

## Bilag 1

Taleinstituttet og Hjerneskadecenter Nordjylland har siden november 2015 været i gang med en omfattende omstrukturering af indsatser og reduktion af omkostningsniveauet, så det passer til rammen for trækningsretten for de Nordjyske kommuner. Opgørelse af forbrug fra d. 1. januar – d. 30. april 2016 viser, at udviklingen er på rette spor og det forventes, at der med de igangsatte tiltag vil opnås en bæredygtig balance mellem kapacitet og leverede indsatser med udgangen af 2016.

Kommunernes træk på indsatser på Taleinstituttet og Hjerneskadecenter Nordjylland ligger lidt over det forventede for perioden. Fremskrevet til 12 måneders ligger forbruget på ca. 18,9 mio. kr. mod forventet 17,7 mio.kr. Her skal der tages højde for opgaver der er igangsat men ikke afsluttet.

Der er en række kommuner, som ligger højt i forbrug i forhold til trækningsret (Aalborg, Rebild, Frederikshavn, Vesthimmerland, Mariagerfjord, Thisted). De øvrige kommuner har ikke anvendt trækningsretten fuldt og Morsø har en trækningsret på 142.417 kr., men har ikke benyttet den i perioden.

Aalborg Kommuner er i gang med en proces rettet mod en endnu skarpere definering af serviceniveau, som vil sikre, at Aalborg Kommunes forbrug ved udgangen af 2016 svarer til trækningsretten.

### Samlet forbrug 1/1-30/4-2016 fordelt efter kommuner

	Aalborg	Rebild	Brønderslev	Frederiks- havn	Jammerbugt	Vesthimmer- land	Hjørring	Mariager- fjord	Thisted	Læsø	Hovedtotal
<b>Børn</b>	<b>784.811</b>	<b>5.786</b>	<b>194.833</b>	<b>4.615</b>	<b>54.794</b>	<b>68.200</b>	<b>254.988</b>		<b>161.850</b>		<b>1.529.876</b>
Hjernesgade	191.914		79.456	4.615	54.794				143.390		474.169
Tale Sprog	592.897	5.786	115.377			68.200	254.988		18.460		1.055.707
<b>Voksne</b>	<b>3.186.775</b>	<b>409.652</b>	<b>121.073</b>	<b>407.124</b>	<b>157.468</b>	<b>106.009</b>	<b>224.251</b>	<b>152.960</b>		<b>3.100</b>	<b>4.768.413</b>
Afasi	893.634	69.225	61.808	28.888	77.733		15.691	7.750			1.154.730
Hjernesgade	1.505.171	238.427		226.831	21.372	83.347	43.372	97.814			2.216.333
Tale Sprog	787.970	102.001	59.265	151.405	58.363	22.663	165.189	47.396		3.100	1.397.351
<b>Hovedtotal</b>	<b>3.971.586</b>	<b>415.439</b>	<b>315.905</b>	<b>411.739</b>	<b>212.262</b>	<b>174.209</b>	<b>479.239</b>	<b>152.960</b>	<b>161.850</b>	<b>3.100</b>	<b>6.298.289</b>
Omregnet til 12 måneder	11.914.759	1.246.316	947.716	1.235.217	636.787	522.628	1.437.716	458.880	485.549	9.300	18.894.866
<b>Jfr. finansieringsaftale</b>	<b>10.300.000</b>	<b>1.214.965</b>	<b>1.306.727</b>	<b>837.697</b>	<b>1.137.613</b>	<b>380.501</b>	<b>1.771.357</b>	<b>451.157</b>	<b>368.248</b>	<b>96.047</b>	<b>17.564.312</b>
Over-/underforbrug jf. aftale	-1.914.759	-31.351	359.011	-397.520	500.826	-142.127	333.642	-7.723	-117.301	86.747	-1.330.554

Omstrukturering af indsatser og reduktion af omkostningsniveau har været en organisatorisk ressourcekrævende proces, men tiltagene synes at være de rette og der er skabt et nyt grundlag for at kunne følge udviklingen systematisk underbygget af tal for forbrug og leverede indsatser. Det har dog vist sig vanskeligt at få afviklet ventelister på enkelte områder, talesprog og afasiområdet. Eneste metode til at nedbringe ventelisterne på områderne er at øge kapaciteten. Men det er ikke muligt at øge

kapaciteten på et område uden at nedjustere på andre områder, herunder Hjerneskadeområdet og børneområdet. De to områder er imidlertid på et minimumsniveau, hvad angår faglig bæredygtighed. Derfor arbejdes der med en løsning, som omfatter ændrede indsatsformer og effektivisering af arbejdsgange på talesprog- og afasiområdet.

#### Samlet forbrug 1/1-30/4-2016 fordelt efter områder

	Forbrug 1/1 - 30/4 2016	Omregnet til 12 måneder 2016	Forbrug 2015
<b>Børn</b>	<b>1.529.876</b>	<b>4.589.628</b>	<b>4.020.655</b>
Hjerneskade	474.169	1.422.506	484.725
Tale Sprog	1.055.707	3.167.121	3.535.929
<b>Voksne</b>	<b>4.768.413</b>	<b>14.305.238</b>	<b>16.185.409</b>
Afasi	1.154.730	3.464.189	3.415.932
Hjerneskade	2.216.333	6.648.998	6.493.342
Tale Sprog	1.397.351	4.192.052	6.276.135
<b>Hovedtotal</b>	<b>6.298.289</b>	<b>18.894.866</b>	<b>20.206.064</b>

Fordelingen af forbrugte indsatser mellem områder følger tendensen fra 2015 med undtagelse af Tale-sprogområdet på voksenområdet. Forbrugsfordelingen understøtter for nuværende TI/HCNs mulighed for at fastholde specialerne på alle områder, herunder områder som hjerneskadeområdet, hvor tværfaglighed er et centralt element.

---

## Bilag 2: Hvilke social- og sundhedslovsydelser kan indgå i takstberegningen?

---

Kommunerene i Region Nordjylland har udarbejdet fælles retningslinjer for beregning af takster for plejeboliger efter almenboligloven samt plejeboliger efter servicelovens § 192, til brug for den mellemkommunale opkrævning. Retningslinjerne gør sig også gældende for øvrige institutionstyper, herunder tilbud i regi af rammeaftalen. Med retningslinjerne blev det tydeliggjort, at kommunerne ikke kan indregne sundhedslovsydelser i takster på socialområdet.

Dette bilag vil klargøre, hvilke ydelser der ikke kan medregnes i takstberegningen. Bilaget siger *ikke* noget om, hvilke faggrupper, der må og ikke må udføre en given opgave. Den beslutning tilfalder suverænt den enkelte driftsherre.

### Hvilke ydelser må indgå i takstberegningen

Nærværende bilag er ikke en udtømmende liste over, hvilke ydelser, der kan og ikke kan indgå i takstberegningen, det skal i stedet ses som retningslinje for, hvordan man kan tilgå de mange tvivlssituationer, man som kommune kan komme i. Bilaget har derfor et specifikt fokus på snittet mellem, hvornår en ydelse defineres som servicelovsydelse og hvornår den defineres som en sundhedslovsydelse.

Overordnet gælder følgende:

- Ydelser som gives efter Lov om Social Service må indgå i taksterne
- Ydelser som gives efter Sundhedsloven må *ikke* indgå i taksterne

Der kan dog være svært at adskille, hvornår der er tale om ydelser som gives efter Lov om Social Service og hvad der gives efter Sundhedsloven. Formålsparagrafferne for de to love har begge et forebyggende sigte til hhv. sundhedsmæssige, funktionsmæssige og sociale problemer.

### Hvad definerer en sundhedslovsydelse?

Grundlæggende kan man sige, at alle indsatser, der fra grunden er lægeordineret defineres som en sundhedslovsydelse, fx vil medicinbehandling og kompressionsstrømper altid være en sundhedslovsydelse.

Dertil er der de ikke er lægeordinerede indsatser, fx forebyggelses- og plejeopgaver. Det kunne eksempelvis være opgaver i relation til diætist, genoptræning eller anden form for sundhedsfaglig aktivitet. Fælles for denne type af opgaver er, at sundhedspersonen her agerer inden for rammerne af sine sundhedsfaglige kompetencer. Og dermed er sundhedspersonen i kraft af sin faglighed ansvarlig for det arbejde han eller hun udfører. Hvis opgavevaretagelsen delegeres videre til en pædagog eller anden ikke-autoriseret sundhedsperson vil indsatsen fortsat være givet som en sundhedslovsydelse, og kan således ikke indgå i taksten. Ved en delegation skal den ikke-autoriserede sundhedsperson agere ud fra en generel eller konkret delegation, som kan gives mundligt og skriftligt.

At være "autoriseret sundhedsperson" betyder, at man i kraft af sin uddannelse til fx sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent har lov til at udøve sundhedsfaglig virksomhed – dvs. at varetage sundhedsindsatser.

På side 2 fremgår en liste over sundhedslovsydelser, som ikke kan indgå i takstberegningen. Listen er ikke udtømmende, men viser de hyppigst givet sundhedslovsydelser.

## Oversigt over sundhedslovsydelser

### *Medicinhåndtering*

Medicinhåndtering dækker bl.a. over:

- *Modtagelse af medicin*, hvor personalet på vegne af beboeren modtager medicin fra et apotek og bl.a. dokumenterer modtagelsen
- *Medicindispenseringen*, hvor personalet optæller eller tilbereder ordineret medicin
- *Medicinadministrationen*, hvor personalet udleverer medicin og hjælper beboeren med at indtage medicinen
- *Smertelindring*, fx medicin, massage, terapi (andre typer for smertelindring, fx lejring i seng og hjælpemidler dertil er en servicelovsydelse)
- *Opbevare og bortskaffe medicin*, dvs. forsvarlig opbevaring og bortskaffelse af medicinen

### *Forebyggelse og håndtering af psykoser*

- Udarbejdelse af forebyggelsesplaner efter en psykose
- Monitorering af effekt og bivirkning ved antipsykotika, antidepressiva og benodiazepiner

### *Sårbehandling*

- Behandling og pleje af sår, fx kirurgisk sår, diabetisk sår, cancersår, tryksår, arterielle sår, traumatiske sår, venøse sår og blandingssår

### *"Tunge" sundhedsindsatser*

- Palliativ pleje
- Sondeernæring
- Stomibehandling

### *Øvrige*

- Medicinsk behandling af diarre, forstoppelse eller mavetarmproblemer
- Medicinsk behandling for søvnproblemer
- Behandling for misbrug
- Behandling med støttestrømper eller komprilanbind
- Øjendrypning
- Indsmøring af cremer til afhjælpning af diverse hudproblemer
- Blodtryksmåling
- Urinstiks
- Udlevering af antabus og metadon m.v.
- Afrusning forud for antabusbehandling. - hvor personalet dels skal sikre at der ikke indtages alkohol (via motivation) men også observere evt. delirtilstande.

### **Bilag 3: Fælles retningslinjer for beregning af takster for plejeboliger efter almenboligloven samt plejeboliger efter servicelovens § 192, til brug for den mellemkommunale opkrævning.**

På mødet d. 13. marts 2013 besluttede arbejdsgruppen vedr. mellemkommunale betalinger at udarbejde fælles retningslinjer for hvordan forskellige typer af udgifter indregnes i taksten. Udgangspunktet for de fælles retningslinjer er:

- At beregningsmodellerne opfylder lovgrundlaget på området, herunder Lov om retssikkerhed og administration § 9 c
- At der skabes enighed, om hvilke relevante udgifts- og omkostningselementer der indgår i beregningsgrundlaget
- At der er enighed, om hvordan de anvendte omkostnings- udgiftselementer indregnes korrekt

Arbejdsgruppen anbefaler en model, hvor der beregnes et grundbeløb, hvor de faste udgifter indregnes. Det kan både være de faste udgifter for det enkelte plejehjem eller et gennemsnit af de faste udgifter for alle kommunens plejehjem. Der til kommer et variabelt beløb der afhænger af den tid borgeren modtager.

Det står den enkelte kommune frit for, om de ønsker at opkræve de variable omkostninger på baggrund af borgernes individuelt bevilligede timetal, eller om kommunen udarbejder en pakkestruktur der bygger på faste timeintervaller.

Det står ligeledes kommunerne frit for, om de ønsker at udregne et fast grundbeløb pr. plejehjem eller om de ønsker at lave en gennemsnitlig takst med udgangspunkt i udgifterne for samtlige plejehjem i kommunen.

#### **Delelementer i det faste grundbeløb**

Følgende delelementer indgår i beregningen af det faste grundbeløb i taksten:

Direkte udgifter, der kan henføres til det/de enkelte plejehjem, herunder udgifter til uddannelse, varekøb, ledelse, administration, kontorhold og IT, men eksklusiv personaleudgifter og elevrefusion

Indirekte udgifter vedrørende eventuelle centralt finansierede fælles udgifter for plejehjem, herunder bl.a. central og decentral administration

Udgifter til servicearealer

Ejendoms- og kapitalomkostninger

Der kan indregnes en korrektion for belægningsprocenten i taksten, eftersom plejehjemmene ikke typisk er fuldt beboede hele året.

#### **Delelementer i det variable beløb**

Følgende delelementer indgår i beregningen af det variable beløb i taksten:

Direkte personaleudgifter på det enkelte plejehjem, eller et gennemsnit af personaleudgifterne for samtlige plejehjem i kommunen.

De direkte personaleudgifter sættes i forhold til de leverede, disponerede eller visiterede timer på plejehjemmene, på baggrund af kommunens normale registreringspraksis på området.

Alternativt kan udgifterne sættes i forhold til antallet af løntimer korrigeret for ferie, sygdom og pauser mv. således kommunen når frem til en realistisk brugertidsprocent.

Som tidligere beskrevet kan kommunerne vælge at opkræve for det timetal der er bevilliget til borgeren, eller der kan beregnes en pakkestruktur med timeintervaller.

### **Særlige individuelle ydelser**

Hvis borgeren har behov for særlige individuelle ydelser, skal disse kunne henføres til den enkelte borger f.eks. i forbindelse med demens, træning eller behov for døgnvagt. Hvis disse ydelser skal opkræves ud over den faste og variable takst, må ydelsen ikke indgå som den del af plejehjemmets normale drift og dermed ikke være indregnet i taksten på anden vis.

### **Regulering af taksterne**

Taksterne reguleres som minimum en gang årligt på baggrund af kommunens faktiske langsigtede omkostninger. Det står den enkelte kommune frit for, om reguleringerne opkræves særskilt, eller om de indregnes i taksterne efter principperne for beregning af omkostningsbaserede takster.

### **Ydelser leveret efter Sundhedsloven**

Alle ydelser der leveres til borgerne efter Sundhedsloven skal holdes ude af taksterne, da der ikke er lovhjemmel til at opkræve disse udgifter mellemkommunalt.

## **Principper for samarbejde og kommunikation mellem kommunerne**

Arbejdsgruppen indstiller at kommunerne i højere grad skal varsle hinanden ved ændringer i borgernes funktionsniveau eller i kommunens beregningsmodel og opkrævningsmønster. Dette skal medføre en bedre økonomistyring på området, således at kommunerne får bedre mulighed for at vurdere de forventede udgifter.