningerne for projektet.....	6
Formålet med projektet	6
Målene med projektet	6
Succeskriterier og evaluering	6
Indsatsen i projektet	7
Den grundlæggende idé om digital patientuddannelse	7
Digital Patientuddannelse bygger videre på tidligere koncepter	7
Nyskabende netværksbaseret patientuddannelse	7
Patientuddannelsesstilbuddets digitale elementer	8
Organisering af projektet.....	9
Projektejer og styregruppe.....	9
Projektledelse og projektgruppe.....	9
Følgegruppe	9
Deltagende kommuner	9
Borgerne som medproducenter	9
Forudsætninger for projektets succes og udbredelse	10
Projektet spiller sammen med flere strategiske initiativer.....	10
Patientuddannelse er udbredt i kommunerne i Region Syddanmark.....	10
Tids- og procesplan	11
Koncept- og analysefasen.....	11
Udviklingsfasen.....	11
Pilotprojekt og evaluering	12
Budget.....	13

Baggrund for projektet

Kronisk sygdom belaster den enkelte og sundhedsvæsenet

I Danmark lever flere og flere borgere med en kronisk sygdom. Dette skyldes blandt andet, at de forbedrede muligheder for behandling har reduceret dødeligheden for en række sygdomme. Kronisk sygdom er en belastning for såvel den enkelte som for samfundet som helhed: For den enkelte kan kronisk sygdom mindske udfoldelsesmulighederne og dermed føre til en forringet livskvalitet. Samtidig går en meget stor – og stigende – andel af ressourcerne i sundhedsvæsenet til behandling mv. af kronisk sygdom.

Der gøres i sundhedsvæsenet en række tiltag for, at kronisk sygdom skal påvirke borgernes liv mindst muligt, så mange borgere på trods af kronisk sygdom kan leve et liv med udmærket livskvalitet og funktionsevne i hverdagen. Det drejer sig om tiltag inden for både forebyggelse, behandling, rehabilitering og pleje. Ligeledes gøres en stor indsats for at koordinere indsatserne og skabe sammenhængende forløb for borgerne på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner.

Fremtidens sundhedsvæsen er afhængigt af nye, innovative løsninger

Den nuværende indsats er imidlertid langt fra tilstrækkelig til at imødekomme de udfordringer, vi står over for i fremtiden, hvor en kraftigt voksende andel af ældre i befolkningen, stigende middellevetid og endnu bedre behandling af livstruende sygdomme vil skabe en markant voksende gruppe af personer, der lever med kroniske sygdomme i en lang årrække. For at geare fremtidens sundhedsvæsen til disse udfordringer er det derfor helt afgørende, at der udvikles nye, innovative løsninger i indsatsen for borgere med kronisk sygdom. Disse løsninger skal sikre, at ressourcerne hos *flest mulige* borgere med kronisk sygdom inddrages *bedst muligt*, og at sundhedsvæsenet udnytter sine ressourcer optimalt. Målet er høj kvalitet i indsatsen og mest mulig sundhed for pengene.

Patientuddannelse – et tilbud til borgere med kronisk sygdom

Som en del af indsatsen for borgere med kronisk sygdom har flere og flere sygehuse og kommuner etableret tilbud om patientuddannelse gennem de senere år. Nogle patienter tilbydes i forlængelse af behandlingen sygdomsspecifik patientuddannelse i sygehusregi. Den kommunale patientuddannelse er et efterfølgende tilbud, som almen praksis, sygehuse eller andre kommunale instanser kan henvise til. Tendensen går i retning af, at en større del af den samlede patientuddannelse foregår i kommunerne.

De overordnede mål med patientuddannelsesstilbud er at styrke borgernes evne til at håndtere deres sygdom i forhold til dels medicinske og sygdomsspecifikke problemstillinger, dels mere almene og ikke diagnoseafhængige udfordringer med at leve med kronisk sygdom. Målet er med andre ord at øge den enkelte borgers *empowerment*, så borgeren opnår bedre handlekompetencer i forhold til sund livsstil og øget egenomsorg. Patientuddannelse er oftest tilrettelagt som et gruppebaseret tilbud for at udnytte den dynamik, det indebærer i form af udveksling af praktiske erfaringer med håndtering af sygdom, netværk og relationer mellem deltagerne etc.

De tilbud, som foregår i kommunerne eller er aftalt i det tværsektorielle samarbejde mellem sygehuse og kommuner, har i særlig grad været rettet mod borgere inden for hjertesygdom, type 2-diabetes og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Tilbuddet omfatter normalt undervisning

med fokus på dialog og erfaringsudveksling og kan desuden indeholde fysisk træning målrettet borgernes diagnoser. Tilbuddet gennemføres ofte i et kommunalt sundhedscenter eller lignende.

Eksisterende patientuddannelse giver udfordringer

Patientuddannelsesstilbuddene på sygehuse og i kommuner er ofte udviklet lokalt og er enten ikke evalueret eller evalueret med metoder, der giver ret begrænset generaliserbar viden om patientuddannelse, hvorfor der er behov for mere veludvalgte projekter om patientuddannelse. Region Syddanmark har derfor i tæt partnerskab med Komiteen for Sundhedsoplysning, Odense, Esbjerg, Varde og Langeland kommuner netop gennemført et udviklingsprojekt, hvor parterne har udviklet og pilotafprøvet det nye, kommunale koncept "Vejen Videre" for patientuddannelse. Konceptet går på tværs af hjertekarsygdom, type 2-diabetes og KOL.

Konceptet er et resultat af en grundig udviklingsfase med involvering af mange sundhedsprofessionelle og patienter, afprøvning i de fire kommuner og en omfattende pilotevaluering ved Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA). Evalueringen har vist moderat positive resultater, herunder f.eks. en stor grad af deltagertilfredshed og visse tendenser til effekt på bl.a. deltagernes sundhedsadfærd. Der er derfor med dette projekt en solid base for at videreudvikle gruppebaseret, kommunal patientuddannelse med endnu større effekt til gavn for borgere med kronisk sygdom.

Evalueringen har imidlertid også påpeget væsentlige udfordringer med tilbuddets tilgængelighed, ligesom der – som i andre tiltag, der omhandler borgernes livsstil – er udfordringer med frafald og fastholdelse. Blandt udfordringerne med tilgængelighed er bl.a.:

- *Geografiske, økonomiske, fysiske og tidsmæssige begrænsninger:* Der er lange afstande mellem borgernes bopæl og sundhedscentret, specielt i landkommunerne. Det har betydning for de borgere, som ikke kan transportere sig selv og som er afhængige af offentlig transport. Nogle borgere har en privatøkonomi, der gør det vanskeligt at finansiere transport til et større antal undervisnings- eller træningsgange. Samtidig kan nogle borgere være så begrænsede af deres sygdom, at de har vanskeligt ved at transportere sig (f.eks. borgere med svær KOL). Endelig er det en udfordring for erhvervsaktive borgere at deltage i tilbud inden for sundhedscentrets normale åbningstider.
- *Motivation og organisering:* De livsstilsændringer, der vil gavne den kronisk syge borger, er omfattende, og borgerens motivation for ændringer er ikke statisk, men vil variere over tid, ligesom borgeren ofte vil være præget af en ambivalent holdning til livsstilsændring. Det er derfor væsentligt, at man som borger kan melde sig til tilbud eller søge oplysninger, når som helst man i sit eget forløb har brug for det. Tilbuddet skal med andre ord være til stede, når borgeren har behov for det, hvis motivationen skal udnyttes og risikoen for frafald mindskes. Dette kan være en udfordring for sundhedscentret, idet det er svært at fylde holdene hurtigt op – særligt i mindre kommuner med begrænset patientgrundlag. Desuden rammer typen af tilbud i sundhedscentrene ikke altid plet i forhold til de behov, den enkelte borger oplever.

Digitale løsninger kan øge kvaliteten af fremtidens patientuddannelse

Med udgangspunkt i ovenstående erfaringer er der altså behov for at videreudvikle patientuddannelsesstilbud, der kan:

- Sikre en stor **tilgængelighed** og **fleksibilitet**, så flest mulige borgere har adgang til det rette tilbud på det rette tidspunkt.
- Fremme borgernes **gennemførelse** af tilbuddet og **fastholdelse** af livsstilsændringer.
- Styrke borgernes **motivation** for ændringer.
- Øge den enkelte borgers **udbytte** af tilbuddet.

Der er god grund til at antage, at integrering af digitale, internetbaserede løsninger med mere virtuelle undervisnings- og læringsformer i patientuddannelsestilbud kan opfylde disse behov i udstrakt grad. Tilgængeligheden øges markant, når borgeren kan tilgå tilbuddet hjemmefra. Digitale løsninger kan altså supplere de tilbud, der i dag alene er baseret på fysisk fremmøde på fastsatte tidspunkter. Samtidig kan fleksibiliteten og motivationen øges med en større individualisering af indholdet i patientuddannelsestilbuddet.

Digitale løsninger indeholder desuden nogle andre muligheder for relationer og netværk mellem deltagerne, som det kendes fra f.eks. sociale medier, og for relationer mellem deltagere og sundhedsfaglige eksperter. Relationer og netværk kan igen potentielt påvirke borgerens motivation og mere langsigtede fastholdelse. Endelig kan nye lærings- og netværksformer potentielt fremme borgerens læring i tilbuddet og dermed øge udbyttet og effekten på helbred og livskvalitet.

Region Syddanmark, Varde Kommune og Faaborg-Midtfyn Kommune ønsker derfor i partnerskab at videreudvikle velafprøvede koncepter for patientuddannelse med digitale løsninger, så vi kan skabe fremtidens patientuddannelsestilbud til gavn for borgere med kronisk sygdom. Vi ønsker at skabe denne nye generation af patientuddannelsestilbud i form af et udviklings- og forskningsprojekt, hvor koncepter og løsninger udvikles, afprøves og evalueres som en del af projektet.

Målsætningerne for projektet

Formålet med projektet

Projektet er første delprojekt under visionen Det Digitale Sundhedscenter i Region Syddanmark, som vil udvikle og integrere digitale løsninger i de kommunale sundhedscentres tilbud.

Formålet med projektet er at udvikle et digitalt tilbud om patientuddannelse til borgere med KOL, type 2-diabetes og hjertesygdom, dette som et led i udvikling af Det Digitale Sundhedscenter.

Målene med projektet

- Der er udviklet og integreret en implementerbar generisk model for digital patientuddannelse.
- Der er skabt viden om udbyttet af digital patientuddannelse for borgere med hjertekarsygdom, type 2-diabetes eller KOL, herunder er der skabt viden om, hvordan digitale løsninger bruges af borgerne og påvirker deres udbytte.
- Der er opnået erfaringer med digitale løsninger, som kan anvendes til nye delprojekter under Det Digitale Sundhedscenter.

Den generiske model for digital patientuddannelse skal forholde sig til elementer som undervisningsform, digitale medier, gruppedynamik i et digitalt set-up, anvendelse af sundhedspædagogik i et digitalt set-up, interaktion mellem sundhedsprofessionel og borger i et digitalt set-up. Den generiske model kan efter projektet overføres til andre sygdomsområder, ligesom de digitale medier kan anvendes som værktøjer i flere tilbud i patientuddannelse.

Projektet videreudvikler derved tidligere afprøvede patientuddannelses tilbud for at håndtere de udfordringer, evalueringer har påpeget.

Succeskriterier og evaluering

Evalueringen af projektet kommer til at foregå i et samarbejde mellem Region Syddanmark, der har projektlederrollen og en uddannelses – eller forskningsinstitution.

Planlægningen af evalueringen samt de succeskriterier, som opstilles i forbindelse hermed, vil først ske, når der er fundet ekstern fundraising til projektet, men som udgangspunkt vil der være brug for at evalueringen fokuserer på, om Den Digitale Patientuddannelse bidrager til følgende – set i forhold til de traditionelle tilbud om patientuddannelse.

- En højere gennemførelsesprocent.
- Et større udbytte i de enkelte borgerforløb.
- En højere grad af borgertilfredshed med tilbuddet.
- En større grad af fastholdelse af hensigtsmæssige vaner blandt målgruppen i deres håndtering af sygdommen.

For at opnå dette, skal Den Digitale Patientuddannelse sikre, at der opnås en høj grad af tilgængelighed og fleksibilitet for målgruppen, samtidigt med at tilbuddet skaber stor motivation hos borgerne for at håndtere deres sygdom hensigtsmæssigt.

Indsatsen i projektet

Den grundlæggende idé om digital patientuddannelse

Den grundlæggende idé er at tilbyde patientuddannelse til borgerne i en ny form via digitale værktøjer i Det Digitale Sundhedscenter. Her tilbydes via internetbaserede kommunikationsværktøjer f.eks. undervisning, dialog og sparring, netværk og vidensformidling med fokus på, hvordan borgerne kan leve et godt liv på trods af en kronisk sygdom.

Digital Patientuddannelse bygger videre på tidligere koncepter

Tilbuddet kan bl.a. bygge videre på elementer af det kommunale patientuddannelseskoncept "Vejen Videre – kursus til et bedre liv med KOL, type 2-diabetes og hjertesygdom". Dette koncept har været gennem en grundig udviklingsfase og evaluering. Konceptet bygger på veldefinerede sundhedspædagogiske principper og indeholder en manual for det samlede patientuddannelsesstilbud.

Det er tanken, at elementer fra "Vejen Videre" sammen med inspiration fra andre koncepter sættes sammen i en ny digital ramme i det nye patientuddannelsesstilbud, som det aktuelle projekt skal udvikle. F.eks. kan indholdselementer fra eksisterende koncepter bruges som inspiration i det nye tilbud, ligesom den grundlæggende sundhedspædagogiske linje fra nuværende koncepter kan fastholdes. Fordelen ved dette er, at en stor del af det indholdsmæssige i det nye patientuddannelseskoncept er fastlagt, således at udviklingen af det nye koncept kan fokusere på at indarbejde de digitale elementer som et pædagogisk værktøj.

Nyskabende netværksbaseret patientuddannelse

Det nyskabende i det nye patientuddannelsesstilbud, er:

- *Formen* med den digitale brugerflade og internetbaserede kommunikationsværktøjer.
- *Relationer og sociale netværk* udfolder sig via digitale kommunikationsværktøjer og ikke alene ved fysisk fremmøde i gruppeundervisning.
- *Fleksibiliteten* ved, at forskellige værktøjer og elementer i tilbuddet kan tages i anvendelse efter borgernes individuelle behov, når timingen er rigtig for den enkelte.

Vi vil fastholde et udgangspunkt i gruppebaseret patientuddannelse, da der er vigtige argumenter for dette i form af både gruppedynamik og økonomi. Samtidig vil vi udnytte potentialet med større fleksibilitet i de digitale løsninger.

Man kan tale om, at skellet mellem de nuværende gruppebaserede tilbud og tilbud om individuel vejledning udviskes, og at der skabes en ny blandingsform – en form for *netværksbaseret patientuddannelse*. Vi vil med andre ord nytænke det gruppebaserede tilbud i en digital form.

Det nye patientuddannelsesstilbud forankres og udbydes i de eksisterende organisatoriske rammer i kommunerne, hvor patientuddannelse udføres i dag, dvs. f.eks. i fysiske sundhedscentre.

Grundtanken er, at de involverede kommuner og øvrige parter er fælles om at udvikle den digitale platform og de digitale værktøjer i projektet. I forlængelse af dette er forventningen i dette delprojekt, at kommunerne efterfølgende driver patientuddannelsesstilbuddet i fællesskab ud fra en

fælles, central digital platform og med fælles beslutninger om moduler mv., der anvendes i tilbuddet.

Kommunerne deler sundhedsprofessionelle medarbejderressourcer i driften af tilbuddet og søger derigennem at øge fleksibiliteten for borgerne pga. øget tilgængelig til platformen. Videreudvikling af de digitale løsninger vil oplagt ske i partnerskab mellem kommunerne om nye delprojekter.

Den nødvendige organisatoriske tilpasning i kommunerne handler således i projektperioden ikke om at opbygge nye organisatoriske enheder mv., men om at den eksisterende organisation indarbejder nye rutiner i de sundhedsprofessionelles rolle i patientuddannelse. Således vil både interaktionen med borgerne via digitale værktøjer og kombinationen af synkron og asynkron dialog stille nye krav til de sundhedsprofessionelle.

En væsentlig del af indsatsen i projektet er derfor at planlægge og gennemføre kompetenceudvikling af de sundhedsprofessionelle, herunder at udarbejde et standardiseret koncept for kompetenceudviklingen, som kan udbredes sammen med den digitaliserede patientuddannelse efter projektperioden.

Projektparterne kan overveje kombinationer, hvor kontakten til borgerne via digitale medier er organiseret fælles, mens et forløb samtidig indeholder holdundervisning ved fysisk fremmøde, hvilket arrangeres af den enkelte kommune af hensyn til nærheden til borgerne

Patientuddannelses tilbuddets digitale elementer

Som beskrevet i visionen om Det Digitale Sundhedscenter i Region Syddanmark kan de digitale løsninger grundlæggende bestå af tre elementer: 1) En digital kommunikationsplatform, 2) værktøjer og moduler samt 3) fysisk tilstedeværelse og redaktion. Vi henviser til visionen for en uddybning af disse elementer.

Det er vores grundlæggende tilgang til udviklingen af det nye patientuddannelses tilbud – og særligt de digitale elementer – at de foreløbige ideer til værktøjer mv. kvalificeres og valideres i meget tæt samarbejde med brugerne og relevante samarbejdspartnere.

Organisering af projektet

Projektet organiseres med en projektejer, en projektleder, en projektgruppe og en følgegruppe. Projektlederen referer til partnerskabet omkring Visionen for Det Digitale Sundhedscenter.

Projektejer og styregruppe

Projektejer er Afdelingen for Sundhedssamarbejde og Kvalitet i Region Syddanmark med afdelingschefen som ansvarlig leder.

Projektledelse og projektgruppe

Den daglige projektledelse varetages af en projektleder i Afdelingen for Sundhedssamarbejde og Kvalitet i Region Syddanmark.

Der etableres en projektgruppe bestående af udførende projektledere/-medarbejdere fra deltagende kommuner og Region Syddanmark. Projektgruppen har ansvar for under projektlederens styring at detailplanlægge og gennemføre projektet. Projektgruppen referer til styregruppen.

Følgegruppe

Der etableres en følgegruppe bestående af repræsentanter fra Danske Patienter, syddanske kommuner, almen praksis og sygehuse i Region Syddanmark. Følgegruppen kan indkaldes af projektgruppen ad hoc og benyttes til at indsamle feedback på ideer og konkrete løsningsforslag undervejs i projektet. Følgegruppens rolle er således at bidrage til, at løsningerne i projektet har høj kvalitet samt at de har høj relevans og dækker behov hos brugere og sundhedsprofessionelle.

Deltagende kommuner

Initiativet til projektet er taget i Varde Kommune. En fælles arbejdsgruppe bestående af Varde Kommune, Faaborg-Midtfyn Kommune og Region Syddanmark har udviklet projektbeskrivelsen.

Borgerne som medproducenter

Borgerne ses i dette projekt ikke blot som en passiv målgruppe men derimod som medproducenter. Borgeren som medproducent kan anskues fra to sider:

1. Den form for medproduktion, der ligger først for består i, at borgerne engageres i at udvikle Den Digitale Patientuddannelse. Viden fra borgerne om egne vaner og brug af digitale medier er et eksempel, mens et andet kan være at drøfte og vurdere den viden og de erfaringer, der allerede findes fra f.eks. videnskabelige undersøgelser om borgernes brug af Patientuddannelse. Borgerne er dermed med til at udvikle og kvalificere tilbuddet om Digital Patientuddannelse.
2. Når Den Digitale Patientuddannelse er klar til afprøvning, forventes det, at borgerne selv er med til at tage ansvar for deres forløb. Borgerne ses som medproducent af deres eget undervisningsforløb, forstået på den måde, at de medinddrages i deres eget forløb og ikke blot er en passive modtagere af et kommunalt sundhedstilbud.

Borgeren bliver dermed medproducerende, dels i forhold til udviklingen af tilbuddet, dels i forhold til at opnå gevinster af de tilbud, som Den Digitale Patientuddannelse rummer.

Forudsætninger for projektets succes og udbredelse

Projektet spiller sammen med flere strategiske initiativer

Digital patientuddannelse i Det Digitale Sundhedscenter passer som tema ind under yderligere et par regionale og landsdækkende strategiske initiativer, ud over de, der allerede er nævnt i visionen. Disse er:

- "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark" – populært kaldet kronikerstrategien. Strategien beskriver indsatsen hos sygehuse, almen praksis og kommunerne i regionen for borgere med kronisk sygdom og er vedtaget i fællesskab mellem regionen og alle 22 kommuner i regionen.
- Patientforløbsprogrammerne, der beskriver den nærmere opgavedeling mellem parterne for bl.a. kronisk hjertesygdom, type 2-diabetes og KOL. Patientuddannelseskonceptet "Vejen Videre" er tilpasset disse forløbsprogrammer, så patientuddannelses tilbuddet svarer til en væsentlig del af kommunernes indsats for de tre diagnosegrupper.

Patientuddannelse er udbredt i kommunerne i Region Syddanmark

Kommunerne i Region Syddanmark har stor erfaring med at gennemføre patientuddannelses tilbud, heriblandt også i form af større, tværkommunale udviklingsprojekter. Disse projekter har både skabt solid erfaring med sammenhængende forløb på tværs af kommuner og sygehuse og har skabt viden om den indholdsmæssige og sundhedspædagogiske del af patientuddannelse. Desuden har Region Syddanmark i samarbejde med bl.a. Steno Diabetes Center udviklet og gennemført kurser i sundhedspædagogik for næsten 600 sundhedsprofessionelle fra både kommuner og sygehuse.

Med udgangspunkt i ovenstående er der solid basis for, at Region Syddanmark og kommuner i regionen i fællesskab kan planlægge, gennemføre, evaluere og udbrede det aktuelle projekt om digitalisering af patientuddannelse: Der er markante strategiske dagsordener, der skaber forventning om bred opbakning til projektet og til implementering af dets produkter, og der er stor erfaring med at drive udviklingsprojekter og med at drive patientuddannelses tilbud.

Tids- og procesplan

En endelig tids- og procesplan for projektet følger senere når der er blevet nedsat en projektgruppe med en projektleder.

Koncept- og analysefasen

Ved projektets opstart defineres de helt præcise rammer og succeskriterier for projektet. Derudover gennemføres der en analysefase, som består af to dele: 1) Borgernes ønsker, behov og muligheder og 2) De digitale it-løsninger.

I analysefasen skal det via en brugerdreven innovationsproces klarlægges hvilke behov målgruppen har i forhold til deres kroniske sygdom og håndteringen heraf. Desuden skal målgruppen beskrives nærmere med hensyn til alder, it-færdigheder, status jævnfør stratificeringen i patientforløbsprogrammerne, motivation etc. Det skal desuden undersøges, hvordan de digitale medier anvendes af forskellige grupper. Formålet med disse tiltag er, at det bliver nemmere at målrette formidlingen samt udvælge de bedst egnede digitale it-løsninger. Det er essentielt at anlægge et patientperspektiv på projekteringen af Det Digitale Sundhedscenters patientuddannelse, så vi udvikler de mest brugbare løsninger til borgerne.

Udvikling af pædagogisk tilgang – herunder nytænkning af det gruppebaserede i en digital form. Involvering af Steno Diabetes Center om dette.

I forhold til de digitale it-løsninger skal det klarlægges, om noget lignende tidligere har været prøvet af, eller om der findes noget, som er i brug. Hvis ikke der findes noget lignende, kan det være en mulighed at se på de erfaringer, som findes inden for uddannelsessystemet, hvor digital læring og formidling har været brugt i flere år.

I konceptfasen skal projektets faste samarbejdspartnere desuden identificeres. Hvilke kommuner og andre parter er med, og hvilke ressourcer skal man investere. Forankringen af samarbejdet er en forudsætning for at projektet kan få succes, og det skal være klart for alle hvad man forpligter sig til i driftsfasen.

Udviklingsfasen

Udviklingsfasen består af to enkeltfaser: Specifikation og design.

I specifikationsdelen beskrives helt ned i detaljer, hvad indholdet i Det Digitale Sundhedscenters patientuddannelse skal være, herunder også hvordan det skal målrettes. Resultaterne fra analysefasen skal kobles med viden omkring voksenpædagogik. Vi skal vælge, hvilke digitale redskaber der skal være til rådighed i løsningen, og alle disse delelementer skal specificeres hver især. Som afslutning på specifikationen skal der være en grundig beskrivelse af den samlede digitale it-løsning, udtrykt i sideskitser/wireframes.

I designdelen klarlægges løsningernes visuelle udtryk. Det er vigtigt at ramme den rigtige henvendelsesform til målgruppen, og designet skal understøtte brugervenlighed og skabe overblik.

De to enkeltfaser er overlappende og indbyrdes afhængige. Der inddrages relevante sundhedsprofessionelle og brugere i udviklingen af den digitale platform. Herved kan de

tilkendegive hvilke funktioner, der vil være behov for set med de sundhedsprofessionelles og brugernes øjne.

Programmering og etablering af værktøjer

Herefter foregår produktion af selve Det Digitale Sundhedscenter, dvs. rammerne for de forskellige tilbud. Undervejs i projektet vil det være blevet afklaret om og i hvilket omfang der skal produceres website, webinarer, videoer, online dialog og andre digitale løsninger. Disse skal også produceres i denne fase.

De digitale it-løsninger skal afprøves sammen med målgruppen og de sundhedsprofessionelle.

De sundhedsprofessionelle medarbejdere i kommunerne skal igennem et kompetenceudviklende forløb, som skal sætte dem i stand til at undervise og formidle via Det Digitale sundhedscenter.

Pilotprojekt og evaluering

Når løsningen lanceres, går pilotprojektet i gang. Pilotprojektet varer X år. For at sikre, at projektet udvikler sig i den intenderede retning, vil der allerede X år efter lanceringen blive foretaget en midtvejsevaluering, hvor man belyser, hvordan projektet skal videreføres, og hvilke tilretninger af projektet, der er hensigtsmæssige. Der skal laves en evalueringsplan i samarbejde med et forskningsinstitut. Evalueringen skal bl.a. omfatte vurdering af cost-benefit; vurdere om løsningen modsvarer borgernes og de sundhedsprofessionelles behov; og belyse hvordan de forskellige brugere anvender værktøjerne.

Budget

I efteråret 2013 skal der søges midler via ekstern fundraising til visionen for det Det Digitale Sundhedscenter og det første delprojekt, som omhandler digital patientuddannelse. Til dette vil der være et behov for en mindre kommunal og regional medfinansiering.

Bilag: 654.1. Notat vedr. tilrettelæggelse af borgerens frie valg af leverandør og fritvalgsbeviser

Udvalg: Udvalget for Social og Sundhed

Mødedato: 08. oktober 2013 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 128539/13

Notat vedr.:

Tilrettelæggelse af borgerens frie valg af leverandør af hjemmehjælp og fritvalgsbevis.

"Et moderne velfærdssamfund sætter borgeren i centrum og tilbyder fleksible muligheder for at vælge de servicetilbud, der passer bedst"

Social- og Integrationsminister Karen Hækkerup feb. 2013

Den ny Lov vedr. administration af fritvalgsområdet som blev vedtaget marts 2013 er en forenkling af reglerne for Byrådets tilrettelæggelse af borgernes frie valg af leverandør på hjemmehjælpsområdet (Lov 326 af 23. marts 2013 + bekendtgørelse nr. 344 af 26. marts 2013).

Det er KL og regeringens vurdering, at loven vil reducere de administrative opgaver i forbindelse med konkurrenceudsættelse af hjemmehjælpsydelse.

Som udgangspunkt fastholder og udvider loven borgerens ret til frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp. Dette betyder, at der per 1. januar 2014 indføres et lovkrav om at **borgerne skal have mulighed for at vælge mellem to eller flere leverandører.**

En af intentionerne med loven er at give Byrådet mere frihed og fleksibilitet til at tilrettelægge hjemmehjælpen på baggrund af områdespecifikke overvejelser om markedsforhold, særlige lokale hensyn og borgernes behov. Det er endvidere intentionen, at styrke byrådets muligheder for at opnå mere omkostningseffektive løsninger end under de nuværende regler. Det kan ske ved at konkurrenceudsætte hjemmehjælpsydelser sammen med andre driftsområder fx plejeopgaver i boliger eller sygeplejeydelser.



ar alle en drøm
klare os selv
VARDE KOMMUNE

Der er tre metoder til at tilvejebringe borgernes frie valg:

1. At bruge de generelle udbudsregler (dem der gælder på alle andre områder) på hele eller dele af området. Kommunen kan her vælge at undtage dele af den kommunale hjemmepleje.
2. At fastholde den nuværende godkendelsesmodel
3. At tilbyde borgerne et såkaldt **fritvalgsbevis** – en slags voucher - som borgeren kan indløse hos CVR-registrede, private virksomheder, der udfører hjælpen.

Hvis borgeren som udgangspunkt ikke sikres et frit valg ved anvendelse af enten model 1 eller 2 skal model 3 tages i anvendelse.

Som udgangspunkt er det på nuværende tidspunkt muligt for Varde Kommune, at opfylde lovens intention om at sikre borgerens frie valg under den nuværende godkendelsesmodel, hvor leverandørerne afregnes til den gennemsnitspris og kvalitet som den kommunale leverandør leverer ydelsen til. Dette skyldes, at Blåbjerg pleje og aktivitetscenter er godkendt leverandør også på plejeområdet og der derfor både er mulighed for et kommunalt og for et privat tilbud. **Der er derfor ikke nogen "brændende" platform for Varde Kommune i forhold til efterlevelse af lovens regler.**

Et fremadrettet strategisk valg vil dog skulle belyse mulighederne for at vælge et strategisk spor på dette område, som afspejler de lokale politiske og økonomiske hensyn som den nye lovgivning åbner mulighed for.

Social og Sundhedsområdet indgår pt. i et indledende analysearbejde i regi af KL med hensyn til at afdække potentialet under en udbudsmodel. Denne analyse vil indeholde KL's vurdering af fordele og ulemper ved udbud samt en præcisering af mulighederne for at sammesætte indholdet af udbuddet. KL's analyse tænkes præsenteret for udvalget i oktober måned 2013.

Inden årsskiftet skal der dog tages politisk stilling til, hvorvidt borgerne skal tilbydes muligheden for et fritvalgsbevis. Dette skyldes, at borgerne kan søge om dette per 1. januar 2014 og at kommunen derfor skal kunne give afslag/ tilsagn på tilbuddet. Det er derimod ikke nødvendigt med hurtig stillingtagen til eventuel indførelse og tilrettelæggelse af udbudsmodel, da Varde Kommune efterkommer lovens krav om frit valg mellem flere leverandører på ydelserne: pleje, rengøring og madservice.

Nærværende notat skal give mulighed for at tage den politiske diskussion omkring indførelse af fritvalgsbeviser indenfor et kort tidsperspektiv samt kort introducere de nye muligheder i loven indenfor området.

Udbud

Med lovændringen får Byrådet større frihed til at indgå aftaler med leverandører af hjemmehjælpsydelser. Serviceloven vil ikke længere indeholde betingelser for Byrådets udvælgelse af leverandører af hjemmehjælp efter Servicelovens §83. Dermed øges frihedsgraden i forhold til valg af leverandør.

Et eksempel på en model er rammeudbud. Her udvælges et nærmere antal vindere, som borgerne herefter frit kan vælge i mellem. Udbud gennemføres og ved annoncering tilkendes, hvorvidt Kommunen ønsker at udpege mere end en vinder og samtidig angive, hvor mange leverandører, der kan blive tale om. Byrådet udpeger en leverandørkreds på baggrund af eksempelvis pris, geografisk spredning og kompetencer, som

sikrer at borgerne kan vælge mellem forskellige kompetente leverandører. Afregningsprisen til leverandører fastsættes efter udbud af området.

Samtidig bliver det muligt at Byrådet kan samle udbud af driftsområder fx i et geografisk område i forhold til hjemmehjælp, delegerede sygeplejeydelser og et plejecenter.

Samtidig bliver det muligt under den nye lov at lade den kommunale leverandør stå udenfor hele eller dele af udbuddet. Dette skal der gøres opmærksom på i udbudsmaterialet så private leverandører er klar over denne konkurrencemæssige betingelse. Den kommunale leverandør vil i givet fald skulle afregnes til en pris, der afspejler den kommunale leverandørvirksomheds gennemsnitlige langsigtede omkostninger ved at producere og levere tilbuddet.

Da Kommunen har forsyningsforpligtelsen overfor borgerne vil en mulighed med bibeholdelse af kommunal leverandør begrænse risikoen for forsyningssvigt og samtidig sikre viden og kompetencer til at løse opgaven med at udføre hjemmehjælp.

Det er KL og Regeringens vurdering, at man ved indførsel af udbud kan opnå besparelser på området. Der pågår som tidligere nævnt et udredningsarbejde i Varde Kommune, som kan danne grundlag for de politiske drøftelser i Varde Kommune omkring udbud.

Godkendelsesmodellen

Godkendelsesmodellen er den mest udbredte model i Kommunerne i dag, og er da også historisk den model Varde Kommune har taget i anvendelse.

I denne model godkender Byrådet en række leverandører, som de visiterede borgere frit kan vælge i mellem. Denne model sikrer, at borgerne kan vælge mellem en række kompetente leverandører, som lever op til kvalitets og priskrav fastsat af Byrådet.

I denne model fastsættes afregningsprisen på baggrund af den kommunale leverandørs gennemsnitlige, langsigtede omkostninger ved at levere en ydelse. De gennemsnitlige omkostninger inkluderer normalt både de direkte omkostninger, det vil sige de omkostninger, der direkte kan henføres til det pågældende tilbud som fx: Køb af materialer, løn, kørsel etc. og de indirekte omkostninger som fællesomkostninger til lokaler og afskrivninger på lokaler.

FAKTA BOKS

Godkendte leverandører:

Hjemmepleje Midt/Vest
Hjemmepleje Nord/Øst
Renox rengøring
Absolut Rent
BT's Rengøring
Vikarservice
Forenede Service
Blåbjerg Pleje- og
Aktivitetscenter.

Vidste du...

...at en times praktisk bistand koster ca. 400 kr. og en times personlig pleje i dagtid koster 500 kr.

Der i gennemsnit visiteres til 3,3 timers hjælp ugentligt & at der er ca. 1200 borgere, som serviceres af kommunale og private fritvalgsleverandører.



I Finanslovsaftalen for 2013 afskaffedes kravet om, at timeprisberegningen skulle foretages på baggrund af registreringer om den faktisk leverede tid i forbindelse med udførelsen af hjælpen. Dermed kan det anslåede timeforbrug for perioden anvendes ved fastsættelse af timepris.

Fritvalgsbeviser

Vælger Byrådet at tilbyde borgere visiteret til hjemmehjælp frit valg via et fritvalgsbevis, vil borgeren kunne udvælge og indgå aftale med en privat leverandør om udførelse af den visiterede hjælp.

Dermed skal den leverandør som borgeren vælger ikke godkendes af Kommunalbestyrelsen. Ordningen forventes at øge borgerens selvbestemmelse og fleksibilitet i hverdagen. Borgeren kan aftale med sin leverandør, at det er den samme hjælper, der skal komme hver gang. Omvendt kan Byrådet ikke stille kvalitetskrav til leverandør, hvilket kan betyde, at opgaven løses af ufaglærte og dokumentationen foregår i andre systemer end omsorgssystemet.

Sagsbehandler vil ved bevilling af fritvalgsbevis skulle vurdere, hvorvidt borgeren kan håndtere brugen af og udmøntningen af dette. Hvis borgeren vurderes til **ikke** at kunne håndtere fritvalgsbeviset (fx ved demens, udtalt svækkelse og lignende) vil myndigheden skulle give afslag. Dette er ikke en opgave myndigheden har i dag, da kommunen anvender godkendelsesmodellen. Indførelse af fritvalgsbevis vil derfor tilvejebringe en ekstra administrativ opgave for myndighedsafdelingen (Social og Handicapafdelingen), dels i forhold til vurderingen af borgerens habilitet (bevilling/afgørelse) og dels i forhold til tilsynsforpligtelsen dvs. opfølgningen på hjælpen ude ved borgeren. Derudover vil afgørelserne om fritvalgsbevis kunne ankes til Ankestyrelsen på linje med øvrige klager på det sociale område (Bemærk: Dette er ny praksis – det var tidligere de Sociale Nævn som behandlede klager på området).

Den private leverandør som borgerne kan antage skal være en CVR registreret virksomhed. Borgerne vil således ikke kunne vælge en privat person til at udføre hjælpen eksempelvis en nabo eller pårørende. Dermed vil borgerene ikke have et arbejdsgiveransvar forbundet med ordningen.

Fritvalgsbeviset betyder, at borgerne kan vælge mellem mange flere leverandører end dem, som er godkendt i dag. Det øger samtidigt kompleksiteten i samarbejdet med f.eks. hjemmesygeplejerskerne og terapeuterne, hvorfor rehabiliteringstanken forventes svær at realisere indenfor denne organiseringsform.

Ordningerne kan anvendes samtidigt men ikke på samme ydelsestyper. F.eks. vil rengøring kunne organiseres ved hjælp af fritvalgsbevis, mens personlig pleje kan ske ved udbud.

Fordele og ulemper ved fritvalgsbeviset set i hhv. et etisk og økonomisk perspektiv.

Fordele og ulemper ved indførelse af fritvalgsbevis kan med fordel vurderes ud fra et etisk og et økonomisk perspektiv. I et etisk perspektiv må der vurderes på, hvordan fremtidens ældre og opgaver på området ser ud. Her tages udgangspunkt i de ressourcetsvage ældre og nye opgaver. Billedet af fremtidens ældre er generelt positivt (jf. rapport fra Hjemmehjælpskommissionen 2013).

Mange af fremtidens ældre forventes at være ressourcestærke på en lang række områder: Et godt helbred, et godt socialt netværk, et aktivt fritidsliv og en god økonomi. De vil have flere ressourcer til at tage ansvar for eget liv og klare sig selv – også i de sene år af livet. Men der er også et mindretal som ikke er så

ressourcestærke. Især 2 målgrupper forventes at øges i fremtiden 1) demente og 2) alkoholikere og borgere med andre misbrugsproblemer. Hjemmehjælpskommissionen peger derfor på, at kommunernes indsats skal tage afsæt i et mere differentieret ældrebillede. I forhold til at den skal tage højde for det potentiale som den voksende gruppe af ressourcestærke ældre kan bidrage med, og samtidig sikre at det er den rigtige hjælp og støtte til svage ældre, der har brug for omfattende hjælp.

Hjemmehjælpskommissionen peger samtidigt på behovet for at gentænke måden at anskue hjemmehjælpen på, så hjælpen bliver i overensstemmelse med servicelovens oprindelige målsætning om "hjælp til selvhjælp" og fremme af den enkeltes mulighed for at klare sig selv.

Der er følgende etiske og økonomiske perspektiver, som med fordel kan overvejes i forhold til indførelse af Fritvalgsbevis:

Etiske perspektiver	Model: Indførelse af fritvalgsbeviset
Respekt for borgerens selvbestemmelse Sikre retten til indflydelse på eget liv	Borgeren har i denne model stor frihed til at vælge leverandør, at det er den samme hjælper, der skal komme hver gang.
Omsorg for det sårbare liv Opgaven med at beskytte det sårbare liv	Det er svært for borgeren at gennemskue, hvad der vælges i mellem, da der ikke er et minimum af kvalitetskrav til leverandøren. Det er borgeren selv, som skal lave kvalitetskravene til leverandøren. Der kan derfor være risiko for mindre god kvalitet i opgaveløsningen bl.a. i forhold til at sikre det rehabiliterende sigte.
Pligt	Sikrer at borgeren inddrages i leveringen af hjemmehjælpen. Byrådet har en forsyningsforpligtelse og der vil stor risiko for at den valgte leverandør (da det kan være små firmaer) ikke kan levere ved sygdom og ferie. I sådanne tilfælde skal Byrådet sikre sig at den kommunale eller anden leverandør kan levere den nødvendige hjemmehjælp. Kommunen har tilsynsforpligtelsen og vil derfor have en opgave i at følge op på om ydelserne leveres. Der er ingen garanti for at leverandøren har et IT-system som kan modtage forløbsplaner fra sygehuset elektronisk.
Økonomiske perspektiver	
Afregning	Der afregnes til udbudspris eller godkendelsespris alt afhængig af kommunens valg. Indførelse af fritvalgsbevis har derfor ingen prisreducerende virkning. Der kan være øgede udgifter til flere ydelser fordi der ikke er kvalitetskrav til leverandøren i fht. at handle på tab af funktionsevne. Der forventes øgede administrative omkostninger i forbindelse med indførelse af tiltaget i forhold til vurdering af borgerens habilitet, eventuelle klagesager og opfølgning på hjælpen.
Hensyn til private virksomheder	Der kan være et politisk hensyn i forhold til at understøtte private virksomheder.

Konsekvensvurdering af indførsel af tiltaget.

Der er ingen sikkerhed for at den leverandør, som borgeren vælger, har kompetencer til at løse opgaven og et kompetenceniveau til at intervernerer tidligt i et forløb, hvis borgerens tilstand forværres. Konsekvensen kan være unødvendigt funktionstab hos borgeren, der kan føre til mere omkostningskrævende ydelser. Det kan også være problematisk at leverandørerne ikke kan modtage forløbsplaner direkte fra sygehuset.

Der forventes ekstra administrative omkostninger ved indførsel af tiltaget. Både i forhold til bevilling og afslag på ordningen men også i forhold til opfølgning af hjælpen ved leverandør.

På positiv siden får borgeren stor frihed til selv at tilrettelægge og styre sin hjælp ligesom der kan være hensyn til et privat erhvervsliv.

Anbefaling.

Det er direktørens anbefaling, at Social- og Sundhedsudvalget på nuværende tidspunkt fravælger muligheden for fritvalgsbevis og i stedet afventer potentialeafklaringen fra KL i forhold til at vurdere nye organisationsformer på området herunder udbud af hele eller dele af hjemmeplejens ydelser.

Anbefalingen bygger på følgende argumenter:

- 1) Kommunen kan i dag leve op til lovens krav om at kunne tilgodese borgernes frie valg mellem flere leverandører på ældreområdet både indenfor: Pleje, rengøring og madservice.
- 2) Fremtidens borgere, som er visiteret til hjemmehjælp forventes at være mindre ressourcestærke og vil have mindre fordel af selvbestemmelsesretten end tidligere. Det gode liv er sårbart og skrøbeligt for de mennesker. En del af den kommunale opgave bliver derfor at beskytte det sårbare liv. Dette sikres bedst i en model med få leverandører med klare kvalitetskrav og opfølgning. Dette hensyn vurderes bedst at kunne tilgodeses enten i en model med udbud eller i en godkendelsesmodel.
- 3) Fremtidens opgaver stiller krav til leverandøren om at tænke i borgerforløb. Dette stiller krav til samarbejdsevne med fx sygepleje og terapeuter samt dokumentation i IT systemer. Dette hensyn vurderes bedst at kunne tilgodeses enten i en model med udbud eller i en godkendelsesmodel.

Bilag: 655.1. Status over byggeprojekter

Udvalg: Udvalget for Social og Sundhed

Mødedato: 08. oktober 2013 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 1009308/12

Status over byggeprojekter.

Projekt: Tistrup:

Byggestart d. 24.9.2012.

Status d. 12.6.2013

Beboerne er flyttet ind den 1. august 2013 og de er meget glade for at bo der.

Der er indvielse af centret d. 3. oktober 2013.

Projekt: Bo Østervang:

Projektering er i gang. Projektet udbydes som prækvalifikation – fagentreprise.

Der har været afholdt licitation. Licitationen gik godt.

Byggeriet er startet og støbning af fundamenter er opstartet.

Projekt: Skovlunden.

Projektering er i gang. Projektet udbydes som prækvalifikation – fagentreprise.

Projektet er sendt i udbud d. 2. okt. 2013 og der holdes licitation d. 25. okt. 2013

Bilag: 655.2. Program for KL's Handicap- og Psykiatrikonference den 11/11-201

3

Udvalg: Udvalget for Social og Sundhed

Mødedato: 08. oktober 2013 - Kl. 8:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 143060/13

Program

KL's Handicap- og Psykiatrikonference 2013

- 1 år med temaet "Investér før det sker"

Den 11. november på Hotel Comwell Kolding



Program

- 09.00 – 09.30** **Kaffe/te og morgenbrød og besøg i udstillerområdet**
- 09.30 – 09.45** **Velkomst og visning af filmen 'Investér før det sker'**
v/ Anny Winther, formand for KL's Social- og Sundhedsudvalg

Ordstyrer: Adam Holm, Journalist på DR2
- 09.45 – 11.00** **Den aktive borger – involvering og motivation**
Inklusion, mestring og rehabilitering er de seneste år blevet de kernebegreber, som karakteriserer arbejdet med at skabe bedre muligheder for, at mennesker med nedsat funktionsevne og sociale problemer kan være en del af fællesskabet. Men det stiller krav om kulturændringer, nye arbejdsmåder og samarbejdsformer i den kommunale sektor. Tre oplægsholdere vil fra hver deres vinkel give et bud på, hvordan vi bedst møder 'den aktive borger'.
v/Direktør Peter Pietras, Odense Kommune: Ny virkelighed – ny velfærd, Psykolog Laura Tang Jensby: Refleksiv praksis og brugerinvolvering med 'Feedback Involved Treatment' og Konsulent Gregers Rosdahl: Motivation af borgeren med 'Motivational interviewing' – hvordan gør man det i praksis?
- 11.00 – 11.30** **Pause med kaffe/te og besøg i udstillerområdet**
- 11.30 – 12.15** **Fremtidens socialpolitik – hvad betyder det i praksis?**
Regeringens psykiatriudvalg barsler med en rapport, som skal danne afsæt for regeringens handleplan for udviklingen af psykiatriområdet, der er indgået politisk aftale om justering af kommunalreformen, og KL har i foråret offentliggjort et socialpolitisk udspil 'Investér før det sker'. Hvad er de vigtigste opmærksomhedspunkter i de nye initiativer? Og hvilken betydning vil de få i hverdagen for borgere, medarbejdere og ledere?
Oplæg og debat v. Knud Aarup, direktør i Socialstyrelsen, Vagn Nielsen, direktør i Sundhedsstyrelsen og Jane Wiis, direktør i KL.
- 12.15 – 13.15** **Frokost, samt besøg i udstillerområdet**
- 13.15 – 14.30** **Sessioner**
1. KRAM i de socialfaglige tilbud – hvordan skaber vi systematik og kvalitet?
 2. Hvordan skaber vi sammenhæng i indsatserne – set i lyset af FØP/fleks-reformen?
 3. Inklusion og bedring via inddragelse af netværk og lokalsamfund
 4. Inklusion på arbejdsmarkedet – kan det betale sig?
 5. Fra velfærdsteknologisk potentiale til konkrete forbedringer
 6. Strategisk udvikling gennem brugerinddragelse
 7. Fleksibel og målrettet visitation med fremskudt sagsbehandling
- 14.30 – 15.00** **Pause med kaffe/te og kage og besøg i udstillerområdet**
- 15.00 – 15.30** **Nye tilgange på socialområdet – status og virkningsfulde metoder**
Flere kommuner har de seneste år ændret tilgang og tilbudsvifte på handicap- og psykiatriområdet. Hensigten er både, at borgerne får bedre muligheder for at mestre eget liv, og at kommuneøkonomien kan strække til den voksende brugergruppe. I oplægget præsenteres nyere forsknings- og undersøgelsesresultater på området, og der sættes fokus på nogle af de omkostningseffektive metoder, der kan understøtte virkningsfulde forløb for mennesker med nedsat funktionsevne.
v/ Seniorforsker Steen Bengtsson, SFI
- 15.30 – 15.55** **Med et smil på læben**
Der er aktuelt stort fokus på, hvordan velfærdsløsninger kan skabes i et samspil mellem kommune og borgere, frivillige organisationer, private virksomheder m.fl. Det kalder vi samskabelse. Men hvor er de gode eksempler på det i praksis? og hvorfor og hvordan opstår frivillighed? Purpose Makers vil med afsæt i erfaringer fra bl.a. Tal ordentligt, Smil på læben og Cykling uden alder-bevægelserne fortælle om, hvad der motiverer borgere og virksomheder til at starte og deltage i sociale og frivillige bevægelser.
v/ Lærke Ullerup og Ole Kassow, Purpose Makers. Læs mere på: www.purpose.dk
- 15.55 – 16.00** **Farvel og tak for denne gang!**

Sessioner fra kl. 13.15 – 14.30

Session 1: KRAM i de socialfaglige tilbud – hvordan skaber vi systematik og kvalitet

På kommunernes tilbud til borgere med fysiske, psykiske eller kognitive funktionsnedsættelser er der en unik mulighed for at sætte fokus på forebyggelse af livsstilssygdomme. I sessionen præsenteres viden om barrierer og indsatser samt praksiserfaringer med at understøtte sundhed hos borgeren.

v/ Eva Michelle Burchard, konsulent, Center for Forebyggelse i praksis, KL, m.fl.

Session 2: Hvordan skaber vi sammenhæng i indsatserne set i lyset af FØP/fleks-reformen?

Mange borgere med komplekse problemstillinger befinder sig i dag langt fra job og uddannelse. Der er brug for et styrket tværsektorielt samarbejde for at forebygge, at problemerne forværres. KL har sammen med 17 kommuner udviklet en række modeller, der har fokus på at sikre en systematisk indsats for forskellige målgrupper uden for eller på kanten af arbejdsmarkedet. I sessionen præsenteres dels de udviklede modeller til styrket systematik på området, dels de første erfaringer fra kommunernes forløbsarbejde, som er sat i gang i forbindelse med førtidspensions- og fleksjobreformen.

v/ Camilla Tredal Jørgensen, konsulent, KL's Kontor for Arbejdsmarked og Erhverv, samt Daniel Schwartz Bojsen, Rambøll Management

Session 3: Inklusion og bedring via inddragelse af netværk og lokalsamfund

Hvordan kan kommunerne arbejde med et udvidet fokus på borgerens omgivelser og deltagelsesmuligheder i samfundet? Hvordan kan kommunerne i praksis understøtte og udvikle indsatser, hvor deltagelse, inklusion og styrkelse af sociale netværk og fællesskaber i lokalsamfundet er i centrum? Sessionen præsenterer forskning og erfaringer fra ind- og udland om betydningsfulde faktorer i social inklusion samt erfaringerne fra projekt 'Fritids guider' med inklusion i det almindelige foreningsliv for mennesker med handicap eller sindslidelse.

v/ Faglig konsulent Agnete Neidel, Faglig konsulent Connie Cramer Jensen og konsulent Martin Sandø, Socialstyrelsen

Session 4: Inklusion på arbejdsmarkedet – kan det betale sig?

At kunne mestre et job på en ordinær arbejdsplads er en klar indikator for inklusion i samfundslivet for voksne med en funktionsnedsættelse. Hvordan får kommunen styrket arbejdet med at få flere borgere med handicap eller sindslidelse i job? Er det realistisk, at personer med svære sindslidelser kan komme i job? Kan det betale sig, at udviklingshæmmede med en førtidspension får et job med løntilskud? Få svarene i sessionen.

v/ Politisk konsulent Dan Schimmel, Landsforeningen LEV, leder af forskningsprogrammet INKLUSION, Lene Falgaard Epløv og IPS-teamleder Bea Ebersbach, Region Hovedstaden

Session 5: Fra velfærdsteknologisk potentiale til konkrete forbedringer

Velfærdsteknologi rummer store potentialer til fordel for borgerne, medarbejderne og økonomien. Men hvor er det helt konkret, at velfærdsteknologi kan gøre en forskel for mennesker med fysiske, psykiske eller kognitive funktionsnedsættelser? Hvad skal kommunen gøre strategisk, organisatorisk og konkret for at indføre teknologierne og indfri potentialerne? I sessionen stiller vi skarpt på, hvordan Vejle og Hjørring arbejder med bl.a. social- og relationsteknologier, herunder hvilke barrierer, der skal overvindes og hvilke gevinster, der kan høstes.

v/ Rolf Dalsgaard Johansen, Stabschef, Vejle Kommune og Gert Deht Melchiorsen, Konsulent og projektleder, Hjørring Kommune

Session 6: Strategisk udvikling gennem brugerinddragelse

Kommunens sociale tilbud er til for borgerne – men mærker borgerne dette i praksis? Hvordan kan tilbuddene udvikles, så det er borgernes ønsker, drømme og håb, der er i fokus? Kan det gøres, så ydelserne både bliver bedre og billigere? I sessionen stiller vi skarpt på, hvordan brugerne kan være med til at definere, hvilke mål, de sociale tilbud skal arbejde for, og hvordan tilbud på handicapområdet og i socialpsykiatrien kan organiseres, så man sikrer sig et kontinuerligt fokus på faglig udvikling gennem brugerinddragelse.

v/ Susan Bjørnsted Ebbesen, projektleder, Fredericia Kommune, Ann Pedersen, projektleder, ULF, og Runa Bjørn, udviklingskonsulent og projektleder, Aarhus Kommune

Session 7: Fleksibel og målrettet visitation med fremskudt sagsbehandling

Succesen af fremtidens socialpolitik afhænger af kommunernes muligheder for og evner til at omstille indsatser, så de i højere grad understøtter borgernes motivation og udvikling. Det stiller ikke bare krav til effektiviteten af *indsatser*, men også om at *visitationen* til ydelser omstilles og målrettes. Fremskudt sagsbehandling er én vej til at fremme mere omkostningseffektive forløb, hvor borgeren modtager rettidige, målrettede og fleksible afgørelser, dér hvor borgeren er. Men hvilke barrierer og muligheder rummer fremskudt sagsbehandling? Og hvad betyder det i forhold til faglighed, virkning og økonomi i forløb? På sessionen præsenteres nye erfaringer fra fire kommuner, som har udviklet forskellige modeller for fremskudt sagsbehandling.

v/ Jesper Henriksen, projektchef, Socialt Udviklingscenter SUS, og Karin Haugaard, projektkoordinator, Aarhus Kommune og Camilla Brandt, socialfaglig konsulent, Rudersdal Kommune

Praktiske oplysninger

Tid og sted:

Mandag den 11. november 2013 kl. 9.30 (morgenkaffe og brød fra kl. 9.00-09.30)

Hotel Comwell Kolding
Skovbrynet 1
6000 Kolding

Overnatning:

Ønsker du at overnatte, kan du kontakte Hotel Comwell Kolding direkte. Der er særlig pris til konferencens deltagere (kr. 636,00 ex moms). Vær dog opmærksom på, at der ofte kan findes endnu bedre priser via hotellets online-booking – tjek derfor dagens tilbudspris på: www.comwellkolding.dk.

Deltagergebyr:

Kr. 1.895,- ex moms. Faktura fremsendes efter afholdelse af konferencen.

Afbud:

Skulle du blive forhindret i at deltage, bedes du venligst kontakte sekretær Laila Jensen, lcj@kl.dk, 3370 3292. Du er velkommen til at overdrage din plads til en anden, dog kun efter forudgående aftale.

Plancher:

Efter konferencen vil du kunne se div. plancher fra dagen på www.kl.dk/hpkonference2013.

Målgruppe:

Konferencen retter sig mod både myndigheds- og driftspersoner: chefer og medarbejdere, som beskæftiger sig med handicap- og socialpsykiatriområdet, ledere og medarbejdere i sociale tilbud, herunder selvejende/private tilbud, politikere, medlemmer af de kommunale handicapråd, samt andre aktører på området.

Yderligere information

Faglig del: Konsulent Rigmor Lond, ril@kl.dk, 3370 3238

Praktisk del: Sekretær Laila Jensen, lcj@kl.dk, 3370 3292

Stande:

Udstillerkoordinator Student Anne Hagen Nielsen, aen@kl.dk, 3370 3720

KL's konferencekalender på Social- og Sundhedsområdet:

Dato	Konference	Sted
21. jan. 2014	KL's Sundhedskonference	Hotel Comwell Kolding
22. – 23. maj 2014	KL's sociale temamøde	Aalborg Kongres & Kultur Center
30. sep. 2014	KL's Ældrekonference	Hotel Comwell Kolding
7. okt. 2014	KL's Misbrugskonference	Hotel Comwell Kolding
26. nov. 2014	KL's Handicap- og Psykiatrikonference	Hotel Comwell Kolding

Hvis du ønsker nyheder og information om kommende konferencer på social- og sundhedsområdet, kan du tegne abonnement på siderne: www.kl.dk/socialservice og www.kl.dk/sundhed - så vil du løbende modtage mails, når vi informerer om både nyheder og konferencer på området.