

Dagsorden/Referat Ældrerådet

Dato og klokkeslæt: 12. februar 2026 kl. 10.00 – 13.00

Sted: Nakskov Sundhedscenter, konferencen, Hoskiærsvej 17, 4900 Nakskov

Fraværende:

Mødeleder: Anne Bjerregaard

Referent: Nina Stangerup

Indholdsfortegnelse:

1.	Godkendelse af dagsorden	2
2.	Nyt fra Sundhed & Ældrechef	3
3.	Ændring af tilsynsmetoder pr. 1. juli 2025 samt status for tilsyn på Ældre- og plejeområdet i Lolland Kommune	4
4.	Opgaveflyt i forbindelse Sundhedsreformen	6
5.	Status på plejeboligstrategien	9
6.	Orientering fra Ældrerådets kontaktpersoner på plejehjemmene	11
7.	Sundhedsældrerådet	12
8.	Orientering om temadage, møder og andre aktiviteter som Ældrerådets medlemmer deltager i.	13
9.	Årshjul	14
10.	Eventuelt.....	15

1. Godkendelse af dagsorden

Sagsfremstilling:

Godkendelse af dagsorden for Ældreådets møde.

Beslutning:

2. Nyt fra Sundhed & Ældrechef

Sagsfremstilling:

Ældrechef Pia Jenstoft Orienterer Ældrerådet.

Beslutning:

3. Ændring af tilsynsmetoder pr. 1. juli 2025 samt status for tilsyn på Ældre- og plejeområdet i Lolland Kommune

Sagsfremstilling fra Sundheds- og Ældreudvalgets møde den 4. februar 2026.

Fra statsligt ældretilsyn til tværkommunalt ældretilsyn

Fra 1. juli 2025 er rammerne for tilsyn på ældreområdet ændret. Tidligere blev en væsentlig del af ældretilsynet varetaget af den statslige myndighed Styrelsen for Patientsikkerhed. Efter 1. juli 2025 er ældretilsynet i stedet tilrettelagt som et tilsyn, hvor kommuner fører tilsyn med hinanden. I Lolland Kommune er det Gentofte Kommune som er den tilsynsførende myndighed. Formålet er både at kontrollere, at kvaliteten i hjælpen og omsorgen er forsvarlig, og at understøtte læring, så erfaringer fra tilsyn bliver omsat til forbedringer i den daglige praksis. Det betyder, at tilsynet i højere grad skal bidrage til udvikling, samtidig med at der fortsat er klare forventninger til, at kommunen kan dokumentere og forklare sin faglige praksis. Det sundhedsfaglige tilsyn fortsætter uændret, og har fokus på patientsikkerhed og sundhedsfaglig forsvarlighed i kommunale og private behandlingssteder, herunder plejecentre, hjemmepleje og hjemmesygepleje.

Lokalt skifte i kvalitetstilgangen

Lolland Kommune har i de seneste år gennemført en målrettet og omfattende faglig genrejsning på området, hvilket fremgår af kommunens tilsynsopdrag fra januar 2025. I perioden 2021 til 2023 blev der gennemført mange tilsyn, og der blev givet påbud. Den gennemgående udfordring handlede især om dokumentation, altså om det i tilstrækkelig grad fremgik, hvad borgerens behov var, hvilke indsatser der var sat i gang, og om der blev fulgt op på, om indsatserne havde den ønskede effekt. Når dokumentationen ikke er tydelig nok, bliver det vanskeligere at sikre sammenhæng i borgerens forløb, at koordinere på tværs af faggrupper og at skabe tryghed for borger og pårørende. Forbedringsarbejdet har derfor haft fokus på at gøre den faglige praksis mere ensartet, mere systematisk og mere gennemskuelig.

Som svar på udfordringerne blev der fra omkring oktober 2022 igangsat et systematisk forbedringsforløb, hvor der blev arbejdet med fælles undervisning og fælles arbejdsgange på tværs af enheder. Indsatsen har haft et praktisk og fagligt sigte: at sikre en klar "rød tråd" i borgerens forløb, så mål, indsatser og opfølgning hænger sammen, og det tydeligt fremgår, hvad der er vurderet, besluttet og gjort. Der er samtidig arbejdet med en mere personcentreret tilgang, hvor borgerens situation, ressourcer og ønsker tydeligere inddrages i den samlede indsats.

Status på tilsyn

De seneste tilsynsresultater peger samlet set på, at den faglige genrejsning har haft effekt. Efter implementeringen er der gennemført både ældretilsyn og sundhedsfaglige tilsyn, og resultatet fremstår overvejende stabilt med ingen eller kun mindre fund. Når der i enkelte tilfælde er peget på forhold, der bør forbedres, har det typisk drejet sig om at sikre mere systematiske faglige vurderinger ved komplekse forløb og om at sikre, at journalen i tilstrækkelig grad afspejler de faglige vurderinger, der ligger til grund for behandling og pleje. Samlet set understøtter tilsynsmaterialet, at området har bevæget sig fra tidligere gennemgribende udfordringer til en mere robust drift, hvor kvaliteten i højere grad kan fastholdes gennem løbende ledelsesopfølgning og læring.

Den samlede vurdering og opmærksomhed

Den samlede vurdering er, at kvalitetsområdet i Lolland Kommune aktuelt bedst forstås som en igangværende og forankret proces: De forskellige teams har gennemført et væsentligt fagligt løft, og der arbejdes nu med at fastholde og videreudvikle forbedringerne som en del af den daglige drift. Det er samtidig væsentligt at fremhæve, at kvalitet på ældreområdet også vurderes som et nationalt nøglepunkt. Den nationale håndbog om ældretilsynet beskriver, at formålet er at understøtte arbejdet med at sikre kvalitet i den daglige praksis og at omsætte lovgivningens krav til konkrete arbejdsgange. Det understreger, at kommunens fokus på systematik, faglige standarder, dokumentation og opfølgning ikke blot er et lokalt initiativ, men en del af den nationale retning for området.

På den baggrund fastholdes det, at kommunen fortsætter arbejdet med de fælles standarder for faglig metode og dokumentation, og fortsætter målrettet kompetenceudvikling og gennemfører interne kvalitetstjek, så læring fra tilsyn bliver omsat til stabil praksis. Der er samtidig vedvarende ledelsesmæssig opmærksomhed på medicinhåndtering, rettidig opfølgning i borgerforløb og tydelig ansvarsfordeling i overgange mellem hjemmepleje, sygepleje og plejehjem. Målet er, at den positive udvikling fortsætter, og at kommunen løbende kan dokumentere både kvaliteten i indsatsen og effekten af de forbedringer, der er gennemført.

Beslutning:

Bilag:

- Bilag 1: Oversigt over centrale tilsyn på ældre- og sygeplejeområdet.

4. Opgaveflyt i forbindelse Sundhedsreformen

Sagsfremstilling fra Sundheds- og Ældreudvalgets møde den 4. februar 2026

Med Sundhedsreformen flytter en række nuværende kommunale sundhedsopgaver til regionerne fra den 1. januar 2027. Ansvar for samarbejdet om opgaverne bliver placeret i sundhedsrådene, hvor forretningsudvalget og regionsrådet har ansvaret for den samlede og tværgående planlægning af sundhedsområdet. Myndigheds- og finansieringsansvaret tilfalder regionen for følgende fire opgaver:

Akutsygeplejen

Sundheds- og omsorgspladser (svarende til 70 pct. af de nuværende midlertidige pladser)

Patientrettet forebyggelse

Specialiseret rehabilitering, herunder dele af den mest avancerede genoptræning

Der er mulighed for, at kommunerne fortsat kan varetage driften af opgaverne på vegne af regionen, hvis det ønskes af begge parter, og der kan indgås enighed om betingelserne for en aftale herom. Dette skal være afklaret senest den 1. april 2026. Det er ligeledes en mulighed, at regionen overtager driften af opgaverne, når reformen træder i kraft pr. 1. januar 2027.

Det Forberedende Sundhedsråd Østsjælland og Øerne har på sit møde den 13. januar 2026 drøftet de administrative indstillinger til, hvordan de fire områder kan drives fra 2027 og frem. Frem mod det forberedende sundhedsråds næste behandling af emnet den 2. marts 2026 kan de enkelte kommuner beslutte kommunens indstilling til den fremtidige drift af de fire områder.

Driften af de fire områder kan fra 2027 varetages efter tre forskellige modeller:

Det forberedende Regionsråd Østdanmark kan beslutte, at regionen varetager driften af opgaverne i en kommune fra 2027. Der indgås en delingsaftale om, hvordan aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte overdrages fra kommunerne til regionerne.

Det kan aftales, at en kommune varetager driften på vegne af regionen, som dog fastholder myndigheds- og finansieringsansvaret. Aftalegrundlaget vil være såkaldte "horisontale samarbejdsaftaler", hvor kommune og region skal beskrive det fælles grundlag for samarbejdet samt de formelle rammer i forhold til økonomi og organisering.

Regionen kan pålægge en kommune at fortsætte driften af en konkret opgave frem til udgangen af 2028 for at sikre forsyningssikkerheden. Der indgås ikke en horisontal samarbejdsaftale, men kommunen afregnes i forhold til udgifterne ved at drive indsatsen.

Administrationen anbefaler, at regionen overtager driften af akutsygepleje og den specialiserede rehabilitering pr. 1.1.2027.

Regionen vil kunne drive akutsygeplejen med større volumen og dermed sikre højere dækningsgrad end det er muligt for Lolland Kommune. Regionen vil desuden kunne drive akutsygepleje med mulighed for kontakt med læge på sygehuset.

Lolland Kommune varetager i dag ikke den specialiserede genoptræning, men betaler for at private udbydere eller regionen varetager opgaven. Derfor er det nærliggende at lade regionen overtage den specialiserede rehabilitering.

Administrationen anbefaler, at Lolland Kommune varetager driften af sundheds- og omsorgspladserne samt den patientrettede forebyggelse i en horisontal samarbejdsaftale fra 1.1.2027.

Sektor for Ældre og Sundhed har god erfaring med at drive de midlertidige pladser og sikre samspil til sygehuse og borgerens videre kommunale forløb med hjemmepleje, plejecentre mm.

Sektor for Ældre og Sundhed har god erfaring med at drive den patientrettede forebyggelse og samarbejder bredt med frivillige, foreningsliv samt andre relevante sektorer om borgeren forløb, hvilket regionen vil have sværere ved at videreføre.

Der er vedlagt udkast til horisontale samarbejdsaftaler for de to opgaveområder, der beskriver de overordnede vilkår og økonomiske rammer.

Der lægges op til, at aftalerne indgås gældende for 2027-2028 og med et opsigelsesvarsel på ni måneder. Samtidig beskrives det, at samarbejdsaftalerne skal evalueres efter to år med henblik på, at sundhedsrådet kan vurdere, om samarbejdet om kommunal drift fortsat vil være den bedste driftsmodel for opgaverne.

Der er en række forhold for en horisontal samarbejdsaftale, som endnu ikke er på plads den 1. april 2026, som derfor skal håndteres i tillægsaftaler. Herunder tillægsaftaler om hvordan samarbejdet om opgaverne skal organiseres. Det er udfoldet i afsnittet om økonomi nedenfor.

Økonomiske rammer

Region Østdanmark har fået en finansiering på 1.968 mio. kroner til det konkrete opgaveflyt på tværs af regionens seks sundhedsråd. Det forberedende regionsråd har den 6. januar besluttet, at 1.817 mio. kr. fordeles til de seks sundhedsråd i 2027, og at der afsættes 151 mio. kr. til myndighedsopgaven. På den baggrund vil midlerne blive fordelt til det enkelte sundhedsråd i 2027.

Grundlaget for udgiftsberegningerne er de udgifter den enkelte kommune over for KL har angivet at bruge til opgaven i 2023. Derudover er grundlaget beregnet som summen af Region Sjælland og Region Hovedstadens andel af det regionale bloktilskud.

For Lolland Kommune lægges der op til følgende økonomiske ramme for de opgaver, hvor der anbefales en samarbejdsaftale:

Patientrettet forebyggelse: 2.641.000 kr. (2025-pris)

Sundheds- og Omsorgspladser: 14.784.000 kr. (2025-pris)

Der er taget udgangspunkt i Sundhedsråd Østsjælland og Øernes bilag om økonomi.

Bliver parterne enige om ændringer i aftalen om patientrettet forebyggelse, som medfører ændringer af udgiftsniveauet herunder tilførsel af fx medarbejderressourcer, skal aftalen genforhandles. Det er en præmis, at kommunen skal kompenseres for de udgifter, der er forbundet med at løse opgaven. Såfremt Lolland Kommune senest d. 1. juni 2026 kan dokumentere, at udgiftsniveauet i 2026 (alternativt 2025 afhængigt tilgængelige regnskabstal) er ændret siden 2023, fx som følge af et løft i kvalitet og service, kan dette reviderede udgiftsniveau indgå i en eventuel efterfølgende genforhandling af aftalen.

Ovenstående økonomi er gældende for drift af opgaver i 2027. Parterne vil i løbet af 2026 og senest 1.1.2027 aftale en ramme for 2028 og frem.

I løbet af 2026 kommer der nye kvalitetsstandarder for henholdsvis akutsygepleje, sundheds- og omsorgspladser og patientrettet forebyggelse. I den forbindelse vil der blive lavet tillægsaftaler, som vil omfatte kvalitet og økonomi.

De økonomiske rammer kan ændre sig på sigt. I foråret 2026 vil forberedende sundhedsråd, forberedende forretningsudvalg og forberedende regionsråd drøfte, hvordan områder og geografier med særlige udfordringer skal tilføres midler til kvalitetsløft i 2027. Derudover skal det forberedende regionsråd i løbet af 2026 drøfte en mere langsigtet fordeling af økonomi med henblik på at udjævne forskelle i tilbuddene på tværs af regionen.

Den videre proces

Hver af de 46 kommuner i Region Østdanmark har til udgangen af februar 2026 til at beslutte, om de ønsker at indgå horisontale samarbejdsaftaler med regionen om drift af opgaver fra 2027.

Kommunernes beslutninger indgår som en del af grundlaget for de Forberedende Sundhedsråds næste behandling af varetagelsen af de fire kommunale områder, som sker på møde den 2. marts 2026. Her giver Det Forberedende Sundhedsråd anbefaling til Det Forberedende Regionsråd om, hvordan det pågældende sundhedsråd ønsker at varetage driften af de fire kommunale opgaver fra 1. januar 2027. Det forberedende Regionsråd træffer den endelige beslutning herom på sit møde den 17. marts 2026.

Beslutning:

Bilag:

- Bilag 1: Revideret horisontal samarbejdsaftale for patientrettet forebyggelse Lolland Kommune til politisk behandling den 29. januar 2026.
- Bilag 2: Korrigeret horisontalt samarbejdsaftale for sundheds- og omsorgs pladser Lolland Kommune 29. januar 2026 til politisk behandling

5. Status på plejeboligstrategien

Sagsfremstilling:

Plejeboligstrategien i Lolland Kommune er bygget op omkring centrale principper, der skal sikre en moderne, effektiv og bæredygtig ældrepleje. Strategien indebærer en gradvis afvikling af de mindre og utidssvarende plejecentre, mens der samtidig satses på at samle indsatsen i større, nyere og mere driftseffektive plejecentre. Lukningen af de eksisterende centre vil ske trinvis og i nøje sammenhæng med etableringen af nye plejeboliger, så der under hele processen er den nødvendige kapacitet til rådighed.

Større plejecentre kan i højere grad arbejde med kvalitet i opgaveløsningen, samt sikre et højt fagligt niveau blandt medarbejderne. Dette vil skabe et godt læringsmiljø for elever og studerende, og være med til at skabe en attraktiv arbejdsplads.

Et vigtigt princip er, at ingen borgere flyttes uden grundig tidsmæssig forberedelse og hensyntagen til individuelle forhold.

Lukningen af plejecentrene vil ske i følgende rækkefølge:

1. Møllecenteret er allerede lukket.
2. Stokkemarke Plejecenter: Visitationsstop er gennemført, og der er lukket for permanente plejeboliger. Stokkemarke centret overgår til at huse midlertidige pladser og akutpladser fra Blomsterparken. Stokkemarkecentret er dermed i spil i forhold til opgaveoverdragelse til regionen qua Sundhedsreformen.
3. Sandby Ældrecenter og Rønnebærparken: To af disse mindre centre lukker, når der er bygget nyt plejecenter.

Overordnet plan og faser:

Implementeringen af plejeboligstrategien er inddelt i flere faser:

- Fase 1 (gennemført): Møllecenteret er lukket, og både borgere og medarbejdere er flyttet ud. Det drejede sig om 19 midlertidige boliger og 5 akutpladser. De 14 midlertidige boliger blev samlet primært i Blomsterparken. Da ikke alle borgere i permanente boliger i Blomsterparken ønskede at flytte, blev de resterende 5 midlertidige boliger placeret i Bøgevangen. De 5 akutpladser blev samlet i Blomsterparken.
- Fase 2 (igangværende): Der er sat stop for visitation til Stokkemarke Plejecenter, hvilket frigiver pladser til de midlertidige boliger og akutpladserne. Midlertidige boliger fra Bøgevangen er reduceret løbende, efterhånden som der bliver plads i Blomsterparken. Der er nu 1 permanent plejebolig tilbage i Blomsterparken, hvilket betyder, at der driftes 5 akutpladser og 18 midlertidige boliger i Blomsterparken.
- Fremtidige faser (2026-2027): To ud af fire små plejecentre, Sandby og Rønnebærparken, skal lukkes. Når Blomsterparken er tømt og flyttet til Stokkemarke Plejecenter, står Boligforeningen Lolland klar til at bygge nye plejeboliger i Rødby, hvilket er estimeret til 30 plejeboliger

Bemærkninger til tidsplan og plejeboliggaranti:

Tidsplanen for implementeringen af strategien er blevet forsinket på grund af manglende afklaring omkring nybyggeri i Nakskov og Maribo. Plejeboliggarantien bliver overholdt i hele processen, så alle borgere kan være sikre på at få en plejebolig, når behovet opstår.

Bilag:

- Bilag 1: Historikken omkring den politiske behandling af plejeboligstrategien
- Bilag 2: Strategi for fremtidige plejeboligstruktur Lolland Kommune 2022 - 2032

Beslutning:

6. Orientering fra Ældrerådets kontaktpersoner på plejehjemmene

Sagsfremstilling:

Ældrerådets medlemmer er hver især kontaktperson til et plejehjem i kommunen. Samtidig er kontaktpersonen mødeleder for plejehjemmets Kontaktudvalg. Nyt siden sidst, besøg, arrangementer, kontaktudvalgsmøder etc. gennemgås.

Beslutning:

7. Sundhedsældrerådet

Sagsfremstilling:

Lolland Ældreråd er en del af en følgegruppe til det nye Sundhedsråd – Østsjælland og Øerne. Anne og Kristian deltager i møderne.

Beslutning:

8. Orientering om temadage, møder og andre aktiviteter som Ældrerådets medlemmer deltager i.

Sagsfremstilling:

Beslutning:

9. Årshjul

Sagsfremstilling:

Ældrerådets medlemmer meddeler sekretæren hvilke aktiviteter de deltager i. Årshjulet sendes opdateret til hvert møde.

Beslutning:

Bilag:

- Bilag 1: Årshjul

10. Eventuelt

Sagsfremstilling:

Beslutning:

Historikken omkring den politiske behandling af plejeboligstrategien

- ☐ Den 15. december 2022 godkender byrådet strategi for plejeboligstrategi. Inden godkendelsen har strategien været i både ekstern og intern høring i efteråret 2022. Flere høringssvar blev indarbejdet i den godkendte strategi.
- ☐ Den 2. maj 2023 godkender byrådet etablering af en pulje, som skal undersøge lokalisering af fremtidigt plejeboligbyggeri i Nakskov og Maribo.
- ☐ Den 27. juni 2024 godkender byrådet revision af faseplan, således at udbygning af plejeboligkapacitet først sker i Maribo i tilknytning til Margretecentret, og ikke i Nakskov, sådan som planen ellers tilsagde.
- ☐ Den 13. november 2024 modtager Ældre-, Omsorgs og Sundhedsudvalget en orientering til udvalget om at udrulning af strategien for fremtidig plejeboligstruktur.
- ☐ Den 22. januar 2025 godkender økonomiudvalget at udvidelsen af Margretecentret udbygdes i totalentreprise.
- ☐ Den 5. februar 2025 drøfter Ældre-, Omsorgs og Sundhedsudvalget opfølgning på 1 workshop hvor fagudvalget m.fl. var på inspirationstur d. 23. januar for at se på tre nyere plejecentre i henholdsvis Roskilde og Holbæk kommuner.
- ☐ Den 27. maj 2025 godkender byrådet at udvidelsen af Margretecentret indstilles, og at alternative placeringer for nybyggeri undersøges. Udvidelsen parkeres grundet forhold omkring lokaliseringen og mindre synergier end antaget.
- ☐ Den 18. december 2025 godkender byrådet, at Plejecentret Blomsterparken nedlægges som almene ældreboliger, når den sidste beboer på ordinær kontrakt er fraflyttet. De midlertidige pladser flyttes løbende til Stokkemarke plejecenter.
- ☐

Udkast til horisontal samarbejdsaftale for patientrettet forebyggelse

Forord

Aftalen er blevet til på baggrund af en dialog mellem Region Øst og Lolland Kommune, og er en del af en samlet indsats for at skabe et mere sammenhængende og nært sundhedsvæsen i tråd med reformens intentioner.

Parterne er enige om, at opgaven varetages gennem en horisontal samarbejdsaftale, hvor begge parter i samarbejde bidrager til opgaveløsningen inden for deres respektive ansvarsområder. Aftalen er beskrevet med afsæt i de krav, som er gældende for en horisontal samarbejdsaftale. Aftalen skal suppleres af en samarbejdsaftale, som konkretiserer parternes samarbejde og respektive opgaver.

Formålet med aftalen er at skabe en klar, fælles og forpligtende ramme for, hvordan parterne sammen løser opgaven til gavn for borgerne.

Det er en forudsætning for aftalen, at kommunens drift af patientrettet forebyggelse ved opstart af aftalen, som udgangspunkt vil ske med afsæt i den bemanning, og det serviceniveau, der var gældende i 2023. Det skyldes, at den aftalte økonomi er baseret på det udgifts- og serviceniveau for 2023, som var grundlag for den aftale om økonomi til opgaveflyttet, som regeringen indgik med KL og Danske Regioner i maj 2025.

Parterne er bevidste om, at aftalen indgås i en periode, hvor både retsgrundlag og nationale faglige krav fortsat er under udvikling. Aftalen, herunder aftale om økonomi og serviceniveau, bygger derfor på det bedst tilgængelige grundlag på tidspunktet for indgåelsen. Parterne har samtidig en fælles forståelse af, at fx nye nationale kvalitetsstandards, vurdering af det aktuelle udgifts- og serviceniveau i 2026 og evt. behov for nivellering af serviceniveauet inden for Region Østjylland, vil medføre at parterne skal drøfte aftalen igen, så snart de nye kvalitetsstandards foreligger.

Ændringer i aftalen sker i fællesskab og indarbejdes som tillæg eller ved udarbejdelse af nye aftaler alt efter behov. Ved justeringer skal der fortsat sikres sammenhæng mellem krav til indsatser, kapacitet samt kompetencer og den tilhørende finansiering. I henhold til loven om ændring af sundhedsloven, skal regionen betale kommunen for alle udgifter, der er forbundet med at varetage opgaven.



Parterne er enige om, at tilpasninger af aftalen skal ske med et rimeligt varsel, hvor der tages hensyn til mulighed for hensigtsmæssig håndtering af udfordringer som fx rekrutteringsvanskeligheder.

Afsættet for samarbejdet er:

- **Fælles målsætninger** om kvalitet, sammenhæng og nærhed i borgernes forløb og samlet populationsansvar
- **Gensidige bidrag til opgaveløsningen** fra både region og kommuner
- **Tæt og løbende samarbejde** om drift og udvikling af opgaven både på politisk og fagligt/administrativt niveau.

Udkast til horisontal samarbejdsaftale for patientrettet forebyggelse

1. Aftalens parter

Denne aftale indgås mellem

Region Østdanmark

og

Lolland Kommune

2. Retsgrundlag

Denne aftale omfatter et horisontalt samarbejde om drift af patientrettet forebyggelse. Aftalen er indgået med hjemmel i sundhedslovens § 118 d, stk. 1/ Bekendtgørelse om kontrakter og anmodninger efter overgangslovens § 5, stk. 2 og 3, i forbindelse med overgangen til en ny sundhedsstruktur, der giver regioner og kommuner mulighed for at indgå i horisontale samarbejder om sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen i henhold til sundhedslovens afsnit IX.

Det bemærkes, at der afventes opdaterede kvalitetsstandarder for patientrettet forebyggelse. Der kan derfor inden 31.12 2026 indgås kontrakt om tillæg til aftalen, der udmønter de nationale kvalitetsstandarder.

3. Formål

Borgere med kronisk eller længerevarende sygdom skal tilbydes støtte, vejledning og konkrete værktøjer til at lære at leve med deres sygdom med færrest mulige begrænsninger i det liv, de ønsker. Tilbuddene skal tage hensyn til borgernes livssituation, sundhedskompetencer og prioriteringer på en sådan måde, at udviklingen i deres samlede sygdomsbyrde bliver reduceret til et minimum. Den samlede betegnelse for sådanne tilbud er patientrettet forebyggelse. Tilbuddene skal på sigt leveres i samme kvalitet i hele Region Østdanmark, uafhængigt af bopæl og indenfor sundhedslovens rammer, være gratis og lettilgængeligt for alle.

Region Øst har i henhold til sundhedsloven § 119, stk. 3, ansvaret for patientrettet forebyggelse og Lolland Kommune har i henhold til sundhedslovens § 119, stk. 1 og 2 ansvaret for borgerrettet forebyggelse. Med denne aftale forpligtiger parterne sig til et samarbejde om patientrettet forebyggelse, som sikrer, at borgere i målgruppen tilbydes en sammenhængende og helhedsorienteret indsats i deres nærmiljø. Aftalen tager udgangspunkt i regionens og kommunens fælles populationsansvar for borgernes sundhed, herunder at der tages højde for lokale behov. Parterne har således en fælles interesse i at samarbejde om udvikling af området og den konkrete opgaveløsning for fælles at skabe de bedst mulige og mest relevante forebyggelsestilbud.

For regionen giver aftalen mulighed for et samarbejde, hvor der kan drages fordel af, at kommunerne allerede har etableret tilbud og har opbygget kompetencer hertil i lokalområdet. Derudover undgås opbygningen af paralleltilbud ved at sammentænke i forvejen etablerede tilbud i kommunerne, herunder samarbejde med civilsamfund og lokale tilbud og fx nikotinstopkurser og alkoholsamtaler, som også kan være indsatser under borgerrettet forebyggelse. Regionen kan drage fordel af, at nogle borgere er i kontakt med kommunen, fx beskæftigelsesforvaltningen eller socialforvaltningen, og kommunen dermed kan anlægge en samlet helhedsorienteret indsats for borgere på tværs af myndigheder.

For kommunen giver aftalen mulighed for fortsat at sammentænke patientrettede forebyggelsestilbud med andre kommunale opgaver, herunder borgerrettet forebyggelse, genoptræning, og øvrige velfærdstilbud, særligt på social og beskæftigelsesområdet. Kommunen har i kraft af kendskabet til borgerne en særlig mulighed for at differentiere tilbuddene og inddrage et samlet syn på borgeren og skabe synergi på tværs af kommunens velfærdsområder og i samspil med civilsamfundet.

Endvidere fastholder kommunerne myndighedsansvaret for den borgerrettede forebyggelse. Dele heraf - særligt nikotinstopkurser og alkoholsamtaler - indgår også i den patientrettede forebyggelse, hvorfor kommunerne og regionen med fordel kan samarbejde om disse indsatser. Dette kan samtidig understøtte fagligt bæredygtige tilbud i den enkelte kommune og bedre udnyttelse af ressourcer på tværs af kommunens forebyggelsesindsatser, da mange indsatser og kompetencer overlapper.

Denne aftale forpligter parterne til fælles kompetenceudvikling mellem region og kommune. Der skal etableres et fælles udviklingsmiljø for tilbuddene. Regionen

bidrager med fagligt diagnose specifikke kompetencer, forskningsunderstøttelse af indsatser og organisering. Kommunen samler indsatsen med deres dybe indsigt i hverdagsliv og tværgående nære tilbud, der støtter borgeren i hverdagslivet.

Der er en tæt sammenhæng mellem den patientrettede forebyggelse, den borgerrettede forebyggelse og den eksisterende basale genoptræning. I mange kommuner er det samme personale, der varetager både den patient- og den borgerrettede forebyggelse. Dels er det samme eller nært beslægtet indhold, og dels er det nødvendigt for at opretholde en rentabel drift. Af Forårsaftalen fremgår det også, at patient- og borgerrettede forebyggelsesindsatser i nogle tilfælde indholdsmæssigt kan være af samme type og udføres af samme personalegrupper.

Den kompetenceudvikling, som regionen skal bidrage til i forhold til den patientrettede forebyggelse, vil således også kunne bidrage til, at kommunen kan løfte kvaliteten i andre kommunale forebyggelses- og sundhedstilbud.

Borgerrettet forebyggelse bidrager til at forhindre udvikling af kronisk sygdom. Derfor har både regionen og kommunen en fælles interesse i at understøtte den borgerrettede forebyggelse ved, at kommunerne drifter den patientrettede forebyggelse på vegne af regionen. Tilsvarende har både regionen og kommunen en fælles interesse i, at den patientrettede forebyggelse forebygger forværring af kronisk sygdom og udvikling af følgesygdomme.

4. Fælles målsætninger

Region Østdanmark og Lolland Kommune har som fælles målsætning, at borgere med kronisk sygdom tilbydes en sammenhængende og helhedsorienteret patientrettet forebyggelsesindsats, som fremmer den enkelte borgers tro på egne evner og livskvalitet.

De fælles målsætninger er desuden:

- Borgerne skal have lettilgængelig adgang til forebyggelsestilbud i deres nærområde.
- Der skal kunne tilbydes differentierede indsatser med afsæt i den enkelte borgers samlede situation.

- Samarbejdet med civilsamfund er en vigtig parameter for at kunne udsluse til længerevarende støtte til borgeren mhp. at fastholde gode rutiner.
- Der skal samarbejdes på tværs af sundhedsråd om at udvikle tilbud, hvor der gøres brug af virtuelle løsninger til de borgere, der kan profitere heraf.
- Den patientrettede forebyggelse skal udvikles i overensstemmelse med reformens intentioner og de kommende kronikerpakker, som fremover bl.a. vil indeholde tidsfrister i forhold til patientrettede forebyggelsestilbud.
- Kommunerne skal fortsat tilbyde borgerrettet forebyggelse. Regionerne vil fortsat have en rådgivningsforpligtelse over for kommunerne om forebyggelse og sundhedsfremme, fx om evidens for borgerrettet forebyggelse.
- Regionen forpligter sig til at indgå i den faglige udvikling af forebyggelsesindsatserne og til at tilbyde kompetenceudvikling.

5. Organisering

Regionen har myndighedsansvaret for patientrettet forebyggelse, mens Sundhedsrådet har det umiddelbare forvaltningsansvar for samarbejdet om patientrettet forebyggelse mellem Region Østjylland og Lolland Kommune. Kommunen er ansvarlig for driften af den patientrettede forebyggelse. I kommunen er opgaven forankret i Sektor for Ældre & Sundhed.

Det forberedende sundhedsråd har nedsat fagligt dialogforum¹, som får delegeret et ansvar for den strategiske udvikling af det løbende samarbejde om patientrettet forebyggelse. Herunder ansvar for udarbejdelse af samarbejdsaftaler og løbende opfølgning på samarbejdet. Samarbejdet bygger videre på det gode samarbejde, der har været i den tidligere organisering.

¹ Der er arbejdet ud fra en grundmodel med faglige dialogfora, hvor der kan ske lokale tilpasninger inden for de enkelte sundhedsråd. Modellen vil blive afprøvet i overgangsåret 2026 med henblik på stillingtagen til endelig model før overgangen til ny forvaltningsstruktur i 2027. Beslutning om delegation er med forbehold for sundhedsrådets godkendelse.

6. Samarbejde

Med denne aftale forpligtiger parterne sig til et samarbejde om patientrettet forebyggelse, som sikrer borgere med kronisk sygdom en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

De fælles målsætninger om at sikre borgere i målgruppen for patientrettet forebyggelse en sammenhængende og helhedsorienteret indsats indebærer et løbende samarbejde om henvisning/genhenvisning, udvikling af indsatserne og opfølgning på patientens situation. Der vil således både være et løbende behov for organisatorisk samarbejde og et samarbejde om konkrete patientforløb. Det almenmedicinske tilbud vil også have en central rolle for at sikre løbende henvisning og opfølgning i forhold til patientrettede forebyggelse. Det ligger uden for nærværende aftale, men vil skulle udvikles, når pakkeforløbene for kroniske sygdomme, med det almenmedicinske tilbud som tovholder, definerer tidsfrister for, hvornår tilbuddene skal være tilgængelige for borgerne, og at borgerne får de tilbud, deres livssituation tillader.

Som tidligere nævnt, er dele af de patientrettede og borgerrettede forebyggelsestilbud indholdsmæssigt overlappende og kan foregå med fælles undervisere og deltagere (både patienter og borgere). Tilsvarende kan der være mulighed for samarbejde med almene genoptræningstilbud.

Parterne skal hver især opfylde forpligtelserne i aftalen og tage initiativ til at sikre kvalitet og nødvendige tilpasninger.

7. Rammer og samarbejde om opgaven

7.1 Opgavens rammer

Kommune og region skal agere indenfor rammer, der tager afsæt i lovgivning samt beslutninger truffet af regionsråd og sundhedsråd, som fx sundhedsplaner, nærsundhedsplaner samt samarbejdsaftaler (der fx beskriver arbejds gange vedr. henvisning, visitation og behandlingsansvar). De kommende kronikerpakker forventes således også at udgøre en overordnet ramme for samarbejdet. Rammer for opgaven er desuden de til en hver tid gældende kvalitetsstandarder. I denne samarbejdsaftale er der taget afsæt i kvalitetsstandarder for patientrettet forebyggelse i kommuner, januar 2024. Her defineres målgruppen som beskrevet nedenfor.

Målgruppen for patientrettet forebyggelse/samarbejdet

- Målgruppen for patientrettet forebyggelse er borgere med kronisk sygdom, eksempelvis diabetes, hjerte-kar-sygdomme, KOL, kræft, muskel-skelet-sygdomme, såsom lænde- og rygsmerter.
- Borgere med kroniske sygdomme er en uhomogen gruppe, så behovet for forebyggelsestilbud afhænger af borgerens funktionsevne.

7.2 Roller og ansvar

Indhold i opgaven, som kommunen skal varetage/bidrage med:

Indsatser

Kommunen får det umiddelbare ansvar for at levere de faglige indsatser, som fremgår af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandards for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Det vil sige, at kommunen skal drive tilbud på vegne af regionen efter samme kvalitetsstandards, som da kommunerne havde myndighedsansvaret for patientrettet forebyggelse. Såfremt kommunen inden opgaveovertagelsen havde patientrettede forebyggelsestilbud herudover, forventes det, at de fortsætter indtil andet, er aftalt.

De patientrettede forebyggelsestilbud skal omfatte tilbud om afklarende samtale, sygdomsmestring, nikotinafvænning, forebyggende samtale om alkohol, sygdomsmestring, fysisk træning og ernæringsindsats samt en løbende brobygning til civilsamfundet. Her stiller kommunen sin viden og indsigt i og samarbejde med lokale foreninger, civilsamfundet og tilbud til rådighed. Den enkelte kommunes særlige kendskab til egen demografi og population, kan desuden være en fordel i forhold til tilrettelæggelsen af de patientrettede forebyggelsestilbud.

Kompetencer

Medarbejderne skal have de nødvendige kompetencer, jf. kvalitetsstandards, og løbende opdaterer sig om ny viden relevant for opgaven. Det er et ledelsesansvar at sikre dette.

Henvisning, visitation og tilrettelæggelse af forløb

Kommunens tilbud skal modtage og behandle henvisninger til patientrettet forebyggelse fra sygehus/hospital, det almenmedicinske tilbud, praktiserende speciallæger og andre kommunale enheder. Ud fra afklarende samtaler sammensættes og tilbydes et patientrettet forebyggelsesforløb med udgangspunkt i borgerens ønsker, funktionsevne, sundhedskompetencer og egenomsorg.

Borgere med kronisk sygdom kan også selv henvende sig til kommunen med ønske om deltagelse i patientrettede forebyggelsestilbud. Her tilbydes, tilsvarende borgere som er

henvist, afklarende samtale og et patientrettet forebyggelsestilbud med udgangspunkt i borgeren behov og ønsker.

Der skal følges op i forhold til borgere, som udebliver fra aftalte forløb, og ved afslutning af forløb tilbydes hjælp til overgang til tilbud i civilsamfundsregi.

Nærhed

Der skal være adgang til samme ydelser på tværs af kommunen. Geografisk afstand og særligt transporttid er afgørende for fremmøde til patientrettede forebyggelsestilbud, særligt for de mest sårbare borgere. Nærhed til forebyggelsestilbud skal *på sigt* vægte højere end kommunalt tilhørsforhold. I lighed med alkoholbehandling, som den kendes i dag, skal det være præferencer, sundhedskompetencer og praktik fra borgerens perspektiv, der er afgørende for hvor og hvordan det patientrettede forebyggelsestilbud tilbydes.

Det er et udviklingsområde, at der på sigt bliver frit valg i Region Østjylland for alle borgere i forhold til patientrettet forebyggelse. Det kan også blive relevant, når kronikerpakkerne indfører tidsfrister i forhold til opstart af patientrettet forebyggelse.

Indhold i opgaven, som regionen skal varetage/bidrage med:

Regionen er som myndighedsansvarlig overordnet ansvarlig for, at borgerne får de sundhedsydelser, som de har krav på. Herunder, at der tilbydes ensartet service og høj kvalitet samt at ressourcerne bruges effektivt, at området udvikles og at lovgivningen overholdes. Det indebærer også et ansvar for bl.a. at føre tilsyn og sikre, at der samlet set er den nødvendige kapacitet til rådighed, og at den udnyttes effektivt efter hensigten. Myndighedsansvaret er nærmere beskrevet i bilag 1. Derudover skal borgernes muligheder for at klage over henholdsvis tildeling, ydelser og afgørelser beskrives nærmere inden 1.1.2027.

Regionen har desuden ansvar for, at alle patienter, for hvem det er relevant, løbende motiveres og tilbydes henvisning til patientrettede forebyggelsestilbud. Det gælder både patientkontakter i hospitalsregi og i det almenmedicinske tilbud. Desuden har regionen ansvar for, at der ved patientkontakter følges op på patientens deltagelse og effekt ved at deltage i patientrettet forebyggelse. Det skal medvirke til, at den patientrettede forebyggelsesindsats ses som en integreret del af patientens sundhedsforløb. Regionen

vil arbejde med at styrke systematikken i, at patienter løbende tilbydes henvisning til patientrettede forebyggelsestilbud.

Regionen har desuden en rådgivningsforpligtelse overfor kommunerne, og skal derfor understøtte kommunerne med rådgivning om patientrettede forebyggelsestilbud.

Regionens mere specialiserede viden om sygdomsspecifikke områder og kompleks multisygdom, skal bidrage til, at det kommunale personale er opdateret med nyeste viden til varetagelsen af opgaven.

Regionen skal med forskningsforpligtelsen (sundhedsloven §194) bidrage med udvikling og vidensdeling indenfor patientrettet forebyggelse, som kan understøtte kommunernes udvikling af tilbud med viden om, hvilke indsatser, der bedst understøtter borgernes livssituation. Desuden skal det fælles arbejde med at sikre mere ensartede tilbud på tværs, fx gennem udvikling af fælles regionale/kommunale standarder, være data- og forskningsunderstøttede. Her kan de sundhedsprofiler, som regionerne udarbejder, give indsigt i befolkningens sundhedstilstand til understøttelse af planlægningen af lokale forebyggelsesopgaver.

7.3 Kommunikation og datadeling

Systematisk og ensartet dokumentation og monitorering af forebyggelsestilbud er en forudsætning for sammenhæng i forløb og løbende kvalitetsudvikling. Desuden er det grundlag for, at kapacitet og kompetencer tilpasses de lokale forhold. Kommunen skal således systematisk registrere deltagelse, indhold mm. om de enkelte patientrettede forebyggelsesforløb på en måde, så de kan bruges til kvalitetsudvikling, samt så data kan overdrages til regionen.

Der skal findes en model, der sikrer, at data er transparente og kan bruges fælles i det tværsektorielle samarbejde. Der indgås en nærmere aftale herom, idet der tages afsæt i det nationale arbejde om fælles datagrundlag, og principperne for det arbejde²:

- Indberetningerne skal være genkendelige for driften og ske tæt på kilden.
- Samme fagperson skal så vidt muligt kun registrere i et system, og samme oplysning skal ikke registreres flere steder. Registreringen skal være simpel for fagpersonen, og de skal ikke være i tvivl om, hvor og hvad de skal registrere.

² Principperne er i høring frem til 9. januar 2026.

- Indberetningerne skal give mening i praksis og understøtte kerneopgaven og skal samtidig kunne bruges på tværs af sektorer.
- Data skal være sammenlignelige på tværs af landet, uanset hvilken indberetningsløsning og -metode der anvendes.

Kommunen skal indsende data til nationale registre på vegne af regionen. Der pågår et arbejde i regi af Sundhedsdatastyrelsen om en fælles aftale for indberetningsløsninger, så der også kan etableres et fælles datagrundlag for national monitorering, styring og kvalitetsudvikling af den patientrettede forebyggelse.

Dokumentation og ydelsesregistreringer skal *på sigt* ske i det journalsystem, som regionen anviser. Ligesom regionen, inden for rammer af eventuelle nationale aftaler, kan definere, hvilke ydelser der skal registreres og hvordan. Dette forudsætter imidlertid, at parterne forudgående har indgået en konkret samarbejdsaftale om dokumentation, datadeling og registrering (herunder roller, ansvar, adgangsforhold og datadefinitioner) samt vedtaget en fælles implementeringsplan. Implementeringsplanen skal som minimum omfatte tidsplan, systemadgange, oplæring, support, test og overgangsordninger. Eventuelle ekstraomkostninger til nyt journaliseringssystem afholdes af regionen. Regionen skal desuden understøtte med løbende kompetenceudvikling.

Kommunikation

I forbindelse med henvisning, visitation og afslutning af forløb vil kommunikationen mellem kommune, hospital/sygehus og almen praksis primært foregå via digitale kommunikationsløsninger (MedCom standarder).

8. Udvikling af opgaven

Det er afgørende, at sundhedsrådet har mulighed for at tilpasse aftalen, så den understøtter, at den patientrettede forebyggelse løbende udvikles. Den patientrettede forebyggelse skal udvikle sig i overensstemmelse med reformens intentioner og ny lovgivning og standarder på området samt beslutninger truffet i regionsråd eller sundhedsråd. Desuden skal der være en løbende kvalitetsudvikling baseret på monitorering og evaluering af indsatsen, herunder effekten for borgeren.

Det er en del af regionens myndighedsansvar at understøtte ensartet service så geografisk lighed i sundhed inden for hele regionen sikres. Parterne er derfor opmærksomme på, at der som led i udviklingen af den patientrettede forebyggelse, også er behov for at harmonisere de tilbud, der tilbydes borgerne, så borgerne på tværs af sundhedsråd og kommunegrænser får samme muligheder.

Endvidere vil de kommende pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom (kronikerpakker), herunder rettigheder og tidsfrister, medføre behov for udvikling af opgaven. Det vil formentlig også være tilfældet, når kvalitetsstandarden for forebyggelsestilbud til borger med kronisk sygdom bliver revideret.

Hvis ovenstående betyder, at målgrupper, indsatser og krav mv. justeres i et væsentligt omfang, vil det skulle besluttes om dele af aftalen skal genåbnes, eller om der skal udarbejdes et tillæg til aftalen. Et tillæg vil kræve tilslutning fra begge parter. Bliver parterne enige om ændringer i aftalen, som medfører ændringer af udgiftsniveauet herunder tilførsel af fx medarbejderressourcer, skal aftalen genforhandles. Det er en præmis, at kommunen skal kompenseres for de udgifter, der er forbundet med at løse opgaven.

9. Monitorering og evaluering

Monitorering

I afsnit 7 er de konkrete opgaver, som hver af parterne har ansvar for at levere, beskrevet. I forbindelse med at kontrakten tilrettes eller, at der udarbejdes tillæg/allonger som følge af kvalitetsstandarden, skal parterne aftale konkrete indikatorer, som kan anvendes til at følge op på samarbejdet og monitorere de ydelser, der er aftales. Det er et princip, at målopfyldelsen kan monitoreres via den ydelsesregistrering, som i forvejen er aftalt mellem parterne og som har betydning for samarbejdet om patientforløb, patientsikkerhed og kvalitetssikring.

Evaluering

[Tidspunkt og omfang af evaluering fastlægges af Sundhedsrådene]

Samarbejdet skal være evalueret første gang senest d. 1. april 2029. Herefter gennemføres en samlet evaluering i hver valgperiode med mindre, at parterne aftaler andet. I løbet af 2027 udarbejder fagligt dialogforum forslag til rammer og indhold i

evalueringen, som godkendes af sundhedsrådet med henblik på, at evalueringen gennemføres inden udgangen af 1. kvartal 2029.

Øvrig opfølgning

Fagligt dialogforum har ansvaret for, at løbende følge op på samarbejdet om at tilbyde patientrettet forebyggelse som beskrevet under punkt 6-7.

10. Økonomi

Finansiering (samlet rammebeløb 2027)

Lolland Kommune modtager 2.641.000 kr. (2025 pl) til drift af patientrettet forebyggelse i 2027.

Beløbet dækker:

- De direkte og indirekte omkostninger, der er forbundet med drift af patientrettet forebyggelse i Lolland Kommune

Forudsætninger (ud over det faglige indhold, som er beskrevet i kapitel 6-7)

- Finansieringen af opgaven vedr. patientrettet forebyggelse for 2027, er fastlagt med afsæt i den kapacitet og det serviceniveau, som blev opgjort i forbindelse med DUT forhandlingen i 2025 og som videreføres med denne kontrakt, indtil parterne aftaler andet.
- Lolland Kommune tilvejebringer den relevante dokumentation til at understøtte den af sundhedsrådet besluttede opfølgning på området. Herunder fremlæggelse af regnskab over de omkostninger kommunen har haft til drift af den patientrettet forebyggelse.
- Det forudsættes, at kommunen har de nødvendige lokaler og udstyr til at drifte patientrettet forebyggelse, så driften lever op til nugældende kvalitetsstandards og de betingelser, som er beskrevet i kapitel 7.
- Når der udkommer nye kvalitetsstandards, og/eller nye aftaler, som medfører ændrede krav til opgaveløsningen vil det være muligt for parterne at aftale en tilpasset finansiering af opgavevaretagelsen.

- Såfremt Lolland Kommune senest d. 1. juni 2026 kan dokumentere, at udgiftsniveauet i 2026 (alternativt 2025 afhængigt tilgængelige regnskabstal) er ændret siden 2023, fx som følge af et løft i kvalitet og service, kan dette reviderede udgiftsniveau indgå i en eventuel efterfølgende genforhandling af aftalen.

Rammestyring

- Udgangspunktet for den økonomiske styring af området er, at den aftalte opgave løses inden for den angivne økonomiske ramme.
- Hvis kommunen ser et stigende behov for ydelser, som ikke kan leveres inden for den aftalte ramme, skal kommunen hurtigst muligt oplyse dette for sundhedsrådet.
- Modellen for rammestyring indgår som en del af evalueringen af det horisontale samarbejde.

Kapacitetsplan

- Lolland Kommune skal inden d. 1. juni 2026 udarbejde en kapacitetsplan for 2027. Denne vil bl.a. være en fælles baseline, når der skal indgås aftaler om tillæg til nærværende aftale ifm. ikrafttrædelse af nye kvalitetsstandarder og kronikerpakker. Kapacitetsplanen kan også være grundlag for parternes vurdering af om det aftalte niveau for aktivitet og økonomi modsvarer efterspørgslen.

Kapacitetsplanen skal indeholde:

- Antallet af medarbejdere (årsværk til ledelse og konsulenter), som i kommunen indgår i løsningen af opgaverne.
- Antallet af patientrettede tilbud (både afklarende samtaler, risikofaktorfokuserede og sygdomsspecifikke), typer af tilbud (holdtilbud, individuelt, digitalt) og omfang og indhold i de enkelte patientrettede forebyggelsestilbud, som stilles til rådighed for regionen.
- Antallet og placeringen af lokationer, hvor patienter kan modtage patientrettede forebyggelsestilbud
- Henvisningsmuligheder m.v., når det patientrettede forebyggelsestilbud afsluttes, til civilsamfundsaktiviteter.

- Som beskrevet i afsnit om forudsætninger kan Lolland Kommune i løbet af foråret 2026 og senest ifm. udarbejdelsen af kapacitetsplanen fremlægge en revideret og dokumenteret opgørelse af kommunens aktuelle udgifter ved de ydelser, der i 2026 leveres som en del af den patientrettede forebyggelse og som er beskrevet i kapacitetsplanen.
- Sundhedsrådet drøfter årligt (samt ved behov fx ifm. nye nationale krav) status for opgavevaretagelsen, med henblik på evt. justeringer så opgaven kan løses indenfor den økonomiske ramme.

Betaling

- Fra og med aftalens ikrafttrædelse overføres aconto kvartalsvis 3/12 af den afsatte økonomiske ramme. Beløbet skal dække Lolland Kommunes omkostninger relateret til opgaven i perioden. Beløbet overføres den 1. hverdag i kvartalet.

Den aftalte økonomi gælder for 2027.

I løbet af 2026, og senest den 1.1.2027, aftaler parterne den økonomiske ramme for drift af opgaven for 2028 og frem.

11. Ikrafttrædelse, varighed og opsigelse

Aftalen træder i kraft den 1.1. 2027 ved underskrift fra begge parter inden 1.4 2026.

Begge kontraktparter kan opsige kontrakten med et varsel på 9 måneder samt løbende måned. Ved mislighold af kontrakten gælder et kortere varsel. Se kapitel 12.

I første periode skal Sundhedsrådet, inden udgangen af 2028, tage stilling til fortsættelse af samarbejdet herunder rammer, vilkår og indhold i samarbejdsaftalen. Efterfølgende vil den horisontale samarbejdsaftale blive genbesøgt af sundhedsrådet én gang i hver valgperiode.

12. Misligholdelse

Hvis en af parterne ikke opfylder sine forpligtelser, som beskrevet i denne aftale, skal den af parterne, der bliver opmærksom på forholdet, skriftligt gøre den anden part opmærksom herpå. Parterne skal da gå i dialog om de forhold, der gør sig gældende som mislighold mhp. at finde løsninger, og sundhedsrådet orienteres om forholdet. Herefter gives en rimelig frist til at rette op på forholdet.

Hvis misligholdelsen ikke afhjælpes inden fristens udløb, anses den for væsentlig. Ved væsentlig misligholdelse kan kontrakten ophæves med et varsel på 6 måneder samt løbende måned.

13. Deling ved ophør af aftale

Ved kontraktens ophør skal der ske en overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte. Bestemmelser om hvilke af ovenstående, der indgår i en delingsaftale, er beskrevet i sundhedslovens § 205e, stk. 2 og 3.

Lolland Kommune har ved kontraktens ikrafttræden på et overordnet niveau opgjort, hvilke aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, som ville være omfattet af delingen, såfremt den skulle ske på pågældende tidspunkt. Opgørelsen er vedlagt som bilag til kontrakten. Denne overordnede opgørelse vil være afsæt for en aftale om deling ved kontraktophør. Hertil skal parterne aftale deling af tilførte aktiver, passiver, rettigheder og pligter i den periode, som kontrakten har været gældende.

14. Underskrifter

Dato	Dato



Thomas du Plessis de Richelieu, Direktør	Pia Jenfort, Sektorchef Ældre & Sundhed

UDKAST

Bilag 1: Notat om Myndighedsansvar

NOTAT

Myndighedsansvar i forbindelse med opgaveflyt

Sundhedsreformen skal understøtte en udvikling af sundhedsvæsenet mod mere lighed, nærhed og sammenhæng i borgernes forløb, og samtidigt reformere sundhedsvæsenet, så det er gearet til at håndtere fremtidens udfordringer.

Med sundhedsreformen flyttes myndigheds- og finansieringsansvaret for en række sundhedsopgaver fra kommunerne til regionerne pr. 1. januar 2027. Ansvar for drift og samarbejdet om opgaverne vil være placeret i sundhedsrådene, hvor forretningsudvalget og regionsrådet har den samlede og tværgående planlægning på sundhedsområdet.

De fire kommunale opgaver, der overgår til regionen er:

1. Akutsygepleje
2. Sundheds- og omsorgspladser
3. Patientrettet forebyggelse
4. Rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af den avancerede genoptræning.

Regionen er ved at danne sig et overblik over, hvad myndigheds- og finansieringsansvaret omfatter, og hvordan det kan løftes, men der udestår stadig nationale afklaringer på forskellige områder.

Idet regionen har myndighedsansvaret, vil regionen, uanset hvem der er operatør på opgaverne, være ansvarlig for, at borgerne får de sundhedsydelser, de har krav på. Heri ligger også ansvar for, at der tilbydes ensartet service og høj kvalitet for borgerne, samt

at ressourcerne bruges effektivt, at området udvikles og at lovgivningen overholdes. Det betyder bl.a. også ansvar for at sikre en passende kapacitet samlet set på tværs af regionen for at modsvare aktuelle behov og i takt med udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Myndighedsansvaret indebærer en grundlæggende forpligtigelse til at sikre at relevante direktiver, love, bekendtgørelser og vejledninger efterleves, inden for de fire opgaveområder regionerne fremadrettet får ansvaret for. Herunder regionsloven, sundhedsloven, offentlighedsloven, forvaltningsloven og arbejdsmiljøloven.

Følgende ansvarsområder og opgaver anses som en del af myndighedsopgaven og er relevant at iagttage som driftsoperatør:

- Sikre og fastsætte ensartet serviceniveau:
Regionen skal sikre, at borgerne på tværs af sundhedsråd har samme adgang til sundhedstilbud af høj kvalitet. Der kan dog være særlige nære og lokale sundhedsbehov i nogle sundhedsråd, der skal tages hensyn til. Desuden skal indsatser tilrettelægges ud fra et helhedssyn på borgerens individuelle behov.

Regionen skal sikre ensartede indsatser indenfor hele regionen, så borgerne på tværs af sundhedsråd har samme muligheder. Indsatserne skal tilrettelægges ud fra et helhedssyn på borgerens individuelle behov.

- Kvalitet og kompetencer:
Som en del af myndighedsansvaret vil regionen stille krav til, at personalet har det rette faglige kompetenceniveau. Driftsoperatøren har derfor ansvar for, at der skal leves op til den relevante lovgivning på området, nationale kvalitetskrav, samt beslutninger truffet af regionsråd og sundhedsråd.
- Faglig udvikling af opgaven:
Der vil være behov for løbende at sikre udvikling af opgavevaretagelsen, både ift. tilpasning til ny lovgivning og udvikling på området, men også for at sikre et tæt og smidigt samarbejde med andre sundhedsudbydere fx øvrige kommunale tilbud eller almen praksis.
- Visitation:
Regionen har det overordnede ansvar for tilrettelæggelse af retningslinjer for visitationen, og som udgangspunkt er det en regional opgave at visitere. Visitationsopgaven tilrettelægges lokalt, og har forskellig karakter for de enkelte opgaver. Dette uddybes nærmere i scenarier for opgaverne.

Visitation vil bero på den gældende nationale lovgivning herunder eventuel mulighed for frit valg, samt på en helhedsorienteret vurdering af borgerens sundhedstilstand og øvrige livssituation og bopæl. Dette skal foregå i tæt samarbejde med kommunerne, særligt hvad angår sundheds- og omsorgspladser, med henblik på at sikre effektiv kapacitetsudnyttelse og et sammenhængende forløb og overgang til og fra sundheds- og omsorgspladser.

- Økonomisk styring:
Der skal sikres en effektiv og transparent økonomistyring, der sikrer den bedst mulige anvendelse af den samlede kapacitet samt understøtter udvikling af sundhedsvæsenet mod mere lighed, nærhed og sammenhæng i borgernes forløb.
- Dokumentation og datagrundlag:
For at regionen kan leve op til sine forpligtelser og for at efterleve ovenstående behov for at følge kvalitet, aktivitet, kapacitet og økonomi, skal der være adgang til relevante og tidstro data om de ydelser, der leveres i opgaven. Regionen ejer derfor data af hensyn til sine forpligtelser som myndighed. Der skal findes en model, der sikrer, at data er transparente, tilgængelige og kan bruges fælles i det tværsektorielle samarbejde.

Dokumentation og ydelsesregistrering skal på sigt ske i samme system, eller det journalsystem som regionen anviser ligesom regionen har retten til at definere, hvilke ydelser der registreres og hvordan.

- Patientrettigheder og klager:
Tilsyn og behandling af patientklager varetages af regionen efter gældende regler. Regionen vil ligeledes have ansvaret for at sikre borgernes rettigheder, fx i forhold til den kommende frit valgs-ordning for sundheds- og omsorgspladser.

Der er således tale om en betydelig opgave, hvor regionen/hospitaler skal allokere ressourcer til den overordnede styring ift. økonomi, kapacitet og kvalitet ift. de enheder, som regionen/hospitalet har ansvar for, uanset hvem der bliver driftsoperatør.

Oversigt over centrale tilsyn på ældre- og sygeplejeområdet

Samtilsyn, Ældretilsynet, sundhedsfaglige tilsyn (STPS) og Arbejdstilsynet

Dette bilag forklarer de fire vigtigste tilsyn, som berører kommunal ældrepleje og kommunal sygepleje.

1. Samtilsyn (koordineret tilsyn)

Samtilsyn er en koordineret tilsynsform, hvor flere myndigheder besøger samme plejehjem i et samlet forløb, så dialog, observationer og dokumentationsgennemgang kan afvikles mere samlet og mere ensartet. Formålet er at reducere gentagne besøg og samtidigt skabe et helhedsorienteret risikobillede, fordi arbejdsmiljø, kompetenceanvendelse og patientsikkerhed ofte påvirker hinanden i den daglige drift. De enkelte lovkrav ændres ikke, men koordineringen skærper forventningerne til ledelsesmæssig planlægning, fælles kontaktveje og et robust dokumentationsgrundlag, der kan belyse praksis på tværs af vagter. Opfølgningen bør samles i én prioriteret handleplan med tydelige ansvarspunkter, frister og effektkontrol, så forbedringstiltag implementeres og fastholdes.

2. Ældretilsynet (kvalitet i helhedsplejen)

Ældretilsynet har fokus på kvaliteten i helhedsplejen, dvs. om borgeren får den visiterede hjælp og pleje sammenhængende, rettidigt og i overensstemmelse med behov, værdighed og lokale standarder. Tilsynet vurderer både udførelsen og de organisatoriske forudsætninger, herunder om medarbejdere arbejder efter kendte arbejdsgange, og om der er kontinuitet på tværs af teams, vagter og leverandører. Der lægges vægt på ledelsesmæssig styring, kompetenceafklaring og kvalitetsopfølgning, fordi læring, afvigelseshåndtering og forbedringsarbejde skal kunne dokumenteres som en integreret del af driften. anbefalinger eller påpegnings skal derfor kunne omsættes til konkrete justeringer i praksis, med systematik i implementering, opfølgning og fastholdelse over tid.

3. Sundhedsfaglige tilsyn (Styrelsen for Patientsikkerhed – STPS)

STPS' sundhedsfaglige tilsyn har fokus på patientsikkerhed og sundhedsfaglig forsvarlighed i kommunale og private behandlingssteder, herunder plejecentre, hjemmepleje og hjemmesygepleje.

Tilsyn kan være planlagt som stikprøve, reaktivt ved bekymringshenvendelser eller opfølgende efter tidligere fund, og vurderingen baseres på målepunkter samt interview, observation og journal- eller medicingennemgang. I praksis ses der især på medicin håndtering, kliniske vurderinger, delegation og dokumentation, samt om arbejdsgange understøtter rettidig opfølgning på ændringer i borgerens tilstand. Resultatet placeres i en problemkategori, og ved større eller kritiske forhold kan der stilles bindende krav om forbedringer, som skal følges af ledelsen og kunne dokumenteres med effekt. STPS fører desuden individtilsyn med autoriserede sundhedspersoner, når der er mistanke om risiko for patientsikkerheden, og kan iværksætte tiltag som skærpet tilsyn eller faglige påbud.

4. Arbejdstilsynet (arbejdsmiljø)

Arbejdstilsynet fører tilsyn med arbejdsmiljølovgivningen og vurderer, om arbejdet er tilrettelagt og bemandet, så pleje- og sygeplejeopgaver kan udføres sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt. På ældreområdet omfatter det typisk forflytninger, hjælpemidler, belastninger, vold og trusler, tidspres og psykisk arbejdsmiljø, både i borgerens hjem og på plejeenheder. Tilsynet ser også på instruktion, oplæring og forebyggelse, herunder om der er systematik i risikovurdering, opfølgning og ledelseskontrol. Hvis der konstateres overtrædelser, kan Arbejdstilsynet give påbud med frister, og enheden skal kunne dokumentere, at risici er håndteret, og at tiltagene virker i praksis. Det kræver klare procedurer, en aktiv arbejdsmiljøorganisation og løbende kontrol af efterlevelse.

Alle tilsynsrapporter lægges på kommunens hjemmesiden når tilsynsrapport er modtaget fra tilsynsmyndighed.

Strategi for fremtidig plejeboligstruktur

Lolland Kommune 2022-32

Godkendt i Byrådet den 15. december 2022



lollandkommune

Indhold

Forord	3
Udfordringer på plejeboligområdet	4
Kapacitetsbehov	4
Muligheder for at påvirke kapacitetsbehov	5
Midlertidige boliger	6
Strategi 2022-32	6
Bærende principper for plejeboligstruktur	7
Fremtidig struktur	8
Midlertidige boliger	12
Handleplan for fremtidig plejeboligstruktur	12
Afrunding	13
Bilagsfortegnelse:	14
Bilag 1: Demografi, bosætning og målgruppe	15
Bilag 2: Økonomi - oprindelig finansiering og restgæld	17
Bilag 3: finansiering af nybyggeri – relevante modeller	19
Bilag 4: Rapport fra Komponent – plejeboligfremskrivning.....	22
Bilag 5: ventelistescenarier.....	23

Forord



Plejeboligerne i Lolland Kommune skal være tidssvarende og attraktive. Med denne strategi for fremtidig plejeboligstruktur ønsker vi derfor at forbedre plejecentrenes fysiske rammer og samtidig skabe en ny og fremtidssikret struktur på området.

Der er behov for at nedbringe antallet af utidssvarende overskudsboliger til fordel for moderne plejecentre med større volumen og mere central beliggenhed. De mere end 10 mio. kr. årligt, som kommunen poster i tomgangsleje, skal fremadrettet komme de ældre til langt større gavn. Vi vil investere i at højne livskvaliteten for beboerne og personalet på kommunens plejecentre med indtænkt velfærdsteknologi, demensvenlig indretning, hjemlige rammer, gode arbejdsforhold og et højt fagligt miljø. Det skal være fremtiden på Lolland for kommunens ældre!

Ældre- Omsorgs- og Sundhedsudvalget har i 2022 taget hul på de næste skridt mod at designe de overordnede fysiske strukturer, der skal til for at boligmassen i langt højere grad matcher den nuværende såvel som den fremtidige efterspørgsel. Dette arbejde stiller sig på skuldrene af den proces, som Ældre- og Sundhedsudvalget i forrige byrådsperiode igangsatte omkring afvikling og optimering af de nuværende plejeboliger.

Tilpasningen af området har været en strategisk satsning igennem de forgangne 10 år, og arbejdet fordeler sig overordnet i fire spor:

- Afvikling af utidssvarende plejeboliger
- Optimering af nuværende plejeboliger
- Fremtidig fysisk struktur på plejeboligområdet
- Tidlig koncentreret indsats i borgers eget hjem

Tilrettelæggelsen af de fysiske strukturer på plejeboligområdet baserer sig på en række overordnede principper, visioner og ambitioner for området, der tilsammen danner en helhed. Det er udvalgets forventning, at indsatserne vil spille godt sammen og skabe en synergi, som i sidste ende påvirker plejeboligkapaciteten og plejebehovet positivt.

Strategien for fremtidig plejeboligstruktur er ambitiøs og dækker mange indsatser. Foruden vores mål om at forbedre de fysiske rammer og skabe en fremtidssikret struktur på området, vil vi også øge muligheden for at samle fagligheder og derigennem styrke det tværfaglige samarbejde om beboerne. Samtidig ønsker vi at skabe en bedre og grønnere driftsøkonomi på kommunens plejecentre. Vi er bevidste om, at en så ambitiøs strategi kommer med en pris. I dette tilfælde betyder det en lukning af nogle af kommunens mindre plejecentre og et deraf følgende pres på kapaciteten i en periode.

Vi er stolte af at være med til at skabe rammerne for et godt og værdigt ældreliv – også i livets afsluttende fase. Arbejdet slutter ikke her. Vi vil fortsætte den konstruktive dialog med feltets mange aktører, og vi ser frem til et fortsat godt samarbejde.

[underskrift]

Marie-Louise Brehm Nielsen

Formand for Ældre-, Omsorgs- og Sundhedsudvalget

Udfordringer på plejeboligområdet

En stor del af borgere i plejeboliger i dag har relativt store funktionsnedsættelser – enten fysisk eller kognitivt. Det betyder, at kravene til en plejebolig i dag er anderledes end, hvad der tidligere var tilfældet. Boligen er foruden nogens hjem også en arbejdsplads, hvorfor den skal opfylde krav om arbejdspladsforhold, sådan at medarbejderne kan håndtere de funktionsnedsættelser, borgeren måtte have. Kommunens plejeboliger og feltet som sådan er for en stor dels vedkomne udfordret af følgende forhold:

Utidssvarende boligmasse og geografi:

- Boliger, der ikke er attraktive og ikke matcher nutidens – og slet ikke fremtidens – krav
- Utilstrækkelig demensindretning – ude som inde
- Små centre – på sigt ikke bæredygtige
- Plejecentre med perifer beliggenhed

Økonomi:

- Presset kommunal økonomi
- Udgifter til tomgang
- Yderst begrænsede anlægsmidler

Stigende kompleksitet i plejen:

- Sundhedsreform: Større og større krav til faglig kompetence i plejen
- Flere demente borgere, herunder flere med uhensigtsmæssig adfærd

Personale:

- Svært at rekruttere faglærte, særligt assistenter
- Behov for at samle kompetence
- Behov for at samarbejde med regionen – på få lokationer

Kapacitetsbehov

Lolland Kommune har bedt firmaet Komponent (Kommunernes fælles udviklingscenter) om at foretage en kapacitetsanalyse og fremskrivning af behovet for plejeboliger. Beregningerne, som er bilagt i bilag 4, baserer sig på en fremskrivning af populationen af 80+-årige i kommunen korrigeret for den lokale middellevealder. Denne er foretaget i 2020 og opdateret med tidssvarende data i 2022.

Analysen viser bl.a.:

- De borgere, der er i en plejebolig, modtog gennemsnitligt relativt mange timer i hjemmeplejen forud for visitation til plejebolig.
- En relativt stor andel borgere modtog ikke meget hjælp i hjemmet, før visitation til plejebolig.
- Belægningsprocenten i Lolland Kommunes plejeboliger er lav (93%).
- Ingen borgere på garantiventelisten.

Anbefaling:

- Øge belægningsprocent.

- Tidlig understøttende indsats i hjemmet kan udskyde plejeboligbehovet (aflastning).
- Arbejde med venteliste for at øge incitament strukturen for at fremme omsætning såvel som belægningsprocent.
- Løbende følge udvikling mellem køb og salg af pladser kommunerne imellem.

Ved en øgning af belægningsprocenten til et sted mellem 95%-98% finder Komponent, at der, alt andet lige, vil være et fortsat boligoverskud frem til 2030. Se bilag 4 s. 32-34. Det fremgår, at der med den nuværende plejeboligkapacitet og 95% belægning vil være overskud af boliger frem til 2029 med, hvorefter der vil være et lille underskud af boliger. Fremskrivningen af behovet for plejeboliger i den nærmeste fremtid er således lavere end kommunens aktuelle kapacitet (mellem 14 og 25 boliger i nærmeste fremtid). Ved 95% vil der være et lille boligunderskud i 2030 og frem, med 98% vil der være et fortsat overskud af boliger i hele perioden.

Ved alle almene ældre- og plejeboliger har kommunen anvisningsretten. Med denne ret følger en betalingsforpligtelse, såfremt boligerne ikke kan udlejes til den berettigede personkreds. Når der er et boligoverskud, og boligerne står tomme, har kommunen således udgifter til tomgangstab.

En underkapacitet af plejeboliger vil betyde, at der i perioder vil skulle arbejdes med en venteliste.

På plejeboligområdet opereres med to ventelister:

- "Generel venteliste", også kaldet garantiventelisten, er den del af kommunens venteliste til plejeboliger, der er omfattet af plejeboliggarantien. Dette betyder, at borgeren skal tilbydes en plejebolig inden for 2 mdr. Når en borger er opskrevet på den generelle venteliste, er borgeren opskrevet til en plejeboligplads i kommunen, men ikke på et specifikt plejecenter/plejehjem.
- "Specifik venteliste" er den del af kommunens venteliste til plejeboliger, der ikke er omfattet af plejeboliggarantien. Når en borger er opskrevet på den specifikke venteliste, er borgeren opskrevet til en plejeboligplads i et bestemt plejecenter/plejehjem.

I bilag 5 kan ses beregninger for ventelister og deraf følgende plejeboligbehov. Beregningerne viser, at ventelistefordelingerne og ikke mindst længderne på disse kan påvirke plejeboligbehovet på 10 til godt 30 boliger. Når der er et boligoverskud, følger der en kommunal udgift til tomgangstab. Ved en overkapacitet er der desuden hænder, der ikke udnyttes fuldt ud. Det er hænder, som vi i forvejen har for få af. Allerede i dag er det vanskeligt at rekruttere nok hænder, og det ventes kun at blive vanskeligere fremover.

Lolland Kommune har i dag kun meget få borgere på venteliste, og der er alene tale om borgere, der ønsker en bolig på et specifikt plejecenter. Der er ingen borgere på den generelle venteliste, og der er således et godt spænd for at udbygge venteliste og fortsat overholde plejeboliggarantien, se bilag 5. Hvor meget kapaciteten herefter kan reduceres (hvor stor en underforsyning > 30 boliger), afhænger alt andet lige af, hvor stor en andel af borgerne, der fremadrettet vil vælge garantiventelisten, og hvilket serviceniveau kommunen ønsker.

Muligheder for at påvirke kapacitetsbehov

Komponents beregninger tager udgangspunkt i en situation, hvor befolkningstilvæksten korrigeret for den lokale middellevetid er den konstante og definerende faktor, når den prognosticerede plejeboligkapacitet bestemmes. Beregningerne er således udtryk for en alt-andet-lige-situation. Det er sjældent, at tilvæksten og vilkårene er uforanderlige, og således er virkeligheden sjældent helt som i regnearkene. Mortaliteten bliver fx påvirket af en pandemi, og et friplejehjem i nabokommunen kan påvirke den kommunale boligforsyning og herunder køb og salg af pladser.

Men der er også en række håndtag, som kommunen selv kan skrue på i forhold til at regulere det faktiske og forventede plejeboligbehov:

- Øget hjælp i hjemmet eller øget visitation til dagtilbud kan medvirke til at gøre det muligt for borgeren at klare sig i eget hjem i længere tid. Årsagen til ansøgning om plejebolig er ofte, at den raske pårørende ikke længere kan holde til situationen med en dement eller plejekrævende ægtefælle. I nogle tilfælde kan aflastning i hjemmet eller flere dage i dagtilbud gøre en forskel for den pårørende og udskyde behovet for plejebolig.
- Opbygning af venteliste påvirker plejeboligbehovet markant, og langt de fleste kommuner arbejder med en venteliste. Eksempelvis vil en beslutning om at acceptere en venteliste på 1 mdr. reducere behovet for plejeboliger med mellem 10 og 19 pladser.
- Bedre egne hjem, som øger mulighederne for at forblive længere i eget hjem. Rådgivning i forhold til valg – og indretning – af borgers eget (næst)sidste hjem, således at disse er bedre velegnet til seniorlivet. Fællesskabsorienterede boformer kan desuden være medvirkende til at udskyde behovet for en plejebolig, da fællesskabet forventeligt vil sikre en bedre mental sundhed og evt. aflaste i forhold praktiske opgaver.

De nævnte tiltag kan have en positiv effekt ved at reducere eller udskyde plejeboligbehovet. Omvendt kan det betyde øgede udgifter på andre poster på ældre- og sundhedsområdet i en periode. Det vil ligeledes kræve principielle beslutninger i forhold til serviceniveauet på ældreområdet, samt strategiske beslutninger og investeringer på boligmarkedet.

Midlertidige boliger

De midlertidige boliger indgår også i strategien for fremtidig plejeboligstruktur. I forhold til midlertidige boliger er der eksempelvis behov for en elastik i forhold til "ømmærkning" af boliger, så der opnås en fleksibel kapacitet.

Den nuværende kapacitet på midlertidige boliger er:

- 20 + 10 (akut)boliger på Møllecentret
- 5 boliger på Skovcentret (anvendes ofte til helt særlige opgaver)

Derudover:

- 2 boliger på Lykkeseje, der benyttes som ventebolig
- 1 bolig i Kirsebærhaven, der benyttes som feriebolig

Strategi 2022-32

Strategi for fremtidig plejeboligstruktur er af Byrådet i 2022 udpeget som fyrtårnsprojekt. Det betyder, at Byrådet har besluttet, at projektet har hele byrådets særlige opmærksomhed.

Strategien følger det bymønster, der er besluttet med Plan- og Udviklingsstrategi 2019 samt i Kommuneplan 2017-2029, der tager højde for den demografiske udvikling og flyttemønstre. Det betyder, at strukturen lægger op til tilpasninger og udbud af boligformer i de to hovedbyer, Maribo og Nakskov, samt oplandslandsbyerne i Horslunde, Sølsted og Rødby.

Strategien tager desuden udgangspunkt i Lolland Kommunes Ældrepolitik. I politikken er det et centralt omdrejningspunkt, at hvis Lolland Kommune fremover skal imødekomme borgernes behov og ønsker, så er en tilpasning af plejeboliger nødvendig.

Førnævnte strategier, politikker og planer danner bagtæppe for strategien om den kommunale plejeboligstruktur og udkrystalliseres i følgende bærende principper:

Bærende principper for plejeboligstruktur

Overordnet plejeboligstruktur:

- Minimum 10-årigt sigte
- Flugte med kommunens overordnede bymønstre
- Tilbuddet til borgeren skal baseres på borgerens funktionsmæssige behov snarere end geografi
- Plejeboligstrukturen skal tænkes sammen med midlertidige boliger og akutpladser
- Tidlig koncentreret indsats i eget hjem skal udskyde og reducere plejeboligbehovet
- Økonomiske bindinger i form af gæld samt begrænsninger i forhold til ejerforhold har betydning i forhold til fremtidige handlemuligheder
- Strategisk satsning på etablering af alternative boformer, herunder seniorbofællesskaber
- Sikre aktivering af civilsamfund og frivillige kræfter
- Opfylde plejeboligarantien men acceptere venteliste

Plejecenter:

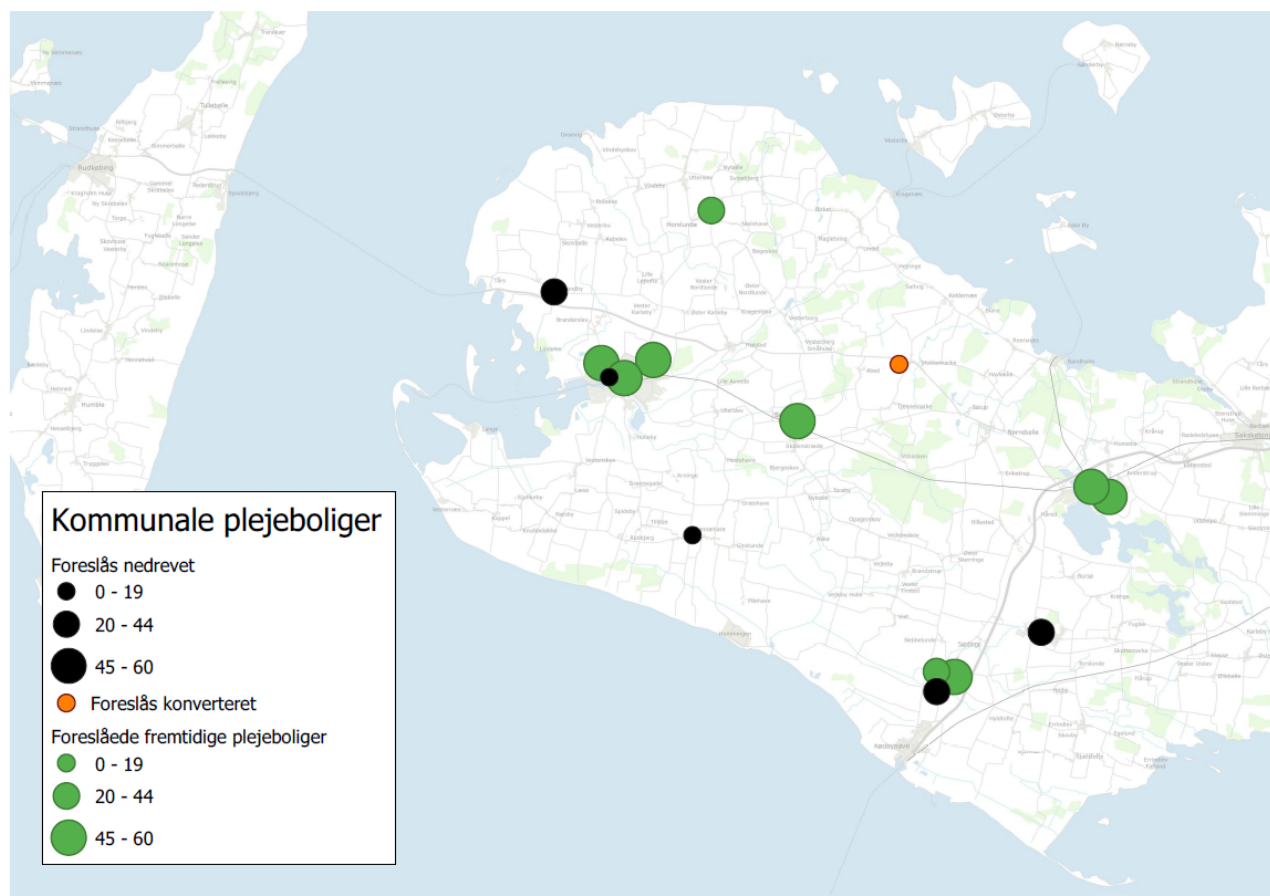
- Gode rammer for hverdagsrehabilitering og trivsel for den demente borger
- Skal kunne håndtere de komplekse sygdomsforløb
- Optimere rekruttering og udvikling af fagligt miljø
- Opfylder krav til APV (ArbejdsPladsVurdering)
- Sikre bedre mulighed for anvendelse af velfærdsteknologi
- Energikrav - klimavenlige løsninger og kloge kvadratmeter
- Min. 50-60 enheder
- En kapacitetsudnyttelse på min. 95%

Plejebolig:

- Fleksibilitet, så indretning kan følge borgerens løbende funktionsnedsættelse
- Demensvenlig indretning
- Anvendelse af velfærdsteknologi

Disse bærende principper ligger til grund for strategiens kapacitetsjusteringer i forhold til den nuværende kapacitet og fremskrivning af behov. Strategien indeholder en plan for tilpasning af boligmassen, således at denne i højere grad matcher fremtidens behov og krav.

Fremtidig struktur



Kort 1 Forslag til fremtidig plejeboligstruktur

Strategien medfører opførsel af to nye plejecentre i hhv. Nakskov og Maribo og udvidelse af Kirsebærhaven i Rødby. Den betyder samtidig, at en del af de mest utidssvarende boliger og de mindste centre med perifer beliggenhed vil blive nedlagt.

Med opførslen af 2,5 nyt center vil hovedparten af plejeboligerne bestå af tidssvarende og fremtidssikrede boliger, der lever op til nutidens og fremtidens forventninger til plejeboliger. Den overordnede fysiske struktur vil i vidt omfang afspejle flytte- og bymønstret i kommunen, og adgang for såvel pårørende som medarbejdere vil være let. Strukturen med koncentrationen af pladser på færre matrikler vil betyde, at de enkelte plejeboligbebyggelser vil opnå en mere driftsøkonomisk volumen, der gør dem mere rentable at drive. En samlet foryngelse af boligmassen vil desuden betyde, at de løbende vedligeholdelsesudgifter vil kunne holdes nede, og der kan tænkes i kloge m² og klimavenlige løsninger, ligesom moderne velfærdsteknologi kan inkorporeres i bygningskroppene fra start.

Strategien omfatter følgende justeringer i plejeboligstrukturen:

Fase 1 (2022-2025):

- Møllecenteret i Nakskov nedlægges, da det er utidssvarende og vil skulle gennemgå en større renovering, såfremt det skal lovliggøres i forhold til nugældende brandkrav.
- De midlertidige pladser på Møllecenteret rykker midlertidigt til Blomsterparken i Rødby.
- Nybyg i Nakskov med ca. 60 nye boliger – står færdigt i 2025.
- Blomsterparken i Rødby nedlægges (2025).
- Stokkemærke nedlægges som plejeboliger, men konverteres på sigt til midlertidige boliger.

- Akutpladser søges etableret i samarbejde med Region Sjælland som led i implementeringen af Sundhedsformen og etablering af Nærhospitaler.

Fase 2¹ (2026-2029):

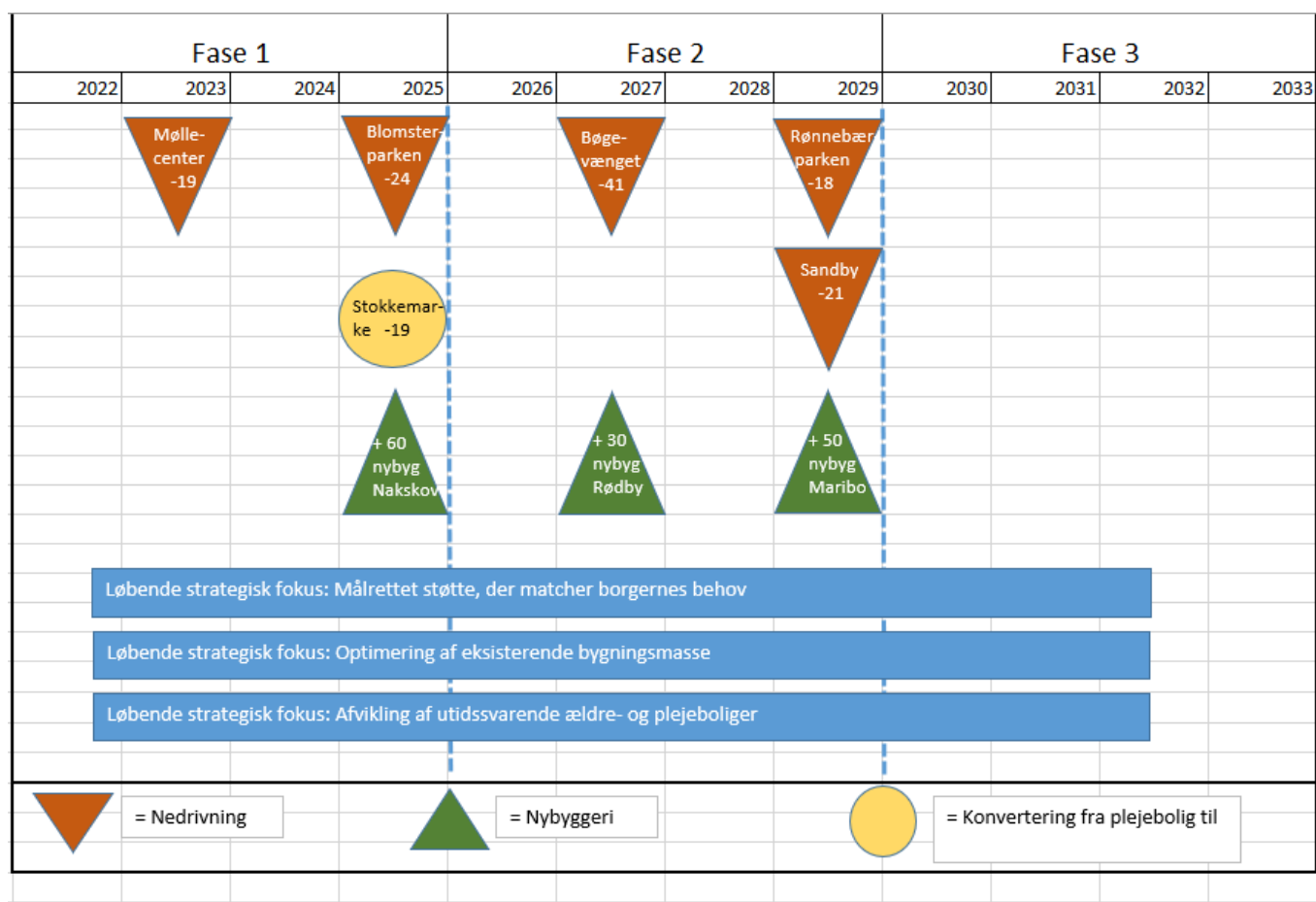
- Nybyggeri i Rødby i tilknytning til Kirsebærhaven med 30 nye boliger (i alt 48). Færdigt i 2027.
- Bøgevænget i Holeby nedlægges (2027).
- Nybyggeri i Maribo med ca. 50 nye boliger. Færdigt i 2029.
- Rønnebærparken i Dannemare nedlægges (2029).
- Sandby Ældrecenter i Sandby nedlægges (2029).

Fase 3 (2029-2033):

- Opsamlingsheat, såfremt der viser sig forsinkelser i nybyggeri/afvikling eller forandrede vilkår, der kan betyde ændret efterspørgsel og dermed justering af kapacitetsbehov.

Strukturtilpasningen vil med 95-98%-belægning betyde, at der i perioder kan opstå underkapacitet på under 10 pladser. Det kan håndteres via øget hjælp i eget hjem, bedre kapacitetsudnyttelse og venteliste (fortsat overholdelse af plejeboligaranti).

¹ Nedlæggelse af almene plejeboliger, herunder nedrivning, kan alene ske ved at enighed mellem kommune og boligorganisation (beboerdemokrati). Desuden vil det skulle godkendes af såvel Landsbyggefond som ressortministerium. Det gør sig således gældende for både Sandby Ældrecenter som Bøgevænget, der ejes af henholdsvis Boligforeningen Lolland og Boligselskabet Vendersbo.



Figur 1 Forslag til fasemodel

Rønnebærparken i Dannemare nedlægges og forsøges anvendt til andre grupper. Alternativt nedrives bygningen. Bygningskvaliteten for Bøgevangenget i Holeby og Sandby Ældrecenter i Sandby er ikke på linje med Rønnebærparken, hvorfor alternative anvendelsesmuligheder formentligt vil være mere tvivlsomme for disse centre. Møllecentret i Nakskov er grundet brandsikkerhed ikke lovligt overnatningssted for personer, der ikke kan rede sig ud ved egen hjælp. Blomsterparken i Rødby er nedslidt og har yderst begrænset attraktionsværdi for så vidt angår omdannelse til anden anvendelse. Jorden under Blomsterparken er kommunal og vil kunne indgå i en ny sammenhængende bebyggelse med Kirsebærhaven og dagcentret.

Foruden aktiviteterne i de enkelte faser lægger strategien op til det løbende fokus på fortsat afvikling af utidssvarende ældre- og plejeboliger, optimering af nuværende blivende plejeboliger samt tidlig koncentreret indsats i borgers eget hjem, som også er elementer i udvalgets overordnede strategi for plejeboligområdet.

Overslag over kapacitetstilpasning med udgangspunkt i en belægning på 95% fremgår af tabellen nedenfor.

Tabel 1 Overslag over kapacitetstilpasning.

Lokalitet	Nuværende	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Blomsterparken, Rødby	24	24	24	24	0	0	0	0	0	0	0
Bøgevangenget, Holeby	41	41	41	41	41	41	0	0	0	0	0
Kirsebærhaven, Rødby	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18

Lokalitet	Nuværende	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Margretecentret, Maribo	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
Stokkemærke Plejecenter,	19	19	19	19	0	0	0	0	0	0	0
Nybyg Maribo	0	0	0	0	0	0	0	0	50	50	50
Nybyg Rødby	0	0	0	0	0	0	30	30	30	30	30
Analyse af kapacitetsbehov Øst		154	152	150	150	149	149	150	150	152	153
Kapacitet Øst	158	158	158	158	115	115	104	104	164	164	164
Difference Øst		4	6	8	-35	-34	-45	-46	14	12	11
Bøgelunden, Horslunde	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
Skovcentret, Nakskov	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
Lykkesejacentret, Søllested	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
Møllecetret, Nakskov	19	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rønnebærparken, Dannemare	18	18	18	18	18	18	18	18	0	0	0
Sandby Ældrecenter,	21	21	21	21	21	21	21	21	0	0	0
Skolebakken, Nakskov	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Nybyg Nakskov	60	0	0	0	60	60	60	60	60	60	60
Analyse af kapacitetsbehov Vest		218	216	215	216	217	219	221	223	226	229
Kapacitet Vest	281	221	202	202	262	262	262	262	223	223	223
Difference Vest		3	-14	-13	46	45	43	41	0	-3	-6
I alt	379	379	360	360	377	377	366	366	387	387	387
Analyse af kapacitetsbehov - 95% belægning		372	368	366	366	367	369	372	376	380	384
Difference - 95% belægning		7	-8	-6	11	10	-3	-6	1	-3	-9

De gule felter på tabel 1 markerer år 1 for interventionen. Der vil ligge flere års arbejde forud for et nybyggeri med blandt andet tilrettelæggelse af proces, plangrundlag, miljøundersøgelser, udbud, dialog med bygherre mv. Tilsvarende kræver afhændelse også forhandling, finansiering og ministeriel godkendelse i tilfælde med ikke-kommunale plejeboliger, hvilket også typisk strækker sig over en årrække.

Reformering af den grundlæggende struktur og volumen i de enkelte projekter og summen af projekter muliggør en tiltrækning af andre aktører. Ligesom investeringer kan tænkes ind i strategisk sammenhæng, og plejeboligbyggeri evt. planlægges opført som led i et bebyggelseskompleks med andre institutioner eller boformer, som det fx gøres i Generationernes Hus i Århus.

Nybyggeri muliggør desuden, at der allerede fra byggeriets start indtænkes velfærdsteknologiske løsninger og demensvenlige forhold, der gør borgeren mere selvhjulpne og fremmer dennes trivsel. Desuden kan der tages udgangspunkt i totaløkonomiske hensigtsmæssige løsninger, hvad angår bygningsdrift, bæredygtighed mv., der kan give langsigtede driftsbesparelser.

En centralisering af plejeboligstrukturen vil desuden lette en del af den påtrængende rekrutteringsudfordring i og med, at der skabes grobund for faglige læringsmiljøer og større dynamik. En central placering af plejecentre i forhold til kommunens største byer med udbygget infrastruktur vil desuden lette adgangen for pårørende.

Midlertidige boliger

Strategien omfatter følgende justeringer for så vidt angår midlertidige boliger:

Fase 1:

- Nedlukning af Møllecentret.
- Glidende genhusning og visitation til Blomsterparken.
- Konvertering af Stokkemarke fra plejecenter til midlertidige boliger -> glidende genhusning og visitation.

Fase 2:

- Udfasning af Blomsterparken med nedlukning i 2025.
- Etablering af Stokkemarke som center for midlertidige boliger.
- Evt. udbygning af boligkapacitet i Stokkemarke og indretning af træningsfaciliteter.

Derudover forventes der indgået samarbejde med Region Sjælland omkring etablering af 5 akutpladser².

Ligesom behovet for plejeboligpladser er betinget af ydre vilkår, gælder det samme for behovet for midlertidige boliger. Borgerens generelle trivsel og indsatsen forud for et egentligt plejebestov spiller ind, ligesom kravet til kommunens tilbud på plejeboligområdet påvirkes af intentionerne i "Det nære sundhedsvæsen". Et øget antal patienter, der udskrives fra sygehusene, får behov for en midlertidig kommunal plads, indtil de er raske nok til at komme hjem.

Handleplan for fremtidig plejeboligstruktur

Implementering af nærværende strategi vil betyde, at der skal træffes beslutning om et acceptabelt niveau for venteliste samt lægges en plan for tidlig koncentreret indsats i eget hjem. Udviklingen i køb og salg af pladser skal følges løbende tillige med venteliste- og tomgangssituationen, samt kapacitetsbehovet. Desuden skal der for faserne træffes beslutning om:

Fase 1

- Umiddelbart stop for visitation til Møllecentret i Nakskov. Borgere visiteres til kommunes øvrige plejeboliger.
- Lukning af Møllecentret. Evt. genhusning af borgere. Alternativ anvendelse, salg, nedrivning skal afklares.
- Stop for visitation til Blomsterparken i Rødby. Glidende tømning og evt. genhusning til andre plejeboliger. Borgere visiteres til kommunes øvrige plejeboliger. Løbende etablering af midlertidige boliger. Anvendes som midlertidigt genhusningscenter for borgere i midlertidige boligtilbud.
- Udbygning af Stokkemarke Ældrecenters træningsmiljø som etablering af center for midlertidige pladser.
- Nybygning i Nakskov. Placering, finansiering, organisering mv. skal besluttes.

² Der er lovgivningsmæssigt krav om en akut funktion, men ikke nødvendigvis akutpladser.

Fase 2

- Nedlæggelse af Rønnebærparken. Stop for visitation, evt. genhusning. Afklare alternativ anvendelse, alternativt salg eller nedrivning.
- Nedlæggelse af Sandby Ældrecenter. Stop for visitation, evt. genhusning. Afklare alternativ anvendelse i dialog med almen boligforening som bygningsejer, alternativt salg eller nedrivning.
- Nybyggeri i Rødby. Placering, finansiering, organisering mv. skal beslattes.
- Nybyggeri i Maribo. Placering, finansiering, organisering mv. skal beslattes.

Fase 3

- Opfølgning på vurdering af kapacitetsbehovet og træffe beslutning om evt. videre foranstaltninger.

Afrunding

Med denne strategi for fremtidig plejeboligstruktur i Lolland Kommune får vi:

- Ambitiøs og fremtidssikret struktur.
- 2 ½ nye plejecentre.
- Et markant løft af boligernes kvalitet – herunder demensvenlig indretning og anvendelse af velfærdsteknologi.
- En kapacitet, der matcher efterspørgsel (og som kan justeres, hvis en anden efterspørgsel viser sig).
- Sammentænkning med midlertidige boliger/akutfunktion.
- Bedre rammer for personale og samling af fagligheder – bedre muligheder for rekruttering.
- Bedre og grønnere driftsøkonomi.
- Bebyggelse med specialiseret midlertidige pladser.
- Incitament for at fremme belægningsprocent og omsætning samt opbyggelse af venteliste med følgende forventet besparelse.

Prisen ved denne plejeboligstruktur er:

- lukning af 5 plejecentre og konvertering af et plejecenter til midlertidige boliger.
- En begrænset periode med pres på kapaciteten, men fortsat overholdelse af plejeboliggaranti.

Opmærksomhedspunkter:

- Afvikling af decentrale centre kan have negative konsekvenser for lokalområderne.
- Centralisering af centre kan betyde tabt engagement hos frivillige, som oftest knytter sig til et bestemt center.

Bilagsfortegnelse:

Bilag 1: Baggrundsviden vedr. demografi, bosætning og målgruppe.

Bilag 2: Økonomi - oprindelig finansiering og restgæld

Bilag 3: Finansiering af nybyggeri – relevante modeller

Bilag 4: Plejeboligfremskrivning – rapport

Bilag 5: Ventelistescenarier

Bilag 1: Demografi, bosætning og målgruppe

Befolkningssammensætningen i Lolland Kommune har historisk været præget af befolkningstilbagegang. Det er også forventningen for fremtiden, men i en markant opbremsset form.

Det forventes, at antallet af personer over 65 år vil være svagt stigende. Antallet af personer over 65 år er steget med 2.052 borgere siden kommunesammenlægningen, hvilket svarer til en stigning på cirka 140 personer om året. Det er befolkningsprognosens forventning, at antallet fortsat vil stige, dog i et lavere tempo svarende til cirka 60 personer om året. Stigningen i antallet af ældre, sammenholdt med fald i de øvrige aldersgrupper, har betydet, at gennemsnitsalderen i Lolland Kommune er steget fra 44,6 år i 2007 til 49 år i 2022.

I forhold til estimering af den fremtidige plejeboligkapacitet er det i særdeleshed udviklingen i antallet af de 80+-årige, der er interessant at fokusere på. Det ses, at der i den kommende 10-års periode forventes en samlet vækst på op mod 1000 personer inden for gruppen af 80+-årige.

År	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
80+ årige	2.968	3.010	3.081	3.214	3.345	3.511	3.639	3.744	3.820	3.865	3.915	3.963

Ligesom for resten af befolkningen er der en tendens til, at de ældre samler sig i de større byområder. Det betyder, at der er et stigende antal ældre i byområderne, mens antallet falder i landdistrikterne. Denne tendens forventes at fortsætte. Tendensen gør sig også gældende for så vidt angår plejeboliger, hvor langt størstedelen af ansøgningerne retter sig mod boliger i de større byer. Borgere, som ved ansøgning om plejebolig bor i de større byer, ønsker ikke at flytte på plejecenter i en mindre by. Hvorimod borgere, som ved ansøgning bor i en mindre by, tit søger mod de større byer.

Ifølge VIVE (Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd) udgør aldersgruppen 80+ i dag ca. 16 % af borgere i plejebolig. I Lolland Kommune er det aktuelle tal ca. 65 %. Ifølge Ældresagen er borgere i gennemsnit 84 år, når de flytter i plejebolig, og de lever i gennemsnit 2 år og 8 mdr. efter indflytning. I Lolland Kommune var gennemsnitsalderen ved indflytning i 2021 83,3 år, og borgere der udflyttede fra plejecenter (i langt de fleste tilfælde pga. dødsfald) havde i gennemsnit boet der i 3 år.

En opgørelse fra Ældresagen viser desuden, at halvdelen af borgere på plejecentre har en eller flere kroniske sygdomme. Dertil kommer, at en stor andel af borgere i plejeboliger har demensproblematikker. Ifølge Nationalt Videnscenter for Demens er 43 % af borgere i plejebolig diagnosticeret med demens. Dette tal medregner dog kun de borgere, som har en diagnose eller får udskrevet demensmedicin. Videnscenteret anslår, at der reelt er tale om, at ca. 75 % af borgere i plejebolig lever med en demenssygdom. Samtidig fastslås det, at demens i dag er den hyppigste årsag til indflytning i plejebolig. En nylig undersøgelse i Lolland Kommune viser, at ca. 60 % af borgerne på kommunens plejecentre er tilknyttet en demensindsats. Dertil kommer de borgere, hvor medarbejderne har registreret en demensproblematik, men hvor der – af forskellige årsager – ikke er tilknyttet en demensindsats. Langt størstedelen af disse er mellem 75 og 90 år.

Undersøgelser fra bl.a. VIVE og KL viser, at der løbende sker en opgaveglidning fra hospitaler til kommuner. Ældreplejen bliver mere udbygget og specialiseret og skal håndtere flere – og mere komplekse – pleje- og behandlingsmæssige opgaver, herunder sundhedslovsopgaver. Med andre ord sker der en forskydning af det samlede patientforløb i retning mod kommunerne. Kommunerne får et stadigt større ansvar for patientforløb for et stigende antal ældre og kronisk syge. Den kommunale opgave for syge borgere spænder i dag over alle faser i et patientforløb – bortset fra

den specialiserede behandling – inkl. hjemtagelse af borgere fra behandling på sygehus og opfølgning på deres behandling. En undersøgelse foretaget af KL fastslår, at landets kommuner i stigende grad varetager opgaver, som tidligere blev varetaget af sygehuse (f.eks. intravenøs medicinsk behandling, hjemmedialyse m.v.). Samme undersøgelse fastslår, at kommunerne også i stigende grad behandler borgere med multisygdomme. Dette gør sig gældende for både hjemmeboende og borgere i plejebolig. Dermed stilles også øgede krav til kommunale plejecentre, som i højere grad end tidligere vil skulle indrettes til at håndtere komplekse sundhedsfaglige opgaver og ikke kun plejeopgaver.

Bilag 2: Økonomi - oprindelig finansiering og restgæld

Uanset om almene ældreboliger ejes af en kommune eller en boligforening finansieres de via en andel **beboerindskud** (aktuelt og frem til udgangen af 2026: 2%), en andel **kommunal grundkapital** (aktuelt og frem til udgangen af 2026: 10%) og endelig en andel **lån** som er enten realkreditlån ved boliger i boligforeninger og lån i Kommunekredit ved de kommunalt ejede (aktuelt og frem til udgangen af 2026: 88%).

Ordforklaringer:

Grundkapital

Siden 1975 den yderste del af nybyggerifinansieringen (før beboerindskud). Grundkapitallån placeres i prioritetsordenen efter realkreditlån. Lånene finansieres siden 1982 fuldt ud af det offentlige, fra 1990 alene ved kommunale lån til Landsbyggefonden, som videreudlåner til de nye boligafdelinger. Størrelsen af grundkapitalens andel af nybyggerifinansieringen anvendes af Folketinget bl.a. til at påvirke omfanget af alment nybyggeri. Et grundkapitallån er rentefrit. Der er principielt afdragsfrihed i 50 år, hvis ikke huslejeudviklingen tillader afdrag før.

Beboerindskud

Beboerindskud består af 2 % af bygningens oprindelige opførselspris, som fordeles på de forskellige lejligheder i byggeriet ud fra antal kvadratmetre. Beboerinskuddet betales af lejerens ved indflytning. Såfremt boligerne siden nedlægges og indbringer et negativt nettoprovenu, garanterer kommunen for beboernes indskud.

Forbedringslån

Forbedringer finansieres med annuitetslån med maksimal løbetid på 30 år. Et særligt forhold omkring et annuitetslån er, at ydelsen er konstant, hvilket vil sige, at der skal betales det samme beløb hver termin. Beløbet dækker renter og afdrag. Det er således et krav, at restgælden løbende nedbringes, så betalingen ikke udskydes til senere lejere. Finansiering af almene boliger kan således ikke ske med afdragsfrie lån.

Overblik over økonomi i de 5 centre, der foreslås afhændet:

Center	Ejer-forhold	Skæring	Kommunal grund-kapital	Obligations-restgæld	Anslået indfrielses-pris	Lånetype	Forbed-ringslån	Beboer-indskud
Møllecentret, Nakskov	Lolland Kommune	31/1 -2002	6.885.480	14.516.000	13.603.000	RT-udlån	0	983.640
Blomsterparken	Lolland Kommune	11/12-1990	0	0	0	-	0	279.000
Rønnebærparken	Lolland Kommune	15/4-2000	3.727.000	4.131.000	3.995.000	RT-udlån	0	333.000
Bøgevænget	Vendersbo Boligselskab		1.053.000	7.040.000	10.109.000*	Indexlån	302.000	636.000**
Sandby Ældrecenter	Bolig-foreningen Lolland	2 etaper, hhv: 30/11-1998 30/6-1999	1.373.000	11.218.000	16.827.000*	Indexlån	0	357.000
Sandby Ældrecenter Servicearealer	Bolig-foreningen Lolland		0	1.006.000	2.060.000*	Indexlån	0	688.000

* Boligerne har index- eller flekslån, hvorfor indfrielsesberegningerne er vejledende. Indexfaktor og kurs kan ændre sig frem til indfrielsestidspunktet, hvilket kan afstedkomme en øget restgæld ved indfrielse.

** Beboerindskuddet for Bøgevænget kan ikke identificeres via bossinf, da bebyggelsen er opført i flere etaper og der kun figurerer en i systemet. Beboerindskuddet for hele afdeling Nødebjergparken, som Bøgevænget er en del af, udgør 1.933.000 kr. Det er 45 ældreboliger, som divideret vil give et beboerindskud på 636.000. Kr. Dette er tal formentligt tæt på det faktiske beboerindskud, men ikke nødvendigvis lig med.

Bilag 3: finansiering af nybyggeri – relevante modeller

Plejeboliger er defineret i almenboliglovens §5, stk. 2 hvorefter plejeboliger er almene ældreboliger, hvortil der er knyttet omsorgs- og servicefunktioner med tilhørende personale svarende til den pågældende beboergruppes behov.

Model	Kommunale almene ældreboliger (støttet byggeri)	Almen boligorganisation (støttet byggeri)	Friplejehjem med offentlig støtte	Friplejehjem uden offentlig støtte
Beskrivelse	Frem til udgangen af 2026 er finansieringen: 2% finansieres af beboerindskud. 88% finansieres via lån optaget i Kommunekredit. 10% er kommunal grundkapital. Maksimumbeløb er for øvrig provins i 2022 sat til max 25.140 kr./m² boligareal. Det af ministeriet fastsatte maksimumbeløb skal overholdes, men skulle der helt ekstraordinært opstå en situation med uforudsete udgifter, der fører til en overskridelse, skal en sådan finansieres af boligforeningens dispositionsfond. En merudgift kan ikke overvæltes på huslejen. Kommunalt grundkapitalindskud belaster ikke anlægsrammen.	Frem til udgangen af 2026 er finansieringen: 2% finansieres af beboerindskud. 88% finansieres via lån optaget i realkredit-institut. 10% er kommunal grundkapital. Maksimumbeløb er for øvrig provins i 2022 sat til max 25.140 kr./m² boligareal. Overskridelse af maksimumbeløb finansieres af boligforeningens dispositionsfond og kan ikke overvæltes på huslejen. Kommunalt grundkapitalindskud belaster ikke anlægsrammen. Ved nybyggeri på kommunal grund, kan prisfastsættelsen ske under hensyntagen til grundkapitalindskuddets størrelse.	Friplejeboliger drives af en certificeret friplejebolig-leverandør, og kan enten ske i lokaler denne ejer eller lejer. Sker det i lejede lokaler, skal lejekontrakten omfatte såvel boliger som servicearealer og må ikke være tidsbegrænset. Ressortministeriet kan meddele tilsagn om ydelsesstøtte til certificerede plejeboligleverandører. Friplejeboliger kan etableres med eller uden offentlig støtte i følgende ejendomme: Boliger, der etableres ved nybyggeri eller ved gennemgribende ombygning af eksisterende ejendomme, der ikke er opført med offentlig støtte. Til disse boliger er det muligt at søge offentlig støtte inden for en årlig ramme på 225 boliger. Friplejeboliger finansieres på samme måde som almene ældreboliger, dog således at friplejeboligleverandøren finansierer et kapitalindskud af samme størrelse som den kommunale grundkapital i almene ældreboliger. Beboerne betaler et beboerindskud på 2 pct. af anskaffelssummen i lighed med, hvad der gælder for almene ældreboliger. De støttede friplejeboliger har samme maksimums-beløb, som almene ældreboliger. Påvirker ikke anlægsrammen.	100% finansieret af friplejeboligleverandøren. Leverandøren opkræver kommunen takst baseret på kommunalt niveau. Påvirker ikke anlægsrammen.

Servicearealer	Finansieres af kommunen og indgår i anlægsrammen. Kan ikke lånefinansieres uden ekstraordinær dispensation. Staten yder tilskud til servicearealer på 40.000 kr./bolig. Servicearealer kan ændres til anden anvendelse i driften, uden at tilskuddet skal tilbagebetales. Der er ingen begrænsninger i anden anvendelse.	2 modeller: Opført af kommunen – se denne – eller af boligforeningen, hvor kommunen indgår lejeaftale. Staten yder tilskud til servicearealer på 40.000 kr./bolig.	Staten yder tilskud til servicearealer på 40.000 kr./bolig.	
Visitation	Kommunen visiterer. Borgere på specifik eller generel venteliste (garantiventeliste).	Kommunen visiterer. Borgere på specifik eller generel venteliste (garantiventeliste).	Friplejeboliger indgår som udgangspunkt ikke i den kommunale boligforsyning og er ikke omfattet af fritvalgsordningen. Den plejekrævende, som af kommunen er visiteret til en plejebolig, har imidlertid efter friplejeboligloven mulighed for at vælge en friplejebolig, hvorefter det er op til friplejeboligleverandøren selv at træffe beslutning om udlejningen af friplejeboligerne. Der er mulighed for, at friplejeboligleverandøren og kommunalbestyrelsen kan indgå aftale om kommunal anvisningsret til en eller flere boliger i bebyggelsen. Hvis en sådan aftale indgås, vil de pågældende friplejeboliger i aftalens løbetid være en del af den kommunale boligforsyning.	Friplejeboliger indgår som udgangspunkt ikke i den kommunale boligforsyning og er ikke omfattet af fritvalgsordningen. Den plejekrævende, som af kommunen er visiteret til en plejebolig, har imidlertid efter friplejeboligloven mulighed for at vælge en friplejebolig, hvorefter det er op til friplejeboligleverandøren selv at træffe beslutning om udlejningen af friplejeboligerne. Der er mulighed for, at friplejeboligleverandøren og kommunalbestyrelsen kan indgå aftale om kommunal anvisningsret til en eller flere boliger i bebyggelsen. Hvis en sådan aftale indgås, vil de pågældende friplejeboliger i aftalens løbetid være en del af den kommunale boligforsyning.
Huslejeniveau	Lejeforholdet reguleres af almenlejeloven og der er derfor balancelaje. Administrator opkræver beboerindskud ved indgåelse af lejekontrakt.	Lejeforholdet reguleres af almenlejeloven og der er derfor balancelaje. Administrator opkræver beboerindskud ved indgåelse af lejekontrakt.	Friplejeboliger er private udlejningsboliger, hvorfor gælder, at lejeloven med visse tilpasninger, regulerer aftaleforholdet mellem friplejeboligleverandøren som udlejer og den enkelte beboer som lejer. Lejen i støttede friplejeboliger fastsættes ligesom i almene ældreboliger ud fra et balancelajeprincip. Leverandøren opkræver beboerindskud ved indgåelse af lejekontrakt.	For friplejeboliger, hvortil der ikke ydes eller har været ydet offentlig støtte, fastsættes lejen i stedet som en sammenligningsleje efter lejeloven (§ 47 a). Ved fastsættelse af lejen skal der ske en sammenligning med lejeniveauet i støttede ældre- og plejeboliger i kommunen. Ved sammenligningen skal der tages hensyn til boligernes beliggenhed, art, størrelse, kvalitet, udstyr og vedligeholdelsestilstand. Leverandøren kan opkræve depositum svarende til indtil 3 mdr. leje.
Tilkøbsmuligheder	Nej	Nej	Ja	Ja
Påvirkning af projekt	Ja suverænt.	Ja i samarbejde med boligforening.	Formentligt i samarbejde.	Formentligt i samarbejde.

Nedlæggelse af boliger	Udelukkende kommunen, der beslutter om boligerne skal sælges/nedrives – det kræver ikke godkendelse af andre myndigheder.	Beslattes af bygningens juridiske ejer med inddragelse af beboerdemokratiet. Efter indstilling fra kommune skal godkendes af såvel Landsbyggefond som ressortministerium.	Ressortministeriet skal godkende salg til anden certificeret leverandør eller afhændelse til anden anvendelse.	
-------------------------------	---	--	--	--

Bilag 4: Rapport fra Komponent – plejeboligfremskrivning

For at kunne tage en kvalificeret beslutning om fremtidens plejeboligstruktur er det væsentligt at kende til områdets forventede omfang i årene fremover, herunder betydningen af et større antal ældre. Generelt lever vi længere, men vi er samtidig i gennemsnit raske og rørige i en højere alder. Så hvad er betydningen af flere ældre for Lolland Kommune?

Komponent har bistået Lolland Kommune med en analyse og fremskrivning af behovet for plejeboliger. Analysen er baseret på Komponent's prognosemodel for ældreområdet. Modellen indeholder en beskrivelse af faktorer bag ældres plejebehov, og en fremskrivning deraf på baggrund af international forskning på området. Samtidig inddrages lokale forhold for Lolland Kommune, deriblandt lokalbefolkningens demografiske, sociale og sundhedsmæssige forhold. Fremskrivningen søger at afspejle kommunens egen visitationspraksis, så den aktuelle anvendelse af plejeboliger ved en given plejetyingde lægges til grund i fremskrivningerne.

Analysen indeholder forudsætninger for fremskrivningen samt beregnede fremskrivninger af plejeboligbehov og kapacitetsbehov. [Analysen vedr. plejeboligfremskrivning kan læses i PDF fra Komponent via dette link](#)



Bilag 5: ventelistescenarier

Lolland kommune har bedt Komponent om at lave modeller for optimering af kapaciteten via beregninger af betydningen af opbygning af ventelister og samtidig overholdelse af plejeboliggarantien, samt øgning af omsætning og belægning i plejeboligerne i forhold til nuværende niveau.

Komponent har på den baggrund beregnet scenarier for, hvor meget det vil reducere Lolland Kommunes plejeboligbehov, hvis der arbejdes med venteliste til plejeboligerne. Disse scenarier kan give et billede af, hvor meget fleksibilitet der kan arbejdes med i forhold til planlægningen af den fremtidige plejeboligstruktur.

Ved scenarierne i det følgende, er der taget udgangspunkt i en belægning på 95%. I 2022 er den forventede forskel på 95% belægningsscenariet og 98% belægningsscenariet en overkapacitet på 11 plejeboliger. Det betyder, at den nuværende venteliste som udgangspunkt er mindre, end det antal færre boliger, som kommunen ville have behov for, hvis belægningsprocenten generelt blev øget til 98%.

Scenarierne 1-7 viser plejeboligbehovet på forskellige fordelinger mellem ventelister og med forskellige ventetider. Plejeboligbehovet kan rundt regnet reduceres et sted mellem 10-30 pladser yderligere foruden den reduktion, som kapacitetsberegningernes boligoverskud frem til 2030 (ved den konservative 95% belægning, og det vedvarende boligoverskud ved 98%-belægning) lægger op til. Til tallene skal dog fratrækkes 4-5 fuldtidspersoner, som optræder på den nuværende venteliste, og som ikke allerede bor i plejebolig.

[Beregningerne kan læses i PDF fra Komponent via dette link.](#)





Lolland Kommune
Torvet 3
4930 Maribo
Tlf. 54 67 67 67
www.lolland.dk

Udkast til horisontal samarbejdsaftale for sundheds- og omsorgspladser

Forord

Aftalen er blevet til på baggrund af en dialog mellem Region Østjylland og Lolland Kommune, og er en del af en samlet indsats for at skabe et mere sammenhængende og nært sundhedsvæsen i tråd med reformens intentioner.

Parterne er enige om, at opgaven varetages gennem en horisontal samarbejdsaftale, hvor begge parter i samarbejde bidrager til opgaveløsningen inden for deres respektive ansvarsområder. Aftalen er beskrevet med afsæt i de krav, som er gældende for en horisontal samarbejdsaftale. Aftalen skal suppleres af en samarbejdsaftale, som konkretiserer parternes samarbejde og respektive opgaver.

Formålet med aftalen er at skabe en klar, fælles og forpligtende ramme for, hvordan parterne sammen løser opgaven til gavn for borgerne.

Det er en forudsætning for aftalen, at kommunens drift af sundheds- og omsorgspladserne, ved opstart af aftalen, som udgangspunkt vil ske med afsæt i den bemanning, personalesammensætning og serviceniveau, der var gældende i 2023.

Parterne er bevidste om, at aftalen indgås i en periode, hvor både retsgrundlag og nationale faglige krav fortsat er under udvikling. Aftalen bygger derfor på det bedst tilgængelige grundlag på tidspunktet for indgåelsen og på en fælles forståelse af, at fx nye nationale kvalitetsstandards eller behov for nivellering af serviceniveau indenfor Region Østjylland, vil medføre behov for justering af aftalen.

Ændringer i aftalen sker i fællesskab og indarbejdes som tillæg eller ved udarbejdelse af nye aftaler alt efter behov. Ved justeringer skal der fortsat sikres sammenhæng mellem krav til indsatser, kapacitet samt kompetencer og den tilhørende finansiering. Parterne er samtidig enige om, at tilpasninger af aftalen skal ske med et rimeligt varsel, hvor der tages hensyn til mulighed for hensigtsmæssig håndtering af udfordringer som fx rekrutteringsvanskeligheder.

Afsættet for samarbejdet er:

- **Fælles målsætninger** om kvalitet, sammenhæng og nærhed i borgernes forløb og samlet populationsansvar
- **Gensidige bidrag til opgaveløsningen** fra både region og kommuner

- **Tæt og løbende samarbejde** om drift og udvikling af opgaven både på politisk og fagligt/administrativt niveau.

1. Aftalens parter

Denne aftale indgås mellem

Region Østjylland

og

Lolland Kommune

2. Retsgrundlag

Denne aftale omfatter et horisontalt samarbejde om drift af sundheds- og omsorgspladser. Aftalen er indgået med hjemmel i sundhedslovens § 118 d, stk. 1/ Bekendtgørelse om kontrakter og anmodninger efter overgangslovens § 5, stk. 2 og 3, i forbindelse med overgangen til en ny sundhedsstruktur, der giver regioner og kommuner mulighed for at indgå i horisontale samarbejder om sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen i henhold til sundhedslovens afsnit IX. Endvidere henvises til sundhedslovens §118e om regionale sundheds- og omsorgspladser.

Sundheds og omsorgspladserne vil være frit valg og være uden egenbetaling.¹

Det bemærkes, at de nationale kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser først forventes at foreligge i foråret 2026. Der skal derfor inden udgangen af 2026 drøftes og aftales, hvordan de nationale kvalitetsstandarder udmøntes. Herunder skal der, jf. aftalens forord samt kapital 8 og 10, træffes beslutning om mulig implementeringstakt og økonomi. Aftalen indsættes som tillæg til nærværende aftale.

3. Formål

Aftalen tager afsæt i regionens og kommunens fælles populationsansvar for at sikre borgernes sundhed, herunder at tage højde for særlige lokale behov. Parterne har således en fælles interesse i at udvikle området og den konkrete opgaveløsning for at skabe et sundhedsvæsen tættere på borgerne.

¹ Jf. sundhedslovens §118e om regionale sundheds- og omsorgspladser.

Borgere med kroniske sygdomme eller ældre og sårbare borgere med hyppige behov for sundhedsindsatser skal have mere sammenhængende tilbud tættere på deres liv og hverdag. Sundheds- og omsorgspladserne spiller en afgørende rolle i sundhedsreformens målsætning om, at der skal sikres alternative tilbud til indlæggelse i det nære sundhedsvæsen.

Derfor skal sundhedstilbuddene uden for hospitaler og sygehuse styrkes, og aktører på tværs af sundhedsvæsenet skal tage et større ansvar for at udvikle det nære sundhedsvæsen og borgernes samlede pleje-behandlingsforløb.

Et fælles formål for regionen og kommunen er også, at samarbejdet om sundheds- og omsorgspladser skal understøtte udvikling af nære sundhedstilbud, hvor der tages afsæt i borgerens behov og ønsker, og sikres mest mulig sammenhæng i behandling og rehabilitering i borgerens samlede forløb.

Desuden er formålet, gennem samarbejdet, at understøtte kvalificerede indsatser på sundheds- og omsorgspladser, der kan bidrage til færre unødvendige genindlæggelser samt forebygge indlæggelser. Ved samarbejdet kan regionen blandt andet drage fordel af kommunens eksisterende organisering og erfaringer med at drive de hidtidige midlertidige pladser. Herunder de eksisterende erfaringer om let adgang til dialog med hjemmepleje/plejehjem eller botilbud om "kendte borgere", som kan forberede og kvalificere overgang til eget hjem efter afslutning af ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Aftalen betyder også at kommunen får en let adgang til specialistviden fra sygehuset med henblik at kunne sætte tidligt ind med de nødvendige indsatser, der kan forebygge forværring. Dette kan medvirke til forebygge sygehusindlæggelser, men også mindske behov for både sygepleje efter sundhedsloven samt pleje og omsorg efter blandt andet ældreloven, når borgerens ophold på sundheds- og omsorgspladsen afsluttes. Formålet med aftalen er desuden at udvikle og afprøve fremtidige helhedsorienterede samarbejdsmodeller.

4. Fælles målsætninger

Region Østjylland og Lolland kommune har som fælles målsætning at der arbejdes for:

- Sundheds- og omsorgspladserne er et døgndækkende tilbud med god service og høj faglig kvalitet. Desuden er der i opgavevaretalet fokus på effektivt at ressourcerne bruges effektivt.
- Hospitalsafdelinger, akutsygeplejen, den almene kommunale sygepleje og det almenmedicinske tilbud kan henvise til pladserne.
- Et ophold på en sundheds- og omsorgsplads har rehabilitering som det primære formål, og hvis overgangen til pladsen sker efter hospitals-/sygehusophold, vil de rehabiliterende indsatser allerede starte på hospitalet/sygehuset.
- Der er fast tilknytning af lægefaglige kompetencer som fx speciallæger i almen medicin eller geriatri suppleret af behovsbestemt bistand fra andre specialer.
- Der er brobygning mellem hospital, SOP, almen praksis og kommune, så borgerne oplever sammenhæng og en tryk overgang til kommunale tilbud efter afslutning af ophold på SOP.

5. Organisering

Regionen har myndighedsansvaret for sundheds- og omsorgspladser, mens Sundhedsrådet har det umiddelbare forvaltningsansvar for samarbejdet om sundheds- og omsorgspladser mellem Region Østjylland og Lolland Kommune. Kommunen er ansvarlig for driften af sundheds- og omsorgspladserne.

Det forberedende Sundhedsråd nedsætter et tværsektorielt [fagligt dialogforum]², som får delegeret et ansvar for at sikre det løbende samarbejde om at tilbyde sundheds- og omsorgspladser. Herunder ansvar for udarbejdelse af relevante samarbejdsaftaler og løbende opfølgning på samarbejdet.

I regionen er opgaven for denne kontrakt organisatorisk forankret ved Lolland Sygehus.

I kommunen er opgaven forankret i Sektor for Ældre & Sundhed.

² Der er arbejdet ud fra en grundmodel med faglige dialogfora, hvor der kan ske lokale tilpasninger inden for de enkelte sundhedsråd. Modellen vil blive afprøvet i overgangsåret 2026 med henblik på stillingtagen til endelig model før overgangen til ny forvaltningsstruktur i 2027. Beslutning om delegation er med forbehold for sundhedsrådets godkendelse.

6. Samarbejde

Parterne vil koordinere og samarbejde om både faglige og organisatoriske forhold. Herunder den overordnede planlægning af sundheds- og omsorgspladserne samt rammerne for daglig indsats, rollefordeling og udvikling af tilbuddet, såvel fagligt som organisatorisk.

[Fagligt dialogforum] udarbejder inden udgangen af 2026 et forslag til en samarbejdsmodel, der beskriver ansvar, roller og arbejdsgange. Herunder beskrives, hvordan kommunale sundhedsmedarbejdere, der udfører sundhedsfaglige indsatser og pleje, skal kunne konsultere og samarbejde med læger og specialister på hospitalerne for at vurdere og justere behandlingsplaner, iværksætte nødvendige indsatser og sikre kontinuitet i pleje, behandling og rehabilitering.³

7. Rammer og samarbejde om opgaven

7.1 Opgavens rammer

Region og kommune skal agere indenfor rammer, der tager afsæt i lovgivning samt beslutninger truffet af regionsråd og sundhedsråd, som fx samarbejdsaftaler. De til en hver tid gældende kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser vil være gældende og beskriver målgruppe, indsatser mv. Jf. kapitel 2 bemærkes det, at der endnu ikke foreligger nationale rammer (kvalitetsstandards) for sundheds- og omsorgspladser. Udmøntning af kvalitetsstandarderne herunder implementeringstakt sker som anført under kapitel 2.

Målgruppe⁴

- Borgere med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk sygdom, som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges i eget hjem, men uden behov for sygehusindlæggelse. Indsatserne har et rehabiliterende sigte.

³ I arbejdet med samarbejdsmodellen sikres sammenhæng til den aftale, der indgås i forhold til plan for udmøntning af Kvalitetsstandarderne.

⁴ Beskrivelsen af målgruppen er foreløbig og skal justeres når Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandards foreligger.

- Borgere kan henvises til ophold på en sundheds- og omsorgsplads i forlængelse af en hospitalsindlæggelse eller komme fra eget hjem (evt. plejebolig).
- Målgruppen er heterogen med varierende kompleksitet, kronisk sygdom, polyfarmaci og funktionsniveau. Borgerens sundhedsfaglige behov fordrer i mange tilfælde tæt adgang til lægefaglige kompetencer.
- En relativt lille andel af målgruppen kan sideløbende med ophold på en sundheds- og omsorgsplads have behov for kommunale indsatser under serviceloven, fx i regi af socialpsykiatrien.

7.2 Roller og ansvar

Regionen har myndighedsansvaret for at tilbyde midlertidige ophold på sundheds- og omsorgspladser til borgere med behov for rehabiliterende sundhedsindsatser, som ikke kræver en sygehusindlæggelse, men heller ikke hensigtsmæssigt kan varetages i eget hjem.

Med denne aftale er kommunen ansvarlig for driften af sundheds- og omsorgspladser-

Kommunens rolle og forpligtelser:⁵

Indsatser

Kommunen skal levere følgende indsatser:

- Sundhedsfaglige indsatser på pladserne: Observation, pleje og/eller behandling, ernæring, genoptræning og basal palliation, der tilsammen har et rehabiliterende sigte.
- Indsatserne er kendetegnet ved at skulle forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgerens fysiske og kognitive funktioner. Indsatsen kan være forebyggende for sygehusindlæggelser eller opfølgende efter en indlæggelse.
- Indsatserne planlægges tværfagligt. Herunder sikres opfølgning på planer fra hospitalet, hvis borgerens ophold ligger i forlængelse af en indlæggelse.
- Opfølgning på indsatsen sker på statusmøder med borgeren, eventuelle pårørende og opholdskommunen.

⁵ Beskrivelserne af kommunens rolle og ansvar er foreløbig og skal justeres når Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder foreligger. Se desuden bemærkninger under kapitel 2.

Snitflade til kommune

- Kommunerne kan fortsat tilbyde midlertidigt døgn dækket tilbud til borgere, der primært har behov for helhedspleje (efter ældreloven) og/eller personlig pleje og praktisk hjælp (efter serviceloven).

Personalets kompetencer og bemanning

- Personalet skal være sundhedspersonale med et kompetenceniveau, der gør dem i stand til at varetage både den sundhedsfaglige indsats og understøtte sammenhæng i borgerens forløb. Der skal være adgang til følgende faggrupper: Sygeplejerske, social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter, ergoterapeuter og diætister. Sikringen heraf kan aftales lokalt.
- Mange indsatser varetages efter lægeordination og delegation fra den behandlingsansvarlige læge. Det forudsættes desuden, at de ansatte sygeplejersker på sigt har mulighed for selvstændigt at håndtere medicin i henhold til sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde
- Bemanningen skal sikre forsvarlig pleje, behandling og rehabilitering hele døgnet. Herunder skal der tages højde for, at overflytninger til pladser ofte først sker ud på aftenen.

Adgang til udstyr og medicin mv.

- Kommunen sikrer adgang til udstyr, utensilier, hygiejneartikler mv., som er nødvendige for at kunne varetage pleje og indsatser, herunder genoptræning. -
- I tilfælde, hvor en borger har særlige behov i forlængelse af en hospitalsindlæggelse, medgiver hospitalet de nødvendige utensilier, som er nødvendige for, at kommunen kan varetage og videreføre den specifikke pleje og behandling, som hospitalet har igangsat (dvs. udover hvad der beskrives i de kommende kvalitetsstandarder).
- Der skal være et medicinrum, der lever op til gældende retningslinjer. Hvis dette ikke forefindes på lokationen, skal det aftales, hvordan det kan etableres.
- Regionen sikrer adgang til medicin, som er nødvendig for den igangsatte behandling.⁶

⁶ Under forudsætning af, at det fremsatte lovforslag til Lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og autorisationsloven vedtages.

Fysiske rammer

- Pladserne skal være indrettet på en måde så både målgruppens behov og medarbejdernes arbejdsmiljø tilgodeses, herunder træningsfaciliteter og adgang til lifte til sikker forflytning.

Servicefunktioner

- Kommunen er ansvarlig for nødvendige servicefunktioner som fx forplejning, vask og rengøring, samt i relevant omfang vedligehold.
- Kommunens ansvar opretholdes i tilfælde, hvor der benyttes en underleverandør til servicefunktioner

Afslutningsforløb

- Kommunen skal løbende vurdere borgeren og herunder tage stilling til fortsat ophold på pladsen i samarbejde med fast tilknyttet læge.
- Kommunen skal koordinere overgang til hjem med kommunal visitation mv.
- I tilfælde hvor en borger skal vente på en anden kommunal døgnplads (dvs. har ophold på pladsen uden længere at være i målgruppe), skal kommunen arbejde for, at borgeren hurtigst muligt tilbydes relevant tilbud.
- Der vil samtidigt skulle takstafregnes efter nationalt fastsatte regler om ny afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser

Regionen/hospitalets rolle og forpligtelser:

Regionen er som myndighedsansvarlig overordnet ansvarlig for, at borgerne får de sundhedsydelser, som de har krav på. Herunder, at der tilbydes ensartet service og høj kvalitet samt at ressourcerne bruges effektivt, at området udvikles og at lovgivningen overholdes. Det indebærer også et ansvar for bl.a. at føre tilsyn og sikre at der samlet set er den nødvendige kapacitet til rådighed og at denne udnyttes efter hensigten. Myndighedsansvaret er nærmere beskrevet i bilag 1. Derudover skal borgernes muligheder for at klage over henholdsvis tildeling, ydelser og afgørelser beskrives nærmere inden 1.1.2027.

Henvi sning, visitation og afslutning

- Hospitalsafdelinger, akutsygepleje, den almene kommunale sygepleje og det almenmedicinske tilbud skal kunne henvise til pladserne.
- Regionen har ansvaret for visitation og afslutning på ophold. Herunder ansvar for at der med afsæt i de kommende kvalitetsstandarder udarbejdes visitations- og afslutningskriterier.

- Visitation skal ske i samarbejde med borgeren og dennes pårørende og ud fra en samlet vurdering af borgerens behov og livssituation.
- Desuden skal der, af hensyn til sammenhæng i hele borgerens forløb, sikres et tæt og løbende samarbejde med både almen praksis og kommunen om visitation.

Den konkrete organisering af visitationen, herunder samarbejdet med kommuner og almen praksis før, under og efter forløb, skal aftales i [Fagligt dialogforum] under sundhedsrådet. Aftalen skal bl.a. understøtte en effektiv kapacitetsstyring.

Lægefagligt ansvar⁷

- Regionen sikrer fast tilknytning af lægefaglige kompetencer som fx speciallæger i almen medicin eller geriatri. Dette indebærer bl.a. et lægeligt ansvar for en samlet behandlingsplan og justering i behandlingsansvar samt tilgængelighed ift. rådgivning af personalet på pladserne samt vurdering af tidspunkt for afslutning.
- Regionen skal også sikre, at medarbejdere på sundheds- og omsorgspladserne kan få adgang til forskellige specialistkompetencer på hospitalerne fx indenfor psykiatri.
- Sikre at sammenhæng til forløbet hos egen læge fastholdes under opholdet, idet mange borgere samtidig har almenmedicinske problemstillinger. Ved afslutning overgår ansvaret til egen læge. Der skal derfor være fokus på et styrket samarbejde med de praktiserende læger gennem hele forløbet. Dette forudsætter en tydelig opgave- og ansvarsfordeling mellem hospitalslæger og praktiserende læger, så roller og funktioner er klare fra start til slut.⁸

Udstyr og medicin

- I tilfælde, hvor en borger har særlige behov i forlængelse af en hospitalsindlæggelse, medgiver hospitalet de nødvendige utensilier, som er nødvendige for, at kommunen kan varetage og videreføre den specifikke pleje og behandling, som hospitalet har igangsat (dvs. udover hvad der beskrives i de kommende kvalitetsstandards).

⁷ Indsatsbeskrivelsen er foreløbig og skal justeres når Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandards foreligger.

⁸ Rollefordelingen mellem det almen medicinske tilbud og hospitalslægerne forventes beskrevet i Kvalitetsstandarderne fra Sundhedsstyrelsen.

- Regionen sikrer adgang til medicin, som er nødvendig for den igangsatte behandling⁹.
- Hvis opgaverne på Sundheds-og omsorgspladserne ændrer sig på en måde, hvor der er behov for adgang til særlige digitale enheder, indkøbes disse af regionen eller regionen afholder udgiften.

Hjælpemidler

- Regionen er ansvarlig for at levere midlertidige hjælpemidler. Der forventes en national afklaring af hjælpemiddelområdet, som kan give anledning til ændringer. Indtil disse foreligger kan der tages afsæt i gængs praksis eller aftales nye arbejdsgange.

7.3 Kommunikation og datadeling

Dokumentation og adgang til data

Såvel regionalt som kommunalt personale har behov for adgang til tidstro data om borgerens forløb. Samtidigt er systematisk og ensartet dokumentation en forudsætning for løbende kvalitetsudvikling, og grundlag for, at kapacitet og kompetencer tilpasses de lokale forhold. Parterne har derfor behov for, at information om indsatser og kapacitet registreres på en måde, så data kan bruges til i det enkelte forløb og til kvalitetsudvikling og kapacitetsstyring. Desuden skal data kunne overdrages til regionen. Der skal findes en model, der sikrer, at data er transparente og kan bruges fælles i det tværsektorielle samarbejde. Der indgås en nærmere aftale herom, idet der tages afsæt i det nationale arbejde om fælles datagrundlag, og principperne for det arbejde¹⁰:

- Indberetningerne skal være genkendelige for driften og ske tæt på kilden.
- Samme fagperson skal så vidt muligt kun registrere i et system, og samme oplysning skal ikke registreres flere steder. Registreringen skal være simpel for fagpersonen, og de skal ikke være i tvivl om, hvor og hvad de skal registrere.
- Indberetningerne skal give mening i praksis og understøtte kerneopgaven og skal samtidig kunne bruges på tværs af sektorer.
- Data skal være sammenlignelige på tværs af landet, uanset hvilken indberetningsløsning og -metode der anvendes.

⁹ Under forudsætning af, at det fremsatte lovforslag til Lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og autorisationsloven vedtages.

¹⁰ Principperne er i høring frem til 9. januar 2026.

Kommunen skal indsende data til nationale registre på vegne af regionen. Der pågår et arbejde i regi af Sundhedsdatastyrelsen om en fælles aftale for indberetningsløsninger, så der også kan etableres et fælles datagrundlag for national monitorering, styring og kvalitetsudvikling af akutsygeplejen.

Dokumentation og ydelsesregistreringer skal på sigt ske i det journalsystem, som regionen anviser. Ligesom regionen, inden for rammer af eventuelle nationale aftaler, kan definere, hvilke ydelser der skal registreres og hvordan. Dette forudsætter imidlertid, at parterne forudgående har indgået en konkret samarbejdsaftale om dokumentation, datadeling og registrering (herunder roller, ansvar, adgangsforhold og datadefinitioner) samt vedtaget en fælles implementeringsplan.

Implementeringsplanen skal som minimum omfatte tidsplan, systemadgange, oplæring, support, test og overgangsordninger. Eventuelle ekstraomkostninger til nyt journaliseringssystem afholdes af regionen. Regionen skal desuden understøtte med løbende kompetenceudvikling.

Kommunikation

Deling af oplysninger, herunder fortrolige oplysninger, mellem parterne i kontraktperioden sker efter bestemmelserne i forvaltningslovens §§ 28, stk. 2, nr. 3.

I forbindelse med henvisning, visitation og afslutning af forløb kan kommunikationen mellem kommune, hospital/sygehus og almen praksis foregå:

- Telefonisk
- Virtuelt
- Via digitale kommunikationsløsninger, fx MedCom standarder og FMK

Dette gælder også ved behov for rådgivning under forløbet.

Det forudsættes, at kommunikationen ved overgang fra hospital til sundheds- og omsorgspladser sker med afsæt i de eksisterende kommunikationsaftaler indtil andet aftales. Derudover følges krav om varsling ved afslutning af et forløb på en sundheds- og omsorgsplads, som forventes beskrevet i kvalitetsstandarden, jf. af et forløb jf. Forårsaftalen 2025.

8. Udvikling af opgaven

Parterne skal gensidigt understøtte, at sundheds- og omsorgspladser udvikles i overensstemmelse med reformens intentioner og evt. ny lovgivning og udvikling på

området, herunder beslutninger truffet i regionsråd og sundhedsråd, fx i sundhedsplaner og nærsundhedsplaner.

Det er en del af regionens myndighedsansvar at sikre geografisk lighed i sundhed inden for hele regionen. Parterne er derfor opmærksomme på, at der som led i udviklingen af sundheds- og omsorgspladserne også er behov for at harmonisere de tilbud der tilbydes borgerne, således at borgerne på tværs af sundhedsråd og kommunegrænser har samme muligheder.

I nærværende aftale er desuden beskrevet områder, der skal aftales regionalt eller lokalt i administrative fora under sundhedsrådet.

Parterne har derfor mulighed for at tilpasse aftalen løbende. Fx hvis målgrupper eller indsatser justeres i et væsentligt omfang, vil det skulle besluttes, om aftalen skal genåbnes eller om der skal udarbejdes et tillæg til aftalen. Et tillæg vil kræve tilslutning fra begge parter.

Det løbende samarbejde om udvikling og drift, herunder samarbejde om kompetenceudvikling, forankres i [Fagligt dialogforum].

9. Monitorering og evaluering

Monitorering

I kapitel 7 beskrives de konkrete opgaver, ydelser som hver af parterne har ansvar for at levere. I perioden 1. april- 1.oktober 2026 skal parterne aftale konkrete indikatorer, som kan anvendes til at følge op på samarbejdet og monitorere de ydelser, der er aftalt i denne kontrakt med tilhørende tillægsaftaler og bilag, Det er et princip, at målopfyldelsen kan monitoreres via den ydelsesregistrering, skal aftales mellem parterne med afsæt i nationale krav eller anbefalinger og som har betydning for samarbejdet om borgernes forløb, patientsikkerhed og kvalitetssikring.

Evaluering

Med henblik på udvikling en fremtidig model for opgaven gennemføres en evaluering i 4. kvartal 2027, hvor der sættes fokus på de opmærksomhedspunkter og foreløbige erfaringer.

Primo 2027 udarbejder [Fagligt dialogforum] forslag til rammer og indhold i evalueringen, som godkendes af Sundhedsrådet. Regionen er ansvarlig for evalueringens gennemførsel.

Øvrig opfølgning

[Faglig dialogforum] har ansvaret for løbende at følge op på samarbejdet om at tilbyde sundheds- og omsorgspladser som beskrevet under punkt 6-7.

10. Økonomi

Finansiering (samlet rammebeløb 2027)

Lolland Kommune modtager 14.784.000 kr. (2025 pl) til drift af sundheds- og omsorgspladser i 2027.

Beløbet dækker:

- De direkte og indirekte omkostninger der er forbundet med drift af sundheds- og omsorgspladser i Lolland Kommune

Forudsætninger (ud over det faglige indhold, som er beskrevet i kapitel 6-7)

- Finansieringen af opgaven vedr. sundheds- og omsorgspladser for 2027, er fastlagt med afsæt i den kapacitet og det serviceniveau, som blev opgjort i forbindelse med DUT forhandlingen i 2025 og som videreføres med denne kontrakt, indtil parterne aftaler andet. Konkret vil det sige varetagelsen af 16,8¹¹ sundheds- og omsorgspladser.
- Lolland Kommune tilvejebringer den relevante dokumentation til at understøtte den af sundhedsrådet besluttede opfølgning på området. Herunder fremlæggelse af regnskab over de omkostninger kommunen har haft til drift af sundheds- og omsorgspladser.
- Det forudsættes, at kommunen har de nødvendige lokaler og udstyr til at drifte opgaven, så sundheds- og omsorgspladserne lever op til de betingelser, som er beskrevet i kapitel 7.
- Når der udkommer nye kvalitetsstandarder, og/eller nye aftaler, som medfører ændrede krav til opgaveløsningen vil det være muligt for parterne at aftale en tilpasset finansiering af opgavevaretagelsen.

Rammestyring

¹¹ Antal pladser er beregnet som 70% af det antal midlertidige pladser som kommunen indmeldte i januar/februar 2025 til Kommunernes Landsforening (spørgeskema om økonomi og aktivitet).

- Udgangspunktet for den økonomiske styring af området er, at den aftalte opgave løses inden for den angivne økonomiske ramme.
- Finansiering af opgaven tager afsæt i aktiviteten og udgiftsniveauet i 2023, hvormed dette som udgangspunkt vil være et loft for opgaven. Hvis kommunen ser et stigende behov for ydelser, som ikke kan leveres inden for den aftalte ramme, skal kommunen hurtigst muligt oplyse dette for sundhedsrådet.
- Modellen for rammestyring indgår som en del af evalueringen af det horisontale samarbejde.
- Sundhedsrådet drøfter årligt (samt ved behov fx ifm. nye nationale krav) status for opgavevaretagelsen, med henblik på evt. justeringer så opgaven kan løses indenfor den økonomiske ramme.

Betaling

- Fra og med aftalens ikrafttrædelse overføres aconto kvartalsvis 3/12 af den afsatte økonomiske ramme. Beløbet skal dække Lolland Kommunes omkostninger relateret til opgaven i perioden. Beløbet overføres den 1. hverdag i kvartalet.

Den aftalte økonomi gælder for 2027. I løbet af 2026, og senest den 1.1.2027, aftaler parterne den økonomiske ramme for drift af opgaven for 2028 og frem.

11. Ikrafttrædelse, varighed og opsigelse

Aftalen træder i kraft den 1.1. 2027 ved underskrift fra begge parter inden 1.4 2026.

Begge kontraktparter kan opsiges kontrakten med et varsel på 9 måneder samt løbende måned. Ved mislighold af kontrakten gælder en kortere varsel. Se afsnit 12.

I første valgperiode skal Sundhedsrådet, inden udgangen af 1. kvartal 2028, tage stilling til fortsættelse af samarbejdet herunder rammer, vilkår og indhold i samarbejdsaftalen. Efterfølgende vil den horisontale samarbejdsaftale blive genbesøgt af sundhedsrådet én gang i hver valgperiode.

12. Misligholdelse

Hvis en af parterne ikke opfylder sine forpligtelser, som beskrevet i denne aftale, skal den af parterne, der bliver opmærksom på forholdet, skriftligt gøre den anden part

opmærksom herpå. Parterne skal da gå i dialog om de forhold, der gør sig gældende som mislighold mhp. at finde løsninger, og sundhedsrådet orienteres om forholdet. Herefter gives en rimelig frist til at rette op på forholdet.

Hvis misligholdelsen ikke afhjælpes indenfor fristens udløb, anses den for væsentlig. Ved væsentlig misligholdelse kan kontrakten ophæves med et varsel på 6 måneder samt løbende måned.

13. Deling ved ophør af aftale

Ved kontraktens ophør skal der ske en overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte. Bestemmelser om hvilke af ovenstående, der indgår i en delingsaftale, er beskrevet i sundhedslovens § 205e, stk. 2 og 3.

Lolland Kommune har ved kontraktens ikrafttræden på et overordnet niveau opgjort, hvilke aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, som ville være omfattet af delingen, såfremt den skulle ske på pågældende tidspunkt. Opgørelsen er vedlagt som bilag til kontrakten. Denne overordnede opgørelse vil være afsæt for en aftale om deling ved kontraktophør. Hertil skal parterne aftale deling af tilførte aktiver, passiver, rettigheder og pligter i den periode, som kontrakten har været gældende.

14. Underskrifter

15. Dato	Dato
Thomas du Plessis de Richelieu, Direktør	Pia Jenfort, Sektorchef Ældre & Sundhed



UDKAST

Bilag 1: Notat om myndighedsansvar

NOTAT

Myndighedsansvar i forbindelse med opgaveflyt

Sundhedsreformen skal understøtte en udvikling af sundhedsvæsenet mod mere lighed, nærhed og sammenhæng i borgernes forløb, og samtidigt reformere sundhedsvæsenet, så det er gearet til at håndtere fremtidens udfordringer.

Med sundhedsreformen flyttes myndigheds- og finansieringsansvaret for en række sundhedsopgaver fra kommunerne til regionerne pr. 1. januar 2027. Ansvar for drift og samarbejdet om opgaverne vil være placeret i sundhedsrådene, hvor forretningsudvalget og regionsrådet har den samlede og tværgående planlægning på sundhedsområdet.

De fire kommunale opgaver, der overgår til regionen er:

1. Akutsygepleje
2. Sundheds- og omsorgspladser
3. Patientrettet forebyggelse
4. Rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af den avancerede genoptræning.

Regionen er ved at danne sig et overblik over, hvad myndigheds- og finansieringsansvaret omfatter, og hvordan det kan løftes, men der udestår stadig nationale afklaringer på forskellige områder.

Idet regionen har myndighedsansvaret, vil regionen, uanset hvem der er operatør på opgaverne, være ansvarlig for, at borgerne får de sundhedsydelser, de har krav på. Heri

ligger også ansvar for, at der tilbydes ensartet service og høj kvalitet for borgerne, samt at ressourcerne bruges effektivt, at området udvikles og at lovgivningen overholdes. Det betyder bl.a. også ansvar for at sikre en passende kapacitet samlet set på tværs af regionen for at modsvare aktuelle behov og i takt med udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Myndighedsansvaret indebærer en grundlæggende forpligtigelse til at sikre at relevante direktiver, love, bekendtgørelser og vejledninger efterleves, inden for de fire opgaveområder regionerne fremadrettet får ansvaret for. Herunder regionsloven, sundhedsloven, offentlighedsloven, forvaltningsloven og arbejdsmiljøloven.

Følgende ansvarsområder og opgaver anses som en del af myndighedsopgaven og er relevant at iagttage som driftsoperatør:

- Sikre og fastsætte ensartet serviceniveau:
Regionen skal sikre, at borgerne på tværs af sundhedsråd har samme adgang til sundhedstilbud af høj kvalitet. Der kan dog være særlige nære og lokale sundhedsbehov i nogle sundhedsråd, der skal tages hensyn til. Desuden skal indsatser tilrettelægges ud fra et helhedssyn på borgerens individuelle behov.

Regionen skal sikre ensartede indsatser indenfor hele regionen, så borgerne på tværs af sundhedsråd har samme muligheder. Indsatserne skal tilrettelægges ud fra et helhedssyn på borgerens individuelle behov.

- Kvalitet og kompetencer:
Som en del af myndighedsansvaret vil regionen stille krav til, at personalet har det rette faglige kompetenceniveau. Driftsoperatøren har derfor ansvar for, at der skal leves op til den relevante lovgivning på området, nationale kvalitetskrav, samt beslutninger truffet af regionsråd og sundhedsråd.
- Faglig udvikling af opgaven:
Der vil være behov for løbende at sikre udvikling af opgavevaretagelsen, både ift. tilpasning til ny lovgivning og udvikling på området, men også for at sikre et tæt og smidigt samarbejde med andre sundhedsudbydere fx øvrige kommunale tilbud eller almen praksis.
- Visitation:
Regionen har det overordnede ansvar for tilrettelæggelse af retningslinjer for visitationen, og som udgangspunkt er det en regional opgave at visitere.

Visitationsopgaven tilrettelægges lokalt, og har forskellig karakter for de enkelte opgaver. Dette uddybes nærmere i scenarier for opgaverne.

Visitation vil bero på den gældende nationale lovgivning herunder eventuel mulighed for frit valg, samt på en helhedsorienteret vurdering af borgerens sundhedstilstand og øvrige livssituation og bopæl. Dette skal foregå i tæt samarbejde med kommunerne, særligt hvad angår sundheds- og omsorgspladser, med henblik på at sikre effektiv kapacitetsudnyttelse og et sammenhængende forløb og overgang til og fra sundheds- og omsorgspladser.

- Økonomisk styring:
Der skal sikres en effektiv og transparent økonomistyring, der sikrer den bedst mulige anvendelse af den samlede kapacitet samt understøtter udvikling af sundhedsvæsenet mod mere lighed, nærhed og sammenhæng i borgernes forløb.
- Dokumentation og datagrundlag:
For at regionen kan leve op til sine forpligtelser og for at efterleve ovenstående behov for at følge kvalitet, aktivitet, kapacitet og økonomi, skal der være adgang til relevante og tidstro data om de ydelser, der leveres i opgaven. Regionen ejer derfor data af hensyn til sine forpligtelser som myndighed. Der skal findes en model, der sikrer, at data er transparente, tilgængelige og kan bruges fælles i det tværsektorielle samarbejde.

Dokumentation og ydelsesregistrering skal på sigt ske i samme system, eller det journalsystem som regionen anviser ligesom regionen har retten til at definere, hvilke ydelser der registreres og hvordan.

- Patientrettigheder og klager
Tilsyn og behandling af patientklager varetages af regionen efter gældende regler. Regionen vil ligeledes have ansvaret for at sikre borgernes rettigheder, fx i forhold til den kommende frit valgs-ordning for sundheds- og omsorgspladser.

Der er således tale om en betydelig opgave, hvor regionen/hospitaler skal allokere ressourcer til den overordnede styring ift. økonomi, kapacitet og kvalitet ift. de enheder, som regionen/hospitalet har ansvar for, uanset hvem der bliver driftsoperatør.

Lolland Ældreråd - Årshjul 2026

Senest opdateret den 05-02-2026.

Aktiviteter i februar 26

Dato	Aktivitet	Obs.
9.	Møde i Sundhedsældrerådet, Haslev	Kristian, Anne
9.	Kontaktudvalgsmøde Sandby Ældrecenter	Nina
12.	Ældrerådsmøde Konferencen, Nakskov Sundhedscenter	Alle
25.	Temadag – Danske Ældreråd, Ringsted	Kristian, Anne, Ulrik, Anita

Aktiviteter i marts 26

Dato	Aktivitet	Obs.
2.	Kontaktudvalgsmøde Skovcentret	Anne
4.	Prisfest, Nakskov	Annie, Anita
5.	Brugerrådet, Fælleskøkkenet	Anita, Michael, Ulrik
19.	Ældrerådsmøde – Skovcentret, Nakskov	Alle

Aktiviteter i april 26

Dato	Aktivitet	Obs.
23.	Ældrerådsmøde – Skovcentret, Nakskov	Alle

Aktiviteter i maj 26

Dato	Aktivitet	Obs.
4. – 5.	Repræsentantskabsmøde, Nyborg Strand	
7.	Brugerrådet, Fælleskøkkenet	Anita, Michael, Ulrik
21.	Ældrerådsmøde – Skovcentret, Nakskov	Alle

Aktiviteter i juni 26

Dato	Aktivitet	Obs.
2.	Kontaktudvalgsmøde, Skovcentret	Anne
11.	Ældrerådsmøde – Skovcentret, Nakskov	Alle

Aktiviteter i juli 26

Dato	Aktivitet	Obs.

Aktiviteter i august 26

Dato	Aktivitet	Obs.
20.	Ældrerådsmøde – Skovcentret, Nakskov	Alle

Aktiviteter i september 26

Dato	Aktivitet	Obs.
10.	Ældrerådsmøde – Skovcentret, Nakskov	Alle
22.	Brugerrådet, Fælleskøkkenet	Anita, Michael, Ulrik
29.	Kontaktudvalgsmøde, Skovcentret	Anne

Aktiviteter i oktober 26

Dato	Aktivitet	Obs.
15.	Ældrerådsmøde – Skovcentret, Nakskov	Alle

Aktiviteter i november 26

Dato	Aktivitet	Obs.
19.	Ældrerådsmøde – Skovcentret, Nakskov	Alle
24.	Kontaktudvalgsmøde, Skovcentret	Anne

Aktiviteter i december 26

Dato	Aktivitet	Obs.
10.	Ældrerådsmøde – Skovcentret, Nakskov	Alle
15.	Brugerrådet, Fælleskøkkenet	Anita, Michael, Ulrik

Aktiviteter i januar 27

Dato	Aktivitet	Obs.