



ALLERØD KOMMUNE

Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Møde nr. 12

Mødet blev holdt onsdag den 07. januar 2015 på Rådhuset i Mødelokale C.
Mødet begyndte kl. 07:30 og sluttede kl. 10:00.

Medlemmer: Formand - Birgitte A. Rasmussen (V), Næstformand - Poul Albrechtsen (O),
Gurli Nielsen (C), Olav B. Christensen (V)

Afbud: Henriette Gedde (A)

1. Bemærkninger til dagsordenen	1
2. Meddelelser	2
3. Økologi i kommunens køkkener status Glad Mad	3
4. Økologi i kommunens køkkener status Ældre og Sundhed	5
5. Sundhedsaftale III endelig godkendelse	7
6. Madkultur på plejecentrene	10
7. Ejendomsstrategi	12
8. Frivillighedsmesse	16

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

Sagsnr.: 14/19447

Punkttype -**Tema** -**Sagsbeskrivelse** -**Administrationens
forslag** -**Afledte
konsekvenser** -**Økonomi og
finansiering** -**Dialog/høring** -**Bilag** Nej**Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 07-
01-2015**

Gurli Nielsen fik bekræftet, at der udarbejdes et svar til borger vedrørende henvendelse fremsendt til udvalget om genoptræning.

Fraværende Henriette Gedde

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

Sagsnr.: 14/19445

Punkttype -

Tema

- Henvendelse fra Vandgymnastik Gyldenspjæt
- Tilsagn fra markedsmodningsfonden til Allerød Kommune ift. tidlig opsporing Ældre og Sundhed
- Orientering om møde afholdt den 11. december 2014 mellem udvalgsformænd og borgmester
- Orientering om utilsigtet hændelse
- Invitation fra KKR til dialogmøde den 5. februar om det specialiserede socialområde kl. 15.30-18.00, Den Blå Planet, Kastrup.

Sagsbeskrivelse -**Administrationens forslag** -**Afledte konsekvenser** -**Økonomi og finansiering** -**Dialog/høring** -**Bilag** Nej**Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 07-**

Til efterretning, idet Forvaltningen desuden orienterede om, at der bliver udarbejdet sag til Økonomiudvalg og byråd på baggrund af henvendelse fra KKR om oprydning i forbindelse med igangsætning af det Fælles Medicin Kort.

01-2015

Fraværende

Henriette Gedde

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**3. Økologi i kommunens køkkener status Glad Mad**

Sagsnr.: 14/19388

Punkttype Orientering**Tema** Økonomiudvalget behandlede på møde den 13. maj 2014 punkt 23 om ”Allerød Kommunes indsats med Green Cities økologimål i 2013”.

Økonomiudvalget tog orienteringen til efterretning, idet Forvaltningen udarbejder notat om de rejste spørgsmål. I det opfølgende notat fremgår at konkrete problemstillinger i de enkelte køkkentyper tages op i de relevante fagudvalg. Udvalget orienteres om status på økologi i køkken på rådhuset; Glad Mad.

Sagsbeskrivelse**Mål om økologiske fødevarer**

Allerød Kommune arbejder på at opfylde Green Cities mål om, at mindst 75 % af det kommunale fødevarerforbrug er økologisk ved udgangen af 2015. Green Cities er i proces med at revidere de fælles mål. Forventningen er, at tidsfristen for målopnåelse udskydes.

Økologiprocenterne

Den samlede økologiprocent for alle de kommunale køkkener i Allerød faldt til ca. 24 % i 2013. Ved første måling i 2009 var økologiprocenten ca. 33 %. Tallene er inklusiv maden leveret fra ”Mad til hver Dag” til plejecentrene og hjemmeboende ældre.

Økologiprocent i Rådhusets kantine 2009-2014

Årstal	Økologiprocent (%)
2009	4
2010	2
2011	1
2012	8
2013	6
2014 (inkl. November)	33,7

Undervisningsprojekt Øko⁺⁺ Allerød

Til at hjælpe køkkenerne med at opfylde målet, er køkkenerne blevet tilbudt at deltage i projekt Øko⁺⁺ Allerød. Formålet med projektet er at give medarbejderne i de kommunale køkkener et kompetenceløft, der sætter dem i stand til at øge forbruget af økologiske fødevarer inden for budgettet. Beslutningen om at deltage i Øko⁺⁺ Allerød er taget af SVU den 23. april 2012, ved beslutning om at søge om midlerne.

Projektet var et tilbud om at deltage i undervisningen. Deltagelsen i projektet har været medvirkende til stigning i køkkenets økologiprocent. Den store stigning i 2014 skyldes ydermere skift til indkøb af økologisk kaffe. Rådhusets kantine udgør 11 % af det samlede kommunale fødevarerforbrug

Fremadrettet indsats og forventning til målopfyldelse i Glad Mad

I den fremadrettede indsats, vil der fortsat være fokus på at følge årstiderne, flere grove grøntsager og mindre kød samt øget fokus på madspild.

I 2015 kommer der ny indkøbsaftale, som skulle give et større udvalg samt billigere priser på økologiske varer, som kan understøtte den mærkbare stigning i økologiprocenten i køkkenet, som er realiseret i 2014.

Der er ansøgt om det økologiske spisemærke og med den nuværende økologiprocent (november 2014) er der opnået bronzemærke.

Hvis økologiprocenten skal øges, kan det overvejes om der er opbakning til at ophøre med almindelige læskedrikke, hvilket ville give en væsentlig højere procent.

Administrationens forslag Forvaltningen foreslår, at orienteringen tages til efterretning.

Afledte konsekvenser -

Økonomi og finansiering -

Dialog/høring Handicapråd

Bilag Nej

Beslutning Udvalget tog orienteringen til efterretning.

Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 07-01-2015 Der forelå høringssvar fra Handicaprådet. Taget til efterretning.

Fraværende Henriette Gedde

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**4. Økologi i kommunens køkkener status Ældre og Sundhed**

Sagsnr.: 14/18115

Punkttype Orientering**Tema** Økonomiudvalget behandlede på møde den 13. maj 2014 punkt 23 om ”Allerød Kommunes indsats med Green Cities økologimål i 2013”.

Økonomiudvalget tog orienteringen til efterretning, idet Forvaltningen udarbejder notat om de rejste spørgsmål. I det opfølgende notat fremgår at konkrete problemstillinger i de enkelte køkkentyper tages op i de relevante fagudvalg. Udvalget orienteres om status på økologi i køkken på Ældre og Sundhedsområdet

Sagsbeskrivelse Allerød Kommune arbejder på at opfylde Green Cities mål om, at mindst 75 % af det kommunale fødevarerforbrug er økologisk ved udgangen af 2015. Green Cities er i proces med at revidere de fælles mål. Forventningen er, at tidsfristen for målopfyldelse udskydes.

Den samlede økologiprocent for alle kommunale køkkener i Allerød faldt til ca. 24 % i 2013. Ved første måling i 2009 var økologiprocenten ca. 33 %. Tallene er inklusiv maden leveret fra ”Mad til hver Dag” til plejecentrene og hjemmeboende ældre.

Økologiprocent i plejecentre/madservice 2009-2014

Årstal	Økologiprocent (%)
2009	17
2010	14
2011	24
2012	13
2013	9
2014 (1.kvt.)	13 (plejecentre) 28,4 (Mad til hver Dag)

Plejecentrenes andel af det samlede kommunale fødevarerforbrug er 43 %, heri er Mad til hver Dag inkluderet. Plejecentrenes andel af det samlede kommunale fødevarerforbrug uden leverancerne fra Mad til hver Dag udgør 17 %.

For at støtte udviklingen frem mod økologimålene og for at hjælpe køkkenerne med at opfylde målet, er alle køkkenerne blevet tilbudt at deltage i projekt Øko++ Allerød. Formålet med projektet er at give medarbejderne i de kommunale køkkener et kompetenceløft, der sætter dem i stand til at øge forbruget

af økologiske fødevarer inden for budgettet. Beslutningen om at deltage i Øko⁺⁺ Allerød er taget af SVU den 23. april 2012, ved beslutning om at søge om midlerne.

Projektets indhold var et tilbud om undervisning. På Ældre og Sundhedsområdet er projektet og deltagelse forankret i Mad til hver Dag, da hovedparten af maden fremstilles der.

Fremadrettet indsats og forventning til målopfyldelse på Ældre og Sundhedsområdet er således knyttet til økologiindsatsen i Mad til hver Dag samt de øvrige indkøb på plejecentrene, idet indsatsen for øget økologi indenfor de økonomiske rammer fortsat er højt prioriteret.

Administrationens forslag	Forvaltningen foreslår, at orienteringen tages til efterretning.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	-
Dialog/høring	Ældreråd og handicapråd
Bilag	Nej
Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 07-01-2015	<hr/> Udvalget tog orienteringen til efterretning, idet udvalgets holdning er, at sundhed og ernæring for de ældre er højt prioriteret. Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning. Der forelå høringssvar fra Handicaprådet. Taget til efterretning.
Fraværende	Henriette Gedde

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**5. Sundhedsaftale III endelig godkendelse**

Sagsnr.: 13/16224

Punkttype Beslutning

Tema Med henblik på indstilling til Økonomiudvalg og byråd anmodes udvalget om at godkende Sundhedskoordinationsudvalgets forslag til Sundhedsaftale III 2015 - 2018 mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen.

Sagsbeskrivelse Der skal inden udgangen af januar 2015 være indgået en ny sundhedsaftale mellem regionen og kommunerne for perioden 2015 – 2018. Sundhedsaftalen er opdelt i en politisk og en administrativ del.

Den politiske del har været i høring og blev behandlet på Sundheds- og Velfærdsudvalgets møde den 28. maj 2014. Efterfølgende blev Allerød Kommunes høringsvar indsendt.

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte forslaget til den politiske del af sundhedsaftalen i september 2014.

Den administrative del har været i bred høring i efteråret 2014, og i det endelige forslag er indarbejdet en række bemærkninger fra høringsarbejdet. Sundhedskoordinationsudvalget godkendte forslaget til den administrative del af sundhedsaftalen i november 2014.

Det endelige forslag til Sundhedsaftalen mål og handlinger er baseret på de fire politiske visioner:

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

I den administrative aftale er de politiske målsætninger og visioner konkretiseret og uddybet i forhold til bl.a. de obligatoriske

indsatsområder og målgrupper.

Den administrative aftale udgør således rammen for det konkrete udviklings- og driftssamarbejde mellem kommuner, hospitaler og praksissektoren.

Aftalen omfatter alle borgere med en eller flere forbigående eller kroniske sygdomme og/eller funktionsnedsættelser, som har behov for sammenhængende indsatser på tværs af sektorerne - enten samtidigt eller i forlængelse af hinanden. Herudover indeholder aftalen målsætninger om indsatser for specifikke grupper af sårbare og udsatte borgere, hvor der er behov for et særligt fokus på at sikre kvalitet og sammenhæng.

Arbejdet med realiseringen af sundhedsaftalens visioner og målsætninger sker inden for de økonomiske rammer, der fastlægges ved de årlige budgetvedtagelser i Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen.

De konkrete aftaler for arbejdet med implementering af sundhedsaftalens målsætninger fastlægges i en årlig implementeringsplan, der godkendes af Sundhedskoordinationsudvalget.

Private leverandører f.eks. hospice, private leverandører af kommunal hjemmepleje og privathospitaler der leverer offentligt finansierede sundhedstilbud, er inden for relevante områder omfattet af sundhedsaftalen. Region Hovedstaden og kommunerne sikrer hver især, at de private leverandører kender til indholdet i sundhedsaftalen – herunder implementeringsplanerne – samt at de efterlever sundhedsaftalen i relevant omfang.

Region Hovedstaden og kommunerne er enige om, at et gensidigt forpligtende samarbejde med almen praksis er et helt centralt fokusområde i sundhedsaftalen. Region Hovedstaden og kommunerne har derfor stort fokus på at sikre den nødvendige sammenhæng mellem sundhedsaftalen og praksisplanen således, at sundhedsaftalens intentioner udfoldes i praksisplan for almen praksis og de relaterede aftaler for herigennem at sikre, at sundhedsaftalens mål og visioner kan implementeres.

Administrationens forslag

Forvaltningen anbefaler, at udvalget indstiller Sundhedskoordinationsudvalgets forslag til Sundhedsaftale III 2015 - 2018 mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen godkendt i Økonomiudvalg og byråd.

Afledte konsekvenser

De konkrete aftaler for arbejdet med implementering af sundhedsaftalens målsætninger fastlægges i en årlig implementeringsplan, der godkendes af

Sundhedskoordinationsudvalget.

Økonomi og finansiering

Arbejdet med realiseringen af sundhedsaftalens visioner og målsætninger sker inden for de økonomiske rammer, der fastlægges ved de årlige budgetvedtagelser i Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen.

Dialog/høring

Ældreråd og handicapråd

Bilag

Godkendelse af Sundhedskoordinationsudvalgets forslag til sundhedsaftale 2015 - 2018 - Samlet udkast til SA3.pdf
Godkendelse af Sundhedskoordinationsudvalgets forslag til sundhedsaftale 2015 - 2018 - Oversigt over eksisterende bilag-ny.pdf
Godkendelse af Sundhedskoordinationsudvalgets forslag til sundhedsaftale 2015 - 2018 - følgebrev.pdf

**Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 07-
01-2015**

Udvalget indstiller Sundhedsaftale III godkendt i Økonomiudvalg og byråd.

Henriette Gedde (A) deltog ikke under punktets behandling.

Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.
Der forelå høringssvar fra Handicaprådet. Taget til efterretning.

Fraværende

Henriette Gedde

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**6. Madkultur på plejecentrene**

Sagsnr.: 14/18416

Punkttype Beslutning**Tema** Udvalget anmodes om at drøfte Økonomiudvalgets beslutning fra mødet d. 18. november 2014, om at opfordre Sundheds- og Velfærdsudvalget til at drøfte en sag om madkultur på plejecentrene.**Sagsbeskrivelse** På mødet den 18. november 2014 behandlede Økonomiudvalget sag fra Jesper Hammer jf. Økonomiudvalgets dagsorden punkt 41 ”produktion af mad” og sag fra Miki Dam Larsen jf. punkt 42 ”mad til ældre”.

I henhold til beslutningen opfordrer Økonomiudvalget Sundheds- og Velfærdsudvalget til at drøfte sag om madkultur på plejecentrene.

Økonomiudvalget bemærker, at Sundheds- og Velfærdsudvalget og Ældrerådet behandler brugernes tilfredshedsundersøgelse, når den foreligger i 2015.

På denne baggrund skal Sundheds- og Velfærdsudvalget drøfte madkultur på plejecentrene.

Administrationens forslag -**Afledte konsekvenser** -**Økonomi og finansiering** -**Dialog/høring** -**Bilag** Nej

**Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 07-
01-2015**

Udvalget drøftede madkultur på plejecentrene og besluttede at se på ernæring og kvalitetskriterier for madområdet i forbindelse med forelæggelse af resultatet af brugerundersøgelsen fra Mad til hver Dag i foråret 2015.

Udvalget har endvidere besluttet, at få en status på arbejdet med kost og ernæring herunder status for Mad til hver Dag med deltagelse af kommunens kostkonsulent på mødet den 28. januar 2015, med henblik på en drøftelse af kvalitetsstandarder på hele madservicen.

Fraværende

Henriette Gedde

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**7. Ejendomsstrategi**

Sagsnr.: 14/9794

Punkttype Beslutning**Tema** Udvalget forelægges udkast til ejendomsstrategi til drøftelse og godkendelse med henblik på at sikre en bred forankring af strategien med hensyn til effektiv arealudnyttelse og fleksibel brug af de kommunale bygninger.

Teknisk chef Hans Dyrby Kloch deltager i forbindelse med behandling af dette punkt og er inviteret til klokken 8:30.

Sagsbeskrivelse Økonomiudvalget behandlede på mødet den 9. september 2014 udkast til en ejendomsstrategi og godkendte udkastet som grundlag for den videre proces.

Af udkastet der er vedlagt som bilag fremgår det at fagudvalgene i november forelægges udkastet til ejendomsstrategi for at drøfte de foreslåede strategiske pejlemærker inden strategien forelægges økonomiudvalget til endelig godkendelse.

Udvalgene anmodes ligeledes om at drøfte, hvordan udmøntningen af ejendomsstrategien kan ske i samspil med udvalgets udviklingsplaner for området. Til brug for drøftelsen er en oversigt over ejendommene vedlagt i bilag. Der vil være en kort gennemgang af ejendomsporteføljen på mødet.

Fagudvalgene bedes drøfte hvorledes øget samdrift og mere effektiv arealudnyttelse kan indarbejdes i udviklingsplanerne for deres område og dermed være med til at reducere kommunens basisomkostninger til ”mursten” og dermed skaffe råderum til de ønskede aktiviteter.

På baggrund af input fra fagudvalgene udarbejdes endelig forslag til ejendomsstrategi og forelægges Økonomiudvalget primo 2015 til godkendelse.

Formålet med en ejendomsstrategi er at understøtte dialogen mellem Økonomiudvalget, som er ansvarlig for ejendomsstrategien, og de enkelte fagudvalg, der har ansvaret for anlæg indenfor deres område samt for hvilke krav, udviklingen indenfor deres fagområde, stiller til de fysiske rammer. Der er skitseret følgende formål med strategien:

- at bygninger og udenomsarealer understøtter en tidssvarende og professionel varetagelse af kommunale opgaver,
- at kommunen på sigt alene råder over den bygningsmasse, der er nødvendig for at understøtte kommunale aktiviteter,
- at understøtte en bygningsmasse, som kan drives effektivt – økonomisk og energimæssigt,
- at definere den ønskede vedligeholdelsestilstand for hver bygning til brug for prioriteringer af midlerne,
- at understøtte en fleksibel bygningsmasse, hvor anvendelsen kan skifte over tid,
- at understøtte en hensigtsmæssig proces ved nybyggeri og større projekter.

Udkastet til strategien indeholder desuden en oversigt over allerede foretagne bygningskomprimeringer og en henvisning til de planer, der arbejdes med i de enkelte udvalg. Den kommunale bygningsmasse udgør i dag samlet ca. 150.000 m² fordelt på følgende 6 hovedgrupper:

1. Børne- ungeområdet (skoler, dagtilbud, tandpleje)
(Udgør ca. 93.000 m², svarende til 60 % af arealet)

Udkast til strategiske pejlemærker for området:

- o *Tilpasning til et faldende børnetal i de kommende år*
- o *Færre, men større dagtilbud*
- o *Tættere fysisk sammenhæng mellem forskellige tilbud til børn og unge*
- o *Øget sambrug af lokaler og udenomsarealer*

2. Social og velfærdsområdet (plejecentre, bo- og væresteder, akutboliger mv.)
(Udgør ca. 14.000 m², svarende til 9 % af arealet)

Udkast til strategiske pejlemærker for området:

- *Faciliteterne på sundheds- og velfærdsområdet skal rumme flere ældre i de kommende år.*
- *En tættere sammenhæng mellem forskellige tilbud på sundhedsområdet og på ældreområdet bør understøttes af de fysiske rammer. Dette vil øge fleksibiliteten og billiggøre driften på længere sigt.*
- *Øget behov for akutboliger samt små (billige) lejeboliger til anvisning.*

3. Idrætsområdet (idrætshaller og øvrige idrætstilbud) (Udgør ca. 22.000 m², svarende til 14 % af arealet)

Udkast til strategiske pejlemærker for området:

- *Målgruppen for idrætspolitikken udvides ved at arbejde mere nuanceret med målgrupper f.eks. de skoleaktive, de foreningsaktive, teenagerne, selvorganiserende voksne og ældre samt de idrætssvage.*
- *Fokus på optimeret udnyttelse af eksisterende faciliteter (øget sambrug, tæt styring af brugen).*
- *Øget dialog og samarbejde med foreninger og borgere.*

4. Kulturområdet (teater, musikskole, aktivitetshus og bibliotek mv.) (Udgør ca. 10.000 m², svarende til 7 % af arealet)

Udkast til strategiske pejlemærker for området:

- *Faciliteterne på kulturområdet skal være tidssvarende og understøtte sammenhængskraften i kommunen.*
- *Fokus på optimeret udnyttelse af eksisterende faciliteter (Øget sambrug, tæt styring af brugen)*
- *Øget dialog og samarbejde med foreninger og borgere.*
- *Øget samarbejde med forskellige aktører i foreningslivet.*

5. Rådhuset

(Udgør ca. 6.000 m², svarende til 3 % af arealet)

Udkast til strategiske pejlemærker for området:

- *Rådhuset inkl. udenomsarealer (p-pladsen) fungerer i dag som en tidssvarende bygning, der dels opfylder kravene til en moderne arbejdsplads og samtidigt fungerer som en professionel ramme for Byrådets og fagudvalgenes arbejde*

6. Øvrige faciliteter (driftsbygninger, affaldshåndtering mv.)

(Udgør ca. 9.000 m², svarende til 7 % af arealet)

Udkast til strategiske pejlemærker for området:

- *Faciliteterne skal opfylde krav til arbejdspladser, hvor de fungerer som driftsbygninger*
- *Faciliteterne skal indrettes med fokus på effektiv drift og i overensstemmelse med energi og miljøanbefalinger mv.*
- *Fokus på optimeret udnyttelse af eksisterende*

*faciliteter (Øget sambrug af faciliteter)
Fokus på dialog og samarbejde med foreninger og borgere, hvor dette er relevant*

Administrationens forslag	Forvaltning anmoder om, at fagudvalget godkender Ejendomsstrategiens mål og retningslinjer i forhold til udvalgets område.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	Ejendomsstrategien er en del af den løbende effektiviseringsproces og skal understøtte, at der fortsat kan findes besparelser på ejendomsområdet.
Bilag	<ol style="list-style-type: none">1. Ejendomsstrategi ØU 9. september 20142. Oversigt over kommunens ejendomme
Beslutning Kultur- og Idrætsudvalget 2014-2017 den 01-12-2014	Udvalget godkendte strategiens mål og retningslinjer på udvalgets område.
Beslutning Børn- og Skoleudvalget 2014-2017 den 17-12-2014	Udvalget godkendte strategiens mål og retningslinjer, idet ejendomsstrategien skal underbygge de vedtagne faglige og pædagogiske mål og strategier på udvalgets område.
Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 07-01-2015	Udvalget godkendte strategiens mål og retningslinjer, idet udvalget indstiller til Økonomiudvalget, at strategien også præciserer det øgede behov for bygningsmasse med særlig fleksibilitet, som skal rumme flere ældre med demens i de kommende år. Udvalget udtrykte også ønske om at strategien understøtter muligheden for frivilligt arbejde i eksisterende bygningsmasse og ny bygningsmasse. Henriette Gedde (A) deltog ikke under punktets behandling.
Fraværende	Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**8. Frivillighedsmesse**

Sagsnr.: 14/19872

Punkttype Beslutning**Tema** Udvalgsformanden har anmodet om, at nedenstående punkt optages på dagsordenen til Sundheds- og Velfærdsudvalgets møde den 7. januar 2015.**Sagsbeskrivelse** "I tråd med budgetaftalen 2015-2018 om borgerinddragelse samt ønsket om, at synliggøre hvilken stor resurse de frivillige er for de ældre i kommunen, ønsker Formanden udvalgets drøftelse og beslutning om, hvorvidt der i 2015 (gerne forår eller sommer) afholdes en frivillighedsmesse med fokus på ældreområdet. En messe vil, ud over synliggørelsen af de frivilliges resurser, kunne styrke den frivillige indsats i form af tilgang af nye frivillige. I disse år hvor der sker store besparelser, er det endnu mere vigtigt end tidligere, at der støttes op om det frivillige arbejde.

Såfremt en frivillighedsmesse har udvalgets opbakning, da udarbejder Forvaltningen et oplæg for afholdelse af en frivillighedsmesse med input fra udvalget herunder forslag til finansiering."

Administrationens forslag -**Afledte konsekvenser** -**Økonomi og finansiering** Der er ikke afsat budget til aktiviteter og personaleressourcer i forbindelse med afholdelse af frivillighedsmesse i 2015.**Dialog/høring** -**Bilag** Nej

Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 07-
01-2015

Udvalget godkendte, at Forvaltningen udarbejder et oplæg til afholdelse af frivillighedsmesse til mødet den 4. marts 2015.

Fraværende

Henriette Gedde

Signeret af:

Birgitte A. Rasmussen
Formand

Poul Albrechtsen
Næstformand

Gurli Nielsen
Medlem

Olav B. Christensen
Medlem

**Bilag: 5.1. Godkendelse af Sundhedskoordinationsudvalgets forslag til
sundhedsaftale 2015 - 2018 - Samlet udkast til SA3.pdf**

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 07. januar 2015 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

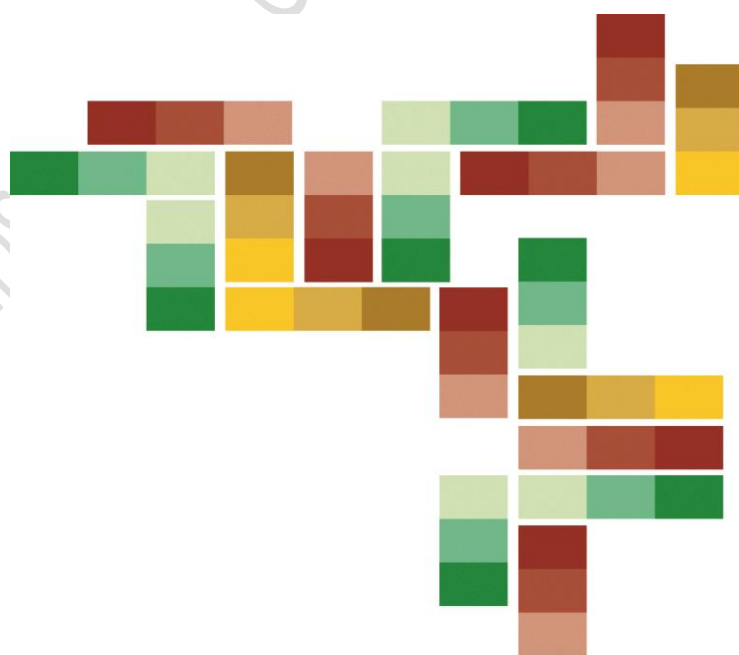
Bilagsnr: 96458/14

Endeligt udkast til

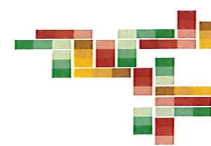
Sundhedsaftale 2015 - 2018

Region Hovedstaden og

kommunerne i regionen



Godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget 25. november 2014



FORORD

Vi er i Sundhedskoordinationsudvalget stolte af at kunne præsentere sundhedsaftalen 2015-2018 mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen.

Parterne har nøje udvalgt de visioner, målsætninger og helt konkrete indsatser, som der er særligt behov for, at vi tager hånd om i fællesskab.

Vi har mange gode erfaringer at bygge videre på. Der er imidlertid også områder, hvor samarbejdet skal udbygges og forbedres, og hvor det er nødvendigt med en helt ny og forbedret indsats.

Sundhedsaftalen omfatter alle borgere, som har behov for sammenhængende indsatser på tværs af sektorerne. Aftalen lægger derfor vægt på at styrke det helhedsorienterede og forebyggende samarbejde med borgeren som aktiv samarbejdspart. Der er fokus på, at det er sundhedsvæsenet, der tilpasser sig borgerens præmisser og ikke omvendt.

For at komme i mål med den ambitiøse målsætning skal vi have et bredt og involverede samarbejde mellem alle relevante aktører i det tværsektorielle felt. Denne sundhedsaftale er derfor en invitation til et bredt samarbejde mellem kommuner, hospital, hele praksissektoren og alle ydergrupper samt private leverandører.

En lang række mennesker på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren har bidraget til at udarbejde sundhedsaftalen. Vi vil gerne takke for et godt og meget konstruktivt samarbejde.

Vi ser frem til det videre arbejde med i fællesskab at udvikle sundhedsvæsenet i Hovedstadsregionen.

På vegne af Sundhedskoordinationsudvalget

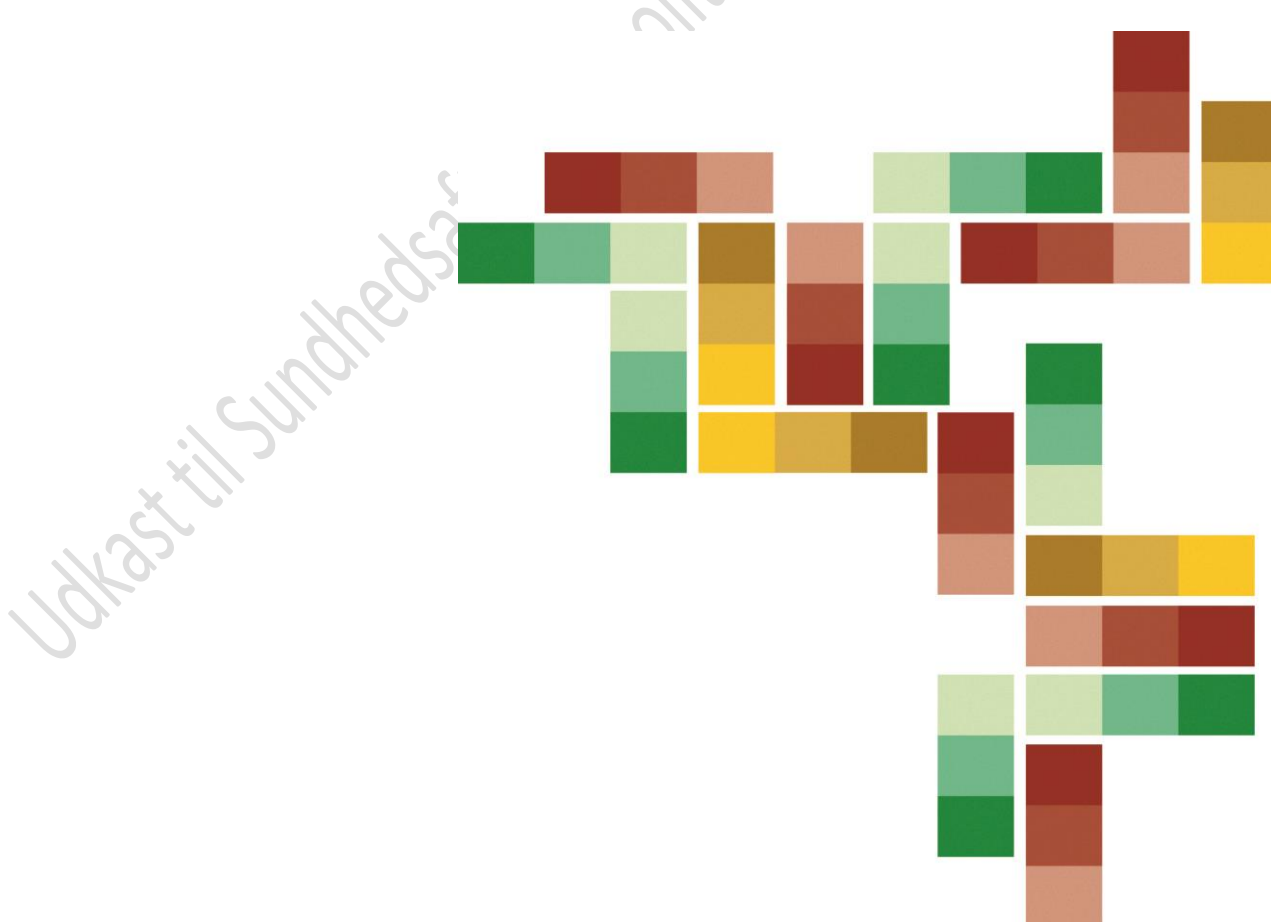
Per Seerup Knudsen
Formand

Ninna Thomsen
Næstformand

Endeligt udkast til politiske visioner og mål for Sundhedsaftalen

2015 - 2018

Godkendt af Sundhedskordinationsudvalget 5. september 2014



Indledning

Mange borgere, der er syge eller er i risiko for at blive ramt af sygdom, kan have brug for en sammenhængende indsats fra både kommuner, hospitaler og praksissektor. Et velfungerende og forpligtende samarbejde mellem alle parter på sundhedsområdet er med til at understøtte, at borgeren får en positiv oplevelse af sit forløb og i sidste ende kan blive enten rask eller få hjælp til at leve bedre med sin sygdom.

Med denne tredje generation af sundhedsaftaler vil vi bygge videre på de gode erfaringer, som vi har fra de to foregående sundhedsaftaler. Vi vil sikre en fokuseret indsats gennem få og klare mål. Vi vil sætte borgeren i centrum og rette vores fokus mod de effekter, borgeren skal opleve, som følge af de aftaler, som vi indgår.

Vi skal blive endnu bedre til at tilbyde borgeren indsatser af ensartet høj kvalitet, samt til at styrke koordinering, kommunikation og udviklingen af nye samarbejdsformer der sikrer effektive og sømløse forløb.

I den fortsatte udvikling af vores fælles opgaver om mest mulig sundhed for borgerne, vil vi tage afsæt i en forebyggende tilgang. Vi vil sætte yderligere fokus på den langsigtede borger- og patientrettede forebyggelse og på den tidlige opsporing og tidlige indsats overfor borgere, der er i risiko for at udvikle somatisk og/eller psykisk sygdom. Vores fælles udgangspunkt er, at færre borgere skal udvikle kronisk sygdom eller have langvarige sygdomsforløb.

Borgere, der har en langvarig eller kronisk somatisk eller psykisk sygdom, skal opleve, at alle indsatser i det samlede sundhedsvæsen tilrettelægges ud fra en rehabiliterende tilgang. Vi vil gennem hele forløbet understøtte, at borgeren kan fastholde det bedst mulige funktionsniveau, og vi vil tilrettelægge vores indsatser på en måde, der sikrer mindst mulig indgriben i borgerens hverdagsliv. Vi vil derfor indrette vores tværsektorielle samarbejde således, at opgaven altid løses med høj kvalitet, sammenhæng for borgeren og effektiv ressourceudnyttelse

Fire politiske visioner

Vi vil i denne sundhedsaftale særligt arbejde for at bringe borgere, herunder pårørendes viden og ressourcer bedre i spil i eget forløb og i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen. Derudover vil vi sætte særligt fokus på vores samarbejde omkring indsatser for de mest sårbare og udsatte borgere. Vores indsats skal tilrettelægges således, at den bidrager til at nedbringe ulighed i sundhed.

Derfor ønsker vi at fokusere på følgende fire visioner i denne sundhedsaftale:

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

Til hver af de fire visioner er der beskrevet målsætninger for sundhedsaftalen. Målsætningerne udmøntes i mere konkrete indsatser i den administrative del af sundhedsaftalen, hvor det også fremgår, hvordan der følges op på målene.

Opfølgning på aftalen

I Sundhedsstyrelsens vejledning anbefales, at Sundhedskoordinationsudvalget udarbejder en plan for sundhedsaftalens implementering. Forslag til overordnet implementeringsplan vil derfor være indarbejdet i den administrative del af aftalen. Herunder vil der også indgå specifikke indikatorer, som skal understøtte den konkrete opfølgning på målsætningerne.

Sundhedskoordinationsudvalget skal endvidere én gang årligt følge op på sundhedsaftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold. Opfølgningen vil blandt andet ske gennem temadrøftelser i en bred kreds af politiske nøgleinteressenter.

Læsevejledning

Den politiske del af sundhedsaftalen er opdelt i fire temaer med tilhørende vision. Under hver vision er beskrevet en række særligt prioriterede målsætninger, som vi i fællesskab skal arbejde hen imod. Det er derefter beskrevet, hvordan det tværsektorielle samarbejde skal udvikles i aftaleperioden med henblik på at nå målsætningerne.

I sundhedsaftalens administrative del beskrives, hvordan målsætningerne operationaliseres i konkrete indsatser og hvordan, der måles og følges op på indsatsernes effekt og fremdrift.

Aktivt og inddragende samarbejde med borgerne

Vi vil understøtte, at borgere herunder pårørende har mulighed for at være aktive samarbejdsparter i den enkelte borgers individuelle forløb. Det aktive og inddragende samarbejde med borgere bidrager til, at indsatsen i højere grad bliver målrettes borgerens samlede situation og ressourcer. Samtidig kan det medvirke til at styrke borgerens mulighed for at mestre egen sygdom og selv bidrage i eget forløb.

Vi skal i fællesskab sikre, at borgerne anvender deres unikke viden om, hvordan det er at være bruger i sundhedsvæsenet, til at bidrage til udvikling af det samlede sundhedsvæsen.

Vores vision er:

At borgerne er og oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen

I aftaleperioden vil vi derfor særligt sætte politisk fokus på:

Målsætninger

1) At borgere, herunder pårørende er og oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb i det omfang, de ønsker det

2) At borgere understøttes i at mestre egen sygdom med udgangspunkt i egne ressourcer og behov i hele forløbet med mulighed for særlig støtte til sårbare borgere

3) At borgere deltager, når vi træffer beslutninger om, hvordan vi indretter sundhedsvæsenet.

Indsatsområder i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden videreudvikle samarbejdet på en række områder.

Samarbejdskultur

Aktivt og inddragende samarbejde stiller særlige krav til de måder, som de fagprofessionelle møder borgeren på. Vi vil derfor udvikle og afprøve modeller for samarbejdet mellem borgere herunder pårørende og fagprofessionelle. Vi vil fokusere på kulturelle og organisatoriske aspekter, der kan understøtte mulighederne for en proaktiv inddragelse af borgere – både i forhold til borgerens individuelle forløb og når borgerne medvirker i udviklingen af det samlede sundhedsvæsen. Her vil vi have særligt fokus på udvikling af differentierede modeller for det aktive samarbejde, som er tilpasset borgere med forskellige behov og ressourcer.

Telesundhed

Det aktive og inddragende samarbejde i individuelle forløb handler også om at give flere borgere mulighed for at opretholde så almindeligt et liv som muligt på trods af langvarig eller kronisk sygdom. Vi vil derfor understøtte muligheder for sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af teknologiske løsninger, der gør det muligt at kommunikere, udveksle data og følge sygdomsspecifikke måleresultater mellem borgere og fagprofessionelle over afstand.

Organisatorisk samarbejde

Vi skal give borgere herunder pårørende bedre mulighed for at bidrage til udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen. Deres viden bidrager til at skabe et sundhedsvæsen, som borgerne oplever som inddragende og sammenhængende. Men det kræver noget at indgå i samarbejde – både af repræsentanterne for borgerne og sundhedsvæsenet. Vi vil gennem en fælles indsats skabe de rette rammer for samarbejdet med borgerne i udviklingen af sundhedsvæsenet, herunder i de relevante samarbejdsfora.

Nye og bedre samarbejdsformer

Vi ønsker at skabe større fleksibilitet og kvalitet i opgaveløsningen, så borgerne oplever, at forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser er sammenhængende, og at der arbejdes efter fælles mål. I de to foregående sundhedsaftaler har vi i vid udstrækning fokuseret på at etablere en samarbejdsstruktur mellem parterne og på at udvikle samarbejdet ud fra en stafet-tankegang, hvor der skabes koordination mellem indsatserne i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren. Vi skal fortsat arbejde med at styrke koordination og samarbejde på tværs i sundhedsvæsenet, men vi må også erkende, at den sektoropdelte opgaveløsning især ikke tilgodeser sårbare borgeres behov.

I denne sundhedsaftale vil vi derfor arbejde med at udvikle og afprøve organisationsformer, som passer til den opgave, der skal løses. Vi vil arbejde med udvikling og afprøvning af organisatoriske samarbejdsmodeller, der rummer forskellige grader af integration omkring opgaveløsning, personale, ledelse og økonomi.

Vores vision er:

At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer

I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:

Målsætninger

4) At udvikle og implementere nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektor med borgeren i centrum

5) At aftale en ramme for, hvordan de regionale og kommunale prioriterede midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet samlet kan bidrage til at understøtte fælles samarbejdsprojekter, der knytter sig til sundhedsaftalen.

Indsatser i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de særligt prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden udvikle samarbejdet på en række områder.

Nye samarbejdsformer med integrerede indsatser

Vi vil afprøve og implementere nye modeller for integreret opgaveløsning med samdrift af ressourcer og kompetencer på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren. Det er særlig relevant for samarbejdet om den gruppe af sårbare og udsatte borgere, der modtager samtidig behandling og pleje fra flere sektorer. Vi vil lære af erfaringer fra udlandet, hvor studier viser positive resultater med integrerede behandlings- og plejetilbud – når det gælder behandlingskvalitet, patientsikkerhed, patienttilfredshed og økonomi. Modellerne kan eksempelvis afprøve nye samarbejdsformer om akut/subakutte tilbud, tilbud til mennesker med samtidigt misbrug og psykisk sygdom eller fælles sundhedshuse. Arbejdet med nye modeller for integreret opgaveløsning skal tage højde for de organisatoriske rammer i praksissektoren.

Midler til prioritering sammenhængende løsninger

I økonomiaftalen 2014 for regioner og kommuner er det aftalt, at begge parter skal prioritere midler til sammenhængende løsninger. Sundhedsaftalen danner rammen for, hvordan disse midler anvendes, og vi vil på baggrund af drøftelser i Sundhedskoordinationsudvalget sikre en tæt koordinering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.

Lighed i sundhed

Let og lige adgang er et grundlæggende princip i det danske sundhedsvæsen. Alligevel er der borgere, som ikke bliver tilbudt de indsatser, de har behov for, eller som har svært ved at tage imod indsatserne, hvilket betyder at de ikke får det optimale udbytte af behandlingen. Vi vil derfor udvikle og gennemføre tiltag, der skaber mere lighed i sundhed. Samtidig vil vi sikre, at sundhedsvæsenet ikke selv bidrager til at øge uligheden.

Vi er i fællesskab parate til at tilbyde differentierede og systematiske indsatser, der sikrer alle borgere bedst mulig kvalitet og udbytte af indsatserne i det samlede sundhedsvæsen. Sårbare og udsatte borgere skal støttes gennem målrettede indsatser, der har fokus på at sikre adgang til og fastholdelse i forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering. Også samarbejdet med det sociale område skal styrkes.

Vores vision er:

At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed

I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:

Målsætninger

6) At flere sårbare borgere sikres en tidlig og forebyggende indsats, der er målrettet deres behov og ressourcer.

7) At borgere med både psykisk sygdom og misbrug sikres en samtidig og koordineret indsats

8) At borgere med psykisk sygdom får flere gode leveår

Indsatser i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de særligt prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden udvikle samarbejdet på en række områder.

Forebyggelse og tidlig opsporing

Forebyggelse og tidlig opsporing af risikofaktorer for udvikling af sygdom er væsentlig, når lighed i sundhed skal sikres, og særlig vigtigt i forhold til sårbare og udsatte grupper. De praktiserende læger har en nøgelfunktion, men der er mange andre vigtige aktører blandt andet på svangreområdet, i sundhedsplejen, i behandlings- og socialpsykiatrien og i ældreomsorgen. Vi vil derfor sætte fokus på at fremme en kultur, som i udgangspunktet tænker forebyggende og opsporende.

Særligt vil vi lægge vægt på forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos borgere med psykisk sygdom således, at borgere med psykisk sygdom får samme adgang til forebyggelsestilbud og genoptræning som andre borgere. Indsatserne skal bl.a. tilrettelægges på baggrund af den regionale sundhedsprofil.

Målrettede indsatser

Alle borgere skal have den indsats, der giver det bedst mulige behandlingsresultat og den bedste mulighed for at borgeren efterfølgende kan mestre sin egen sygdom og livssituation. Vi vil i aftaleperioden udvikle og afprøve differentierede indsatser, det vil sige indsatser, der er tilpasset målgrupperne. Vi vil også videreudvikle redskaber til stratificering af patienter og borgere.

Sammenhæng mellem sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet

Støtte til sårbare og udsatte borgere er en kompleks opgave, da mange både har sociale og sundhedsfaglige problemstillinger. Øget lighed i sundhed forudsætter derfor en tæt og koordineret indsats mellem mange aktører i sundhedsvæsenet og et nært samarbejde med social- og beskæftigelsesområdet i kommunerne. Hospitaler, kommuner og praksissektor skal sammen tage udgangspunkt i borgerens samlede situation, behov og ressourcer og sikre, at rehabilitering er indtænkt i hele forløbet. Vi vil i aftaleperioden derfor udvikle en model, der kan styrke samarbejdet i forhold til borgere, der sideløbende har behov for indsatser på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og uddannelses- samt beskæftigelsesområdet.

Kompetenceudvikling og forskning

Der er fortsat et stort behov for viden om, hvilke målrettede indsatser, som virker bedst i forhold til at øge sundhedstilstanden for sårbare og udsatte grupper. Vi vil prioritere et mindre antal større forsknings- og udviklingsprojekter om lighed i sundhed, herunder f.eks. projekter om opsporing og fastholdelse i behandling og rehabilitering. Vi vil også i fællesskab styrke tilbud om kompetenceudvikling med fokus på ulighed i sundhed, som f.eks. kan udbydes som en del af en systematisk kompetenceudvikling på tværs af sektorer og på tværs af både sundheds- og socialområdet.

Sammenhæng og kvalitet

Et af de centrale formål med sundhedsaftalen er i samarbejde med borgerne at tilbyde den enkelte borger en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet. Også den foregående sundhedsaftale har haft fokus på sammenhæng og kvalitet, og der er gjort en stor indsats på området. Alligevel er det stadig ikke alle borgere, som oplever overgange i sundhedsvæsenet som sømløse. Samtidig er der et potentiale for at anvende ressourcerne i det samlede sundhedsvæsen bedre ved at borgerne får det rette tilbud på det rette niveau. Vi skal derfor fokusere endnu mere på at udvikle det fælles ansvar for at skabe sammenhæng og kvalitet for og med borgerne. Særligt skal vi udvikle samarbejdet om de borgere, der er mest sårbare og udsatte, og som kan have komplekse behov, og hvor koordinering af indsatserne på tværs af sektorerne kræver særlig opmærksomhed.

Vores vision er:

At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen

I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:

Målsætninger

9) At borgerne sikres høj kvalitet og en koordineret indsats i forebyggelse, behandling og pleje samt rehabilitering uanset, hvor i sundhedsvæsenet opgaven løses

10) At færre borgere indlægges og genindlægges på hospital, hvor det kan forebygges gennem en tidlig og koordineret indsats

11) At borgere med samtidig psykisk og somatisk sygdom oplever en sammenhængende og koordineret indsats.

Indsatsområder i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden videreudvikle samarbejdet på en række områder.

Ensartet høj kvalitet

Vi skal arbejde for at sikre ensartet og høj kvalitet i de tilbud, som borgerne får. Derfor vil vi videreudvikle et kvalitetsarbejde, der kan give fælles forståelse af kvalitetsbegrebet mellem kommuner, hospitaler og praksissektor. Vi vil udvikle fælles kvalitetsmål og -standarder med afsæt i tilgængelig viden om evidens eller best practice. Udvikling af kvalitet i samarbejdet indebærer, at vi systematisk arbejder med muligheder for at dele kvalitetsdata og følge op med handling og justering af indsatser. Som led i kvalitetsudviklingen vil vi samarbejde om at styrke formidling af resultater fra forskningsprojekter og evalueringer af fælles projekter, men også understøtte, at der produceres ny viden.

Koordination i det sammenhængende forløb

Sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet forudsætter koordineret og tæt dialog mellem hospitaler, kommuner og praksissektoren. Implementeringen af Kommunikationsaftalen i 2012 har forbedret samarbejdet om somatiske patienter, der indlægges og udskrives fra hospital. Der er imidlertid behov for udvikling af lignende aftaler, der omfatter somatiske patienter i ambulante forløb, børneområdet og hele psykiatriområdet.

Der er også behov for, at videreudvikle modeller, der sikrer bedre koordination og samarbejde om sårbare borgere med komplekse forløb, herunder borgere med multisygdom. Kommunerne modtager i højere grad end tidligere borgere, der er færdigbehandlede på hospitalet, men som fortsat har komplekse problemstillinger. Det stiller flere krav til de sygeplejefaglige kompetencer i kommunerne og giver større behov for lægefaglig rådgivning. Vi vil derfor blive bedre til at bruge hinandens kompetencer og række ud over sektorovergange i det daglige arbejde i form af bl.a. nem adgang til rådgivning, udgående funktioner fra hospitalerne, samt følge-op og følge-hjem ordninger. Derudover vil vi styrke samarbejdet mellem kommuner og almen praksis bl.a. om borgere på kommunale akut/subakutte pladser og om borgere, der anvender mange slags medicin.

IT og digitalisering

Sammenhæng og kvalitet i borgernes forløb forudsætter velfungerende digitale løsninger, hvor det sundhedsfaglige personale i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren har let adgang til relevante oplysninger. Derfor skal der fortsat arbejdes med mulighederne for at dele data på tværs. I aftaleperioden skal vi øge brugen af eksisterende IT-løsninger og understøtte de nationale tiltag om Sundheds-IT, herunder bl.a. fuld implementering af det Fælles Medicinkort. Herudover er der behov for at intensivere arbejdet med generel it-understøttelse af forløb på tværs af sektorer og særligt understøttelse af forløb for borgere med samtidige somatiske, psykiske og sociale problemstillinger.

Systematisk kompetenceudvikling på tværs af sektorer

Vi skal bygge bro mellem kompetencerne i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren. Der skal arbejdes med udvikling og systematisk udbredelse af fælles kompetenceudvikling. Vi vil bygge videre på indhøstede erfaringer og integrere kompetenceudviklingsindsatserne mere. Herunder vil vi afprøve modeller med rotations- og delestillinger på tværs af kommuner og hospitaler.

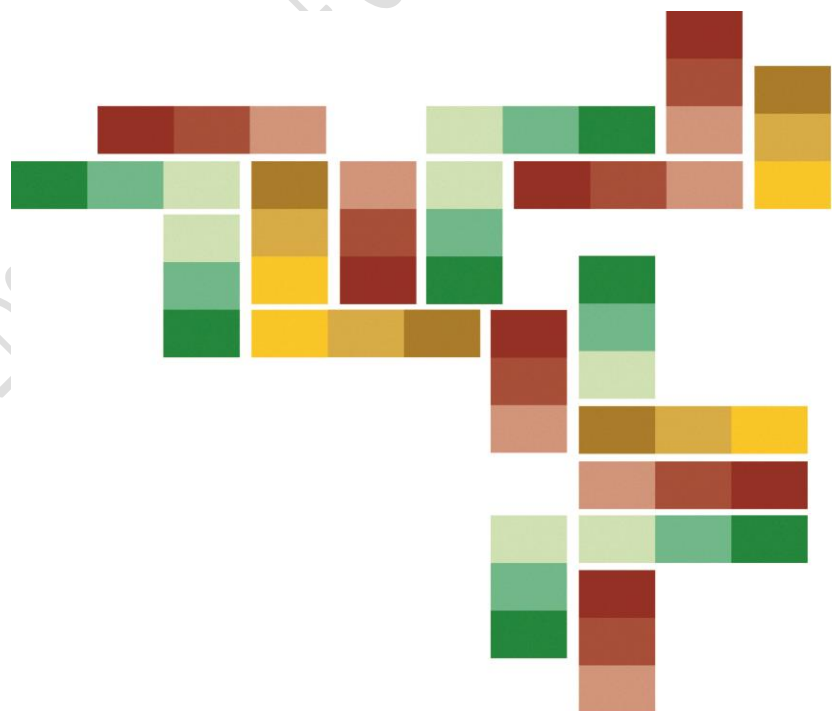
Rådgivning på tværs af sektorer

Regionens faglige ekspertise skal komme det samlede sundhedsvæsen til gode. Regionens rådgivning generelt – og særligt på forebyggelsesområdet – skal i højere grad tilpasses kommunernes behov. Vi skal målrette regionens faglige rådgivning i forhold til de forebyggende indsatser. Vi skal konkretisere rammerne for den faglige rådgivning og for den udveksling af viden på tværs af sektorer, som er vigtig for den daglige håndtering af konkrete borgerforløb. Det kan f.eks. omfatte en formaliseret og systematisk rådgivningsfunktion, hvor regionen yder faglig rådgivning til praksissektoren eller til kommunerne vedrørende borgere med sjældne sygdomme og særligt komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov.

Udkast til Sundhedsaftalens politiske del, 2017-2020, Århus Universitets Hospital, Århus Kommune, Århus Amt, Århus Universitetsskole

Endeligt udkast til Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ afdeling

Godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget 25. november 2014





Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: Organisering, implementering og opfølgning	5
1.1 Den politiske og administrative organisering af samarbejdet om sundhedsaftalen.....	5
1.2 Implementeringsplan og opfølgning på sundhedsaftalen.....	6
1.2.1 Indikatorer	6
1.2.2 Sundhedskoordinationsudvalget opgaver.....	7
1.2.3 Den administrative styregruppes opgaver	7
1.3 Supplerende aftaler om lokale fælles indsatser og fælles udviklings- og forskningsprojekter	8
1.4 Kapacitetstilpasning.....	8
1.5 Bilag	8
Kapitel 2: Borgeren som aktiv samarbejdspart	9
2.0 Politiske målsætninger og indikatorer.....	9
2.1 Aktivt samarbejde med den enkelte borger om eget forløb.....	10
2.2 Samarbejdet med borgere om udviklingen af sundhedsvæsenet	11
Kapitel 3: Nye og bedre samarbejdsformer	12
3.0 Politiske målsætninger og indikatorer	12
3.1 Afprøvning og udvikling af nye modeller med fælles drift	12
Kapitel 4: Lighed i sundhed.....	14
4.0 Politiske målsætninger og indikatorer	14
4.1 Differentierede indsatser	15
4.1.1 Identifikation af sårbare borgere	15
4.1.2 Differentierede indsatser til borgere med kronisk sygdom/multisygdom.....	15
4.2 Særlige målgrupper	16
4.2.1 Sårbare gravide og nyfødte i sårbare familier	16
4.2.2 Borgere med samtidig psykisk sygdom og et skadeligt forbrug af rusmidler	17



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

4.2.3 Styrket fokus på sundhedsindsatser til særligt udsatte borgere.....	17
Kapitel 5: Sammenhæng og kvalitet.....	18
.....	18
5.0 Politiske målsætninger og indikatorer	18
5.1 Tværgående indsatsområder	19
5.1.1 Monitorering af tværsektorielt samarbejde og kvalitetsdata	19
5.1.2 Sundheds-it og digitale arbejdsgange	20
5.1.3 Tværsektorielt samarbejde om patientsikkerhed	22
5.1.4 Fokus på kronisk sygdom.....	23
5.1.5 Rådgivning på tværs af sektorer	24
5.1.6 Rammedelegationer i forbindelse med kommunale tilbud	26
5.1.7 Samarbejde om opgaveoverdragelse	26
5.1.8 Forskning	26
5.2 Forebyggelse.....	28
5.2.1 Synlighed og sammenhæng mellem indsatser	28
5.2.2 Samarbejde om gravide og nyfødte	29
5.2.3 Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge	29
5.2.4 Tidlig opsporing og indsats over for psykisk mistrivsel blandt børn og unge.....	30
5.2.5 Børn og unge som pårørende.....	30
5.2.6 Forebyggelses- og behandlingstilbud til borgere med afhængigt forbrug af rusmidler og deres familier.....	30
5.2.7 Børn i familier med misbrugsproblemer	31
5.2.8 Tidlig opsporing af unge og voksne med psykisk sygdom	31
5.2.9 Tidlig opsporing af somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom	32
5.2.10 Tidlig opsporing og indsats vedr. KOL og børneastma	32
5.3 Behandling og pleje	33
5.3.1 Samarbejde og kommunikation	33



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

5.3.2 Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.....	34
5.3.3 Den gode udskrivelse som forebyggelse af genindlæggelser.....	36
5.3.4 Tværsektorielt samarbejde om medicin.....	37
5.3.5 Særlige målgrupper	37
5.4 Genoptræning og rehabilitering.....	40
5.4.1 Koordination og tidlig indsats.....	41
5.4.2 Kommunikation	41
5.4.3 Fokus på faglig kvalitet	42
5.4.4 Arbejdsdeling og opgaveansvar.....	43
5.4.5 Samarbejde på fysioterapiområdet.....	43

UDKAST TIL SUNDHEDSAFTALE - GODKENDT AF SKU



Administrativ aftale

Aftalen er gældende fra 1. februar 2015. Sundhedsaftalen består af en politisk aftale og en administrativ aftale.

Den politiske aftale beskriver vores fælles visioner og politiske målsætninger for videreudvikling af vores samarbejde om snitflader og de opgaver, som vi deler på sundhedsområdet.

I den administrative aftale er de politiske målsætninger og visioner konkretiseret og uddybet i forhold til bl.a. de obligatoriske indsatsområder og målgrupper (jf. bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler), der ikke er omtalt specifikt i den politiske del af aftalen. Den administrative aftale udgør således rammen for det konkrete udviklings- og drifts-samarbejde mellem kommuner, hospitaler og praksissektoren.

Aftalen omfatter alle borgere med en eller flere forbigående eller kroniske sygdomme og/eller funktionsnedsættelser, som har behov for sammenhængende indsatser på tværs af sektorerne - enten samtidigt eller i forlængelse af hinanden. Herudover indeholder aftalen målsætninger om indsatser for specifikke grupper af sårbare og udsatte borgere, hvor der er behov for et særligt fokus på at sikre kvalitet og sammenhæng.

Arbejdet med realiseringen af sundhedsaftalens visioner og målsætninger sker inden for de økonomiske rammer, der fastlægges ved de årlige budgetvedtagelser i Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen.

De konkrete aftaler for arbejdet med implementering af sundhedsaftalens målsætninger fastlægges i en årlig implementeringsplan, der godkendes af Sundhedskoordinationsudvalget. Proces for udarbejdelse og godkendelse af implementeringsplanen er beskrevet i afsnit 1.2.

Private leverandører (f.eks. hospice, private leverandører af kommunal hjemmepleje og privathospitaler) der leverer offentligt finansierede sundhedstilbud, er inden for relevante områder omfattet af sundhedsaftalen. Region Hovedstaden og kommunerne sikrer hver især, at de private leverandører kender til indholdet i sundhedsaftalen – herunder implementeringsplanerne – samt at de efterlever sundhedsaftalen i relevant omfang.

Region Hovedstaden og kommunerne er enige om, at et gensidigt forpligtende samarbejde med almen praksis er et helt centralt fokusområde i sundhedsaftalen. Region Hovedstaden og kommunerne har derfor stort fokus på at sikre den nødvendige sammenhæng mellem sundhedsaftalen og praksisplanen således, at sundhedsaftalens intentioner udfoldes i praksisplan for almen praksis og de relaterede aftaler for herigennem at sikre, at sundhedsaftalens mål og visioner implementeres.



Kapitel 1: Organisering, implementering og opfølgning

Dette kapitel indeholder en beskrivelse af, hvordan samarbejdet omkring sundhedsaftalen er organiseret politisk og administrativt, samt hvordan parterne følger op på sundhedsaftalen med afsæt i udvalgte indikatorer og ud fra en implementeringsplan. Desuden er der en kort beskrivelse af, hvor det kan være relevant at indgå supplerende lokale aftaler samt et afsnit om koordination af kapacitet.

1.1 Den politiske og administrative organisering af samarbejdet om sundhedsaftalen

Den politiske organisering af samarbejdet

Det politiske samarbejde om implementering af sundhedsaftalen er forankret i Sundhedskoordinationsudvalget.

I det konkrete arbejde med implementering af sundhedsaftalen vil Sundhedskoordinationsudvalget sikre systematisk dialog med de kommuner, der ikke er repræsenteret i udvalget. Herunder vil udvalgets godkendelse af den årlige implementeringsplan for sundhedsaftalen ske på baggrund af en forudgående dialog med alle kommuner via KKR-Hovedstaden (Kommune Kontakt-Råd).

Sundhedskoordinationsudvalget vil ligeledes sikre en løbende dialog med Praksisplanudvalget og Patientinddragelsesudvalget om implementeringen af sundhedsaftalen.

Sundhedskoordinationsudvalget vil understøtte udveksling af information med de øvrige Sundhedskoordinationsudvalg i de andre regioner med henblik på deling af relevant viden og understøttelse af nye nationale initiativer.

Den administrative organisering af samarbejdet

Arbejdet med konkretisering og implementering af den foregående sundhedsaftale har været forankret i en samarbejdsstruktur, der var bygget op omkring en administrativ styregruppe, samordningsudvalg, udviklingsgrupper og arbejdsgrupper.

Vi vil videreudvikle den administrative organisering, så den bedst muligt understøtter implementering af sundhedsaftalen 2015-2018, samtidig med at organiseringen er ressourceeffektiv. Vi bibeholder en administrativ styregruppe, der bl.a. skal sikre den overordnede koordinering af arbejdet med implementering af sundhedsaftalen. Herudover sigtes mod, at den eksisterende organisering



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

af sundhedsaftalearbejdet forenkles samtidig med, at organiseringen skal afspejle den nye integration af somatik og psykiatri i sundhedsaftalen. Der vil også være et særligt fokus på, hvordan det tværsektorielle samarbejde på børneområdet tilgodeses i organiseringen. Parterne vil primo 2015 aftale en administrativ organisering, som forventes at tage udgangspunkt i en model med samordningsudvalg, og som led heri bl.a. tage stilling til behovet for etablering af permanente og/eller tidsbegrænsede udviklings- og arbejdsgrupper.

1.2 Implementeringsplan og opfølgning på sundhedsaftalen

1.2.1 Indikatorer

For at understøtte den konkrete opfølgning på målsætningerne i sundhedsaftalen er der udvalgt en række specifikke indikatorer, der dels rummer de politiske visioner og dels de obligatoriske indsatsområder. Opfølgning på indikatorerne sker årligt i Sundhedskoordinationsudvalget og som en del af opfølgningen på implementeringsplanen for sundhedsaftalen.

Indikatorerne er udpeget under hensyntagen til, hvad der på nuværende tidspunkt er muligt at måle ud fra eksisterende registreringer og datakilder, og til at de i videst mulig udstrækning siger noget om effekt for borgeren. Resultatet er 11 indikatorer, der repræsenterer såvel proces- som effektindikatorer. Indikatorerne er beskrevet i de relevante kapitler.

Parterne er opmærksomme på, at det ikke har været muligt at vælge et sæt af indikatorer, der dækker hele sundhedsaftalen. Dette gælder blandt andet i forhold til visionen om borgeren som aktiv samarbejdspart, hvor det ikke har været muligt at pege på relevante indikatorer, der umiddelbart er målbare. Parterne er derfor enige om, at man tidligt i aftaleperioden vil arbejde med at udvikle indikatorer også for dette område.

Det er endvidere aftalt, at der i forbindelse med den årlige opfølgning på indikatorerne i Sundhedskoordinationsudvalget skal ske en vurdering af, om de valgte indikatorer fungerer efter hensigten, samt om mulighederne for opfølgning på aftalen kan styrkes gennem nye eller justerede indikatorer – vurderingen skal ske under hensyntagen til behovet for kontinuitet i forbindelse med opfølgningen.

Det skal bemærkes, at der udover ovennævnte udvalgte indikatorer for nærværende sundhedsaftale fortsat måles på en række indikatorer, der indgår i de løbende ledelsesinformationsdata (LIS-data) jf. afsnit 5.1.1.



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

1.2.2 Sundhedskoordinationsudvalget opgaver

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. gældende bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler følge op på sundhedsaftalen, herunder én gang årligt gennemgå aftalen og vurdere behovet for at revidere aftalen.

Sundhedskoordinationsudvalgets opfølgning vil foregå med afsæt i de udvalgte indikatorer og ud fra en implementeringsplan for sundhedsaftalen, som udarbejdes en gang årligt og første gang i umiddelbar forlængelse af aftalens indgåelse.

Implementeringsplanen skal sikre en hensigtsmæssig prioritering af opgaverne og sikre at opgavevaretagelsen tilrettelægges på en måde, som understøtter effektiv udnyttelse af ressourcerne i både kommunerne og regionen. Herunder skal der være løbende fokus på at sikre relevant sammenhæng i arbejdet med at udvikle, konkretisere og implementere de enkelte indsatser.

Implementeringsplanen vil beskrive formålet med indsatserne, organisatorisk forankring, ansvar for igangsættelse og gennemførelse samt tidsplan for indsatserne. Implementeringsplanen skal ligeledes understøtte parternes mulighed for at få overblik over økonomien i forbindelse med implementeringen af de aftalte indsatser. Endelig vil implementeringsplanen beskrive, hvilke indikatorer indsatsen har til formål at påvirke (se skitse til implementeringsplan i bilag).

Med afsæt i opfølgningen vil udvalget ligeledes hvert år i 2. kvartal have en indledende drøftelse af en implementeringsplan for det næstfølgende kalenderår. Herunder tager udvalget stilling til et eventuelt behov for at revidere sundhedsaftalen.

Tiltrædelse af implementeringsplan for det næstfølgende kalenderår vil ske på et møde i Sundhedskoordinationsudvalget ultimo oktober måned efter kommunernes og regionens vedtagelse af budgettet for det følgende år.

1.2.3 Den administrative styregruppes opgaver

Den administrative forberedelse og den løbende opfølgning på implementeringsplanen varetages af Den administrative styregruppe for sundhedsaftalen.

Den administrative styregruppe har ligeledes ansvaret for godkendelse af de konkrete opgavekommissorier, der skal udarbejdes forud for igangsætning af nye indsatser.

Den administrative styregruppe har endvidere ansvar for systematisk at vurdere, om implementering af de enkelte indsatser fordrer iværksættelse af nye tværgående indsatser. Herunder skal Den administrative styregruppe systematisk vurdere behov for fælles kompetenceudvikling, herunder f.eks. indsatser i forhold til faglig vidensopbygning og læring eller understøttelse af kulturbærende elementer, der styrker samarbejdet med såvel borgere som øvrige samarbejdspartner.



1.3 Supplerende aftaler om lokale fælles indsatser og fælles udviklings- og forskningsprojekter

Region Hovedstaden og kommunerne er enige om, at det kan være relevant at indgå supplerende lokale aftaler mellem en eller flere kommuner og regionen om etablering af fælles indsatser, der f.eks. er betinget af geografiske forhold.

Parterne er endvidere enige om, at der skal være et råderum, som understøtter mulighed for, at en eller flere kommuner sammen med hospital(er) og/eller praksissektoren kan iværksætte innovations-, udviklings- og forskningsprojekter i forhold til afprøvning af nye løsninger for varetagelse af de fælles opgaver på sundhedsområdet.

1.4 Kapacitetstilpasning

Sundhedsaftalen 2015-2018 skal være med til at sikre en bedre udnyttelse af ressourcerne og større fleksibilitet i opgavevaretagelsen på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren. Sundhedsaftalen skal understøtte princippet om, at både penge og personale anvendes på den bedste måde med fokus på effektiv ressourceudnyttelse og høj kvalitet. Aftalen skal desuden være med til at sikre en hensigtsmæssig sundhedsplanlægning og dimensionering af indsatserne.

Det betyder, at kommuner, hospitaler og praksissektoren i den nye aftaleperiode skal arbejde tæt sammen om at udvikle tilbuddene tæt på borgerens hverdagsliv, og at der løbende foregår en stratificering og vurdering af borgerne med henblik på at tilbyde dem det rette sundhedstilbud på rette niveau.

Af hensyn til koordinering af kapacitet mellem sektorerne betyder det også, at kommuner, hospitaler og praksissektoren så tidligt som muligt skal informere hinanden om ændringer i aktivitetsmønstret og nye tiltag, der kan have betydning for kapacitetsplanlægningen i de andre sektorer. Det handler bl.a. om væsentlige ændringer i behandlingsmetoder eller aktiviteten på hospitalet og/eller i praksissektoren og ændringer i f.eks. hjemmesygeplejen og kommunale akutte indsatser. Det er den myndighed, der har opgaven, som også har ansvar for at sikre den fornødne kapacitet. Det gælder også, hvor driften af et offentligt sundhedstilbud varetages af private leverandører.

Regionen skal i muligt omfang levere relevante data om hospitalernes og almen praksis' aktivitet, og kommunerne skal i muligt omfang levere relevante data om f.eks. tilbud inden for forebyggelse, rehabilitering, genoptræning og hjemmesygepleje.

1.5 Bilag

Der er i tilknytning til den foregående sundhedsaftale udarbejdet en række bilag, der blandt andet indeholder vores fælles vejledninger, opgavekommissorier og konkrete aftaler om håndtering af specifikke opgaver og overgange mellem sektorerne.

Disse bilag videreføres til denne sundhedsaftale indtil anden beslutning foreligger. Ved ændringer af de eksisterende bilag orienteres alle relevante parter herom.



Kapitel 2: Borgeren som aktiv samarbejdspart

2.0 Politiske målsætninger og indikatorer

Politiske målsætninger:

1. *At borgere, herunder pårørende er og oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb i det omfang, de ønsker det*
2. *At borgere understøttes i at mestre egen sygdom med udgangspunkt i egne ressourcer og behov i hele forløbet med mulighed for særlig støtte til sårbare borgere*
3. *At borgere deltager, når vi træffer beslutninger om, hvordan vi indretter sundhedsvæsenet.*

Indikatorer:

- Det er et nyt indsatsområde i sundhedsaftalen, og der skal udvikles en indikator for borgeren som aktiv samarbejdspart, som det er muligt at måle på.

Borgerens indsigt og medvirken er essentiel for en vellykket forebyggelse, behandling, genoptræning og rehabilitering og for et ligeværdigt samspil mellem professionelle og borgere. Aktivt samarbejde med borgere handler om at bringe borgerens ønsker og viden i spil og øge den enkeltes oplevelse af autonomi og evne til at mestre og øve selvbestemmelse over egen sygdom og eget forløb. Ved at anvende borgerens viden og ressourcer, herunder borgerens netværk, skabes der en bedre effekt af indsatsen, men også en bedre borgeroplevet kvalitet.

Aktivt samarbejde med borgere kræver, at beslutninger, der har betydning for det enkelte menneskes liv, træffes sammen med vedkommende. Det indebærer, at vi aktivt tager højde for borgerens perspektiver og inviterer til samarbejde - lige fra mødet med den enkelte borger til udviklingen af organisationerne. Det forudsætter en kultur med respekt for, at borgerne ønsker varierende grader af indflydelse på egne forløb og i varierende grad har mulighed for at mestre hverdagen. For at sikre borgerne lige muligheder for at indgå i et aktivt samarbejde skal vi derfor også differentiere indsatserne, så borgernes forskelligheder tilgodeses.



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

Borgeren som aktiv samarbejdspartner er et udviklingsområde i sundhedsaftalen, og understøttelse af dette samarbejde er et gennemgående fokus i hele sundhedsaftalen. Kommuner, hospitaler og praksissektoren har i dag et stærkt fokus på at samarbejde med borgerne, men det tager lang tid at foretage den nødvendige kulturelle og organisatoriske omlægning. Indsatserne omkring aktivt samarbejde med borgere er derfor beskrevet mere overordnet end andre indsatser i sundhedsaftalen.

Vi er enige om, at der i denne aftaleperiode er behov for at bygge ovenpå og udvikle arbejdet, bl.a. ud fra eksisterende evidens på området og herunder synliggøre erfaringer med det, vi ved, der virker. I aftalen anvendes begrebet borgere som en samlet betegnelse for alle patient-, bruger- og pårørendegrupper, herunder både børn og voksne.

2.1 Aktivt samarbejde med den enkelte borger om eget forløb

De sundhedsprofessionelle har ansvaret for at sætte de faglige rammer. Men det er den enkelte borger, som er ekspert i sit eget liv. Styrkelse af samarbejdet med den enkelte borger om hans eller hendes forløb kan ske på to niveauer: Dels ved at påvirke kulturelle aspekter af den måde borgeren og den sundhedsprofessionelle mødes, og dels ved at udvikle redskaber, der understøtter borgerens indflydelse på og egenomsorg i eget forløb. Eksempler på dette er patientdagbøger, patientskoler, dialog- og feedbackmøder, fælles beslutningstagen og telesundhedsløsninger, hvor borgeren bl.a. selv kan registrere helbredsoplysninger og kommunikere fleksibelt med sundhedsvæsenet over afstand.

Der er imidlertid behov for på tværs af sektorer at arbejde systematisk med at styrke samarbejdet med den enkelte borger om eget forløb og med at sikre, at gode metoder og redskaber udbredes. Der er også behov for at sikre, at både borgere og sundhedsprofessionelle er klædt på til at indgå i samarbejdet.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Fremme aktivt samarbejde med borgere i alle sektorer ved at prioritere mellem eksisterende aktiviteter og metoder, der kan styrke samarbejdet mellem borgere, herunder pårørende og fagprofessionelle, og tage stilling til udbredelse af projekter, som har vist sig virkningsfulde og effektive.
- Understøtte borgerens indflydelse på og muligheder for egenomsorg, herunder sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af telemedicinske indsatser. I arbejdet skal der indledningsvist identificeres og tages stilling til udbredelse og koordinering mellem eksisterende aktiviteter på området for telesundhed.



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

2.2 Samarbejdet med borgere om udviklingen af sundhedsvæsenet

Vi er enige om, at borgerperspektivet skal være en naturlig del af tilrettelæggelsen af forandringsprocesser, når ydelser og forløb tilrettelægges, og når det giver mening for borgeren at blive involveret. Sundhedsloven fastlægger, at der i hver region skal nedsættes et patientinddragelsesudvalg. Patientinddragelsesudvalget har til formål at bidrage til sikring af borgerperspektivet i det arbejde, der foregår i Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget.

Regionen og kommunerne arbejder endvidere allerede på flere områder med det aktive samarbejde omkring udvikling af sundhedsvæsenet, f.eks. når repræsentanter for borgere deltager i projekter, råd eller udvalg, der er med til at kvalificere, udvikle, vurdere og evaluere kulturen, faglighed, praksis, indsatser og løsninger.

Der er imidlertid behov for at indtænke borgerperspektivet mere systematisk i det organisatoriske samarbejde, der omhandler forløb på tværs af sektorer.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Arbejde for en styrkelse af den systematiske involvering af borgere ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb.

UDKAST TIL SUNDHEDSAFTALES - GODKENDT AF RÅDET



Kapitel 3: Nye og bedre samarbejdsformer

3.0 Politiske målsætninger og indikatorer

Politiske målsætninger:

4. *At udvikle og implementere nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren med borgeren i centrum*
5. *At aftale en ramme for, hvordan de regionale og kommunale prioriterede midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet samlet kan bidrage til at understøtte fælles samarbejdsprojekter, der knytter sig til sundhedsaftalen.*

Indikator:

- At vi har afprøvet 2-3 større nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.

3.1 Afprøvning og udvikling af nye modeller med fælles drift

Vi ønsker, at borgerne skal opleve høj kvalitet og sammenhæng i den forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsats, og at der arbejdes efter fælles mål. På en række områder er den tværsektorielle håndtering af opgaveløsningen gennem koordination og samarbejde imidlertid ikke tilstrækkelig til at opnå den kvalitet og sammenhæng for borgeren, der ønskes.

Særligt er der behov for at fokusere på sårbare borgere, der modtager samtidig behandling fra flere sektorer. Det gælder eksempelvis ældre medicinske patienter og nogle grupper af borgere med kroniske sygdomme, som har hyppige genindlæggelser forårsaget af tilstande, der potentielt kunne være forebygget gennem en tidlig og koordineret indsats fra kommune, hospital og almen praksis. Også inden for psykiatrien er der borgere, som er tilknyttet både den regionale psykiatri, praktiserende læge og/eller privatpraktiserende psykiatere, den kommunale misbrugsbehandling og socialpsykiatri, og hvor der er behov for en særlig indsats for at sikre høj kvalitet, sammenhæng for borgeren og effektiv ressourceudnyttelse.



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

Der er ønske om at afprøve nye organisatoriske løsninger med integrerede tilbud på områder inden for sundhedsaftalens visionsområder, hvor vi i dag har svært ved at tilgodese borgerens behov for udstrakt grad af koordination, samtidighed og fleksibilitet i indsatserne. Der er for disse områder behov for at flytte fokus fra samarbejdsaftaler og en stafetmodel hen mod fælles modeller med partnerskaber på tværs af sektorer og fagområder.

Lokalt i regionen og kommunerne, nationalt og internationalt er man i gang med at afprøve organisatoriske modeller med større eller mindre grad af integration omkring fælles mål, ledelse, organisation, medarbejdere og økonomi. Nationale og internationale erfaringer, herunder bl.a. erfaringer med samarbejde omkring akutfunktioner herunder f.eks. akutpladser, hurtig udredning samt etablering af sundhedshuse, der både indeholder kommunale og regionale sundhedstilbud, skal inddrages i afprøvningen og udviklingen af nye modeller for integrerede opgaveløsninger.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Aftale principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller med fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.
- Udvælge og afprøve to til tre større modelprojekter ud fra ovennævnte aftale om principper. Der skal i den konkrete projektudvikling tages hensyn til de organisatoriske rammer, der er gældende for praksissektoren.

UDKAST TIL SUNDHEDSAFТАLE - GODKENDT (2015)



Kapitel 4: Lighed i sundhed

4.0 Politiske målsætninger og indikatorer

Politiske målsætninger

- 6. At flere sårbare borgere sikres en tidlig og forebyggende indsats, der er målrettet deres behov og ressourcer*
- 7. At borgere med både psykisk sygdom og misbrug sikres en samtidig og koordineret indsats*
- 8. At borgere med psykisk sygdom får flere gode leveår.*

Indikatorer:

- At middellevetiden for borgere med psykisk sygdom stiger og nærmer sig middellevetiden for befolkningen som helhed i region Hovedstaden

Sundhedsprofilen i Region Hovedstaden viser, at vi har en stor udfordring i forhold til at skabe lighed i sundhed. Uligheden ses i forhold til sundhedsadfærd, risikofaktorer og sygdomsmønstre. Den kan aflæses både som en gradient, hvor der i hele befolkningen er en sammenhæng mellem social position og sundhed, og som en dårlig sundhedstilstand hos mange socialt udsatte og sårbare borgere.

En reduktion af ulighed i sundhed fordrer indsatser på mange niveauer. Herunder også indsatser, der rækker udenfor sundhedsvæsenet. Der er imidlertid enighed om, at der inden for sundhedsaftalens rammer er mulighed for indsatser, der kan bidrage væsentligt hertil. Det centrale er at kunne tilbyde differentierede og systematiske indsatser, der sikrer alle borgere bedst mulig kvalitet og udbytte af indsatserne i det samlede sundhedsvæsen. Lighed i sundhed kan derfor fremmes ved at



give tilbud, der tager udgangspunkt i den enkelte borgers behov, ressourcer og ønsker. Ved konkretisering af de enkelte indsatser kan det præciseres, hvem der er målgruppen, men vi skal samtidig være opmærksomme på at undgå den stigmatisering, der kan ligge i at få et tilbud på baggrund af en bestemt kategorisering af borgere.

Styrkelse af indsatser, der kan fremme mere lighed i sundhed, er et generelt fokusområde i hele sundhedsaftalen. Men det bemærkes, at særligt forebyggelsesafsnittet (5.2) har flere indsatser, der har til formål at fremme lighed i sundhed. Ligesom det findes i afsnit 5.1.8 om forskning.

I dette kapitel fokuseres specifikt på, hvordan målrettede indsatser i det tværsektorielle samarbejde om patientforløb kan bidrage til dels at reducere uligheden i sundhed og dels at undgå at forstærke den sociale ulighed i kontakten med sundhedsvæsenet.

4.1 Differentierede indsatser

Der tilbydes allerede i dag en række differentierede indsatser til borgere med kroniske sygdomme og/eller multisygdom (flere samtidige sygdomme), men denne indsats skal styrkes.

4.1.1 Identifikation af sårbare borgere

Tidlig opsporing af multisygdom og kronisk sygdom er vigtig for et vellykket behandlings- og rehabiliteringsforløb, og opsporingen det kan være en særlig udfordring i forhold til sårbare borgere, herunder såvel børn som voksne. Der er behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde for at opspore og igangsætte tidlig indsats overfor sårbare borgere med kronisk sygdom/multisygdom.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at sikre, at borgere i højere grad tilbydes en indsats, der tager udgangspunkt i borgernes behov, ønsker og ressourcer, vil vi udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/multisygdom.
- For at styrke behandling af børn med sygdom i socialt sårbare familier vil vi udarbejde og afprøve en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde om socialt sårbare familier med syge børn.

4.1.2 Differentierede indsatser til borgere med kronisk sygdom/multisygdom

Det er en fælles udfordring at sikre, at den særligt sårbare borger opnår et godt behandlings- eller rehabiliteringsresultat, både med henblik på at blive mest mulig rask og for efterfølgende at kunne mestre sin sygdom bedst muligt samt at sikre at behandlingen udføres under hensyntagen til borgerens øvrige sygdomme.



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

De indsatser, der igangsættes som en del af forløbsprogrammerne, skal kunne rumme alle borgere behov, herunder også at sikre, at den enkelte borger fastholdes i indsatsen. Det betyder, at vi skal arbejde på at skabe rammer for, at vi kan tilrettelægge fleksible og differentierede indsatser, der også tilpasses borgere med særlige behov. Der skal være fokus på den opfølgende indsats og effekten af de indsatser, borgerne modtager. Endelig skal der være fokus på at sikre lette henvisningsveje til differentierede tilbud.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at sikre udvikling af differentierede tilbud, hvor borgerens behov og ønsker er i fokus, vil vi udvælge to til tre målgrupper, hvor der afprøves løsninger, der tilgodeser det øgede behov for koordinering og fleksibilitet, der gør sig gældende for målgruppen. Dette skal ske med afsæt i den tilgængelige viden.

4.2 Særlige målgrupper

4.2.1 Sårbare gravide og nyfødte i sårbare familier

Den sociale ulighed i sundhed grundlægges tidligt i livet og ses i forekomsten af en lang række graviditets- og fødselskomplikationer. Der er i 2014 udarbejdet en aftale om arbejdsdeling mellem parterne for alle typer fødsler. Aftalen skal sikre, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området samt de politiske aftaler i Region Hovedstaden efterleves. Det indgår i aftalen om arbejdsdeling på svangreområdet, at indsatsen skal differentieres på baggrund af en række obstetriske, sociale og psykiske risikofaktorer. I denne aftaleperiode vil vi følge op på aftalen om arbejdsdeling og vurdere, om der er behov for justeringer af denne.

Til gravide med et misbrug i familien eksisterer der tilbud om en særlig intensiv indsats gennem Familieambulatoriet. I den foregående aftaleperiode er der ligeledes iværksat flere projekter, hvor der er fokus på koordinering af indsatser for andre sårbare eller udsatte gravide, som f.eks. unge gravide uden uddannelse og/eller med svage sociale netværk samt helbredsproblemer. Disse projekter er dog midlertidige, og samtidig dækker de ikke gravide i hele regionen.

I aftaleperioden vil vi derfor sætte særligt fokus på, at svangreomsorgen tilrettelægges med særligt fokus på at nå socialt udsatte gravide og deres familier.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at styrke grundlaget for en forbedret indsats over for sårbare gravide, skal der foretages en samlet evaluering af tidligere og igangværende tværsektorielle projekter, som er målrettet sårbare gravide, med henblik på at beskrive anbefalinger til generel implementering.



4.2.2 Borgere med samtidig psykisk sygdom og et skadeligt forbrug af rusmidler

Mange borgere med et skadeligt forbrug af rusmidler har samtidig psykisk sygdom. Fælles for disse borgere er, at de ofte oplever manglende sammenhæng mellem misbrugsbehandlingen og behandlingen af den psykiske sygdom.

Samarbejdsaftalerne mellem region og kommuner på psykiatriområdet beskriver arbejdsdeling og procedurer for samarbejdet. I praksis har det imidlertid været vanskeligt at sikre en samtidig og koordineret indsats. I den foregående aftaleperiode har der derfor været gennemført flere projekter med henblik på at opnå samtidige og koordinerede behandlingsforløb. Der er positive erfaringer fra disse projekter. Men projekterne er ikke nødvendigvis egnede til generel udbredelse i hele regionen, idet befolkningsunderlaget og organiseringen af misbrugsbehandlingen er forskellig kommunerne imellem.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at sikre borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrugsproblematik en effektiv, koordineret udredning og behandling af både psykisk sygdom og misbrug vil vi udvikle og udvide nye organisatoriske modeller for dette samarbejde mellem region og kommuner. Det skal ske med afsæt i lokale erfaringer fra samarbejdsaftalerne og eksisterende projekter. Modellerne tilpasses tillige de nationale retningslinjer for koordinerede indsatsplaner, når disse foreligger.

4.2.3 Styrket fokus på sundhedsindsatser til særligt udsatte borgere

Udsatte borgere, herunder borgere med stofmisbrug og hjemløse, dør relativt ofte som følge af somatisk sygdom, der forholdsvis nemt kunne være behandlet ved en tidligere indsats. Årsagerne hertil er mange. Hjemløse borgere og borgere med stofmisbrug henvender sig kun i ringe grad til egen læge og har ofte en adfærd, der kan være svær at rumme i almen praksis og eksisterende sundhedstilbud. Samtidig overskygger misbruget hyppigt de somatiske sygdomme, hvilket medfører, at disse borgere ofte ikke modtager den relevante behandling. Der er imidlertid positive erfaringer med brug af opsøgende indsatser i forhold til socialt udsatte grupper, der kan videreudvikles. Herudover bør mulighederne for et systematiseret samarbejde med frivillige foreninger også indgå i arbejdet for en styrket indsats på området.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at understøtte, at særligt udsatte borgere får lettere adgang til udredning, behandling og pleje, vil vi indgå aftaler, der bl.a. skal sikre lettere adgang til opfølgende pleje- og behandlingsindsatser efter udskrivelse fra hospital. Samarbejdsaftalerne udvikles med afsæt i eksisterende erfaringer.



Kapitel 5: Sammenhæng og kvalitet

5.0 Politiske målsætninger og indikatorer

Politiske målsætninger

9. At borgerne sikres høj kvalitet og en koordineret indsats i forebyggelse, behandling og pleje samt rehabilitering, uanset hvor i sundhedsvæsenet opgaven løses

10. At færre borgere indlægges og genindlægges på hospital, hvor det kan forebygges gennem en tidlig og koordineret indsats

11. At borgere med samtidig psykisk og somatisk sygdom oplever en sammenhængende og koordineret indsats.

Indikatorer:

- At almen praksis og hospitalerne henviser flere borgere med behov for forebyggelse og rehabilitering til udvalgte tilbud i kommunerne
- At andelen af borgere, der bliver indlagt med en forebyggelig diagnose, reduceres
- At andelen af borgere, der bliver genindlagt med en forebyggelig diagnose, reduceres
- At færre nyfødte genindlægges
- At andelen af akutte medicinske korttids-indlæggelser reduceres
- At andelen af borgere, der optager en seng på hospital efter de er færdigbehandlet, reduceres
- At andelen af udskrivelser, hvor der er afsendt en rettidig elektronisk epikrise, øges
- At andelen af borgere, der oplever godt samarbejde og god kommunikation, stiger
- At anvendelsesgraden og rettidigheden af udvalgte indikatorer vedr. digital kommunikation øges.



5.1 Tværgående indsatsområder

I dette afsnit beskrives indsatser i forhold til tværgående temaer jf. bekendtgørelse og vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler.

Der gøres opmærksom på, at beskrivelserne af de tværgående indsatser dækker alle fire obligatoriske indsatsområder: *Forebyggelse, Behandling og pleje, Genoptræning og rehabilitering samt Sundheds-it og digitale arbejdsgange*.

Indsatsområdet Sundheds-it og digitale arbejdsgange beskrives som tværgående tema i nærværende afsnit, hvorimod de 3 øvrige obligatoriske indsatsområder beskrives i separate afsnit 5.2, 5.3 og 5.4.

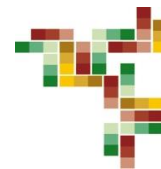
Dette afsnit indeholder derudover tværgående temaer om monitorering, kronisk sygdom herunder forløbsprogrammer, rådgivningsforpligtelsen, rammedelegation, opgaveoverdragelse og forskning.

5.1.1 Monitorering af tværsektorielt samarbejde og kvalitetsdata

Monitorering af tværsektorielt samarbejde

En løbende monitorering af det tværsektorielle område er med til at understøtte samarbejdet om planlægning, kapacitetsstyring og styring af de tværsektorielle forløb. Sundhedsstyrelsen har sammen med kommuner, regioner og praksissektoren udarbejdet indikatorer for monitoreringen af sundhedsaftalen. Monitoreringen inden for somatik, psykiatri, forebyggelige genindlæggelser og elektronisk kommunikation fungerer tilfredsstillende, men der skal løbende ske tilpasninger, der matcher behovet for lokale og nationale indikatorer.

Der udarbejdes løbende ledelsesinformationsdata (LIS-data), der har til formål at skabe overblik og bidrage til at sætte fokus på udviklingen i den enkelte kommune og på det enkelte hospital samt danne grundlag for tværsektoriel dialog bl.a. i samordningsudvalgene. Der er behov for at se på, hvordan anvendelsen af LIS-data kan videreudvikles og tilpasses behovene for dialog, som er baseret på tværsektorielle data.



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

Monitorering af tværsektorielle kvalitetsdata

Der er stor efterspørgsel efter data, der belyser kvaliteten af indsatser på det tværsektorielle område. Blandt andet er der begrænset viden om effekten af indsatserne i forløbsprogrammerne for kronisk sygdom. Regionen og kommunerne igangsatte derfor i 2010 et arbejde med at udvikle og implementere en klinisk rehabiliteringsdatabase, som kan monitorere effekten af rehabiliteringsforløb fra diagnosen til afsluttet forløb på tværs af sektorer. Videreudviklingen og ikke mindst at implementere og udfolde brugen af databasen fortsætter i denne aftaleperiode, ligesom mulighederne for udbredelse af databasen til flere sygdomsområder skal afdækkes.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at styrke datadreven kvalitetsudvikling vil vi registrere data i rehabiliteringsdatabasen indenfor udvalgte indikatorer først for diabetes og dernæst for KOL.

Datafangst i almen praksis¹

Overenskomstaftalen indgået 1. marts 2014 fastsætter, at der med afsæt i Den Danske Kvalitetsmodel skal udvikles en model for kvalitetsudvikling i almen praksis, hvor brugen af datafangst og kvalitetsparametre får en central rolle. Ud over at bidrage til kvalitetsudvikling af de enkelte almen praksis kan datafangst bl.a. også bidrage til at skabe overblik over populationen af patienter med en given diagnose. Det kan understøtte planlægningen af den fælles indsats på tværs af kommuner, hospitaler og almen praksis, f.eks. ved dimensionering af forebyggelsestilbud og henvisning hertil.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Almen praksis vil levere data fra datafangst, efterhånden som det bliver muligt, og løbende deltage i udvikling af nye indikatorer med afsæt i datafangst.

5.1.2 Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Sundheds-it og digitale arbejdsgange skal sikre sammenhæng og tilgængelighed i data og processer på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektor. Denne del af aftalen skal understøtte, at samarbejdet om borgernes forløb sker koordineret, planlagt, rettidigt og sikkert.

I den foregående aftaleperiode er vi kommet langt med implementering af digitale meddelelser på tværs af sektorer, men der er behov for fortsat fokus på implementering og korrekt anvendelse. Dertil kommer sikring af den digitale kommunikation på en række nye områder og særligt indenfor social- og psykiatriområdet.

¹ Det skal bemærkes, at en juridisk afklaring om indsamling og brug af data pågår og forventes at foreligge ultimo 2014.



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

Der er imidlertid også behov for et ambitiøst sigte mod fuld it-understøttelse af borgerens tværsektorielle forløb.

Parterne følger den *Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet*, hvorfor hovedparten af tiltag i sundhedsaftalen om sundheds-it og digitale arbejdsgange er knyttet til generelle og nationale initiativer.

Region Hovedstaden og Region Sjælland er i fællesskab i gang med at forberede og implementere Sundhedsplatformen, som er den nye elektroniske patientjournal til at understøtte hospitalernes kliniske arbejdsgange, dokumentation og vidensdeling. Systemet indeholder muligheder for at kunne se hospitalets data om borgeren, når der er behov for det. Det er i arbejdet med sundhedsplatformen vigtigt at drøfte og koordinere platformens potentialer i forhold til det eksisterende digitale samarbejde på tværs af sektorer.

Fra beskedbaseret digital kommunikation til deling af data

Beskedbaseret digital kommunikation mellem kommuner, hospitaler og praksissektor er implementeret for en række områder, herunder f.eks. for henvisninger, epikriser, indlæggelse og udskrivelse samt genoptræning. Der er behov for også at sikre tværsektoriel beskedbaseret digital kommunikation på en række andre områder, herunder bl.a. for akutområdet, det ambulante område, børneområdet og social- og psykiatriområdet.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at understøtte sammenhæng og tilgængelighed af data vil vi implementere beskedbaseret digital kommunikation for det ambulante område og akutområdet
- Følge anvisninger i den *Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet* for udbredelse af beskedbaseret digital kommunikation for psykiatrien, socialpsykiatrien, handicapområdet og jobcentre. Med udgangspunkt i ovenstående områder skal den eksisterende tværsektorielle kommunikationsaftale udbygges og implementeres.

For at kunne optimere og koordinere sikre forløb på tværs af sektorer er det nødvendigt at have let adgang til overordnede, relevante og tidstro informationer om borgeren, uanset hvor og i hvilket system informationerne fødes. Dette gælder for alle involverede parter i forløbet – herunder også borgeren.

Jævnfør den *Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet* skal der være fuld digital understøttelse af relevante tværgående arbejdsgange ved, at relevante data deles på tværs af sundhedsvæsenet i 2017. På nationalt niveau udarbejdes en analyse af sundhedsoplysninger og kommunikationsmønstre i sundhedsvæsenet. Analysen vil give anbefaling til, hvilke sundhedsoplysninger der er størst behov for at dele, på hvilken måde data skal deles mellem sundhedsvæsenets it-systemer, og hvordan sundhedspersonalet skal have adgang til data. Den nationale analyse



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

vil desuden indeholde en fælles faseplan for realisering af arbejdet. Vi vil lave aftale om implementering af faseplanen, når den foreligger, herunder aftale tidsplan for arbejdet.

Det Fælles Medicinkort

Det Fælles Medicinkort (FMK) er taget i brug på hospitaler og i praksissektoren. I forbindelse med økonomiaftalen 2014 blev det aftalt, at FMK skal være organisatorisk implementeret i kommunernes omsorgssystemer medio 2015. Implementering af FMK betyder nye arbejdsgange i kommuner, hospitaler og praksissektoren.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at styrke brugen af det Fælles Medicinkort vil vi udarbejde og medio 2015 have implementeret en aftale om, hvordan parterne anvender FMK i det tværsektorielle samarbejde. Aftalen skal dels dække forhold under implementeringen og dels sikre arbejdsgange og følge op på kvaliteten i anvendelsen af FMK, når FMK er i drift medio 2015. Aftalen skal imødekomme de særlige forhold, der gør sig gældende, på det specialiserede socialområde.

5.1.3 Tværsektorielt samarbejde om patientsikkerhed

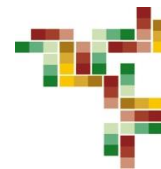
For at sikre god kvalitet i diagnosticering, behandling, pleje, genoptræning og rehabilitering af borgere er det nødvendigt at arbejde systematisk med patientsikkerhed herunder utilsigtede hændelser. Rapportering af utilsigtede hændelser i sektorovergange danner en del af grundlaget for identificering af risici og kvalitetsbrist og anvendes til at forbedre kvalitet og sikkerhed i tværsektorielle patientforløb.

Arbejdet med patientsikkerhed og utilsigtede hændelser i overgange mellem sektorer og planområder er stadig i en opstartsfasen, og der er fortsat et betydeligt forbedringspotentiale og behov for konsolidering af aktiviteter og samarbejde. Der er endvidere behov for kontinuerlig evaluering og monitorering af indsatserne.

Målet for denne aftaleperiode er at arbejde videre med at udvikle et tæt samarbejde og en god afrapporteringskultur om utilsigtede hændelser i sektorovergangene. Erfaringer fra patientsikkerhedsarbejdet skal udbredes, indarbejdes og nyttiggøres i samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og praksissektoren.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Medvirke til udvikling af Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD), så data kan ses på tværs af sektorer.
- Aftale og implementere en tværsektoriel organisering af samarbejdet mellem regionen og kommunerne omkring utilsigtede hændelser, som tager udgangspunkt i samarbejdet mellem regionale og kommunale risikomanagere og patientsikkerhedskonsulenter fra almen praksis.



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

- Med henblik på at skabe sammenhængende og sikre forløb, hvor læring fra fx hændelsesanalyser, kerneårsagsanalyser og andre relevante patientsikkerhedsanalyser inddrages, vil vi etablere et systematisk og struktureret samarbejde mellem relevante aktører, som har direkte berøringsflade med borgere på botilbud og borgere med komplekse psykiatriske forløb.

5.1.4 Fokus på kronisk sygdom

Indsatser over for kronisk sygdom omfatter mange forskellige målgrupper, der har varierende behov afhængig af bl.a. sygdommens karakter, om der er flere samtidige sygdomme og de sociale forhold. Der er et generelt behov for bedre dokumentation og evaluering af de eksisterende indsatser og et stort behov for et fælles datagrundlag for interventioner, som går på tværs af sektorer.

Forløbsprogrammer – videreudvikling, implementering og kvalitetssikring

Forløbsprogrammer er udviklet for en række af de mest udbredte kroniske sygdomme. Der er imidlertid behov for at udvikle programmernes anvendelse yderligere, så de eksempelvis også kan tilgodese behovene hos borgere med flere samtidige sygdomme. Der er ligeledes behov for at udvikle eller styrke indsatser for de mange borgere med kronisk sygdom, som enten ikke er omfattet af et forløbsprogram, eller som på anden måde falder uden for den mere standardiserede behandling og rehabilitering, som den aktuelt tilbydes.

De sidste 5 år er der udviklet forløbsprogrammer i Region Hovedstaden for borgere med KOL, type-2 diabetes, demens, hjertekar-sygdomme og lænderyg-lidelser. Fuld implementering af indholdet er en afgørende forudsætning for at opnå effekt af forløbsprogrammerne. Det er derfor væsentligt, at kommuner, hospitaler og praksissektoren afklarer, hvad der forstås ved fuld implementering og arbejder gensidigt forpligtende for denne opgave for at kunne sikre fuld implementering af disse programmer. Herunder også indarbejdelse af de ændringer, der følger af revisionen af forløbsprogrammerne inden for KOL og type-2 diabetes (2014) og efterfølgende hjerte-kar og demens (2015).

Ud over de regionale forløbsprogrammer er der også udarbejdet nationale forløbsprogrammer inden for kræftrehabilitering og palliation samt erhvervet hjerneskade for henholdsvis voksne og børn. Der pågår et regionalt arbejde med henblik på regional udmøntning af disse programmer. I aftaleperioden arbejdes der ligeledes mod en fuld implementering af disse forløbsprogrammer.

Der vil nationalt blive initieret nye forløbsprogrammer, bl.a. som følge af udarbejdelsen af en generisk model for forløbsprogrammer for psykiske lidelser (2015), som forventes udmøntet i lokale forløbsprogrammer. Det vil vi forholde os til, når den nationale generiske model foreligger.

Der er behov for at følge og monitorere forløbsprogrammerne på en række proces- og resultatparametre. Eksempelvis følge, om vi får henvist de rigtige borgere, opsporet alle relevante, fastholdt



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

borgerne i behandling og rehabilitering, og om der er sundhedsmæssig effekt for borgerne. Der henvises i øvrigt til afsnit om rehabiliteringsdatabasen.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Fastlægge hvilke indikatorer, der skal anvendes til at følge implementeringsgraden og kvaliteten af forløbsprogrammerne samt aftale, hvilke konkrete mål for kvalitet i tilbuddene og for den videre implementering, der skal nås.

Andre indsatser overfor borgere med kroniske sygdomme

Det stigende pres på sundhedsvæsenet indebærer, at der er brug for at tænke anderledes i behandlingen og plejen af borgerne samt behov for bedre dokumentation og evaluering af de eksisterende indsatser.

Analyser har vist, at forbruget af ydelser i sundhedsvæsenet er centeret omkring en mindre gruppe af borgere. Vi er derfor begyndt at sætte fokus på, hvordan vi kan identificere borgere med et særligt stort forbrug af sundhedsydelser, og hvordan vi gennem målrettede indsatser kan reducere den del af storforbruget, som vurderes at kunne forebygges. Dette udviklingsarbejde forudsætter, at relevante data kan deles på tværs af sektorer.

Vi vil i aftaleperiode gøre følgende:

- Med henblik på mere effektiv ressourceudnyttelse og bedre patientoplevelt kvalitet gennemføres først et fælles analysearbejde, hvor der kan samkøres data på tværs af sektorgrænser. Dernæst udvikles og afprøves en model, der kan reducere forebyggeligt storforbrug af sundhedsydelser for ældre medicinske patienter med kroniske sygdomme. Efterfølgende vurderes mulighederne for udbredelse af modellen.

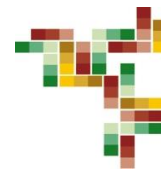
5.1.5 Rådgivning på tværs af sektorer

Regionens rådgivningsforpligtigelse skal udvikles i samarbejde mellem kommuner, hospitaler og praksissektoren for at sikre, at rådgivningen er organiseret på en måde, hvor kompetencerne anvendes effektivt og er målrettet kommunernes aktuelle behov for rådgivning.

Rådgivningsforpligtelsen omfatter generelle forhold. Rådgivning i forbindelse med konkrete borgerforløb behandles i et særskilt afsnit.

Rådgivning jf. rådgivningsforpligtelsen

Rådgivning i henhold til rådgivningsforpligtelsen vil, afhængig af hvilket emne der er tale om, blive varetaget af forskellige regionale institutioner med forskellig organisering og form for rådgivning.



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

gen. Vi vil derfor indgå konkrete aftaler om rådgivningen, hvor vi for hvert emne vil beskrive indholdet af rådgivningen, formen, organiseringen og økonomi samt evaluering.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sundhedsprofilerne. Sundhedsprofilerne skal fortsat bruges som monitoreringsværktøj til at følge udviklingen i borgernes sundhed og sygelighed. Aftalen skal sikre, at sundhedsprofilerne samtidig er anvendelsesorienterede i forhold til kommunernes forebyggelsesindsatser. Aftalen skal desuden medvirke til kompetenceudvikling indenfor evaluering og metodeudvikling.
- Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. kronisk sygdom og multisygdom. I aftalen skal der bl.a. være fokus på databaseret rådgivning ud fra monitoreringen af borgere med kronisk sygdom og differentierede indsatser overfor sårbare borgere.
- Videreudvikle aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedrørende hygiejne, ved at følge op på evalueringen af den nuværende hygiejneaftale og eventuelt komme med anbefalinger til indsatsområder.
- Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. medicin. I aftalen skal der udpeges særlige indsatsområder, herunder f.eks. Fælles Medicinkort (FMK) og polyfarmaci (anvendelse af mange slags medicin) hos borgere med multisygdom.
- Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sårpleje. I aftalen skal der udpeges særlige indsatsområder, herunder evaluering og udvikling af rådgivningen via telemedicinsk kommunikation samt udvikling af indikatorer på området. Der skal i aftalen være fokus på at øge kompetencerne hos relevante målgrupper omkring forebyggelse af tryksår.

Rådgivning i forbindelse med konkrete borgerforløb

Allerede i dag foregår der sparring og videndeling som en naturlig del af samarbejdet om den enkelte borger og det enkelte forløb. Der er imidlertid behov for at systematisere rådgivning og videndeling i forhold til borgere med komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov samt borgere med psykisk sygdom.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Indgå aftale, som understøtter let adgang til rådgivning og specialviden i konkrete tværsektorielle forløb for borgere med komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov samt borgere med psykisk sygdom. Aftalen skal målrettes udvalgte grupper af patienter, der kræver en specialiseret indsats. Vi er enige om, at der ikke er tale om en stående, fri og vederlagsfri ret til at trække på hinandens kompetencer.



5.1.6 Rammedelegationer i forbindelse med kommunale tilbud

Kommunerne har mulighed for at løse en række lægeordnede behandlingsopgaver i hjemmesygeplejen, på plejehjem, i akutfunktioner og botilbud, som overdrages til kommunen inden for rammen om delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed. Vi vil i denne aftaleperiode skabe større klarhed omkring det faglige, ledelsesmæssige og organisatoriske ansvar for opgaver, der udføres som rammedelegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Udarbejde en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere, når de udfører lægelige ordinationer i hjemmesygeplejen, på plejehjem, i akutfunktioner og botilbud.

5.1.7 Samarbejde om opgaveoverdragelse

Ud fra hensyn til effektiv ressourceudnyttelse flytter opgaver løbende mellem sektorerne i sundhedsvæsenet. Det er centralt, at overdragelse af større opgaver mellem henholdsvis hospital, kommune og praksissektoren sker planlagt og aftalt.

Vi vil i aftaleperiode gøre følgende:

- Løbende og efter behov indgå aftaler i regi af Sundhedskoordinationsudvalget om opgaveoverdragelse i forbindelse med større, strukturelle og principielle flytninger af opgaver mellem kommune, hospital, og praksissektoren. I forbindelse hermed vil vi beskrive opgaven og tage stilling til, hvem der har det sundhedsfaglige ansvar, delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, faglige retningslinjer for området og eventuelle konsekvensvurderinger, herunder økonomiske forhold, volumen og behov for kompetenceudvikling. Derudover vil vi tage stilling til implementering og opfølgning. De opgaver som almen praksis jf. Sundhedsaftalen skal udføre, skal beskrives i praksisplanen, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2013 om principper for udarbejdelse af praksisplan for almen praksis.

5.1.8 Forskning

Der er fortsat et stort behov for mere viden om, hvilke målrettede indsatser som virker bedst i forhold til at øge sundhedstilstanden i befolkningen, herunder er der et særligt stort behov for at skabe mere viden om, hvilke indsatser der bedst tilgodeser sårbare og udsatte borgeres behov og ressourcer. Der er ligeledes stort behov for systematisk udbredelse af viden fra eksisterende forsknings- og udviklingsprojekter.

Region Hovedstaden og kommunerne har i den foregående aftaleperiode etableret en ramme for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler, forskningsinstitutioner og praksissektoren inden for det fælles opgavefelt på sundhedsområdet. Region Hovedstaden etablerede i forbindelse hermed i



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

2013 en Tværsektoriel Forskningsenhed (TFE), der skal sikre identificering, formidling og implementering af forskningsbaseret viden samt generere ny viden, der kan implementeres på tværs af sektorer. Det er derudover vigtigt, at der er fokus på muligheder for synergier og etablering af samarbejder med forsknings- og innovationsmiljøer såvel lokalt i regionen som i det øvrige Danmark og internationalt.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at understøtte vores arbejde med at sikre lighed i sundhed gennemføres et mindre antal, men større tværsektorielt forankrede forsknings- og udviklingsprojekter vedrørende tidlig opsporing, rekruttering og fastholdelse af sårbare og udsatte borgere i forebyggelsesbehandlings- og rehabiliteringstilbud, herunder forskning om muligheder for at understøtte, at sårbare og udsatte borgere er aktive samarbejdsparter i eget forløb.

UDKAST TIL SUNDHEDSAFTALE - GODKENDT AF SKU



5.2 Forebyggelse

Sundhedsaftalen omfatter samarbejdet om sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser, der har til formål at støtte og motivere borgere til livsstilsændringer, der kan forebygge, at sygdom opstår og udvikler sig. Dette afsnit om forebyggelse omhandler de opgaver og samarbejdsflader, som kommuner, hospitaler og praksissektoren deler på forebyggelsesområdet. Det overordnede formål er at sikre, at alle borgere med behov tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj faglig kvalitet.

Det skal bemærkes, at rådgivning om forebyggende indsatser samt samarbejdet omkring kronisk sygdom, herunder forløbsprogrammer, er beskrevet som tværgående temaer i afsnit 5.1.

5.2.1 Synlighed og sammenhæng mellem indsatser

Parterne er enige om, at vi i højere grad skal betragte forebyggelsesarbejdet i kommuner, hospital og praksissektoren som tæt sammenvævede og afhængige indsatser. F.eks. har kommunernes indsatser vedrørende alkohol og tobak betydning for behandlingsindsatsen på hospitalet og i praksissektoren. Tilsvarende påvirker hospitalernes og praksissektorens vurdering af borgernes forebyggelsesbehov og deres opmærksomhed på muligheden for henvisning af borgere til kommunale tilbud kommunernes muligheder for at nå ud til de relevante borgere.

For at understøtte at henvisning foretages, skal det være tydeligt for både borgere og sundhedsprofessionelle, hvilke tilbud kommunerne har på området. Men også samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis om tidlig indsats hos borgere med behov for livsstilsændring eller patientuddannelse skal styrkes.

Sundheds- og forebyggelsesportalen (SOFT) på Sundhed.dk er kommunernes, hospitalernes og almen praksis' fælles overblik over tilbud på forebyggelses- og rehabiliteringsområdet. SOFT-portalen kan dermed understøtte mere sammenhængende forebyggelses- og rehabiliteringsforløb for borgerne. Der er imidlertid behov for at sikre, at alle parter systematisk opdaterer informationer om egne tilbud. Også oplysninger om sundheds- og forebyggelsestilbud på psykiatriområdet bør være tilgængelige på portalen.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Sikre systematisk opdatering af kommuner og hospitalers informationer på SOFT-portalen således, at den nyeste og relevante information om konkrete forebyggelses- og rehabiliteringstilbud altid er tilgængelig på Sundhed.dk. Herunder skal der også sikres synlighed af tilbud, som er rettet mod borgere med psykisk sygdom, vidtgående psykisk og/eller fysisk handicap og borgere med et skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler.



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

- Styrke samarbejdet omkring anvendelsen af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud gennem lokale initiativer. Herunder bl.a. aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis der sikrer, at borgere med behov herfor tilbydes alkohol- og tobaksintervention forud for operation.

5.2.2 Samarbejde om gravide og nyfødte

For at sikre en sammenhængende indsats er der behov for en bedre kommunikation mellem sektorerne. Herunder at der er én indgang til den kommunale sundhedspleje, som er kendt af almen praksis og fødeafdelingerne, der typisk har fødende kvinder fra mange forskellige kommuner. Det kan bl.a. understøtte, at den kommunale sundhedspleje allerede under graviditeten informeres om f.eks. behov for svangrebsbesøg.

Fødsels- og forældreforberedelse er et andet vigtigt forebyggelsesområde særligt i forhold til førstegangsfødsler. Der findes forskellige tilbud i hospitals- og kommunalt regi, men disse tilbud er ikke koordineret på tværs af sektorerne, ligesom der findes mange forskellige organiseringer.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Arbejde for en bedre tværsektoriel kommunikation på svangre- og barselsområdet.
- Indgå aftaler, der sikrer fælles fødsels- og forældreforberedelse på tværs af sektorerne. Tilbuddene skal udformes på en måde, der særligt fremmer sårbare gravides motivation og muligheder for at deltage i fødselsforberedelsen.

5.2.3 Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge

Det er vigtigt for børns udvikling, at der handles tidligt på tegn på psykisk og fysisk mistrivsel. De forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (jf. sundhedsloven) er de mest strukturerede tilbud, der findes til målgruppen. Den viden, der opnås herigennem, skal udveksles mellem relevante parter og understøtte koordinerede indsatser mellem kommuner og almen praksis. Der foregår imidlertid ikke nogen systematisk koordination eller udveksling af relevante helbredsoplysninger mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Aftale retningslinjer for systematisk kommunikation på børneområdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje om udveksling af relevante helbredsoplysninger.
- Aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og praktiserende læger om børn og unge, der ønskes henvist til Børne og Ungdomspsykiatrisk Center.



5.2.4 Tidlig opsporing og indsats over for psykisk mistrivsel blandt børn og unge

Det er vigtigt, at børn med psykisk mistrivsel opspores så hurtigt som muligt med henblik på iværksættelse af relevante foranstaltninger. Vi vil vurdere, om der er behov for at udvikle aftaler mellem kommunerne og praksissektoren om samarbejdet omkring børn og unge med psykisk mistrivsel.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Udvælge og udbrede værktøjer til brug for tidligere opsporing af psykisk mistrivsel hos børn i forskellige aldersgrupper hos såvel kommune som almen praksis.
- Sikre synlighed og let tilgængelig information om henvisning fra primærsektor til regionens børne- og unge psykiatri.

5.2.5 Børn og unge som pårørende

Børn og unge, der oplever alvorlig sygdom og død i deres nærmeste familie, udsættes for en stor belastning. Familien kan have vanskeligt ved at give barnet den støtte, som det har behov for, da familien er i en sårbar situation.

På psykiatriområdet er der aftalt retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og psykiatrien i forhold til børn som pårørende til borgere med psykisk sygdom, men der findes ikke tilsvarende generelle aftaler på det somatiske område. Vi vil fremme det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing af børn og unge som pårørende, således at der ved behov kan sikres en opfølgende indsats.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Udarbejde retningslinjer for tidlig opsporing af børn og unge som pårørende og aftale, hvordan der varsles mellem sektorerne i forhold til børn og unge, der oplever dødsfald og/eller er pårørende til familiemedlemmer med alvorlig psykisk eller somatisk sygdom.

5.2.6 Forebyggelses- og behandlingstilbud til borgere med afhængigt forbrug af rusmidler og deres familier

Tidlig opsporing er væsentlig for at forebygge udvikling af et afhængigt forbrug af rusmidler. Tal fra Sundhedsstyrelsen viser, at der i gennemsnit går 10-12 år fra et misbrug af alkohol påbegyndes, til en borger kommer i et egentligt behandlingstilbud. Der er derfor behov for at styrke den tidlige opsporing af unge og voksne med problemer med rusmidler.

Motivation spiller en afgørende rolle for borgerens beslutning om at deltage i et behandlingsforløb. Alle parter har derfor også en opgave i at motivere til behandling – herunder at oplyse om de kommunale behandlingstilbud.



Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Understøtte tidlig opsporing og indsats overfor borgere, herunder unge med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler, uanset hvor i sundhedsvæsenet, borgeren mødes.
- Sikre entydig og lettilgængelig henvisningsprocedure til misbrugsbehandling.

5.2.7 Børn i familier med misbrugsproblemer

Børn, der vokser op i familier med misbrugsproblemer, har stor risiko for senere i livet at udvikle psykiske problemer og for selv at udvikle afhængighed af rusmidler. Denne gruppe børn mangler hjælp fra familien, og derfor bliver hjælpen fra det omgivende samfund endnu mere central. I aftaleperioden vil vi arbejde for at understøtte sammenhængende og koordineret indsats omkring tilbud til børn i misbrugsfamilier.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Synliggøre eksisterende tilbud til børn i familier med misbrugsproblemer.
- Aftale, hvordan varsling mellem sektorerne kan udbygges i forhold til børn i familier med misbrugsproblemer, således at det sikres, at børnene med behov findes og henvises til eksisterende tilbud.

5.2.8 Tidlig opsporing af unge og voksne med psykisk sygdom

Tidlig opsporing af psykisk sygdom er vigtig for en vellykket behandling og rehabilitering. Samtidig ved vi, at særligt borgere på kontanthjælp og langtidssygemeldte har en høj forekomst af psykiske lidelser, der ofte først opspores sent i forløbet. Der er behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing af unge og voksne, der har psykisk sygdom eller er i risiko for at udvikle psykisk sygdom og tilbyde dem en tidlig koordineret indsats.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Tage stilling til udvikling og implementering af forløbsprogrammer for psykiske lidelser, når den generiske model fra Sundhedsstyrelsen foreligger.
- Sikre rådgivning af medarbejdere på bl.a. ungdomsuddannelserne og i jobcentrene om metoder til identifikation af mulig psykisk lidelse.
- Sikre klar kommunikation om udrednings- og behandlingsansvar og sikre lettilgængelige henvisningsveje til behandlingstilbud i kommuner, hospitaler og praksissektoren.



5.2.9 Tidlig opsporing af somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom

Borgere med psykisk sygdom har en overdødelighed i forhold til den øvrige befolkning. En væsentlig årsag hertil er, at somatisk sygdom ofte ikke opspores eller behandles i tide. Det er derfor en fælles opgave at iværksætte indsatser, der kan mindske risikoen for udvikling af alvorlig somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Fastlægge principper for, hvordan kommuner, hospitaler og praksissektoren kan samarbejde om at motivere borgere med psykisk sygdom til at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.
- Aftale, hvordan borgere, der er tilknyttet kommunernes socialpsykiatri og botilbud, systematisk kan tilbydes og motiveres til at gennemføre forebyggende sundhedsundersøgelser hos egen læge.

5.2.10 Tidlig opsporing og indsats vedr. KOL og børneastma

I økonomiaftalen 2014 fremgår, at der skal ske en styrket indsats på lungeområdet med særligt fokus på KOL og børneastma. Indsatsen skal indebære udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer og styrkelse af den tidlige opsporing af KOL og børneastma. Almen praksis fremhæves som en afgørende aktør i opsporing og diagnostik af lungesygdomme.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at styrke den tidlige opsporing i almen praksis af borgere med KOL og astma hos børn udarbejdes samarbejdsaftaler herom.



5.3 Behandling og pleje

Et velfungerende tæt og forpligtende samarbejde mellem parterne på sundhedsområdet er med til at understøtte, at borgere med behov herfor tilbydes et sammenhængende behandlings- og plejeforløb af høj kvalitet.

I dette afsnit af sundhedsaftalen sættes fokus på vores opgaver, samarbejde og kommunikation i forbindelse med ambulant behandling og ved indlæggelser og udskrivelser. Herunder er der fokus på de indsatser, som vi prioriterer for at undgå indlæggelser og genindlæggelser, hvor de kan forebygges gennem tidlig og koordineret indsats. Der sættes desuden fokus på at nedbringe antallet af akutte medicinske korttidsindlæggelser og antallet af færdigbehandlede borgere, der optager en seng på hospitalerne.

5.3.1 Samarbejde og kommunikation

En væsentlig forudsætning for det sammenhængende patientforløb af høj kvalitet er fælles mål understøttet af koordination og dialog. Dialog kan finde sted ved det personlige møde, elektronisk kommunikation eller ved telefonisk kontakt. Det er afgørende, at der i hele forløbet er den relevante viden til rådighed, således at koordination mellem samtidige indsatser og overdragelse mellem sektorer foregår så hurtigt, sikkert og fyldestgørende som muligt.

I den foregående aftaleperiode blev der indgået en aftale om tværsektoriel kommunikation og arbejdsgange mellem kommunerne og hospitalerne om indlæggelser og udskrivelser. Kommunikationsaftalen omfatter samarbejdet om indlæggelser og udskrivelser mellem kommunerne og hospitalerne i forhold til voksne med somatisk sygdom, der efter indlæggelse har behov for kommunale omsorgsydelser.

I aftaleperioden skal Kommunikationsaftalen revideres, og der skal arbejdes videre med udvikling af kommunikationsaftaler på de områder, der ikke er dækket af den gældende Kommunikationsaftale. I de nye aftaler skal der være fokus på borgeren som aktiv samarbejdspart samt på implementering og opfølgning.

På psykiatriområdet er der indgået bilaterale samarbejdsaftaler mellem Region Hovedstadens Psykiatri og kommunerne på henholdsvis voksenområdet og børne- og ungeområdet. Aftalerne beskriver ansvars- og opgavefordelingen i de enkelte faser af et behandlingsforløb. Der er behov for ensartede aftaler mellem alle kommuner og Region Hovedstadens psykiatri bl.a. som følge af en regional samling af specialfunktioner.



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Snarligt revidere den gældende Kommunikationsaftale blandt andet med henblik på en forenkling af centrale aftaledele. Der skal endvidere sættes fokus på aktiv inddragelse og samarbejde med borgeren i forbindelse med udskrivelse.
- Udarbejde og implementere kommunikationsaftaler for: Ambulante forløb, børn og unge, det akutte område og på psykiatriområdet – herunder også for børne- og ungdomspsykiatrien.
- Udarbejde en aftale for støtte til borgere (børn og voksne) med svære kommunikationsvanskeligheder, der indlægges fra sociale tilbud til udredning og behandling på hospital.
- Revidere og omdanne samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet til én generisk samarbejdsaftale på voksenområdet henholdsvis børne- og ungeområdet, der gælder for alle kommuner og alle psykiatriske centre/børne- og ungdomspsykiatriske center. Herunder skal der arbejdes systematisk med understøttelse af aftalernes implementering i den daglige drift.

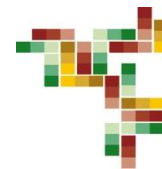
5.3.2 Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser

Vi ønsker, at færre borgere indlægges på hospital, hvis det kan forebygges gennem en tidlig og koordineret indsats. Aftalen skal medvirke til at undgå hospitalsindlæggelser og genindlæggelser, der kan forebygges ved rettidig og effektiv opsporing, behandling, pleje og træning i kommuner og praksissektoren og i samarbejde med ambulatorier og andre afdelinger på hospitalerne.

Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser kræver nogle gange særlige indsatser, men ofte er der også tale om et fokus, der skal integreres i de indsatser, borgeren allerede modtager. Målgruppen for indsatsområdet er de sårbare borgere, der f.eks. gennem tilknytning til kommunale tilbud, hyppige indlæggelser eller hyppige kontakter til almen praksis, er i kontakt med sundhedsfaglige medarbejdere.

Det drejer sig primært om ældre medicinske patienter og borgere med somatisk eller psykisk kronisk sygdom og/eller hyppige indlæggelser. Herudover er der en særlig udfordring omkring genindlæggelser af nyfødte.

Forudsætningen for, at akutte indlæggelser kan forebygges, er en øget opmærksomhed på og opsporing af begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom. Kommunerne og almen praksis har derfor en væsentlig rolle i forhold til den tidlige opsporing. Men tidlig opsporing kan ligeledes foregå på hospitalerne i forbindelse med indlæggelser og ambulante forløb, og man skal her være opmærksomme på muligheden for henvisning til kommunale tilbud. Herudover kan tidlig indsats forudsætte hurtig adgang til specialistudredning på hospital eller hos praktiserende speciallæge.



Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing og tidlig indsats ved at implementere redskaber, som er udviklet til formålet, og som så vidt muligt er evidensbaseret, og derudover tage afsæt i en opsamling af erfaringerne med tidlig opsporing og tidlig indsats.

5.3.2.1 Akutte indsatser

I de seneste aftaleperioder er mulighederne for at yde akut og kompleks pleje og behandling udviklet i det nære sundhedsvæsen. Akutte indsatser i den kommunale sygepleje kan være med til at mindske antallet af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser og skabe tilbud om pleje, observation og behandling tæt på borgernes hverdagsliv og lokalmiljø.

For borgere med psykisk sygdom vil en udbygget adgang til kommunale akutte indsatser ligeledes kunne være med til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Med udgangspunkt i eksisterende erfaringer udarbejdes aftaler for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud. Aftalerne skal beskrive samarbejdet omkring og ansvarsfordelingen af det lægefaglige behandlingsansvar, tilgængelighed for lægefaglig rådgivning og vurdering af borgerens situation og samarbejde om understøttelse samt oplæring af medarbejdere. Aftalerne skal omfatte både psykiatri og somatik.

5.3.2.2 Genindlæggelser af nyfødte og arbejdsdeling omkring fødslen

Der har i den forrige aftaleperiode været en omlægning på fødeområdet, som giver langt flere ambulante fødsler og tidlige udskrivelser efter fødsel. Samtidig er antallet af nyfødte, der genindlægges, steget markant.

Der er primo 2014 udarbejdet en aftale om arbejdsdeling mellem parterne for alle typer fødsler. Aftalen skal sikre, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området samt de politiske aftaler i Region Hovedstaden følges. Herunder er der i aftalen særligt fokus på, at alle familier modtager tæt opfølgende kontakt i den første sårbare tid efter fødsel og især hjemkomst. Der er behov for, at der følges op på, om aftalen virker efter hensigten. Herunder er der særligt behov for at undersøge, om aftalen i tilstrækkelig grad indeholder indsatser, der kan medvirke til at reducere antallet af genindlæggelser af nyfødte.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Analysere genindlæggelsesmønstret for nyfødte med henblik på vurdering af, om der er behov for implementering af yderligere tværsektorielle indsatser.



5.3.3 Den gode udskrivelse som forebyggelse af genindlæggelser

Den gode udskrivelse vil for mange borgere forudsætte, at udskrivelsen forberedes allerede ved indlæggelse. Rettidig inddragelse af og information til kommuner og praktiserende læger samt en inddragende og helhedsorienteret vurdering af borgerens situation kan understøtte borgerens oplevelse af sammenhæng og kvalitet i indsatsen og forebygge genindlæggelser. I aftaleperioden ønsker vi at forbedre udskrivelsen for den enkelte borger på både det somatiske og psykiatriske område. Det vil vi bl.a. gøre ved at skabe overblik og koordinere de mange indsatser såsom forløbskoordination, regionale følgeordninger og kommunale opfølgingsindsatser. Ikke alle ordninger er implementeret i samme grad.

5.3.3.1 Forløbskoordination

Sundhedskoordinationsudvalget har godkendt en model for fælles regional/kommunal forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter, som er under implementering.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at skabe overblik og effektiv ressourceudnyttelse vil vi sikre koordinering og implementering i forhold til forløbskoordination og de regionale og kommunale følgeordninger: Følge hjem, ringe hjem og opfølgende hjemmebesøg samt øvrige kommunale ordninger, der følger op efter udskrivelse.

5.3.3.2 Behandlingsredskaber og hjælpemidler ved udskrivelsen

Borgerne udskrives i dag tidligere og er ofte mere plejkrævende og mindre mobile og selvhjulpne ved udskrivelsen. Dette øger behovet for hjælpemidler. Det er vigtigt, at de hjælpemidler og behandlingsredskaber, som borgeren har behov for, er til rådighed ved udskrivelsen fra hospital, samt at borgeren har modtaget den nødvendige instruktion i brugen af hjælpemidlet og behandlingsredskabet.

For at sikre en klar ansvarsfordeling mellem kommune, hospital eller borgeren selv er der udarbejdet et snitfladekatalog, som skal give klarhed over arbejdsdelingen vedrørende udlevering, afprøvning, instruktion, tilpasning og opfølgning på borgerens brug af behandlingsredskabet eller hjælpemidlet. Snitfladekataloget er et dynamisk aftaleredskab, som bygger på en fortolkning af afgrænsningscirkulæret,^[1] og det vil løbende blive revideret.

^[1] Cirkulære nr. 9079 af 22/02/2013



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

5.3.4 Tværsektorielt samarbejde om medicin

For at sikre at borgerne opnår rigtig og sikker medicinering og kontinuitet ved sektorovergange, skal borgerens medicinoplysninger være opdaterede og tilgængelige ved indlæggelse på og udskrivelse fra hospitalerne, ved behandling hos praktiserende læge og speciallæge samt i kommunerne.

Kommunikation om medicin foregår hovedsagelig via Fælles Medicinkort (FMK) og vil i takt med implementeringen af FMK være en forbedring af patientsikkerheden på medicinområdet. Det skal sikres, at alle sundhedsprofessionelle, der har borgeren i pleje og/eller behandling, udveksler og har let adgang til tidstro, opdateret og korrekt information om borgerens aktuelle medicinering. Det er desuden en forudsætning for korrekt medicin i sektorovergange, at der til enhver tid er klarhed over placeringen af det lægefaglige ansvar for den samlede medicinering af borgeren.

Når borgeren afsluttes fra hospitalet videregives informationer i form af en epikrise til almen praksis og hvis relevant også til praktiserende speciallæge. Informationerne skal sikre, at almen praksis og/eller praktiserende speciallæge hurtigst muligt efter udskrivelsen har relevante oplysninger om indlæggelsen/behandlingen med henblik på det videre forløb.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Understøtte en samlet set hurtigere fremsendelse af epikriser til egen læge end i dag. Særligt for borgere, hvor kommunen eller egen læge er umiddelbart involveret i den fortsatte behandling af borgeren, sikres det, at epikrisen fremsendes til egen læge samme dag for borgere udskrevet på hverdage inden kl. 12 og ellers senest en hverdag efter udskrivelsen af borgeren.
- Præcisere organiseringen og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem kommunerne, hospitalerne og praksissektoren med fokus på rettidig og korrekt medicinkommunikation. Det skal til enhver tid være klart kommunikeret, hvem der har det lægefaglige ansvar for den samlede medicinering af borgeren.
- Implementere en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning.

5.3.5 Særlige målgrupper

Palliative patienter

Der er behov for, at der sker en videndeling mellem det specialiserede palliative niveau på hospitalerne og hospices og det basale niveau i kommunerne, så de specialiserede palliative enheder i tiltagende grad varetager en rådgivnings-, undervisnings- og sparringsfunktion i forhold til det basale niveau.



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

Patienterne skal tilbydes sammenhængende palliative forløb. Det er derfor vigtigt, at der er et godt tværsektorielt samarbejde mellem de udgående palliative teams/udgående hospiceteams, hjemmeplejen og almen praksis.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Vi har i 2014 udarbejdet en fælles plan for implementering af anbefalingerne i det nationale forløbsprogram for kræftrehabilitering og palliation, som vi vil følge.

Borgere med erhvervet hjerneskade

Der er behov for et særligt fokus på borgere med erhvervet hjerneskade med henblik på at sikre effektive og sammenhængende forløb og for at mindske følgerne af hjerneskaden og derigennem borgerens mulighed for at opnå et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering af børn og voksne med erhvervet hjerneskade.
- Etablere indsatser, som kan forebygge genindlæggelser og forværring af borgerens og familiens situation. Det kan eksempelvis handle om opretholdelse af en hjerneskadekoordinationsfunktion i kommunerne, gennem etablering af mulighed for revurdering/tilbageløb for borgere med særlige problemstillinger og gennem etablering af graduerede rehabiliteringstilbud både i kommunerne og på hospitaler.

Borgere med demenssygdomme

Borgere med demenssygdomme og deres pårørende er en særlig sårbar målgruppe. Det forventes, at der afledt af den aldrende befolkning i de kommende år vil komme en øget efterspørgsel efter tilbud til demente. Grundet kognitiv svækkelse har disse borgere svært ved at tage ansvar for eget forløb, hvorfor det er særligt vigtigt at sikre ordentlig overdragelse/ledsagelse af demente på tværs af sektorer. Det kan f.eks. være relevant i forbindelse med udredningsforløbet på hospitalet og den videre indsats i kommune og ved praktiserende læge eller i forbindelse med akut indlæggelse eller besøg i akutmodtagelse. Det er vigtigt at sikre et særligt fokus på de pårørende til demente, som kan være i særlig risiko for at udvikle sygdom på grund af overbelastning.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Understøtte indsatser, der fremmer tidlig og kvalificeret opsporing, idet jo tidligere sygdommen opdages, des bedre er mulighederne for at vælge effektive behandlingsmetoder, planlægge den sociale indsats og inddrage borgeren og de pårørende som aktive samarbejdspartner.



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

- Tilrettelægge og gennemføre den videre implementering af forløbsprogrammets indsatser samt revisionen af forløbsprogrammet med afsæt i den gennemførte evaluering af forløbsprogrammet for demens.

UDKAST TIL SUNDHEDSAFTALE - GODKENDT AF SKU



5.4 Genoptræning og rehabilitering

I dette afsnit af sundhedsaftalen sættes fokus på vores opgaver, samarbejde og kommunikation i forbindelse med genoptræning og rehabilitering. Genoptræning har også været et indsatsområde i de to foregående sundhedsaftaler, men området er nu bredt ud til også at omfatte rehabilitering.

Rehabilitering er ”en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.”

Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger, og består af en koordineret, sammenhængende og videnbaseret indsats.

Mens genoptræning handler om at generhverve funktionsevne og færdigheder ved at gennemføre træning og specifikke øvelser, er rehabilitering rettet mod borgerens samlede funktionsevne og livssituation (se tekstboks).

Den overordnede målsætning med indsatsområdet er, at borgere med nedsat funktionsevne, som er relateret til somatisk eller psykisk sygdom, tilbydes et sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet, når de har behov for genoptræning og rehabilitering. Det er et fælles mål, at flest mulige borgere med tabte funktionsfærdigheder får mulighed for at vende tilbage til et selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv og tilknytning til arbejdsmarkedet trods de forandringer, som sygdom kan medføre.

Det er afgørende for en vellykket genoptræning og rehabilitering, at indsatser sker koordineret mellem relevante parter på tværs af faggrupper, forvaltninger og sektorer, og at borgeren og eventuelle pårørende er aktive samarbejdsparter så tidligt som muligt i processen. Genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen skal være forventningsafstemt med borger og tilrettelagt individuelt efter den enkelte borgers samlede situation og ressourcer. For at understøtte lighed i sundhed skal der være opmærksomhed på særligt sårbare borgere herunder borgere med vidtgående psykisk og/eller fysisk handicap.

En væsentlig udfordring i det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde om rehabilitering er, at de fagprofessionelle ofte tillægger begreber som recovery, rehabilitering, habilitering og genoptræning forskellig betydning. På genoptræningsområdet er en af udfordringerne, at der kan være uens praksis for, hvad der defineres som henholdsvis træning, genoptræning og behandling. En gensidig og fælles forståelse af begreber og principper skal derfor være bærende elementer i målsætningerne i dette afsnit.



Genoptrænings- og rehabiliteringsområdet er i udvikling. Blandt andet har den nye førtidspensionsreform og sygedagpengereformen også betydning for arbejdet med rehabilitering på tværs af sektorerne. Det er derfor vigtigt at følge udviklingen på området og løbende forholde sig til, om der er behov for at samarbejde om nye indsatser, efterhånden som reformerne implementeres. På genoptræningsområdet, er der kommet ny bekendtgørelse og vejledning, som stiller krav til organisering og ændrede arbejdsgange i samarbejdet mellem kommuner og hospitaler.

5.4.1 Koordination og tidlig indsats

Hvis genoptræning og rehabilitering for alvor skal have effekt, skal indsatserne koordineres tværsektorielt og påbegyndes tidligt i et forløb. Kommuner, hospital og almen praksis skal derfor tidligt have fokus på udredning af funktionsevne, genoptrænings- og rehabiliteringsbehov samt på hvilke tidlige indsatser, der kan være med til at hindre, at patienten bliver svagere i løbet af behandlingsforløbet, eller at senere rehabiliteringsbehov kan begrænses før behandling eller planlagt operation. På hospitalerne skal personalet have fokus på patientens samlede forløb, og hvad der skal ske i det videre forløb med patienten, og at der henvises til relevant genoptræning og rehabilitering i kommunerne. I kommunerne er det vigtigt, at der er koordination af indsatser mellem social-, beskæftigelses-, undervisnings- og uddannelses-, børne- og sundhedsområdet organisatorisk samt i den enkelte borgers forløb.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at sikre mindst mulig tab af funktionsevne under indlæggelse vil vi sikre, at hospitalerne har tilstrækkeligt fokus på mobilisering og genoptræning af ældre medicinske patienter.

5.4.2 Kommunikation

Et centralt redskab til at sikre koordinationen er kommunikation gennem MedCom-standarderne Genoptræningsplan (GOP) og Henvisning (REF01). I dag anvender hospitalerne en Genoptræningsplan (GOP) til at henvise til genoptræning og en Henvisning (REF01) til rehabilitering. Mange borgere vil både have genoptrænings- og rehabiliteringsbehov og vil derfor med de eksisterende MedCom-standarder både skulle have en GOP og en REF01. Det medfører dobbelte arbejdsgange og u hensigtsmæssig ressourceudnyttelse, når der er kommunikation om den samme borger fra hospital til kommune gennem to forskellige meddelellestyper. Der er derfor behov for løbende at se på, hvordan henvisninger og arbejdsgange kan tilrettelægges bedst muligt for personalet, og for at sikre at borgerne henvises relevant og rettidigt med de gældende kommunikationsredskaber. Det forventes, at den nye bekendtgørelse for genoptræningsområdet følges op af ændrede MedCom-standarder i løbet af aftaleperioden.



Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at skabe mere smidige kommunikationsveje mellem hospital og kommune om borgere med samtidigt behov for genoptræning og rehabilitering vil vi bl.a. i takt med udviklingen af MedCom-standarderne arbejde for, at den samme MedCom-standard anvendes til både genoptrænings- og rehabiliteringsforløb

5.4.3 Fokus på faglig kvalitet

Der er behov for kontinuerligt at udbygge og udbrede evidens for de indsatser, der virker. I den foregående sundhedsaftale blev der arbejdet med brug af evidens dels gennem udarbejdelse af genoptræningsforløbsbeskrivelser og dels gennem fokus på evidens i forhold til testapparater mm. Et eksempel til efterfølgelse er Dokumentalistrapporten om anbefalinger til superviseret fysisk træning, som beskriver evidens for samtræning af diagnosegrupper (KOL, diabetes og hjertekar) samt forslag til ensretning af testapparat for de enkelte diagnosegrupper. Hermed sikres monitorering og mulighed for databasefællesskab i hele regionen. I den forbindelse vil Rehabiliteringsdatabasen, der er under udvikling, skulle anvendes. I denne aftaleperiode vil vi videreudvikle vores samarbejde om udbygning og udbredelse af evidens for genoptræningsindsatser. I den forbindelse vil vi indledningsvis aftale, hvordan tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser kan fortsat udarbejdes i et effektivt og gensidigt forpligtende samarbejde mellem kommuner og hospitaler og med et fælles ansvar for finansieringen. Disse opgaver er meget ressourcekrævende og derfor svære at løfte både for de enkelte kommuner og de enkelte hospitaler.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- For at skabe sammenhæng i genoptræningsforløb, der bygger på mest mulig evidens, skal allerede igangsat udvikling af tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser færdiggøres og implementeres. Arbejdet med at udvikle nye tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser fortsættes ud fra en organisering af udviklingsarbejdet, der er ressourceeffektiv.
- Udvikle og implementere retningslinjer for træning før operation eller behandling indenfor udvalgte diagnosegrupper, hvor der er evidens for effekt (eksempelvis ryg, knæ og skulder).
- Fortsætte den fælles implementering af valide og pålidelige test og målinger for konkrete patientgrupper.



Endeligt udkast – Sundhedsaftalen 2015 - 2018 – administrativ del

5.4.4 Arbejdsdeling og opgaveansvar

Den nye Bekendtgørelse med tilhørende vejledning om genoptræning² indeholder nye og ændrede krav til organisering og arbejdsgange mellem kommuner og hospitaler. For at understøtte en klar arbejdsdeling og et tydeligt opgaveansvar skal der derfor indgås aftale om udmøntning af disse. Det kan eksempelvis ske gennem udarbejdelse af et nyt snitfladekatalog og fastsættelse af ventetider, der hvor det er sundhedsfagligt begrundet. I den forbindelse vil det være væsentligt, at sikre sammenlignelige opgørelsesmetoder for ventetider og samarbejde om at udnytte kapaciteten bedst muligt, for at sikre mindst mulig ventetid.

Derudover er der nye nationale ”visitationsretningslinjer for personer med erhvervet hjerneskade” på vej, som parterne også er forpligtet til at implementere.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Indgå aftale om udmøntning af Bekendtgørelse samt vejledning² om genoptræning eksempelvis ved udarbejdelse af et nyt snitfladekatalog og fastsættelse af ventetider, der hvor det er sundhedsfagligt begrundet.
- Implementere nationale visitationsretningslinjer for personer med erhvervet hjerneskade, når retningslinjerne udkommer.

5.4.5 Samarbejde på fysioterapiområdet

Borgere, der modtager vederlagsfri fysioterapi, har varige og alvorlige lidelser, og vil derfor ofte have behov for en helhedsorienteret og sammenhængende tværfaglig indsats. I sundhedsaftalen skal der sættes fokus på sikring af faglig kvalitet i forhold til rehabilitering og/eller genoptræning, koordinering og opfølgning for gruppen af borgere, der samtidig modtager vederlagsfri fysioterapi.

Det er i aftalen desuden oplagt at se på, hvordan man kan afdække gråzonen mellem de praktiserende fysioterapeuter og de kommunale tilbud om rehabilitering og genoptræning og tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Aftalerne fra sundhedsaftalen skal indarbejdes i praksisplan for fysioterapi med virkning fra 2015-2018.

Vi vil i aftaleperioden gøre følgende:

- Sikre løbende dialog mellem kommunen og praktiserende fysioterapeuter om gråzonen mellem de kommunale og praktiserende fysioterapeuters tilbud om rehabilitering, genoptræning og vederlagsfri fysioterapi med henblik på at sikre en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne således, at borgerne sikres et sammenhængende forløb.

² ”Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus” BEK nr 1088 af 06/10/2014 og ”Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner” VEJ nr 9759 af 08/10/2014.

**Bilag: 5.2. Godkendelse af Sundhedskoordinationsudvalgets forslag til
sundhedsaftale 2015 - 2018 - Oversigt over eksisterende
e bilag-ny.pdf**

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 07. januar 2015 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 96456/14



Bilagsoversigt: Sundhedsaftale 2015 - 2018

Der er i tilknytning til den foregående sundhedsaftale udarbejdet en række bilag, der blandt andet indeholder vores fælles vejledninger, opgavekommissorier og konkrete aftaler om håndtering af specifikke opgaver og overgange mellem sektorerne. Disse bilag videreføres til denne sundhedsaftale indtil anden beslutning foreligger. Ved ændringer af de eksisterende bilag orienteres alle relevante parter herom.

Bilag fra sundhedsaftale 2011 -2014 der videreføres til Sundhedsaftale 2015 -2018, omfatter:

Beslutningsstruktur

Titel	Link
<ul style="list-style-type: none">Kommissorium for Den Administrative Styregruppe	http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Til+fagfolk/TvaersektorIelt+samarbejde/Sider+til+sundhedsaftalen/Den+Administrative+Styregruppe.htm

Forløbsprogrammer

Titel	Link
<ul style="list-style-type: none">Forløbsprogram for KOL	http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/5B1B6F6B-B369-4636-82DF-01785D198CCE/0/Forloebprogram_KOL_LR.pdf
<ul style="list-style-type: none">Forløbsprogram for Type 2-diabetes	http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/418D8911-705B-4276-B9C9-69E3B314DED9/0/Forloebprogram_Diabetes_LR.pdf
<ul style="list-style-type: none">Forløbsprogram for Hjerte Karsygdomme	http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Til+fagfolk/Kronisksygdom/Forl%c3%b8sprogram+for+hjerte-kar.htm
<ul style="list-style-type: none">Forløbsprogram for Demens	http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/C60D84F6-F7EC-449A-A3B1-B540F6FBE83F/0/Forloebprogram_Demens_2012.pdf
<ul style="list-style-type: none">Forløbsprogram for Lænde-ryg (+ implementeringsplan)	http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/15DF9C9E-93A4-4818-9579-9695814DEC5E/0/Laenderyg.pdf +

Sundhedsaftalen - Region Hovedstaden 2015 - 2018



Rådgivning

Titel	Link
<ul style="list-style-type: none">Aftale om konkretisering af den regionale rådgivningsforpligtelse over for kommunerne på hygiejneområdet	http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Til+fagfolk/Tvaersektorielt+samarbejde/Sider+til+sundhedsaftalen/Vejledninger.htm

Kompetenceudvikling

Titel	Link
<ul style="list-style-type: none">Program for tværsektorielle kompetenceudviklingstilbud i Region Hovedstaden	http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Til+fagfolk/Tvaersektorielt+samarbejde/Sundhedsaftaler.htm

Behandling og pleje

Titel	Link
<ul style="list-style-type: none">Samarbejdsaftaler på Psykiatriområdet - Børn og unge	http://www.psykiatri-regionh.dk/cgi-bin/MsmGo.exe?grab_id=0&page_id=97204&query=samarbejdsaftaler&hiw_ord=SAMARBEJDSAFTALE%20SAMARBEJDSAFTALEN%20SAMARBEJDSAFTALENS%20SAMARBEJDSAFTALERNE%20SAMARBEJDSAFTALERNES%20SAMARBEJDSAFTALES%20samarbejdsaftaler%20
<ul style="list-style-type: none">Samarbejdsaftaler på Psykiatriområdet – Voksne	http://www.psykiatri-regionh.dk/menu/UNDERSØGELSE+OG+BEHANDLING/Tvaersektorielt_samarbejde/Sundhedsaftaler/Samarbejdsaftaler+-+voksenpsykiatri/
<ul style="list-style-type: none">Arbejdsdeling mellem fødested, kommune og almen praksis i barselsperioden i Region Hovedstaden - gældende fra 1. juni 2014	http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Til+fagfolk/Tvaersektorielt+samarbejde/Sundhedsaftaler.htm

Sundhedsaftalen - Region Hovedstaden 2015 - 2018



<ul style="list-style-type: none"> Aftale om tværsektoriel kommunikation og arbejdsgange mellem kommunerne og hospitalerne i Region Hovedstaden om indlæggelser og udskrivninger (Kommunikationsaftalen) 	http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/230F99A7-FA1A-43E5-89A1-098AE9AA9E18/0/Kommunikationsaftale.pdf
<ul style="list-style-type: none"> Registrering af færdigbehandling 	http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/B32EA2C1-8E2E-42CE-AF40-D5D49782B0A2/0/Sundhedsaftale20112014grundaftaleogbilagmedlink050111FINAL.pdf (se bilag 2.3)
<ul style="list-style-type: none"> Særlige tiltag ved udskrivning – udskrivningskonference m.m. (følgeordninger) 	http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/B32EA2C1-8E2E-42CE-AF40-D5D49782B0A2/0/Sundhedsaftale20112014grundaftaleogbilagmedlink050111FINAL.pdf (se bilag 2.6)
<ul style="list-style-type: none"> Grundmodel for fælles regional/kommunal forløbskoordinatorfunktion for særligt svækkede ældre medicinske patienter 	Grundet tekniske problemer kan der aktuelt ikke linkes til aftalen. Aftalen kan rekvireres i Region Hovedstaden, Center for Sundhed.
<ul style="list-style-type: none"> Samarbejdsaftale mellem Region Hovedstaden og kommunerne i forbindelse med peritonealdialyse i eget hjem 	http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Til+fagfolk/Tvaersektorielt+samarbejde/Sundhedsaftaler.htm

Hjælpemidler

Titel	Link
<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsredskaber og Hjælpemidler Snitfladekatalog 2013. Ansvarsfordeling mellem regionen og kommunerne i forhold til behandlingsredskaber og hjælpemidler 	http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/30DBF8FA-9369-4584-8640-043601577191/0/Snitfladekatalog_2013.pdf

Sundhedsaftalen - Region Hovedstaden 2015 - 2018



<ul style="list-style-type: none">• Samarbejdsaftale vedrørende kropsbårne hjælpemidler til varigt brug efter §112 i lov om social service	http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/007A81C9-2D22-4878-993A-FDB043D1A617/540451/33Samarbejdsaftalekropsbarne.pdf
<ul style="list-style-type: none">• Retningslinjer for aflæggelse af hjemmebesøg	http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/007A81C9-2D22-4878-993A-FDB043D1A617/540460/35hjemmebesogudskrivningfrahospital.pdf

Medicin

Titel	Link
<ul style="list-style-type: none">• Medicinhåndtering ved sektorovergange	http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/B32EA2C1-8E2E-42CE-AF40-D5D49782B0A2/0/Sundhedsaftale20112014grundaftaleogbilagmedlink050111FINAL.pdf (se bilag 11.1)
<ul style="list-style-type: none">• Tværsektoriel aftale om dosisdispensering	Grundet tekniske problemer kan der aktuelt ikke linkes til aftalen. Aftalen kan rekvireres i Region Hovedstaden, Center for Sundhed.

Patientsikkerhed

Titel	Link
<ul style="list-style-type: none">• Ramme for samarbejdet mellem Region Hovedstaden og kommunerne i Region Hovedstaden og omkring utilsigtede hændelser i sektorovergange	http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/B43DF0C5-1DA8-4EC0-9F6F-9870A3917A24/0/Godkendt_RammeUTH.pdf
<ul style="list-style-type: none">• Tillæg til ramme for samarbejdet for samarbejdet mellem Region Hovedstaden og kommunerne i Region Hovedstaden og omkring utilsigtede hændelser i sektorovergange	http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/FE8FD426-0707-4E6D-ABD3-9AD89F6DDD98/0/Tillagtilrammeomutilsigtehandelserisektorovergange.pdf

Sundhedsaftalen - Region Hovedstaden 2015 - 2018



Genoptræning

Titel	Link
<ul style="list-style-type: none">• Snitfladekatalog – genoptræning – voksne	http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/9B4CE1B5-E967-4E5D-9F7D-D1F089696EFD/0/Snitfladekatalogversion2endelig.pdf
<ul style="list-style-type: none">• Snitfladekatalog – genoptræning – børn	http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/5A3F6A87-09A9-4AB4-B29E-73BB765F1220/0/Snitfladekatalogforbørneområdet.pdf
<ul style="list-style-type: none">• Læsevejledning – snitfladekatalog – voksne	http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Til+fagfolk/Tvaersektor ielt+samarbejde/Sider+til+sundhedsaftalen/Udviklingsgruppen+vedr.+genop tr%c3%a6ning.htm
<ul style="list-style-type: none">• Læsevejledning – snitfladekatalog – børn	http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/F9E04A41-5EB9-42D1-870D-0B57D9036C5A/0/Læsevejsnitfladekatalogetbørn.pdf
<ul style="list-style-type: none">• Samarbejdsmodel for genoptræning på børneområdet	http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Til+fagfolk/Tvaersektor ielt+samarbejde/Sider+til+sundhedsaftalen/Udviklingsgruppen+vedr.+genop tr%c3%a6ning.htm
<ul style="list-style-type: none">• Genoptræningsforløbsbeskrivelser for Bankart	http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/6CE907C9-A879-495F-A692-27F73EE96DC0/0/GenoptraeningsforloebbeskrivelseBankart.pdf
<ul style="list-style-type: none">• Retningslinjer vedrørende revurdering af patienter fra almen til specialiseret genoptræning	http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Til+fagfolk/Tvaersektor ielt+samarbejde/Sider+til+sundhedsaftalen/Udviklingsgruppen+vedr.+genop tr%c3%a6ning.htm
<ul style="list-style-type: none">• Procedurer for forvarsling af genoptræning på patientniveau	http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Til+fagfolk/Tvaersektor ielt+samarbejde/Sider+til+sundhedsaftalen/Udviklingsgruppen+vedr.+genop tr%c3%a6ning.htm

Sundheds-it og digitale arbejdsgange

Titel	Link
<ul style="list-style-type: none">• Meddelelsetyper mellem forskellige sektorer	http://www.regionh.dk/menu/sundhedOghospitaler/Til+fagfolk/Tvaersektor ielt+samarbejde/Sider+til+sundhedsaftalen/Udviklingsgruppen+vedr.+IT+og+ informationsudveksling.htm

NB: Det bemærkes, at Sundhedsaftalen efter godkendelse i regionen og alle 29 kommuner vil blive offentliggjort i elektronisk form. Der vil derfor ske ændringer i forhold til det nuværende layout. Den elektroniske udgave af aftalen forventes at være klar ved udgangen af januar 2015.

**Bilag: 5.3. Godkendelse af Sundhedskoordinationsudvalgets forslag til
sundhedsaftale 2015 - 2018 - følgebrev.pdf**

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 07. januar 2015 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 96454/14



Til
Kommunerne i Region Hovedstaden,
Region Hovedstaden

Hillerød den 26. november 2014

Region Hovedstaden
Center for Sundhed
Telefon: 3866 5000

Ref. Winnie Brandt
Mail: winnie.brandt@regionh.dk

Politisk godkendelse af Sundhedskoordinationsudvalgets forslag til Sundhedsaftale 2015 – 2018 mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen

Kære Kommunalbestyrelser og Regionsråd

Der skal inden udgangen af januar 2015 være indgået en ny sundhedsaftale mellem regionen og kommunerne i regionen for perioden 2015 - 2018.

Den kommende sundhedsaftale skal bestå af en politisk del og en administrativ del, der konkretiserer indholdet i den politiske aftaledel. Det er sundhedskoordinationsudvalgets opgave at udarbejde forslag til sundhedsaftalen. Den endelige godkendelse af aftalen skal ske i regionsrådet og i de enkelte kommunalbestyrelser.

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte den 5. september 2014 forslaget til sundhedsaftalens politiske del. Forslaget var forud for godkendelsen ude i en bred politisk høring.

Her i efteråret 2014 har vi arbejdet med forslaget til sundhedsaftalens administrative del. Den administrative del af aftalen har ligeledes været ude i en bred høring. I det endelige forslag er der indarbejdet en række af de bemærkninger, der indkom i forbindelse med høringen af den administrative aftale del

Sundkoordinationsudvalget godkendte forslaget til sundhedsaftalens administrative del på udvalgets møde den 25. november 2014.

Der foreligger derfor nu et samlet forslag til Sundhedsaftale 2015 -2018, som vi hermed udsender til jer med henblik på politisk godkendelse i de enkelte kommunalbestyrelser og i regionsrådet.

Vi vil i Sundhedskoordinationsudvalget gerne sige tak for de mange gode og konstruktive bemærkninger, som vi har fået i forbindelse med høringerne af Sundhedsaftalens politiske og administrative del.

Vi håber, at I vil tage godt i mod aftaleudkastet, og vi ser frem til at konkretisere og implementere sundhedsaftalen i et tæt samarbejde med jer.

Tilbage melding til regionsadministrationen

Regionsadministrationen skal indsende den godkendte sundhedsaftale til Sundhedsstyrelsen, senest fredag den 30. januar 2015.

Vi skal derfor anmode om, at I senest den 27. januar 2015 oplyser regionsadministrationen om sundhedsaftalen er politisk godkendt i jeres kommune. Herunder bedes I oplyse datoen for kommunalbestyrelsens godkendelse af aftalen. Oplysninger bedes fremsendt til mailadressen: CSU-FP-Sundhedsaftalen@regionh.dk

Med venlig hilsen

På vegne af Sundhedskoordinationsudvalget



Per Seerup Knudsen
Formand



Ninna Thomsen
Næstformand

Bilag:

1. Udkast til sundhedsaftale 2015-2018
2. Bilagsoversigt

Bilag: 7.1. 1. Ejendomsstrategi ØU 9. september 2014

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 07. januar 2015 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 95022/14

Skitse til en ejendomsstrategi

- *et grundlag for beslutninger om bygningskomprimering, vedligeholdelse og anlæg*

Indholdsfortegnelse:

1. Indledning
2. Formål
3. Fem overordnede principper for kommunale ejendomme
4. Status og strategiske pejlemærker for 6 hovedgrupper (fordelt til fagudvalg), samt allerede kendte beslutninger vedr. udvikling af fagområdet, der får konsekvenser for de fysiske forhold.

Bilag 1: Oversigt over kommunale ejendomme fordelt til hovedgrupper

Bilag 2: Kvalitetsniveauer samt Ejendoms-databasen Dansk Bygnings Data

Bilag 3: Liste over allerede gennemført bygning komprimering

Bilag 4: Budgetsikkerhed og råd til den politiske proces ved større anlægssager.

1. Indledning

Allerød Kommunes ejendomsstrategi tager udgangspunkt i de krav til de fysiske rammer, som kommunens visioner og politikker stiller inden for børne- og ungeområdet, social og velfærdsområdet, idræts- og kulturområdet mv. Allerød kommune ønsker desuden, at kommunens ejendomme aktivt skal styrke byrummet, understøtte et aktivt liv i lokalområdet og opfylde kommunens miljømål.

Ejendomsstrategien skal muliggøre en langsigtet politisk prioritering i forhold til at udvikle bæredygtige fysiske enheder, der understøtter de kommunale aktiviteter. Udgangspunktet er, at ejendomsporteføljen skal være så lille og fleksibel som muligt og drives billigt under hensyntagen til de behov og kvalitetskrav som aktiviteten i bygningen har.

De kommunale ejendomme udgør langt de vigtigste fysiske rammer for den kommunale velfærd: Allerød kommune ejer 106 ejendomme, omfattende ca. 150.000 m² bygning. Bygningsmassen er opgjort i bilag 1. Der er ikke medtaget de arealer, som kommunen ejer, hvor der ikke er tilknyttet en bygningsmasse (f.eks. landbrugsarealer mv.) De matrikler, som er medtaget i bilaget, har næsten alle tilknyttet udenoms arealer (p-pladser, indgangsarealer, græsarealer, sportsfaciliteter), der ligeledes kræver drift dog i forskelligt omfang. (snerydning, beplantningspleje, græsslåning mv.)

Den nuværende ejendomsportefølge er opbygget gennem mange år og trækker tråde helt tilbage til de tre oprindelige kommuner. Der har gennem årene været fokus på at udnytte de eksisterende ejendomme, når nye behov opstod, også til formål, som ejendommene oprindeligt ikke var designet til. Behovet for fleksible fysiske rammer, der lettere kan omstilles til andre behov, er steget, ligesom der er et øget fokus på effektiv drift og økonomisk optimal vedligeholdelse af de fysiske faciliteter. Derfor er behovet for en egentlig ejendomsstrategi blevet presserende.

Omkostninger til ejendomme kan opgøres på mange måder. Overordnet kan man opgøre omkostningerne til anlæg, bygningsdrift og endelig omkostningerne til den aktivitet, bygningen rummer. For at få en ide om forholdet mellem de forskellige omkostninger, kan man skønsomt sige, at hvis man i en bygnings levetid anvender 1 kr. til at bygge for (anlægsomkostninger), anvender man ca. 5 kr. til at drive ejendommen (vedligehold, rengøring, varme mv.) og ca. 200 kr. til den aktivitet, der er i ejendomme (personaleomkostninger mv.). Tallene er ikke endegyldige, men de viser noget om forholdet mellem anlægsomkostning, drift og aktivitet.

2. Formål med ejendomsstrategien

Ejendomsstrategien skal understøtte dialogen mellem Økonomiudvalget, som er ansvarlig for ejendomsstrategien, og de enkelte fagudvalg, der har ansvaret for anlæg indenfor deres område samt for hvilke krav, udviklingen inden for deres fagområder, stiller til de fysiske rammer. Hensigten er, at strategien kan blive en fælles platform for politiske prioriteringer.

Formålet med strategien er således:

- at bygninger og udenoms arealer understøtter en tidssvarende og professionel varetagelse af kommunale opgaver,
- at kommunen på sigt alene råder over den bygningsmasse, der er nødvendig for at understøtte de kommunale aktiviteter,
- at understøtte en bygningsmasse, som kan drives effektivt – økonomisk og energimæssigt,
- at definere den ønskede vedligeholdelsestilstand for hver bygning til brug for prioriteringer af midlerne
- at understøtte en fleksibel bygningsmasse, hvor anvendelsen over tid kan skifte,
- at understøtte en hensigtsmæssig proces ift. anlæg og større projekter.

3. Fem overordnede principper for kommunale ejendomme

1. *De fysiske rammer skal understøtte de kommunale tilbud*

Ejendommene skal være attraktive rammer i forhold til hovedgruppernes specifikke behov. Ejendommene inddeles i tre kvalitetskategorier alt efter deres fysiske tilstand. Det nuanceres på sigt med yderligere informationer om beliggenhed og egnethed i forhold til de aktuelle og fremtidige behov. Hvert fagudvalg arbejder med en plan for de relevante faciliteter, herunder også ønsker til anlæg og ombygninger, der kan billiggøre den basale drift (bygningsskomprimering). Det er vigtigt, at der i denne proces er brugerinddragelse.

Hvert fagudvalg bør prioritere, hvilken strategisk udvikling, der ønskes indenfor fagområdet, og dermed hvilke fysiske rammer, der arbejdes hen imod. Den samlede prioritering bør vedtages af byrådet.

2. *Flexible fysiske rammer – øget sambrug (bygningsskomprimering)*

Den kommunale ejendomsmasse skal anvendes så effektivt som muligt og indrettes så den i videst muligt omfang muliggør sambrug, hvor flere brugere, enten forskudt eller samtidigt, kan udnytte faciliteterne. Dette skal vejes op mod hensynet i princip om at understøtte aktiviteterne. Hensigten er dels at reducere det totale arealbehov, dels at øge servicen i lokalområder i form af foreningslokaler mv. (bygningsskomprimering)

Der skal desuden tænkes i muligheder for tværkommunale samarbejder for egnede funktioner.

3. *Ejendommene skal være af arkitektonisk kvalitet, aktive i byrummene og leve op til kommunale miljøkrav*

Kommunens ejendomme bør være af arkitektonisk kvalitet, det vil sige funktionelle, konstruktivt aflæselige, velproportionerede og tilført et kunstnerisk anstrøg og sanselighed. Den arkitektoniske kvalitet skal sikre gode rum til arbejde, uddannelse, fritidsaktiviteter, ophold osv. Udearealer udgør en vigtig del af ejendommens funktion og skal tænkes ind i ejendomsstrategien, så bygning og udearealer fremstår som et hele. Udenoms arealer bør understøtte en selvorganiseret brug af disse.

Herudover tilstræbes det, at de kommunale ejendomme understøtter Green Cities målsætningerne om at være CO2 neutrale mht. el og varmeforsyning i 2025. Nybyggeri lever for nuværende op til 2015 kravene i bygningsreglementet. I efteråret 2014 vil Teknik og Planudvalget (TPU) blive forelagt en sag om at stramme kravene op til 2020 kravene.

4. Vedligeholdelse skal ske i en langsigtet planlægning

Der bør fastsættes et langsigtet mål for hver ejendom, som herefter holdes op imod den aktuelle stand. For de ejendomme, der er i ringere stand end ønsket, skal der udarbejdes konkrete overslag over den hertil hørende tid og økonomi for at bringe ejendommen til den ønskede stand.

For alle ejendomme skal nødvendig, planlagt vedligehold indarbejdes så operativt og præcist som muligt, således at niveauet for en forventet økonomi er kendt i en længere årrække.

Ejendommene er i dag registreret i en ejendomsdatabase (DBD) og der er i 2013-2014 sket en overordnet gennemgang af samtlige ejendomme som er dokumenteret i databasen. Forslag til overordnede kvalitetsniveauer samt selve databasen er beskrevet i bilag 2.

5. Fokus på processen ved større anlæg og projekter og inddragelse af totaløkonomi.

For at øge budgetsikkerheden i anlægssagerne samt forbedre dialogen med kommende brugere foreslås i bilag 4 procedurer for større anlægssager (over 5 mill. kr). Det vigtigste redskab for at øge budgetsikkerheden er at øge planlægningen, men der kan være et dilemma tidsmæssigt og økonomisk ved at øge planlægningen.

Hver gang der skiftes fase og træffes politiske beslutninger holdes fokus på planlægning og risikostyring. Der opstår løbende større og mere præcis viden om slutresultatet og projektmateriale der kan danne grundlag for korrekt prissætning og dermed danne grundlag for politisk beslutning.

Dialogen med brugerne undervejs bør tage udgangspunkt i de oprindeligt definerede behov samt den oprindeligt afsatte økonomiske ramme.

Der skal udarbejdes totaløkonomisk overslag over nybyggerier således, at det sikres, at både drift og anlægssomkostninger inddrages i beslutninger vedr. anlæg. Ved påtænkte ombygnings- og renoveringsprojekter analyseres den eksisterende ejendoms tilstand og energiforbrug med henblik på beslutning om, hvor vidt en nedrivning og nybyggeri på sigt er en bedre løsning end en ombygning.

4. Status

Den eksisterende bygningsmasse opdeles efter den nuværende anvendelse til formål i følgende 6 hovedgrupper:

1. Børne-ungeområdet (skoler, dagtilbud, tandpleje)
2. Social- og velfærdsområdet (plejecentre, bo- og væresteder, akutboliger mv.)
3. Idrætsområdet (idrætshaller, og øvrige idrætstilbud)

4. Kulturområdet (teater, musikskole, aktivitets- foreningshus og bibliotek mv.)
5. Rådhuset
6. Øvrige faciliteter (driftsbygninger, affaldshåndtering mv.)

Bilag 1 giver en oversigt over fordelingen af bygningsmassen mellem områderne. Det bemærkes, at der (endnu ikke) ikke er medtaget legepladser, boldbaner og andre udenoms faciliteter, der ikke vedrører bygningerne. Oversigten kan løbende udbygges f.eks. med oplysninger om energiforhold, ønsket fremtidig stand osv.

Det er oplagt, at det giver mening at se på de fysiske rammer på tværs af sektorerne. Det vil blive Økonomiudvalgets og byrådets rolle. Men for hurtigt at gøre strategien operationel og konkret lægges der op til en proces, hvor fagudvalgene først tager stilling til udviklingsretningen (udkast til strategiske pejlemærker), og drøfter konkrete forslag til bygningskomprimering (hvor der evt. efter en investering vil kunne spares driftsomkostninger). Disse forslag indstilles til Økonomiudvalg og byråd, som ligeledes vil kunne drøfte en prioritering mellem fagområdets bygningsmasser og de afledte driftsomkostninger heraf.

1. Børne- ungeområdet

Af bilag 1 ses at ca. 93.000 m² svarende til at cirka 60 % af de kommunale m² bruges til dette formål.

Udkast til strategiske pejlemærker for området:

- tilpasning til et faldende børnetal i de kommende år
- færre, men større faciliteter til dagtilbud
- tættere fysisk sammenhæng mellem forskellige tilbud til børn og unge
- øget sambrug af lokaler og udenoms arealer

Konkrete sager under fagudvalget

Børne- og Skoleudvalget har på møder 27. maj, 27. juni samt 26. august behandlet en sag dels om en langsigtet fysisk udviklingsplan på dagtilbudsområdet, dels om en strukturanalyse på skoleområdet.

Der er forelagt forskellige scenarier der blandt indeholder:

- færre m² i den samlede bygningsmasse, idet der kan lukkes en skole, lukkes et eller flere dagtilbud
- ændret anvendelse af dele af skolerne, idet der kan skabes plads til de ældste børnehavebørn i dagtilbud på skolerne.
- det forudsættes, at den ændrede anvendelse kan finde sted uden væsentlige ombygninger af den eksisterende bygningsmasse
- alt efter valg af scenarie, vil der være en bygningsmæssig besparelse, idet der samlet set vil være færre m².

BSU har pt. ikke truffet beslutning om hvilket scenarie, der skal arbejdes videre med.

Nuværende investeringsoversigt:

- Ny daginstitution i Ravnholtområdet
- Fysisk udviklingsplan, Blovstrød (om- tilbygge Tusindbassen)

2. Social- og velfærdområdet:

Af bilag 1 ses, at ca. 14.000 kommunale m² svarende til ca. 9 % af de kommunale m² anvendes til dette område.

Udkast til strategiske pejlemærker for området:

- Faciliteterne på sundheds- og velfærdsområdet skal rumme flere ældre i de kommende år.

- En tættere sammenhæng mellem forskellige tilbud på sundhedsområdet og på ældreområdet bør understøttes af de fysiske rammer. Dette vil øge fleksibiliteten og billiggøre driften på længere sigt.
- Øget behov for akutboliger samt små (billige) lejeboliger til anvisning

Sager under fagudvalg og Økonomiudvalg:

SVU har arbejdet med status for og fremtidigt behov for demens boliger

SVU har gennemført en strukturanalyse på ældre- og sundhedsområdet

SVU har arbejdet med status for fremtidig anvendelse af ældre og plejeboliger

SVU har arbejdet med lokalisering af genoptræningen og hjemmeplejen

ØU har arbejdet med at udvide antal små almene boliger, således at behovet herfor kan imødekommes.

Nuværende investeringsoversigt:

- Flytning af genoptræningen
- Køb af gang på Engholm
- Indskud til almene boliger

3. Idrætsområdet

Af bilag 1 ses, at ca. 22.000 kommunale m² svarende til ca. 14 % af de kommunale m² anvendes til dette område. Af bilaget fremgår alene bygningerne, men de tilknyttede arealer har på idrætsområdet væsentlig betydning for de løbende driftsomkostninger.

IDAN og Syddansk Universitet har netop gennemgået idrættens vilkår og faciliteterne og deres rapport indeholder en lang række anbefalinger. Disse anbefalinger retter sig for hovedpartens vedkommende mod hvordan målgruppen udvides og hvordan kapacitetsudnyttelsen kan øges.

Analysen giver samtidigt et grundlag for at vurdere niveauet af faciliteterne.

Udkast til strategiske pejlemærker for området:

- Målgruppen for idrætspolitikken udvides ved at arbejde mere nuanceret med målgrupper f.eks. de skoleaktive, de foreningsaktive, teenagerne, selvorganiserede voksne og ældre samt de idrætssvage.
- Fokus på optimeret udnyttelse af eksisterende faciliteter (øget sambrug, tæt styring af brugen).
- Øget dialog og samarbejde med foreninger og borgere.

Sager under fagudvalg

KIU har arbejdet med en analyse af det samlede idrætsområde og revision af fritidspolitikken

KIU har arbejdet med bygningskomprimering af skydebanefaciliteter

KIU har arbejdet med etablering af lysløjpe

KIU har arbejdet med udvidelsen af Bløvsrødhallen

KIU har arbejdet med etableringen af Allerød idrætspark

Nuværende investeringsoversigt:

- Udvidelsen af Bløvsrødhallen
- Etablering af lysløjpe

4. Kulturområdet

Af bilag 1 ses, at ca. 10.000 kommunale m² svarende til ca. 7 % af de kommunale m² anvendes til dette område.

Udkast til strategiske pejlemærker for området:

- Faciliteterne på kulturområdet skal være tidssvarende og understøtte sammenhængskraften i kommunen

- Fokus på optimeret udnyttelse af eksisterende faciliteter (øget sambrug, tæt styring af brugen).
- Øget dialog og samarbejde med foreninger og borgere.
- Øget samarbejde med forskellige aktører i kulturlivet

Sager under fagudvalg

KIU har arbejdet med etablering af Aktivitets- Foreningshus og Bibliotek

KIU har arbejdet med udvidelse af Musikskolen

KIU har arbejdet med nye rammer for Teater Mungo Park

KIU har arbejdet med udvidelse af Allerød Bio

Nuværende investeringsoversigt:

- Aktivitets- Foreningshus og Bibliotek
- Udvidelse af Musikskolen
- Nye rammer for Mungo Park

5. Rådhuset

Af bilag 1 ses, at ca. 6000 kommunale m² svarende til ca. 3 % af de kommunale m² anvendes til dette område.

Udkast til strategiske pejlemærker for området:

Rådhuset inkl. udenoms arealer (p-pladser) fungerer i dag som en tidssvarende bygning, der dels opfylder kravene til en moderne arbejdsplads og samtidigt fungerer som en professionel ramme for byrådets og fagudvalgenes arbejde.

Sager under fagudvalg

Ingen

Nuværende investeringsoversigt:

Ingen

6. Øvrige faciliteter

Af bilag 1 ses, at ca. 9.000 kommunale m² svarende til ca. 7 % af de kommunale m² anvendes til dette område. Der er dels tale om egentlig driftsbygninger (materielgård, varmeværker osv.) samt om øvrige bygninger (Gladgården, Genbrugsstationen, Vestre Hus mv.)

Udkast til strategiske pejlemærker for området:

- Faciliteterne skal opfylde krav til arbejdspladser, hvor de fungerer som driftsbygninger
- Faciliteterne skal indrettes med fokus på effektiv drift og i overensstemmelse med energi og miljøanbefalinger mv.
- Fokus på optimeret udnyttelse af eksisterende faciliteter (øget sambrug af faciliteter).
- Fokus på dialog og samarbejde med foreninger og borgere, hvor dette er relevant.

Sager under fagudvalg og Økonomiudvalg

ØU har arbejdet med Allerød Service, herunder de fysiske faciliteter

KMU har arbejdet med affaldsområdet, herunder ordningen med Spildopperne

KMU har arbejdet med naturområdet, herunder tilbud til børn og unge i Vestre Hus

Nuværende investeringsoversigt:

- Naturlegeplads

5. Bygningskomprimering og den videre proces.

Ejendomsstrategien indeholder ikke i sig selv konkrete forslag til bygningskomprimering. Det er hensigtsmæssigt at arbejde med de konkrete forslag i konkrete sager, som derved bliver forankret i de relevante fagudvalg. En sådan proces vil ligeledes sikre dialog med relevante brugere og borgere.

I bilag 3 findes en oversigt over den allerede gennemførte bygningskomprimering. Der arbejdes løbende med de konkrete sager, og i marts 2014 var der en sag på i Økonomiudvalget om konkrete sager. Denne proces fortsætter naturligvis sideløbende med arbejdet med strategien.

Processen for det videre arbejde med strategien foreslås derfor at være følgende:

- ØU behandler skitsen d. 9. september 2014
- Byrådet drøfter skitsen i forbindelse med budgetdrøftelserne i september 2014. Der træffes konkrete beslutninger vedr. effektiviseringer samt anlæg i forbindelse med budgettet for 2015-18.
- Strategien revideres ift. trufne beslutninger, og 2. version forelægges fagudvalgene i november, hvor der udover de overordnede emner tages stilling til de foreslåede strategiske pejlemærker. Udvalgene vil ligeledes skulle forholde sig konkret til, hvilket formål den enkelte ejendom skal tjene, således at der kan fastlægges funktionskrav for forskellige kategorier af ejendomme samt hvilket kvalitetsniveau der tilstræbes. Databasen over ejendomme vil sideløbende blive opdateret og præciseret.
- Økonomiudvalget vil primo 2015 forholde sig til fagudvalgene indstillinger. Dette vil dels danne grundlag for dialog med brugerne, dels danne grundlag for evt. at bestille sager om f.eks. bygningskomprimering til behandling i fagudvalgene forud for budgetdrøftelserne. Analyser vil skulle være færdige således at de kan behandles senest i august 2015.

Bilag 1.

Bilag 2: Kvalitetsniveauer samt Ejendoms-databasen Dansk Bygnings Data

1. Definition af ønsket, samt vurdering af nuværende kvalitetsniveau og overordnet prissætning heraf.

Der arbejdes med tre kvalitetsniveauer:

Kvalitetsniveau A

Indtryk: Bygningen fremstår som ny eller fungerer efter hensigten.

Funktionskrav: Ingen patina, ingen defekter, Få/ingen funktionssvigt.

Kvalitetsniveau B:

Indtryk: Bygningen fungerer efter hensigten, men kan have tegn på slidtage.

Funktionskrav: Få/flere tegn på slidtage. Få/flere ridser eller mærker. Ingen/få defekter. Få funktionssvigt.

Kvalitetsniveau C:

Indtryk: Bygningen er slidt og kan have skader og mangler, der i et vist omfang påvirker anvendelsen

Funktionskrav: Synlig patina. Synlige tegn på slidtage. Defekter/huller. Funktionssvigt forekommer.

Ønsket stand defineres og aktuel stand vurderes ud fra DBD og evt. supplerende besigtigelser.

Database bearbejdes ud fra et realistisk skøn over hvilke midler, der kan forventes afsat til formålet således, at planlagt vedligehold og nedbringelse af efterslæb fastlægges.

For ejendomme der ikke forventes anvendt fremadrettet skal det besluttes om ejendommen nedrives, afhændes eller ændrer anvendelse. Sidstnævnte kategori af ejendomme kan det være fornuftigt at vedligeholde på et vist niveau for at opnå optimal salgpris. Det bør overvejes om der skal arbejdes med udarbejdelse af et værktøj til vurdering af valg af renovering kontra nedrivning/nyanlæg. Værktøjet skal sammenstille ombygnings- og renoverings udgifter kontra nybyggeri inklusive vurdering af driftsomkostninger over en årrække.

Dansk Bygnings Database (DDB)

Databasen indeholder en skønsvist registrering af ejendommenes tilstand, og dermed er der skabt et overblik over den omtrentlige størrelse af nødvendig, planlagt vedligehold samt det efterslæb der måtte være bygget op over årene.

Vurderingen af den aktuelle vedligeholdelsesstand for de kommunale ejendomme er foregået således, at alle bygninger summarisk er gennemgået visuelt, og skader samt tilstand er noteret.

Vedligeholdelsesopgaverne er vurderet og inddelt i kategorier i et prioriteringssystem med 7 forskellige niveauer:

- M. Myndighedskrav eller lovliggørelse.
- UN. Undersøges nærmere. Det anbefales at foretage en nøjere undersøgelse.
- 1. Sikkerhed. Endvidere kritisk tilstand, der medfører væsentlige følgeskader på andre bygningsdele, eller som er til fare for personer.
- 2. Meget slidt tilstand med risiko for følgeskader på andre bygningsdele. Bygningsdelen bør genoprettes eller fornys.

3. Forebyggende vedligehold. Slidt med begyndende skader.
4. Forebyggende vedligehold. Almindelig slidt med mindre betydende skader af æstetisk eller komfortmæssig art.
5. Bygningsforbedringer, hvor årsagen til behovet er energiforbedringer, forbedret funktion og æstetik.

De registrerede vedligeholdelsesopgaver er blevet prissat og inddelt i prioriteringssystemet, og denne information er ført ind i den digitale database. Fra databasen kan trækkes lister over de forskellige prioriteringskategorier, fagområder, ejendomme, årstal osv. Databasen kan udføre simple grafer over fordeling af udgifter på en valgt årrække, hvilket kan vise eventuelle udgifts-”pukler” på specifikke år. Der kan ligeledes trækkes ark med enkelte arbejdsopgaver ud, hvilke kan benyttes som grundlag for igangsættelse af et stykke arbejde eller udførelse af udbudsmateriale.

Databasen indeholder ikke udgifter til driftsopgaver.

Opgaverne indeholdt i databasen er i høj grad genoprettende opgaver og databasen indeholder ikke hensættelser til fornyelser af tekniske installationer.

Bilag 3: Liste over allerede gennemført bygning komprimering

Forvaltningen gav i marts 2014 en status på allerede gennemført bygningskomprimering som resultatet af beslutninger truffet i relevante fagudvalg og byråd:

Bygninger der har fået ny anvendelse eller er afhændet i perioden 2011 – 2014 (pr marts 2014):

- Lyngsvinget 2 – indrettet med hybler og Kontakten
- Frederiksborgvej 50A – indrettet med specialskole
- Frederiksborgvej 59 – indrettet til familietilbuddet Paraplyen
- Lokaler på Kirkehavegård, længe mod vest – indrettet til Huset
- Ørnevang fritidshjem – indrettet til SFO for Skovvangskolen
- Rådhusvej 4 – først indrettet til SFO for Engholmskolen – nu Børnesproggruppen (tidligere på bibl.)
- Vestvej 18 – bygning overdraget til spejderne
- Ørnevang 21 – udlejet til Frederiksberg Kommune frem til 1.3.2014
- Lyngsvinget 10 – udlejet til Frederiksberg Kommune frem til 1.3.2014
- Lyngsvinget 6 – anvendes fortsat til kommunal daginstitution efter 1. januar 2012
- Baunesvinget 14-18 – indrettet som akutboliger
- Sydkæret 6 – solgt
- Arealer ved Lyngsvinget – Lokalplan for boligområde iværksat
- Kollerødvej 8b – udlejet til Frederiksberg kommune frem til 31.5.2013 – nu midlertidigt It pensionister i stueetagen. På 1. sal midlertidig lokaleanvisning til AOF m.fl. (til 1.6.2014) samt tilbud under socialpsykiatrien.
- Rønnealle 41 – Hjemmeplejen, lejemålet opsagt pr. 31.12.2012
- Køkken og café arealet på Plejecenter Engholm – indrettes sammen med kommunens øvrige servicearealer til Aktiviteten, Genoptræningen og Hjemmeplejen.
- Lyngvej 202 – ombygget til central Tandpleje
- Møllemosegård, nedrevet bortset fra hangar som benyttes af Allerød Service
- Sportsvej 4 – nedrevet
- Skakten, tidligere SFO på Skovvangskolen er overtaget af skolen, jfr. ØU beslutning 17.4.2012.
- Kirkehavegård – kontorlokaler tidligere udlejet til spildevandsselskabet er overtaget af LAFAK
- Vestvej 20 - Indgår pr. 1.3.2013 i Engholmskolens bygningskapacitet
- Frederiksborgvej 17A (biografboligen) – midlertidig udleje til boligformål er ophørt 1.8.2013. Der er konstateret skimmelsvamp i ejendommen. Ejendommen nedrives som led i realisering af lokalplan for bymidten.

Efterfølgende er der truffet beslutninger om følgende i Økonomiudvalget:

- Skovmarkens Stadion, Sandholmgårdsvej 29 sælges.
- Rådhusvej 4 sælges

Bilag 4 Budgetsikkerhed og råd til den politiske proces ved større anlægssager.

For at øge budgetsikkerheden i anlægssagerne foreslås følgende procedurer for så vidt angår større anlægssager (over 5 millioner kr.). Det vigtigste redskab for at øge budgetsikkerheden er at øge planlægningen, men der kan være et dilemma både tidsmæssigt og økonomisk ved at øge planlægningen. Det vigtigste er at holde fokus på planlægning og risikostyring hver gang, der skiftes fase, og dermed hver gang der træffes politisk beslutning.

Budgetsikkerheden øges for hver fase. I den indledende fase, hvor projekterne ofte prissættes starter projektet med ide om fremtidig brug, og en forholdsvis løs skitsering af en ny-, til- eller ombygning. Det er af afgørende betydning at det behov, der ønskes imødekommet afdækkes i denne fase, og at der samtidigt fastsættes en økonomisk ramme for projektet. Denne ramme har ikke stor budgetsikkerhed, da projektet endnu ikke er skitseret. Først i projekteringsforløbet fastlægges bygningsarealer, indhold og kvaliteter.

Der opstår således løbende større og mere præcis viden om slutresultatet og der udarbejdes et bedre projektmateriale, der kan danne grundlag for korrekt prissætning og dermed danne grundlag for politiske beslutninger.

Branchen arbejder med en faseopdeling af byggerier hvor man deler en sag i op til 6 faser:

1. Byggeprogram
2. Dispositionsforslag
3. Projektforslag
4. Forprojekt (myndighedsprojekt)
5. Hovedprojekt
6. Projektopfølgning

Større anlæg bør derfor deles op i faser til politisk beslutning:

1. Der afsættes og frigives et mindre beløb til programmering. Der skal foreligge et groft bud på de samlede omkostninger (den økonomiske ramme, som der ønskes at prioritere til formålet). Usikkerheden vil typisk andrage 15-20 % Her sker endelig behovsafklaring samt skitsering af byggeriet (Program/dispositionsforslag). Endvidere undersøges jordbund for bæreevne og forurening samt PCB-, asbest- eller blyforekomst. På dette grundlag, kan der udarbejdes et mere præcist budget og en foreløbig tidsplan.
2. Herefter afsættes og frigives anlægssagen indeholdende et mere præcist budget, en tidsplan og et skitseprojekt. Omkostningerne kan typisk fastsættes med en usikkerhed på +/- 5-10 %.
3. For større projekter er det vigtigt, at der er realisme i budgetterne og i tidsplanen. Det betyder bl.a. at de bør indeholde budget til uforudsete udgifter, da der uvægerligt opstår ændringer undervejs i byggerier. Hvis denne usikkerhed ikke kan accepteres, bør man i stedet øge den økonomiske ramme til projekteringen og øge tiden til forundersøgelser – det er altså et dilemma mellem den usikkerhed, man er villig til at acceptere og omkostningerne til det samlede byggeri. Når byggeriet er i gang, er ændringer i forudsætninger mv. næsten altid forbundet med økonomiske tab.

For de mindre projekter er det ligeledes hensigtsmæssigt at dele projekterne op i faser, og at planlægge efter at budgetsikkerheden stiger gennem faserne.

Den perfekte byggeproces hvor omkostningerne er lave, byggetiden er kort og budgetsikkerheden er høj eksisterer ikke. Der er altid tale om et dilemma og en afvejning af de forskellige parametre.

Seks råd til den politiske proces for beslutninger vedr. større anlægssager:

1. Afsæt tid til afklaring af behov (byggeprogram og skitsefasen) – udstik en økonomisk overordnet ramme til projektet
2. Forsøg at jævne byggeaktiviteten over årene, da byggestyringen dermed får de bedste betingelser. (Forvaltningens ressourcer hertil udnyttes bedst muligt)
3. Fasthold fokus på oprindeligt afdækkede behov (behovene øges generelt i takt med konkretiseringen af projektet)
4. Budgettet bør baseres på et skitseprojekt. Husk at gennemgå forbehold i skitseprojektet. Ønskes stor budgetsikkerhed, brug da tid og økonomi på afklaringer.
5. Husk at de reelle omkostninger er afhængige af markedsvilkår på et konkret tidspunkt, dvs. de konkrete omkostninger kendes først, når der har været afholdt licitation.
6. Øget budgetsikkerhed har også en pris. Afvej, hvad der konkret vejer tungest (samlede omkostninger, øget tid, budgetsikkerhed)

Bilag: 7.2. 2. Oversigt over kommunens ejendomme

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 07. januar 2015 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 95020/14

**Oversigt over kommunale ejendomme fordelt til hovedanvendelser –
version 1.0**

	Hovedgruppe	Ejendom, navn/benyttelse	Adresse	Stand	I alt m2
1	Børne- og Ungeområdet	Børnehuset Blommehaven (Viktorias)	Blommevej 1	B	628
2		Børnehuset Blommehaven (Engblommen)	Blommevej 2	B	614
3		Børnehuset Tusindbassen (Brumbassen)	Byagervej 4	B	580
4		Børnehuset Tusindbassen (Tusindfryd)	Byagervej 8A	B	804
5		Børnehuset Elmedalen, Lynges vuggestue	Elmedalen 2A	C	490
6		Børnehuset Elmedalen, Lynges børnehaven	Elmedalen 2C	C	655
7		Lillerød Skole	Frederiksborgvej 59 A	C	239
8		Lillerød Skole	Frederiksborgvej 61-65	C	11.368
9		Børneh Klatretræet (Sct.Georgsgd.)	Græsmarken 2-4	C-	1.325
10		Kirsebærgårdens børnehaven	Kirsebærgården 3	C	354
11		Vuggestuen Kirsebærgården	Kirsebærgården 5 (del af nr.3)	C	345
12		Maglebjergskolen	Kokkedalen 2	B	2.418
13		Multihuset Hobitten	Kokkedalen 6-8	B	1.518
14		Børnehuset Molevitten, Kokkedal børnehaven	Kokkedalen 7	C	477
15		Dagplejen i Lynges	Kokkedalen 9 (del af nr.7)	B	158
16		Børnehuset Molevitten, vuggestuen	Kokkedalen 11 (del af Lynges skole)	B	401
17		Gravensten vuggestue	Kollerødvej 8A	C	706
18		Børnehuset Gravensten	Kollerødvej 8B	C	514
19		Gravensten børnehaven	Kollerødvej 8C	C-	295
20		Heldagsskolen	Kongevejen 80 A og B	C-	574
21		Blovstrød skole	Kærvej 10	C	8.925
22		Lynges Børnehus	Langkæret 66	C	605
23		Tandplejen	Lyngesvej 202	B	562
24		Børnehuset Grøfttekanten 4	Lyngesvinget 4	B	399
25		Børnehaven Grøfttekanten 6	Lyngesvinget 6 (del af nr.4)	B	387
26		Børnehaven Grøfttekanten 10	Lyngesvinget 10	C-	325
27		Skovvangskolen	Poppelvej 1A	C	14.200
28		Børnehuset Mariehønen	Prøvestensvej 6 (del af Lillerød skole)	C	480
29		SFO Violens (under Engholmskolen)	Rådhusvej 4	C-	195
30		Engholmskolen	Rådhusvej 5	C	13.065
31		Engholmskolens gymnastiksal	Rådhusvej 5 (del af Engholmskolen)	C-	456
32		Dagplejen	Sortemosevej 20 A (del af nr.20)	C-	129
33		Børnehuset Søageren	Søageren 14	B	602
34		Ravnsholt skolen	Søparken 1	C	7.508
35		Ravnsholthallen	Søparken 1 (del af skolen)	B	1.898
36		Skovbørnehaven Skovsneppen	Søparken 1A	C	205

	Hovedgruppe	Ejendom, navn/benyttelse	Adresse	Stand	I alt m2	
37	Børne- og Ungeområdet	Klub Vest	Søparken 3 (del af Ravnsholt skolen)	C	820	
38		Søparkens Vuggestue (BH Grøftkantanten)	Søparken 5	C	384	
39		Fortsat	Ørnevang fritidshjem	Uglevang 1	C	515
40			Ørnevang vuggestue	Uglevang 3 (del af nr.1)	C	835
41			Ørnevang børnehus	Uglevang 5 - 7 (del af nr.1)	B	796
42			Lynge skole	Ved Gadekæret 15	C-	11.798
43			SFO Engholm	Vestvej 20	C	470
44			Børnehuset Violen	Violvej 1	C	700
45			Børnehuset Kastanien	Violvej 3 (del af nr.1)	C	439
46			Børnehuset Rønnehuset	Violvej 5 (del af nr.1)	C	435
47			Rønneholt parkens vuggestue	Violvej 7 (del af nr.1)	C	406
48			Æblehavens børnehavn	Æblehaven 1A	C	316
49			Skovvang børnehuset (Myretuen)	Ørnevang 19	C	626
50			Skovvang børnehavn	Ørnevang 21	C-	341
	Areal					93.285
51	Social- og Velfærdsområdet		Udlejningsejendom	Amtsvej 10	?	
52		Midlertidig genhusning pensionister	Banevang 5	C-	310	
53		Plejecenter Skovvang, servicearealer	Poppelvænget 2	B	602	
54		AOC Engholm, servicearealer	Rådhusvej 3 (2349/8099-del)	B	2.349	
55		Lejeboliger	Baunesvinget 14-18	C-	231	
56		Lejeboliger, pensionister	Byagervej 8B	B	511	
57		Lejeboliger, pensionister	Elmedalen 19-51	C-	1.004	
58		Lejebolig, biografvillaen	Frederiksborgvej 17 A	C-	156	
59		Paraplyen	Frederiksborgvej 59	C-	202	
60		Lejeboliger	Gladgårdsvænge 57-64	C	386	
61		Lejeboliger	Gladgårdsvænge 65	B	269	
62		Lejeboliger	Gl. Lyngevej 14	C-	249	
63		Lejeboliger, pensionister	Grønnehegn 1-19	C-	1.323	
64		Lejebolig	Grønnevang 8	C-	130	
65	Lyngehus, hele ejendommen	Hillerødvej 48A	B	4.916		
66	Kontakt (bofællesskab for unge)	Lyngsvinget 2	B	410		
67	Lejeboliger	Vestvej 39	C-	452		
68	Kilen, Opholdslokaler (Socialpsykiatrien)	Violvej 9	B	171		
69	Lejeboliger	Østre Teglværksvej 29A og B	C-	91		
	Areal				13.762	
70	Idrætsområdet	Lillerød hallerne	Banevang 7	B	5.251	
71		Lynge gl. stadion (depot og omklædning)	Baunesvinget 30	C	67	
72		Blovstrødbanen	Blovstrød Teglværksvej 4 + 10	C-	677	
73		Blovstrød Svømmehal	Byagervej 12	C	1.050	

	Hovedgruppe	Ejendom, navn/benyttelse	Adresse	Stand	I alt m2	
74	Idrætsområdet	Lyngehallerne	Idrætsvej 14	C	4.714	
75		Fortsat	Centerhallen	Lilledal 10	C-	790
76			Engholm Svømmehal	Lærkeborg Allé 1A	C-	1.317
77			Engholmhallen	Lærkeborg Allé 1B	C	1.828
78			Allerød Idrætspark	Møllemosevej 5	A	1.858
79			Skovvang stadion, Klubhus	Poppelvej 1B	C-	564
80			Skovvang stadion, Atletikhus	Poppelvej 1C	C-	72
81			Birkedal Tenniscenter	Rørmosevænget 10	B	165
82			Blovstrød Stadion	Sandholmgårdsvej 29	C	332
83			FH-Hallen	Skovensvej 8 (del af nr.4)	B	1.122
84		Blovstrødhallen	Sortemosevej 20	B	1.963	
	Areal				21.770	
85	Kulturområdet	Motorcykelklub	Enghaven 7	C-	187	
86			Allerød Bio	Frederiksborgvej 17	C-	318
87			Mungo Park, teater	Fritz Hansens Vej 23	C	743
88			Gladgården (admin. og lager)	Hillerødvej 2-6	B	1.127
89			Lyng bibliotek	Hillerødvej 48C (del af nr.48A)	B	362
90			Kirkehavegaard, hovedbygning	Kirkehaven 10	C-	563
91			Laptræsk badstue	Kirkehaven 12	C-	31
92			Kirkehavegaard, stenhuset	Kirkehaven 14	C-	133
93			Kirkehavegaard, kulturhus	Kirkehaven 16	B	798
94			Musikskolen	Lyngvej 198	C-	1.573
95		Børnenaturcentret Vestre Hus	Mørkebakkevej 1	B	147	
96		Hovedbiblioteket	Skovensvej 4	C	2.646	
97		FH Kantinen	Skovensvej 10	B	481	
	Areal				9.109	
98	Rådhuset	Rådhuset	Bjarkesvej 2	A	6.417	
	Areal				6.417	
99	Øvrige kommunale faciliteter	Spildopmagerbygning	Nordkranvej 8	?	868	
100			Genbrugspladsen	Nordkranvej 10 (del af nr.8)	?	80
101			Engholm varmecentral	Rådhusvej 1A	C-	289
102			Lillerød øst varmecentral	Solvang 27	B	528
103			Erhvervsudlejningsejendom	Frederiksborgvej 12	?	768
104			Møllemosegård (materielgård)	Møllemosevej 7	C-	520
105			Allerød Brandstation	Rørmosevænget 2	B	473
106			Beredskabsgården og Produktionsværksted	Vassingerød Bygade 2-4	B	1.792
107		Materielgården	Vassingerødvej 2	B	3.371	
	Areal				8.689	
	Totalareal				153.032	