

LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE



Social- og Sundhedsudvalget

Protokol

Onsdag den 12. oktober 2011 kl. 15:30
afholdt Social- og Sundhedsudvalget møde i Mødelokale F 6.sal/T 12.

Medlemmerne var til stede

Endvidere deltog:

Socialdirektør Søren Hansen

Vicediretør René Rasmussen

Afdelingschef Jakob Sylvest Nielsen

Afdelingschef Dorte Vangsø Rasmussen

Afdelingschef Charlotte Olsen

Udviklingskonsulent Karen Damm

INDHOLDSFORTEGNELSE

Sag nr:		Side:
01	Fordeling af § 18 midler til frivilligt socialt arbejde – 2. runde 2011 .	4
02	Dialogmøde med socialt udsatte – forberedelse/drejebog .	6
03	Status Akuttilbud .	8
04	Sundhedsstrategi .	11
05	Konkurrenceudsættelse af områdecenter .	14
06	Udbud af Kørsel - beslutning om kørselsmønster .	18
07	Kapacitetsmodel på Fritvalg området .	20
08	Kommissorium for Ældrestrategi og fremlæggelse af forebyggelsesanalyse .	22
09	Godkendelse af kommissorium for udarbejdelse af ny frivillighedsstrategi for Lyngby-Taarbæk Kommune .	24
10	Drøftelse af handicapområdet .	28
11	Til orientering for udvalgets medlemmer oktober 2011 .	29
12	LUKKET SAG ny forstander på Kirsten Marie .	30

1.

Fordeling af § 18 midler til frivilligt socialt arbejde – 2. runde 2011

Sagsfremstilling

To gange årligt fordeler Social- og Sundhedsudvalget frivillighedspuljens midler til frivilligt socialt arbejde. I forbindelse med 1. runde 2011 uddeltes ca 0,5 mio kr. kroner. Den relativt store andel af den samlede bevilling fordelt ved 1. runde 2011 gør, at der er lidt færre midler til fordeling ved 2. runde i 2011 sammenlignet med 2. runde i 2010.

I forbindelse med 2. runde har forvaltningen modtaget 33 ansøgninger, hvor der ansøges om ca. 1 mio. kr.

Tabel 1: Regnskab for frivillighedspuljen ved 2. runde 2011

Indtægter:	
Budget 2011	1.097.200
Tilbagebetalte uforbrugte midler (overført fra 2010)	53.587
A) Frivillighedspuljen i alt	1.150.787
Udgifter:	
B) Allerede udbetalte/disponerede midler, herunder	
Driftstilskud til frivilligcentret inkl forbrug	287.195
Bevillinger i forbindelse med 1. runde 2011	522.097
i alt	809.292
C) Rest til fordeling v. 2. runde 2011 (A - B)	341.495
D) Bevillinger i forbindelse med 2. runde 2011	341.500
E) Rest til overførsel	5

Forvaltningen foreslår, at 21 ansøgninger imødekommes, og at 12 ansøgninger meddeles afslag. De indstillede bevillinger andrager tilsammen ca. 341.500 kr. Oversigten over 2. rundes ansøgere, forvaltningens indstillinger og begrundelser for afslag er udsendt til udvalgets medlemmer som et lukket bilag. Ansøgningerne ligger i sagen.

Forvaltningen foreslår en prioritering af aktiviteter som involverer mange brugere og frivillige fra Lyngby-Taarbæk Kommune.

Økonomiske konsekvenser

Tilskuddene afholdes inden for bevillingen.

Beslutningskompetence

Lovgrundlaget er § 18 i Lov om Social Service. I følge denne lovgivning skal Kommunalbestyrelsen samarbejde med frivillige sociale organisationer og foreninger, afsætte et årligt beløb til støtte af frivilligt socialt arbejde og fastlægge rammerne for samarbejdet. I LTK er opgaven delegeret til Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at udvalget godkender forvaltningens forslag til fordeling af midler til frivilligt socialt arbejde.

Social- og Sundhedsudvalget den 12. oktober 2011

Godkendt.

2.

Dialogmøde med socialt udsatte – forberedelse/drejebog

Sagsfremstilling

Kommunalbestyrelsen godkendte den 27. juni 2011 Social- og Sundhedsudvalgets forslag til nyt inddragelsesinitiativ over for socialt udsatte borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune, herunder at temaet for første møde er psykisk sygdom. Nærværende sag beskriver programmet for det første dialogmøde i 2011, som foreslås afholdt den 21. november 2011 samt det tilgrundliggende koncept.

Ifølge Lyngby-Taarbæk Kommunes Udsattepolitik karakteriseres en borger som socialt udsat, hvis en eller flere af følgende problemstillinger forhindrer borgeren i at få dækket sine basale behov: Misbrug, hjemløshed, sindslidelse, ensomhed, kriminalitet og fattigdom. Børn og unge i familier med en eller flere af ovenstående problemstillinger karakteriseres som socialt udsatte, når barnet forhindres i at få dækket sine basale behov. Det beskrives desuden i Udsattepolitikken, at graden af udsathed også afhænger af, i hvor høj grad borgeren har kontakt til det professionelle system, og om borgeren har mulighed for at bruge eksisterende tilbud.

Formålet med dialogmødet er at give politikerne i Lyngby-Taarbæk Kommune en "situationsrapport" i forhold til borgerne og deres oplevelse af mødet med kommunen. Der vil blive lagt vægt på at lytte til, hvordan mødet med kommunen opleves fx i botilbuddene, på biblioteket, i forvaltningerne, i Borgerservice og lignende steder.

Eftersom det er borgeres og pårørendes ekspertise som er i højsædet - og ikke fagpersoners - inviteres ikke nogen oplægsholder. Hensigten er, at der samtales i mindre grupper med udgangspunkt i emner såsom; bolig, socialt netværk, fritid, beskæftigelse, sundhed m.m.. Processen skal således understøtte, at der kan tænkes frit, nyt og kreativt i forhold til temaet.

I notat af 19.9.2011 har forvaltningen udarbejdet et koncept for dialogmødet. Notat om koncept for dialogmøder er udsendt til udvalgets medlemmer. Notatet beskriver:

- Koncept
- Formål
- Målgruppe
- Deltagerkreds
- Indholds- og opfølgingsmæssige ansvar
- Sted, tid og ressourcer

I notatet fremgår forslag til program for det første dialogmøde, som foreslås afholdt på Stadsbiblioteket mandag den 21. november 2011 fra kl. 16.00 til kl. 18.30.

Økonomiske konsekvenser

Der vil være udgifter til forplejning, som afholdes inden for rammen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen indstiller, at udvalget godkender programmet for det første dialogmøde samt det tilgrundliggende koncept.

Social- og Sundhedsudvalget den 12. oktober 2011

Godkendt med den bemærkning at mødet afholdes den 21. november 2011.

3.

Status Akuttilbud

.

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget godkendte på udvalgsmøde i maj 2010, at der blev søgt midler via satspuljen til finansiering af et forsøg med akuttilbud til sindslidende i Lyngby-Taarbæk Kommune. Projektansøgningen blev bevilget og akuttilbuddet blev officielt indviet den 8. november 2010.

På landsplan er der via satspuljen bevilget midler til forsøg med syv akuttilbud. Formålet med forsøget er at afprøve forskellige modeller til at hjælpe borgere i en akut psykisk krise i nærmiljøet.

Servicestyrelsen har nu fået udarbejdet en tværgående midtvejsevaluering af de syv forsøgsprojekter for at få samlet op på de erfaringer, der er på nuværende tidspunkt og sikre løbende læring undervejs i projekterne. Rapport om Midtvejsevaluering af "Forsøg med akuttilbud", fra august 2011 ligger i sagen. Der er i midtvejsevalueringen sat fokus på hele opstartsprocessen, organisering af og metoder i akuttilbuddene, kendskab til akuttilbuddenes eksistens samt på tilbuddenes brugergrupper, og endelig de foreløbige vurderinger af resultaterne for brugerne. På baggrund af evalueringens konklusioner er der udarbejdet en række anbefalinger til fremadrettede indsatsområder.

Overordnet peger midtvejsevalueringen på:

- at akuttilbuddene har positiv betydning for brugerne og har succes med at understøtte borgerne i en positiv udvikling
- at der fortsat er uudnyttet kapacitet i tilbuddene - og der derfor er behov for at udbrede kendskabet til akuttilbuddene
- at tilbuddene skal holde fokus på kernemålgruppen og ikke udbrede tilbuddet til en bredere gruppe
- at tilbuddene skal styrke indsatsen for at etablere og dyrke netværk for at kunne sikre en sammenhængende indsats for borgerne
- at tilbuddene - i forankringsøjemed skal udbrede de gode historier, sikre erfaringsudveksling og læring med øvrige forsøgsprojekter

Akuttilbuddet i Lyngby-Taarbæk Kommune har ligeledes selv udarbejdet en foreløbig status for Akuttilbuddets virke. Notat om Status for Akuttilbuddet i Lyngby-Taarbæk Kommune af 10. august 2011 er udsendt til udvalgets medlemmer.

Erfaringerne i Akuttilbuddet i Lyngby-Taarbæk Kommune, som er startet op 3/4 år

senere end de øvrige projekter, stemmer overens med midtvejsevalueringens konklusioner, hvor det dog pointeres, at Akuttilbuddet

- har stor fokus på branding af tilbuddet meget bredt i omverdenen
- har prioriteret - af hensyn til en bred og forebyggende indsats - at have fokus på tre målgrupper; allerede kendte brugere i psykiatrien, tidligere brugere af psykiatrien og endnu ikke kendte potentielle brugere
- har et stigende antal henvendelser fra borgere med behov for rådgivning
- oplever at der er stor tilfredshed med Akuttilbuddets indsats.

Social- og Sundhedsforvaltningen oplever, at Akuttilbuddet er kommet godt fra start og at der er en efterspørgsel efter Akuttilbuddets ydelser. Det er dog vurderingen, at der fortsat er behov for en præcisering og afklaring af en række forhold, som primært handler om

- opgave- og ansvarsfordelingen mellem Akuttilbuddet og Socialcenteret i de sager, hvor borgeren samtidig har en sag i Socialcenteret, således at der klarhed over, hvem der gør hvad
- en præcisering af krisetilbuddets kerneopgaver og -målgrupper for hermed at sikre, at Akuttilbuddet ikke favner for bredt og på den måde skaber nogle behov hos nogle borgere, der reelt ikke er Akuttilbuddets målgruppe

Det er videre Social- og Sundhedsforvaltningens vurdering, at arbejdet med at udbrede kendskabet til Akuttilbuddet skal fortsættes samtidig med, at der skal sættes fokus på at få konsolideret Akuttilbuddets samarbejdsrelationer til de mange forskellige aktører og interessenter på området. Særligt er det vigtigt, at samarbejdsrelationerne med behandlingspsykiatrien bliver udbygget, bl.a. for at sikre trygge og smidige overgange, når borgeren indlægges og udskrives til egen bolig efter endt behandling.

Akuttilbuddets bevilling løber frem til slutningen af 2012 og selvom projektet kun har været i gang i et år, bør det i god tid overvejes, hvorvidt og hvordan Akuttilbuddet skal forankres i Lyngby-Taarbæk Kommune. På den baggrund foreslås det, at Social- og Sundhedsudvalget i foråret 2012 vil få forelagt ny status med mere konkrete erfaringer fra Akuttilbuddet i Lyngby-Taarbæk Kommune, som grundlag for en drøftelse af Akuttilbuddets fremtid og forankring.

Økonomiske konsekvenser

Ingen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår at udvalget

1. tager status for akuttilbud til efterretning

2. godkender at få forelagt sag om status på Akuttilbuddet i Lyngby-Taarbæk Kommune i foråret 2012, som grundlag for drøftelse af Akuttilbuddets fremtidige forankring.

Social- og Sundhedsudvalget den 12. oktober 2011

Ad 1. Taget til efterretning

Ad 2. Godkendt

4.

Sundhedsstrategi

.

Sagsfremstilling

Kommunalbestyrelsen godkendte i december 2010 Lyngby-Taarbæk Kommunens nye Sundhedsstrategi. Visionen for sundhedsindsatsen er at styrke borgernes evne og muligheder for at træffe sunde valg, således at den enkelte borger lever et langt og godt liv med mindst mulig sygdom og høj livskvalitet.

Social- og Sundhedsudvalget havde i april 2011 en første drøftelse af sundhedsstrategien samt de sygdomsforebyggende aspekter i relation til udvalgets områder i lyset af bl.a. Sundhedsprofil for region og kommuner 2010, som blev præsenteret som en del af sagen. I lyset heraf har fire arbejdsgrupper Kost, Bevægelse, Rusmidler og Kronisk sygdom drøftet input til kommunens vigtigste udfordringer på sundhedsområdet. Formålet var at komme med anbefalinger og prioritere særlige fokusområder frem for andre som oplæg til udmøntning af sundhedsstrategien.

Overordnet set er der to fremtrædende perspektiver i arbejdsgrupperne og styregruppens drøftelser:

- Sundhedsstrategien skal sætte fokus på ulighed i sundhed ved at lægge særlig vægt på grupper med få ressourcer, som har brug for støtte til at tage vare på egen sundhed. I den forbindelse fremhæves børn og unge som en vigtig målgruppe.
- Forbedret sundhed har ud over at være et mål i sig selv andre positive afledte effekter, som strategisk bør udnyttes og synliggøres på tværs af forvaltninger og afdelinger.

Ovenstående to perspektiver afspejles i nedenstående fire fokusområder, som forelægges til politisk behandling i oktober 2011:

1. Reduceret tilgængelighed til usund kost blandt børn i skolealderen

Et eksempel på praktisk udmøntning af fokusområdet kan være at bringe kommunale skoler og cafeterier i kommunale idrætsanlæg i spil ved at erstatte usunde madvarer med sundere alternativer og dermed gøre de sunde valg til de lette valg. Hjemkundskabsundervisningen i folkeskolen et andet eksempel på, hvordan kommunen kan bidrage til at cementere sunde madvaner hos børn i skolealderen. En tredje vinkel kunne være at inddrage forældres rolle og ansvar i forhold til børn og unges kostvaner.

2. Øget fysisk aktivitet i børn og unges hverdag

Som eksempel på udmøntning af fokusområdet kan nævnes øget fokus på at guide børn og unge til aktiviteter i idrætsklubber i kommunen, fx. ved at synliggøre frivillige foreningernes tilbud i regi af kommunale fritids- og ungdomsklubber. Et andet eksempel er i højere grad at udnytte og indrette byrummet således, at mulighederne for aktiv transport til og fra skole understøttes og gøres fordelagtige.

3. Forebyggelse af brug af rusmidler og tidlig debut blandt børn og unge

De konkrete eksempler på udmøntning af fokusområdet peger i retning af at afprøve nye metoder til at påvirke normer og holdninger til fest- og alkoholkultur i skoler, fritids- og ungdomsklubber og uddannelsesinstitutioner. Forældres holdninger og egen adfærd i forhold til rusmidler spiller en afgørende rolle for udvikling af holdninger og vaner hos børn, hvorfor samarbejdet med forældrene er centralt. Endvidere kunne forebyggelse af rygestart på skoler og ungdomsuddannelse være et eksempel, jf. sag i Kultur- og Fritidsudvalget om festtilbuddet Klub 10.

4. Koordineret og systemiseret samarbejde om sundhedsfremmende potentialer

Som eksempel på udmøntning af fokusområdet kan nævnes et styrket fokus på samarbejde og videndeling om sundhedsfremmende potentialer i fælles interessefelter og -overlap på tværs af kommunens forvaltninger og afdelinger. Sundhed kan således være et middel til at løse opgaver i andre sammenhænge ud over at være et mål i sig selv. Som eksempel kan nævnes, at motionstilbud og rygestop kan styrke ledige borgere i forhold til at opnå beskæftigelse.

Arbejdsgruppen vedrørende kronisk sygdom besluttede ikke at indstille til at igangsætte nye initiativer på nuværende tidspunkt, da kommunen i regi af forløbsprogrammerne for kronisk sygdom og Sundhedsaftalen 2011-2014 er igang med at implementere flere af de nationale anbefalinger vedrørende rehabilitering af kronisk sygdom.

For at sikre et ensartet grundlag for drøftelserne af arbejdsgruppernes anbefalinger forelægges Børne- og Ungdomsudvalget, Kultur- og Fritidsudvalget, Teknik- og Miljøudvalget samt Byplansudvalget identiske sager vedrørende strategiske fokusområder i oktober 2011.

Fagudvalgene vil senere i december 2011 drøfte de konkrete målsætninger og handleplaner inden for hver fokusområde. Sideløbende vil det organisatoriske set up i de enkelte forvaltninger blive etableret med sigte på igangsættelse af nye initiativer mv. Det forventes, at handleplanerne kan bringes i spil i kommunens institutioner i samarbejde med bl.a. decentrale bestyrelser og ledelser samt frivillige aktører fra foråret 2012.

Hovedkonklusionerne fra arbejdsgruppernes drøftelser er udsendt til udvalgets medlemmer.

Økonomiske konsekvenser

Sundhedsstrategien afholdes inden for udvalgets bevillingsmæssige rammer.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at udvalget godkender de fire fokusområder.

Social- og Sundhedsudvalget den 12. oktober 2011

Godkendt i dét der skal være særligt fokus på forældrenes rolle, adfærd og vaner.

5.

Konkurrenceudsættelse af områdecenter

Sagsfremstilling

Fornyset behandling (Social- og Sundhedsudvalget den 14.9.2011 sag nr. 7 og Økonomiudvalget den 20.9.2011 sag nr. 12)

Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune vedtog den 20. december 2010 en strategi for konkurrenceudsættelse. Som en del af strategien er det aftalt, at driften af et områdecenter skal konkurrenceudsættes med kontraktstart 1. september 2012.

Det er i forbindelse med vedtagelsen af strategien for konkurrenceudsættelse besluttet, at medarbejderne skal have en mulighed for at byde på opgaven, hvis de ønsker det. Der er afsat midler i budgettet til konsulentbistand.

I forlængelse af udbudsstrategien er det besluttet, at der skal foretages en konkret vurdering af udvalgte driftsopgavers egnethed med hensyn til udbud. På denne baggrund indeholder notat af 25-08-2011 om "udbud af områdecenter og hjemmeplejedistrikt - afgrænsning", der er udsendt til udvalgets medlemmer en vurdering af potentiale, muligheder og begrænsninger vedrørende drift af områdecenter ved en konkurrenceudsættelse. Notatet sigter primært mod at afdække organisatoriske, økonomiske, personalemæssige og markeds-mæssige forhold omkring dette område, som vil have betydning i forbindelse med konkurrenceudsættelsen. Dette sker af hensyn til at kunne foretage en afgrænsning af konkurrenceudsættelsen og konkret valg af områdecenter.

Konkurrenceudsættelse af områdecenter, aktivitetscenter/café og hjemmeplejedistrikt

Som organiseringen er på ældreområdet kan et *områdecenter* enten være betegnelsen for selve plejehjemmet inklusiv det omkringliggende hjemmeplejedistrikt, eller det kan alene relatere sig til plejehjemsdriften. Umiddelbart vil en fordel ved at udbyde både *plejehjemsdelen og hjemmeplejedistriktet* være, at man skaber et større økonomisk volumen samt at man kan anvende medarbejdere på tværs af plejehjem og hjemmepleje.

Endvidere får man også konkurrenceudsat hjemmeplejedistriktet. Omvendt vil en umiddelbar ulempe ved at udbyde et hjemmeplejedistrikt være, at man skal redefinere en række snitflader til tværgående indsatser i kommunen - f.eks. Vagtcentralen, Service-Teamet og det nyoprettede Special-Teamet. Forvaltningen

anbefaler at man lader både plejehjem og hjemmepleje konkurrenceudsætte. Fordele og ulemper ved at inkludere et hjemmeplejedistrikt i konkurrenceudsættelsen omtales endvidere i afsnit 8.3 i udsendt notat om potentialeafklaring ved konkurrenceudsættelse af områdecenter.

Endeligt anbefaler forvaltningen, at man lader eventuelt aktivitetscenter og café indgå i konkurrenceudsættelsen af områdecenter, idet man hermed kan se nye måder at løse disse opgaver på til inspiration for kommunens øvrige områdecentre.

Inddragelse af madservice i konkurrenceudsættelsen

Ved at lade døgnforplejningen indgå i udbuddet vil man skabe mulighed for nye måder at integrere spisesituationen i plejen. Omvendt vil man ved at inddrage døgnforplejningen i konkurrenceudsættelsen ændre i betingelserne for det tilbud som DKM afgav ved udbuddet af madservice i 2010. I notatets afsnit 8.2 er forhold omkring en eventuel inddragelse af døgnforplejningen i forbindelse med konkurrenceudsættelse endvidere uddybet. Forvaltningen anbefaler at man lader madservice indgå i konkurrenceudsættelse som en option, som man kan vælge at benytte.

Valg af områdecenter til konkurrenceudsættelse

Dernæst skal der tages stilling til hvilket områdecenter man vælger at konkurrenceudsætte. Forvaltningen anbefaler at man vælger Områdecenter Virumgård, da Virumgård allerede nu er fuldt moderniseret. Virumgård har været i drift i sin nuværende konstruktion længe nok til, at forvaltningen har et reelt sammenligningsgrundlag for, hvad områdecentret faktisk kan drives for.

Derudover er Virumgård med 122 boliger et stort og moderne områdecenter, som således både er driftssikkert og rentabelt. Hjemmeplejen i distriktet omkring Virumgård har lokaler på områdecentret, hvilket sikrer en fleksibilitet i forhold til at medarbejderne eventuelt kan flekse mellem plejehjemmet og hjemmeplejedistriktet ved sygdom m.v. Der vil således være tale om en velafgrænset størrelse og kendt størrelse, hvilket er en fordel, hvis der skal afgives kontrolbud. Fordele og ulemper i forhold til konkurrenceudsættelse af de enkelte af kommunens områdecentre gennemgås i kap. 9.

Proces

Udsendte notat har været forelagt Område-MED på social- og sundhedsområdet og medarbejdersidens bemærkninger er udsendt i selvstændige notater. Ifølge tidsplanen skal overordnede principper for udbudsforretningen drøftes af Social- og Sundhedsudvalget i november og udvalget skal i januar 2012 tage stilling til kravspecifikation og tildelingskriterier.

Økonomiske konsekvenser

I budgettet 2011-14 er der indarbejdet en forventet besparelse ved konkurrenceudsættelse af et områdecenter. Der henvises til LUKKET BILAG notat af 06-09-2011, som er udsendt til udvalgets medlemmer.

Beslutningskompetence

Økonomiudvalget efter indstilling fra Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at

1. konkurrenceudsættelse af et områdecenter iværksættes
2. hjemmepleje/hjemmesygeplejedistrikt indgår i konkurrenceudsættelse
3. option om levering af madservice på områdecenter indgår i konkurrenceudsættelse
4. aktivitetscenter og café indgår i konkurrenceudsættelse af områdecenter
5. Områdecenter Virumgård konkurrenceudsættes.

Social- og Sundhedsudvalget den 14. september 2011:

C foreslår at sagen udsættes med henblik på en snarlig dialog med FOA og DSR og efterfølgende behandling på et ekstraordinært møde.

For stemmer C

Imod stemmer UF, V, O idét sagen har været sendt i høring.

Undlader at stemme F

Sagen anbefales for Økonomiudvalget. Tre (UF, V, O) stemte for . To (C, F) tager forbehold.

Bodil Kornbek (A) var fraværende.

Gitte Kjær-Westermann (V) var fraværende.

Økonomiudvalget den 20.9.2011:

Med 7 stemmer tilbagesendt til yderligere behandling i Social- og Sundhedsudvalget i oktober 2011.

Imod stemte 2 (F), idet F er imod beslutningen om at udlicitere et plejehjem.

Endvidere besluttet, at Økonomiudvalget ved førstkommende ordinære møde drøfter udbudsstrategien generelt.

Sagen forelægges på ny.

Social- og Sundhedsudvalget den 12. oktober 2011

Anbefaler indstilling vedrørende 1,3,4 og 5 i dét der tages en drøftelse af rammerne for kravspecifikation på udvalgets møde i november.

Imod stemte F.

Henrik Brade Johansen (B) deltog i udvalgets drøftelse af sagen.

6.

Udbud af Kørsel - beslutning om kørselsmønster

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget besluttede i juni 2011 at der i efteråret 2011 skulle fremlægges sag omhandlende serviceniveau for kørsler til aktivitetscentre, klub og genoptræning. Udgangspunktet var en fastholdelse af den eksisterende kørselsordning. Der har været et merforbrug på ca. 0,5 mio. kr. med den nuværende kørselsaftale bl.a. på grund af ændret lovgivning.

Merforbruget har hidtil kunne rummes indenfor ældreområdet's samlede budget, men dette vurderes ikke muligt fremadrettet, som følge af bl.a. udbygningsplaner for plejeboliger og de gennemførte rationaler/besparelser på ældreområdet i 2011.

Med henblik på at optimere grundlaget for afgivelse af økonomisk mere fordelagtigt tilbud fra leverandørernes side har forvaltningen søgt at reorganisere kørselsmønsteret, således at antallet af kørsler i de travle morgen- og eftermiddagstimer mindskes og ledig kapacitet midt på dagen udnyttes bedre. Det er traditionelt dyrt at få kørsler i ydertimerne på grund af stor efterspørgsel. Endvidere foreslås det at der indføres en række "lukkedage" i forbindelse med højtider, hvor der erfaringsmæssigt er lav efterspørgsel på kørsel.

Det er opfattelsen at denne reorganisering af kørselsmønsteret vil medvirke til at nedbringe budgetbehovet i forbindelse med en fornyelse af kørselsaftalen.

Videre proces for udbud

Med udgangspunkt i den eksisterende kørselsordning, og de ovenfor skitserede ændringer, udarbejder forvaltningen endelig kravspecifikation.

Seniorrådet, som skal høres i forbindelse med ændringer i forhold, som vedrører den oplevede service for ældre, forelægges kravspecifikation med henblik på kommentering. Social- og Sundhedsudvalget får Seniorrådets kommentarer forelagt på mødet i november 2011. Efter udvalgets ønskes indarbejdes eventuelle ændringer i kravspecifikationen og udbudsmaterialet udsendes.

Kørslen har tidligere været udbudt som to delaftaler med henblik på at få flere mindre leverandører i spil. I forbindelse med genforhandling af den eksisterende aftale i 2010 blev volumen mindsket væsentligt. For at opnå stordriftsfordele med det reorganiserede kørselsmønster bør udbuddet gennemføres som ét samlet udbud.

Økonomiske konsekvenser

Forvaltningen har fået tydelige indikationer på, at der vil være penge at spare ved at reducere antallet af kørsler i ydertimerne på dagen. Endvidere vil man ved at indføre de ovenfor skitserede lukkedage kunne spare anslået 0,15-0,2 mio. kr. årligt. Et eventuelt budgetbehov afhænger af resultatet af udbuddet. Det vil være muligt at nedbringe en eventuel merudgiften til kørsel ved at hæve egenbetalingen til kørslen. Der kan tages stilling hertil, når resultatet af udbuddet kendes.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår,

1. at fremlagte serviceniveau godkendes og indarbejdes i udbuddet af kørsel.
2. at udbuddet gennemføres som ét samlet udbud.
3. at Seniorrådet forelægges revideret kørselsmønster og rådets eventuelle bemærkninger fremlægges for udvalget i november.

Social- og Sundhedsudvalget den 12. oktober 2011

Ad 1. Godkendt i dét aftalen skal rumme at de ældre ringes op inden de afhentes.

Ad 2. Godkendt.

Ad 3. Godkendt.

7.

Kapacitetsmodel på Fritvalg området

Sagsfremstilling

Forslag om ny kapacitetsmodel på fritvalgområdet.

Kapacitetsmodellen på fritvalgområdet (levering af praktisk hjælp og personlig pleje til borgere i eget hjem) bruges til at estimere det fremtidige ressourcebehov på området i takt med den demografiske udvikling. De budgetmæssige konsekvenser af modellen indgår årligt i forbindelse med andet anslået regnskab, hvor årets befolkningsprognose er endeligt kendt.

Kapacitetsmodellen er politisk bestemt til at skulle evalueres hvert tredje år. Modellen blev sidst godkendt af Social- og Sundhedsudvalget i 2008 og skal derfor revideres i 2011.

Modellen fra 2008 beregner det fremtidige budgetbehov med udgangspunkt i forrige regnskabsårs gennemsnitsomkostninger pr. visiteret borger. Gennemsnitsomkostningerne pr. borger sammenholdes efterfølgende med den demografiske udviklingen i befolkningsprognosen og på baggrund heraf beregnes det fremtidige ressourcebehov.

I kapacitetsmodellen er anvendt fire forholdsvist grove aldersintervaller - f.eks. dækker den anvendte aldersgruppe "85+" over relativt store aldersforskelle og dermed plejebehov hos borgerne. Årsagen til de anvendte aldersintervaller var it-tekniske begrænsninger, da modellen blev udarbejdet i 2008.

I forbindelse med budgetanalysen af ældreområdet i foråret 2011, blev der anvendt en ny kapacitetsmodel.

Til forskel fra 2008 modellen, indgår der nu flere aldersintervaller (fra 64 år bruges fem års intervaller), og der beregnes en mere enkel gennemsnitsomkostning på baggrund af alle borgere i aldersintervallet.

Modellen er derved ikke væsentlig forskellig fra den nuværende, men tager i højere grad hensyn til befolkningsudviklingen i de enkelte aldersgrupper og er mere simpel at anvende i praksis.

Forvaltningen vurderer derfor denne model til at være enklere og samtidigt mere retvisende, uanset at forskellene i estimaterne mellem de to modeller er meget begrænsede.

Tabel 1: Kapacitetsmodeller

Kapacitetsmodeller	2012	2013	2014	2015
2008 Model "Nuværende"	kr 110.301.765	kr 110.452.338	kr 110.756.854	kr 110.233.574
2011 Model "Ny"	kr 110.232.704	kr 110.212.843	kr 111.146.390	kr 110.444.840
Difference	kr (69.061,03)	kr (239.495,04)	kr 389.535,75	kr 211.265,85
Afvigelse i forhold til 2011 Budget	-0,06%	-0,22%	0,35%	0,19%

I 2012 betyder forskellen mellem de to modeller, at fritvalgområdet vil få tilført 69.061 kr. mindre ved anvendelse af den nye kapacitetsmodel, hvilket svarer til en ændring på 0,7 promille af det samlede budget i 2011.

Det samlede budget på frit valgområdet til afregning af Den Kommunale Leverandør og private leverandører udgør i 2011, efter 2. anslået regnskab, 111,3 mio. kr.

Økonomiske konsekvenser

Godkendes den nye kapacitetstilpasningsmodel er konsekvenserne uændrede i forhold til budgetanalysen på ældreområdet, j.f udvalgssag "Budgetanalyse Ældre" 17.08.2011, og ændringerne er indarbejdet i forbindelse med det administrative budgetforslag.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at udvalget godkender den nye kapacitetsmodel.

Social- og Sundhedsudvalget den 12. oktober 2011

Godkendt.

8.

Kommissorium for Ældrestrategi og fremlæggelse af forebyggelsesanalyse

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen opstarter arbejdet med at formulere en strategi for det gode ældreliv og fremlægger hermed et projektgrundlag for arbejdet, der er udsendt til udvalgets medlemmer.

Ældrestrategien er en del af direktionens virksomhedsplan for 2011 og indgår som ét af elementerne i "Nye veje i velfærdsproduktionen". Direktionens virksomhedsplan er godkendt i Økonomiudvalget i februar 2011.

Strategien skal danne prioriteringsgrundlag for den fortsatte kvalitetsudvikling samt effektivisering af ældreområdet.

Projektet skal munde ud i en strategiplan, hvor der er udvalgt kvalitative fokusområder med tilknyttede konkrete indsatser, der kan understøtte organisationen i at holde fokus på disse emner. Strategien kan således give en tværgående sammenhæng i de mange ydelser, som ældreområdet udfører, samt skabe grundlag for en prioritering af indsatsen i ydelserne.

Strategien skal ses som den aktuelle konkretisering af visionen i Lyngby-Taarbæk Kommunes ældrepolitik:

"Lyngby-Taarbæk Kommune skaber rammerne for, at de ældre borgere kan leve et godt og trygt liv med trivsel og livskvalitet – og dermed får flest mulige gode år".

Strategien udarbejdes gennem en proces med inddragelse af medarbejderne, borgerne, civilsamfundet og politikerne. Processen beskrives nærmere i projektgrundlaget.

Ældrestrategien vil bygge på den nyeste forskning og viden inden for fokusområderne forebyggelse, velfærdsteknologi og inddragelse af frivillige samt kommunens egne erfaringer med "træning før varig hjælp".

Derudover udgør forvaltningens egen forebyggelsesanalyse et vigtigt vidensgrundlag for strategiarbejdet ligesom de politiske principper der er vedtaget - eksempelvis i relation til fremtidens plejeboliger.

Forebyggelsesanalysen

Forebyggelsesanalysen er udgangspunktet for det faglige grundlag for Ældrestrategiens fokus på forebyggelse. Kommissoriet for denne analyse blev godkendt i Social- og Sundhedsudvalget i februar 2010. Forebyggelsesanalysen er udsendt til udvalgets medlemmer.

Analysen kortlægger den eksisterende forebyggelsesindsats for ældre borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune og holder denne indsats op mod erfaringer fra andre studier.

I analysen konkluderes at følgende fem principper bør indgå i en strategi:

- Indsatser bør kombinere effekter inden for fysisk træning, mental og social sundhed.
- Hensyntagning til at køn og civilstand har betydning for deltagelse i aktiviteter og sundhed.
- Medarbejderne bør inddrages og udvikles til at indtænke træning i plejen.
- Frivillige foreninger skal indtænkes i forebyggelsesaktiviteter.
- Effekten og kvaliteten af de forebyggende indsatser bør i højere grad koordineres og dokumenteres i kommunen.

Det strategiske arbejde med implementering af analysens resultater løftes over i arbejdet med ældrestrategi.

Økonomiske konsekvenser

Udgifterne til ældrestrategien afholdes inden for ældreområdet rammer.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at udvalget godkender projektgrundlaget for ældrestrategien og tager analysen af den forebyggende indsats på ældreområdet til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 12. oktober 2011

Sagen udsættes med henblik på en øget politisk involvering.

Godkendelse af kommissorium for udarbejdelse af ny frivillighedsstrategi for Lyngby-Taarbæk Kommune

Sagsfremstilling

Indledning og baggrund

Lyngby-Taarbæk Kommune besluttede i 2008 at indgå i et udviklingsprojekt om nye veje i inddragelsen af frivillige i den kommunale opgaveløsning - med Lundgårdskonsulenterne og tre andre kommuner, støttet af det daværende Velfærdsministerium og Momsfondet.

Formålet med projektet var at få afprøvet nye måder for inddragelse af frivillige i kernen af den kommunale opgaveløsning. Projektet er afsluttet og evalueret i starten af 2011 og dokumenteret i dels en samlet evalueringsrapport for alle fire kommuners projekter, dels en lokal evalueringsrapport for Lyngby-Taarbæk Kommune projekterne. Rapporterne har været forelagt til politisk behandling og drøftelse i foråret 2011, ligesom de lokale projekter også er dokumenteret i en film, der er færdiggjort i juni 2011.

I anledning af frivillighedsåret i 2011 og som opfølgning på Lundgårdprojektet er der efterfølgende i august 2011 afholdt et seminar for Kommunalbestyrelse, forvaltning samt repræsentanter for frivillighedsområdet. Formålet med seminaret var at få drøftet erfaringerne fra Lundgårdprojektet og fremadrettet få diskuteret muligheder og perspektiver for det frivillige arbejde i Lyngby-Taarbæk Kommune – der kan indgå i formuleringen af den nye frivillighedsstrategi, som blev politisk bestilt i 2009 med budgetaftalen for 2010.

I september 2011 blev opsamlingen og forslagene fra frivillighedsseminaret i august 2011 udsendt til Kommunalbestyrelsen til orientering med oplysning om, at der på oktobermøderne ville blive fremlagt et forslag til det videre arbejde med udarbejdelse af en ny frivillighedsstrategi, der omfatter hele det kommunale opgaveområde – og ikke kun det frivillige sociale arbejde, som er hægtet op på frivillighedsmidlerne i henhold til Serviceloven.

På denne baggrund er der udarbejdet vedlagte forslag til kommissorium for arbejdet med udarbejdelse af en ny frivillighedsstrategi, der udover ovennævnte elementer bygger videre på de mange gode erfaringer, der allerede er gjort med frivillig indsats – både inde på matriklen i de kommunale institutioner og de mange ildsjæle, som arbejder med frivillighed på kryds og tværs i Lyngby-Taarbæk Kommune, uden offentlig støtte og på egne præmisser.

Organisering af processen med udarbejdelse af en ny frivilligstrategi

For at signalere politisk prioritering af opgaven – og fordi de politiske nøglespørgsmål, som beskrives nedenfor kræver en tæt politisk involvering i processen – foreslås det, at arbejdet med udarbejdelse af en ny frivilligstrategi organiseres og forankres i et § 17,4 udvalg.

Af styrelseslovens § 17, stk. 4 fremgår det således:

”I øvrigt kan kommunalbestyrelsen nedsætte særlige udvalg til varetagelse af bestemte hverv eller til udførelse af forberedende eller rådgivende funktioner for kommunalbestyrelsen, økonomiudvalget eller de stående udvalg.

Kommunalbestyrelsen bestemmer de særlige udvalgs sammensætning og fastsætter regler for deres virksomhed.”

I udvalget foreslås der repræsentation af både politikere og repræsentanter for frivillighedsområdet. Konkret foreslås § 17,4 udvalget sammensat på følgende måde:

- Udvalgsformændene for alle fagudvalg og Økonomiudvalget
- Der udpeges derudover 4 medlemmer fra frivillighedsområdet på følgende måde: 2 medlemmer udpeges af Frivilligcentret, 1 af Folkeoplysningsudvalget og 1 af Integrationsrådet.

Formanden for § 17,4 udvalget udpeges af og blandt kredsen af udvalgsformænd.

Der kan efter behov indkaldes personer fra både den kommunale forvaltning, decentrale ledere, frivillighedsområdet samt andre relevante områder til nærmere belysning af udvalgte problemstillinger.

§ 17,4 udvalget sekretariatsbetjenes af Børne- og Fritidsforvaltningen og Social- og Sundhedsforvaltningen. Børne- og Fritidsdirektøren er referencedirektør på opgaven og udvalgssekretær for § 17,4 udvalget.

§ 17, stk. 4 udvalget referer til Økonomiudvalget.

Der etableres endvidere en *følgegruppe* bestående af 10 repræsentanter fra frivillighedsområdet, som kan bl.a. kan bidrage til idéudvikling og -afprøvning i forhold til § 17,4 udvalget – og som kan inddrages ad hoc. Følgegruppens medlemmer rekrutteres via annonceres og udpegning, så de dækker et bredt udsnit af gruppen af frivillige.

§ 17,4 udvalgets opgave og kommissorium

I den politiske sag om Civilsamfundsprojektet fra juni 2011 blev der defineret tre politiske nøgleudfordringer:

- Medborgerskabsbegrebet
- I kernen eller i periferien af den kommunale opgaveløsning?
- Er der potentiale for en større frivillig indsats og hvordan bliver potentialet

sat i spil?

§ 17,4 udvalgets opgave er i forlængelse af den politiske bestilling fra 2009, erfaringerne fra Lundgårdprojektet og det eksisterende frivillige arbejde, samt inputtene fra seminaret i august følgende:

- Udarbejdelse af en ny frivilligstrategi, som fastlægger Lyngby-Taarbæk Kommunes vision, mål, rammer og holdninger til frivilligt arbejde – både indenfor og udenfor den kommunale opgaveløsning
- I strategien at få håndteret og besvaret de tre ovennævnte politiske udfordringer, således at der skabes klare politiske rammer omkring det frivillige arbejde i Lyngby-Taarbæk Kommune
- At komme med forslag til, hvordan frivillige kan sikres en lettere adgang til at blive frivillig i Lyngby-Taarbæk Kommunes institutioner, skoler, ældrecentre, det tekniske område, administration mv.
- At belyse og overveje - hvorvidt midlerne til frivilligt socialt arbejde, folkeoplysningens start- og udviklingsmidler samt de boligsociale midler – lovligt og med fordel kan samtænkes og indgå som økonomisk støtte til bredere frivillige aktiviteter
- At overveje, hvordan der kan skabes en fælles ”værktøjskasse”/checkliste for, hvordan inddragelse af frivillige i den kommunale opgaveløsning håndteres.

Udarbejdelsen af strategien betyder ikke, at det allerede velfungerende frivillige arbejde i kommunen sættes på stand by, mens strategien udarbejdes. Dette arbejde fortsætter naturligvis sideløbende.

§ 17,4 udvalget skal have færdiggjort sit arbejde med udarbejdelse af et forslag til frivillighedsstrategi senest den 1. april 2012.

Økonomi

Forslaget til ny frivilligstrategi forudsættes udarbejdet indenfor de eksisterende økonomiske rammer.

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen, jf. Den Kommunale Styrelseslovs § 17,4.

Indstilling

Forvaltningen foreslår,

at udkast til kommissorium for udarbejdelse af en ny frivillighedsstrategi for Lyngby-Taarbæk Kommune godkendes.

Social- og Sundhedsudvalget den 12. oktober 2011

V og O stiller forslag om at kommunalbestyrelsesmedlemmer til udvalget udpeges

efter D'Hondts fordelingsmetode således at alle partier får mulighed for at blive repræsenteret (11 medlemmer).

For stemmer 4 (V og O)

Imod stemmer 3 (C, A og F)

C, A og F henholder sig til beslutningen fra Udviklings- og Strategiudvalgets møde den 11. oktober 2011, hvor det foreslås, at sammensætningen af udvalget ændres til, at der vælges en fra hvert parti til § 17,4-udvalget, 2 udpeges fra Folkeoplysningsudvalget og 2 fra Frivillighedscenteret.

10.

Drøftelse af handicapområdet

Medlemmer af kommunalbestyrelsen Curt Købsted (O) og Jørn Moos (UP) begærer sag optaget på det kommende møde i Social- og Sundhedsudvalget.

Vi ønsker på udvalgmødet i Social- og Sundhedsudvalget en grundig drøftelse af handicapområdet - set i lyset af besparelserne, der var foreslået op til budgettet.

Baggrunden for vort ønske er en række borgersamtaler og møder i Handicaprådet i forbindelse med budgettet.

Vi har fået beskrivelser "af de næsten katastrofale følger", som besparelsesforslagene - og begrænsningen af kørsel jfr. Servicelovens § 117 medfører/vil medføre for vore svage handicappedes sociale liv.

Social- og Sundhedsudvalget den 12. oktober 2011

Udvalget drøftede sagen og emnet tages op i forbindelse med sag om opfølgning på budgetforlig.

11.

Til orientering for udvalgets medlemmer oktober 2011

- 1.1 Status Sundhedsaftale 2011 - 2014
- 1.2 Projekt bydelsmødre i Lyngby- Taarbæk
- 1.3 Projekt uddannelse i medborgerskab
- 1.4 Udbud af indkøbsaftaler

Social- og Sundhedsudvalget den 12. oktober 2011

Taget til efterretning.

NOTAT
om
Koncept for dialogmødet i Lyngby-Taarbæk Kommune

I dette notat beskrives indledningsvist koncept, formål mm. vedrørende dialogmødet på udsatteområdet i Lyngby-Taarbæk Kommune. Desuden beskrives forslag til program for det første dialogmøde som foreslås afholdt på Stadsbiblioteket mandag den 21. november 2011 fra kl. 16.00 til kl. 18.30 omkring temaet: Psykisk sygdom i Lyngby-Taarbæk – udfordringer og muligheder”.

I det følgende skitseres dialogmødet i relation til:

1. Konceptet
2. Formålet
3. Målgruppen
4. Deltagerkredsen
5. Det indholds- og opfølgingsmæssige ansvar for dialogmødet
6. Sted, tid og ressourcer

Konceptet

Lyngby-Taarbæk Kommunes dialogmøder på udsatteområdet går ud på at skabe borgerinddragelse og dialog via opsøgende, tematiserede møder fx i forhold til emnet psykisk sygdom, misbrug eller ensomhed i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Møderne er opsøgende i og med at politikerne inviterer en borger/brugergruppe til dialog på et bibliotek, i en institution eller et lignende sted hvor dialog med borgere og pårørende tænkes mulig.

Formålet

Formålet med det nye inddragelsesforum på udsatteområdet er at kvalificere Lyngby-Taarbæk Kommunes nuværende kontakt og dialog med borgere berørt af social udsathed. Dialogmøderne skal således udvide politikernes forståelser i forhold til, hvordan mødet med kommunen og dens tilbud opleves set fra borgernes og de pårørendes perspektiv.

Målet er at politikere og kommunalt ansat personale får mere viden om kommunens styrker og forbedringsområder. Hensigten er, at ideer, synspunkter og lignende fra dialogmødet bliver anvendt som inspiration, når politikerne skal foretage prioriteringer.

Målgruppen

Målgruppen afhænger af det valgte tema. Fx er temaet for første dialogmøde psykisk sygdom og den sygdomsramte og de pårørendes møde med kommunen, hvorfor deltagerkravet er, at man har bopæl i kommunen og psykisk sygdom inde på livet enten som patient og borger eller som pårørende til en sygdomsramt.

Foruden sindslidende er de mest relevante målgrupper i Lyngby-Taarbæk Kommune primært fattige, misbrugere og hjemløse.

Deltagerkredsen

Deltagerkredsen omfatter ovenstående målgrupper, men tænkes i øvrigt sammensat ad hoc i forhold til det konkrete tema. Deltagerne vil fx kunne omfatte borgere, pårørende, udvalgs- politikere og fagpersoner fra kommunen.

Det indholds- og opfølgingsmæssige ansvar for dialogmødet

Det er Social- og Sundhedsudvalgets formand, som har det indholdsmæssige samt det opfølgingsmæssige ansvar for dialogmøderne. Der er ingen krav til, hvordan opfølgningen skal være. Fx kan opfølgningen tilrettelægges som en artikelserie i Det Grønne Område med forklaring af nye arbejdsgange eller lignende, som er blevet forbedret som følge af dialogmødet.

Af hensyn til at muliggøre aktiv deltagelse anbefales, at processen styres af en procesleder og at diskussionerne i mindre grupper understøttes af en facilitator.

Det vil være en god ide at bruge tid på at tale om ”spillereglerne” på dialogmødet. Formålet er at skabe tryghed omkring det at sige noget på mødet.

Sted, tid og ressourcer

Sted

Mødets fysiske sted tilpasses til det valgte tema. Det væsentlige er, at der vælges et sted, hvor kommunen har en forestilling om, at dialog med målgruppen er mulig.

Tid

Der benyttes 2½ time på et dialogmøde med henblik på:

- 1) At forhandle ’kontrakten’ dvs. introducere og aftale spilleregler
- 2) Diskussion i mindre grupper
- 3) Fælles opsamling og aftale i forhold til det videre forløb

Ressourcer

Det skønnes, at udgifter til forplejning årligt vil andrage ca. 5.000 kr.

Program for dialogmøde om:

”Psykisk sygdom i Lyngby-Taarbæk – Mødet med kommunen”.

Målgruppe: Borgere og pårørende berørt af psykisk sygdom

Deltagere: Borgere og pårørende berørt af psykisk sygdom, politikere i Lyngby-Taarbæk Kommune og kommunalt ansatte på social- og sundhedsområdet

Vært: Social- og Sundhedsudvalgets formand Sofia Osmani

Sted: Bibliotekssalen på Stadsbiblioteket

Tid: Torsdag den 24. november fra kl. 16.00 til kl. 18.30

Program

Kl. 16.00 – 16.20 Velkomst/v. Sofia Osmani, Social – og Sundhedsudvalgsformand

Kl. 16.20 - kl. 16.35 Introduktion til dialogmødet

Kl. 16.35 – 17.35 Diskussion i mindre grupper omkring foreslåede temaer

Kl. 17.35 – 18.30 Opsamling og aftale omkring det videre forløb

NOTAT
om
Status på Akuttilbud

Social- og Sundhedsudvalget godkendte på udvalgsmøde i maj 2010, at der blev søgt midler via satspuljen til finansiering af et forsøg med akuttilbud til sindslidende i Lyngby-Taarbæk Kommune. Projektansøgningen blev bevilget og akuttilbuddet blev etableret i sommeren 2010 og officielt indviet den 8. november 2010.

På landsplan er der via satspuljen bevilget midler til forsøg med syv akuttilbud over fire år, heraf er seks tilbud startet op ved udgangen af 2009 og dog først kommet rigtig i gang i foråret 2010. Akuttilbuddet i Lyngby-Taarbæk Kommune startede som det syvende projekt først op medio 2010.

Formålet med forsøget er at afprøve forskellige modeller til at hjælpe borgere i en akut psykisk krise i nærmiljøet. Akuttilbuddene skal på den baggrund yde en indsats i pludseligt opståede situationer, der kræver umiddelbar handling for at hindre, at den sindslidende psykiske tilstand forværres.

Servicestyrelsen har – hos NIRAS Konsulenterne – fået udarbejdet en tværgående midtvejsevaluering af de syv forsøgsprojekter for at få samlet op på de erfaringer, der er på nuværende tidspunkt og sikre løbende læring undervejs i projekterne.

Der er i midtvejsevalueringen sat fokus på hele opstartsprocessen, herunder organisering af og metoder i akuttilbuddene, kendskab til akuttilbuddenes eksistens samt på tilbuddenes brugergrupper og resultater for brugerne.

Akuttilbuddet i Lyngby-Taarbæk Kommune har i et statusnotat ligeledes redegjort for akuttilbuddets virke og foreløbige erfaringer med betydningen af tilbuddets indsats.

Med udgangspunkt i midtvejsevalueringens anbefalinger redegøres i det følgende for hhv. midtvejsevalueringens konklusioner og anbefalinger til fremadrettede indsatser og prioriteringer koblet med Akuttilbuddet i Lyngby-Taarbæk Kommunes erfaringer og indsatser. Indledningsvist redegøres for de foreløbige resultater eller betydning for borgerne.

Resultat for brugerne

Et væsentligt succeskriterium er, at tilbuddenes skal bruges og at akuttilbuddene kan tilbyde muligheden for mindre indgribende tilbud til mennesker med sindslidelser med akutte behov. Evalueringen peger på,

- at næsten alle akuttilbud på nuværende tidspunkt har uudnyttet kapacitet i forhold til alle funktioner (akuttefon, rådgivning i tilbuddet, udgående rådgivning, og overnatning).
- at akuttilbuddene har succes med at understøtte brugere i en positiv udvikling gennem omsorg, rådgivning og vejledning i konkrete mestningsstrategier

- at den omsorg og tryghed tilstedeværelsen af akutt tilbuddet giver, i flere tilfælde indebærer, at der kan skæres ned i medicinering.

Det er samtidig vurderingen hos repræsentanter fra såvel behandlingspsykiatrien som distriktpsychiatrien, at akutt tilbuddene forebygger unødvendige indlæggelser. Dette kan dog ikke bekræftes i konkrete data, idet dette er meget vanskeligt. .

Et andet succeskriterium er, at akutt tilbuddet skal bidrage til at skabe bedre sammenhæng i indsatsen for sindslidende med akutte problemer. Erfaringerne viser, at

- idet de fleste socialpsykiatriske tilbud såsom SKP- og bostøtteordningen kun er bemandet i dagtimerne, er akutt tilbuddet i mange tilfælde med til at sikre, at der bliver et overlap. Dog er der behov for at styrke samarbejdet for at sikre overdragelse af borgere til andre aktører.

Konkret har 400 borgere været i kontakt med Akutt tilbuddet i Lyngby-Taarbæk Kommune siden november 2010. Aktuelt er der udarbejdet kriseplaner for 110 borgere, hvilket er mere intense rådgivningsforløb. Det er oplevelsen, at antallet af henvendelse fra borgere med behov for hjælp og rådgivning er støt stigende og der dermed er et reelt behov for Akutt tilbuddets indsats.

- *Prioriterer udbredelsen af kendskab til akutt tilbud til nye brugere*

Evalueringen peger på, at der fortsat er behov for at kendskabet til akutt tilbuddet blandt potentielle brugere, idet akutt tilbuddenes kapacitet endnu ikke er fuldt udnyttet. Hovedparten af tilbuddene er organisatorisk koblet til eksisterende psykiatriske tilbud. Det giver på den ene side den fordel, at de er mere synlige hos allerede kendte brugere og samarbejdspartnere, men samtidig er der en risiko for, at andre potentielle brugere afholder sig fra at bruge tilbuddet af frygt for stigmatisering.

I midtvejsevalueringen anbefales det, at der anvendes forskellige metoder til markedsføring og forskellige tilgange, der er målrettet forskellige potentielle brugere og samarbejdspartnere, eks. gennem etablering af tættere samarbejde med behandlings- og socialpsykiatriske tilbud, så information om og inddragelse af akutt tilbuddet i højere grad bliver indarbejdet i arbejds gange og procedurer.

Akutt tilbuddet i Lyngby-Taarbæk arbejder løbende på at udbrede kendskabet til Akutt tilbuddet, hvilket bl.a. sker gennem informationsmøder, omtale i pressen og Akutt tilbuddets egen hjemmeside. Akutt tilbuddet deltager i samarbejds møder i forvaltnings regi mellem de eksisterende socialpsykiatriske tilbud i kommunen og distriktpsychiatrien. Endvidere er Akutt tilbuddet i dialog med behandlingspsykiatrien for at tilbyde Akutt tilbuddet som kontakttled i forbindelse med udskrivelser fra hospitalet.

Akutt tilbuddet prioriterer bl.a. at komme ud på ungdomsuddannelsesstederne i kommunen for at gøre opmærksom på sig selv og bidrage til at sikre muligheden for en tidlig og forebyggende indsats i forhold til sårbare unge mennesker. Endvidere søger Akutt tilbuddet at deltage i forskellige arrangementer for på den måde at udbrede kendskabet og opmærksomheden på tilbuddet.

- *Fasthold fokus på kernemålgruppen*

Midtvejsevalueringen peger på, at der i nogle forsøgsprojekter været et lille skred i, hvem projekterne tænker ind som en del af målgruppen i forhold til den egentlig målgruppe, nemlig sindslidende borgere i eget hjem- dvs. allerede kendte brugere. Når tilbuddene oplever større efterspørgsel, anbefales det, at tilbuddene forstår at holde fokus på kernemålgruppen og diskutere retningslinjer for, hvordan indsatsen og ressourcerne prioriteres bedst muligt.

I Akuttilbuddet er tre målgrupper prioriteret for at bidrage til at sikre en så bedre og forebyggende indsats som muligt. Det vedrører:

1. borgere, der i forvejen er kendte i psykiatrien
2. borgere, som har været indlagt i behandlingspsykiatrien, og er kommet tilbage på arbejdsmarkedet, men kan have brug for støtte en gang imellem og endelig
3. borgere, som endnu ikke har været i kontakt med psykiatrien.

- *Intensiver indsatsen med at etablere og dyrke det brede netværk samt styrk information og orientering til potentielle samarbejdspartnere for at sikrer en fast og udbytterig samarbejdsrelation*

Flere forsøgsprojekter mangler at lave en systematisk kortlægning af, hvilke aktører der er særligt relevante at inddrage i det brede netværk omkring tilbuddet. I midtvejsevalueringen pointeres det, at det er vigtigt at dyrke og vedligeholde netværk og samarbejdsrelationer til relevante samarbejdspartnere.

Gennem sammensætning af en følgegruppe med repræsentanter fra bl.a. UUNord, Integrationsrådet, Den Sociale Konsulentordning, Distrikpsykiatrien, og Lyngby Almennyttige Boligselskab søger Akuttilbuddet på den ene side at udbrede kendskabet til Akuttilbuddet og på den anden side, at få ideer og inspiration til indsatsen i Akuttilbuddet.

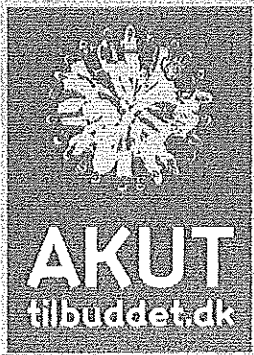
Det er endvidere erfaringen at samarbejdet naturligvis løbende skal dyrkes, men også at det i høj grad bidrager til at sikre bred forståelse for den fælles koordinering af indsatsen for den enkelte borger.

- Skab opmærksom om gode erfaringer, del erfaring og læring løbende og beskriv succesopskrifter Afslutningsvist anbefales det, at de syv forsøgsprojekter i de sidste halvandet år står over for nogenlunde de samme udfordringer ift. udvidelse af brugergruppen, etablering af samarbejdsrelationer med behandlingspsykiatri og øvrige væsentlige aktører samt udarbejdelser af planer for forankring. Der kan dermed med fordel spares på tværs af projekterne og udveksles gode råd, der kan kvalificere akuttilbuddene og skabe større grobund for, at de gode erfaringer bliver forankrede.

Akuttilbuddets bevilling løber frem til slutningen af 2012 og selvom projektet kun har været i gang i knap et år, bør det allerede nu overvejes, hvorvidt og hvordan Akuttilbuddet skal forankres i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Som grundlag herfor har Akuttilbuddet udarbejdet et spørgeskema til alle borgere, der har været i kontakt med Akuttilbuddet, for på den måde at kunne indsamle erfaringer og vurderinger blandt brugerne af tilbuddet og følge borgerens udvikling over en etårig periode. Det er forventningen, at der kan udarbejdes en opsamling herpå i foråret 2012.

Mette Marie Juul



Akuttillbuddet i
Lyngby-Taarbæk Kommune
Slotsvænget
Slotsvænget 23 A
2800 Kgs. Lyngby

Lyngby d. 10. august 2011

Status for Akuttillbuddet i Lyngby-Taarbæk Kommune

For enden af Slotsvænget i Bondebyen i Lyngby finder man et af syv landsdækkende akuttillbud. Alle borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune kan få hjælp til håndtering af akutte psykiske kriser ved at kontakte Akuttillbuddet.

Der er åbent døgnet rundt alle ugens dage. Borgerne kan ringe, maile, sende en sms, få en personlig snak i Akuttillbuddet eller i borgerens hjem, og der er mulighed for at overnatte.

Tillbuddet blev indviet af borgmester Søren P. Rasmussen D. 8. november 2010, og siden da har mere end 400 borgere været i kontakt med Akuttillbuddet.

Resultater

Stort set alle borgere, der har været i kontakt med Akuttillbuddet, giver udtryk for at have fået støtte til at få løst den akutte krise. I de tilfælde, hvor vi har været nødt til at henvise borgeren videre til andre systemer, har de givet udtryk for at det var en god hjælp. Vi vurderer også selv, at vores indsats hjælper borgerne til at løse den akutte krise og i mange tilfælde giver dem bedre forudsætninger for at håndtere fremtidige kriser selv.

For at samle op på effekten af vores indsats og for at få tilbagemeldinger på, hvordan borgerne oplever kontakten med Akuttillbuddet, har vi udviklet et spørgeskema til alle borgere der har været i kontakt med Akuttillbuddet. Med spørgeskemaet følger vi borgeren og borgerens udvikling over en etårig periode efter første kontakt med Akuttillbuddet.

Af de foreløbige besvarelser kan vi se at alle de borgere som har udfyldt skemaet, oplevede at akuttillbuddet var med til at løse krisen, at hjælpen var lettilgængelig, at der blev lyttet til borgeren, at borgeren blev inddraget, og at borgeren ville anbefale Akuttillbuddet til andre. Dette er foreløbig baseret på ret få besvarelser, da vi kun har haft skemaet i brug de sidste 2 måneder, men det er ikke desto mindre et positivt resultat.

Forankring

Akuttilbuddet er finansieret af Satspuljen, og bevillingen udløber den 31. december 2012. Selvom projektet kun har været i gang i et år, er det således nødvendigt allerede nu at lægge en forankringsstrategi.

Det er vores vurdering at Lyngby-Taarbæk Kommune vil have fordel af at fortsætte Akuttilbuddet efter projektperioden, både af kvalitetsmæssige og af økonomiske årsager. Det vil kræve en investering i tilbuddet, men til gengæld vil Kommunen kunne tilbyde sine borgere en unik ydelse der både kan forhindre personlige tragedier og spare Kommunen for udgifter til indlæggelser på kort sigt og forsørgelse og mistede skatteindtægter på langt sigt.

Det er selvfølgelig afgørende for projektets forankring at der er politisk opmærksomhed på projektets resultater. Vi vil derfor godt invitere Social- og Sundhedsudvalget til at være med til at tænke en forankringsstrategi for projektet allerede nu.

Hvorfor akuttilbud?

Fra internationalt hold ved man, at det er helt centralt at borgere nemt og uden ventetid kan få adgang til hjælp i forbindelse med akut opståede kriser, og at der er mulighed for anonymitet.

Nem adgang til hjælp i en akut krise kan være med til at forebygge en forværring af situationen og tab af tilknytning til de ting i livet, som er vigtige for det enkelte menneske. Der er således sund fornuft i at have akuttilbud både set ud fra et rent menneskeligt og et samfundsøkonomisk perspektiv.

15-20 % af en ungdomsårgang får ikke en ungdomsuddannelse, og det er en akilleshæl for fremtidens velfærdssamfund. Ifølge vurderinger fra Ungdommens Uddannelsesvejledning, som skal hjælpe de unge videre i forhold til uddannelse, har op til halvdelen af denne gruppe unge psykiske problemer, og de får ikke megen hjælp til at håndtere problemerne og komme videre med deres ungdomsliv.

Ifølge WHO vil 20 % af befolkningen opleve en psykisk krise i løbet af deres liv, og 75 % vil opleve den inden de er fyldt 25 år.

Vi møder i Akuttilbuddet flere og flere unge i en psykisk krise og kan allerede nu konstatere at vores indsats er medvirkende til at de unge kan fastholde deres uddannelse. Hvis vi antager at vores indsats er med til at forebygge at ét ungt menneske mister tilknytning til uddannelse og/eller arbejdsmarkedet og kommer til at leve 40 år på en social pension, har vi været med til at spare samfundet for adskillige millioner skatte kroner.

Kriseplan

Akuttilbuddet bygger på en forståelse af at psykiske problemer har relation til oplevelser i livet, og ser de psykiske problemer som tegn på en krise.

Når borgeren kontakter Akuttilbuddet, vil han eller hun blive tilbudt en kriseplan, hvor en medarbejder sammen med borgeren undersøger dennes situation og finder frem til nogle mål for, hvordan borgeren ønsker det skal se ud om 5 dage.

Kriseplanen er udviklet på baggrund af erfaringer og viden fra det internationale netværk som de psykiatriske aktører i Lyngby-Taarbæk Kommune er en del af (IMHCN). Kriseplanen trækker på viden om at der er fem områder af selvet, som er helt centrale i forbindelse med at komme sig fra såvel akutte kriser, som længerevarende psykiske problemer.

En del af kriseplansarbejdet er derfor en undersøgelse af de fem områder:

- **Individets kapacitet til at passe på sig selv:** Det handler om at have en bolig, få daglig mad og drikke, søvn m.m.
- **Individets netværkssituation:** Er der personer som kan hjælpe, og er der nogen som er afhængige af hjælp fra mennesket i krise
- **Personens evne til at rumme og give udtryk for sine følelser:** Er der vrede, sorg, tristhed osv. Hvordan håndteres det, og hvad gør det ved personen?
- **Personens forståelse af sig selv og sin situation:** Hvordan er situationen opstået, hvilken indflydelse har personen selv på den, og hvilken indflydelse har andre på den?
- **Personens evne til at tage ansvar for livet:** Oplever personen selv et ansvar for sit liv og sin situation, og evner personen at handle i forhold til det?

Mennesket i krise vurderer selv (sammen med en medarbejder fra Akuttilbuddet) hvor godt han eller hun synes det ser ud på de fem områder. Efter dette formulerer borgeren nogle mål for hvordan han eller hun ønsker at situationen skal se ud om fem dage. Det kan fx handle om at kunne sove, at opleve ro, at få mere kontrol over stemmerne eller at være mindre plaget af angst.

Det næste skridt er at se på fundamentet, dvs. hvordan ser det ud nu og her. Forskellen mellem nu og her og målet for hvordan det skal se ud om fem dage, skaber energien til at handle på situationen. Det næste skridt er at undersøge hvordan der kan opbygges styrke. Det kan handle om at få sovet, få beroligende kropsbehandlinger, dyrke motion, få mad m.m. Det næste skridt er at undersøge hvem der skal involveres for at kunne løse situationen. Det kan både handle om personer fra det private netværk og om kommunale sagsbehandlere, arbejdsgivere m.fl. Endelig formuleres mål for de enkelte dage, og handling sættes i værk.

Rigtig mange borgere har også brug for hjælp til at få en god kontakt til en kommunal sagsbehandler i forhold til bolig, økonomi og deres beskæftigelsesmæssige fremtid. Her kan en kort, men håndholdt indsats være med til at forebygge, at krisen udvikler sig.

I nogle tilfælde er indsatsen i akuttilbuddet helt kortvarig. I andre er det nødvendigt med henvisning til et andet tilbud i kommunen eller i behandlingspsykiatrien.

Servicestyrelsen har udvalgt kriseplanen til den model som alle akuttilbud skal arbejde efter i den resterende projektperiode.

Målgruppen

Målgruppen er borgere i egen bolig, uanset om de tidligere har været i kontakt med psykiatrien, eller det er første gang, de oplever en akut krise.

Gennemsnitsalderen for personer der søger hjælp i Akuttilbuddet i Lyngby-Taarbæk Kommune er ca. 40 år. Der kommer lidt flere kvinder end mænd, og halvdelen har tidligere været i kontakt med psykiatrien. Manglende overblik over økonomien, svækket tilknytning til uddannelse og arbejdsmarkedet, problemer med familien og misbrug af alkohol eller hash er nogle af de ting, der er med til at stresser og skabe uro hos borgerne. Ofte kan en hurtig indsats her være med til at forebygge hospitalsindlæggelser og at folk mister deres job eller må forlade uddannelse.

Opfølgning og dokumentation

Akuttilbuddet i Lyngby bliver evalueret af en ekstern evaluator sammen med de 6 andre akuttilbud i Danmark. Servicestyrelsen står for en evaluering af de syv akuttilbud og for at pege på "best practice." Det er ikke en evaluering som går i dybden med hvordan indsatserne støtter den enkelte borger i at få løst sin krise og komme videre med livet.

Akuttilbuddet i Lyngby-Taarbæk Kommune har derfor selv udviklet en model til dokumentation af de ydelser vi leverer. Modellen er udviklet i Akuttilbuddets styregruppe med inddragelse af Kommunens forebyggelseskonsulent. Der er to spor i modellen:

- Der indhentes samtykkeerklæring fra 20 borgere for at kunne dykke ned i deres journaler om et år og undersøge deres forbrug af ydelser fra kommunen sammenlignet med året inden.
- Alle borgere tilbydes opfølgningssamtaler 1, 6 og 12 måneder efter at krisen er løst. Samtalerne følger et spørgeskema, som dels forholder sig til borgerens nuværende sociale og følelsesmæssige situation, og som dermed kan sammenlignes med situationen ved krisens udbrud, dels stiller spørgsmål til borgerens oplevelse af kontakten med Akuttilbuddet og effekten af det.

Interessen for denne løsning er stor blandt de øvrige 6 akuttilbud i Danmark og skemaer er derfor sendt hertil.

Som nævnt kan vi allerede nu se af de spørgeskemaer der er udfyldt, at borgerne er meget glade for den hjælp de får i Akuttilbuddet.

Branding

Vi arbejder løbende på at udbrede kendskabet til Akuttilbuddet, da et godt kendskab i befolkningen er med til at sikre den lette tilgængelighed, som er helt central for at kunne yde en tidlig, forebyggende og mindst muligt indgribende hjælp. Formidling sker både gennem informationsmøder, omtale i pressen og via vores hjemmeside.

Akuttilbuddet har været omtalt to gange i Det Grønne Område og har desuden været nævnt i andre medier (fx PsykiskSårbar.dk). På hjemmesiden har vi samlet avisartikler om Akuttilbuddet (www.akuttilbuddet.dk/avisartikler-om-akuttilbuddet).

Vi har netop fået lavet en ny hjemmeside, hvor vi bevidst har valgt et design og en information, som skaber den største identifikationsmulighed.

Endelig er det af afgørende betydning at centrale aktører i kommunen er med til at udbrede kendskabet og meddele det til os, når de får ideer til, hvordan vi kan komme endnu længere ud med budskabet.

Satspuljen

De syv akuttillbud er etableret i Esbjerg, Hedensted, Hjørring, Faaborg-Midtfyn, Holbæk, Lyngby-Taarbæk og Rødovre/Herlev Kommune. 133.6 mio. kr. blev via satspuljen for 2008 afsat til akuttilluddene over fire år (2009-2012). Formålet er at afprøve forskellige modeller til at hjælpe borgere i en akut psykisk krise i nærmiljøet.

Organisering i Lyngby-Taarbæk Kommune

Akuttilluddet i Lyngby-Taarbæk Kommune er en del af den socialpsykiatriske organisation Slotsvænget.

Akuttilluddet har en styregruppe, som består af socialcenterchef Charlotte Olsen, teamleder Charlotte Krebs, forstander for Slotsvænget, Jørn Eriksen, projektleder Jens Hjort Andersen og teamleder Alette Kaaber.

Der er også nedsat en følgegruppe som skal være med til at give ideer og inspiration til Akuttilluddet og være med til at udbrede kendskabet til det. Medlemmer i følgegruppen er:

Service og Sundhed, Anne-Margrethe Aggestrup,
Jobcentret, Helle Grønberg, Sygedagpengeopfølgningen
Ældreservice, Alice Bülow, assisterende områdeleder på Baunehøj
Børne- og Fritidsforvaltningen, faglig leder Anne-Mette Syberg
Rådgivningsteamet i Voksen- og Handicaprådgivningen, Marianne Bjørnholdt
Handicaprådet, Paula Jakobsen
Integrationsrådet
Distriktskykiatrien, afdelingssygeplejerske, Sonja Bech
Ungdommens Uddannelsesvejledning, Mads Aafeldt, Souchef,
Den Sociale Konsulentordning, Danmarks Tekniske Universitet, Projektleder Lotte Kristensen
Lyngby Almennyttige Boligselskab, Lene Suntum,
Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP), Olga Runciman

LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE
Social- og Sundhedsforvaltningen
Service og Sundhed
Sundhedscenter

Journalnr. :
Dato: 29.09.2011
Skrevet af : dmbr /3423

NOTAT

om

Kommunens strategiske udfordringer på sundhedsområdet.
Oplæg fra arbejdsgrupperne
BEVÆGELSE, KOST, RUSMIDLER og KRONISK SYGDOM

Der er solid evidens for, at menneskets sundhed skabes på såvel individuelt som socialt og strukturelt niveau. Sundhedsstrategien tager derfor udgangspunkt i en forståelse af sundhed og sygdom som produkt af samspillet mellem den enkeltes personlige levevis og ressourcer, levevilkår og samfundets generelle rammer og strukturer, herunder offentlige indsatser.

Kommunen spiller, som en myndighed med kontakt til borgerne fra "vugge til grav", en væsentlig rolle i sundhedsindsatsen. Kommunen har gode muligheder for at påvirke borgerens adfærd i en sundhedsfremmende retning ved at bidrage målrettet til at skabe rammer for sund levevis på tværs af kommunale forvaltninger og ansvarsområder.

Overordnet set er der to fremtrædende perspektiver i arbejdsgrupperne og styregruppens drøftelser vedr. udmøntning af sundhedsstrategien:

- Sundhedsstrategien skal sætte fokus på ulighed i sundhed ved at lægge særlig vægt på grupper med få ressourcer, som har brug for støtte til at tage vare på egen sundhed (børn og unge, ældre samt udsatte borgere). Særligt børn og unge fremhæves som vigtige målgrupper.
- Sundhedsstrategien skal understøtte, at forbedret sundhed ud over at være et mål i sig selv har andre positive afledte effekter, som strategisk bør udnyttes og synliggøres på tværs af forvaltninger og afdelinger.

De to perspektiver afspejles i nedenstående hovedkonklusioner fra drøftelser i de fire tværgående arbejdsgrupper KOST, BEVÆGELSE, RUSMIDLER og KRONISK SYGDOM.

Kost

Anbefaling

Arbejdsgruppen for Kost anbefaler, at reduceret tilgængelighed til usund kost blandt børn i skolealderen er det primære fokusområde i arbejdsgruppens udmøntning af Sundhedsstrategien.

Baggrund

Arbejdsgruppens drøftelse har taget afsæt i det faktum, at mange borgere spiser forkert og usund kost, fordi det er den nemme og tilgængelige kost i hverdagen. Dermed fremhæves tilgængeligheden af usund kost som kommunens primære udfordring på området. Herudover er det i lyset af sundhedsstrategiens grundprincipper og et langsigtet perspektiv fornuftigt, at have særlig fokus på grupper, som ikke selv kan tage ansvar for deres kostvaner; herunder børn/unge, ældre og borgere med særlige behov.

Der findes god dokumentation af befolkningens kostvaner, samt evidens for, hvilken kostsammensætning, der er hensigtsmæssig i forhold til fremme af sundhed og forebyggelse af sygdom i de forskellige aldersgrupper. Eksempelvis viser studier af ældre borgere på plejecentre, at underernæring er et større problem end for højt energiindtag modsat andre aldersgrupper. Parallelt med disse resultater fremhævede arbejdsgruppen udfordringen vedr. sammensætningen af kost til ældre borgere og sammenhængen mellem kost og medicinindtag.

Arbejdsgruppen lagde i drøftelserne også stort vægt på, hvordan skolerne i højere grad kan udnyttes som i forhold til strategisk at påvirke børnene i forhold til kostvaner. Sunde kostvaner grundlægges ligesom øvrig sundhedsadfærd i opvæksten. Børn og unge er særligt påvirkelige i 5.-8. klasse, hvor netop madlavning i folkeskolen finder sted. Der ligger ifølge arbejdsgruppen et ikke fuldt udnyttet potentiale i forhold til at cementere sunde og varige kostvaner hos børn i denne alder.

Modsat er det mere sparsomt med viden om, hvilke evidensbaserede indsatser, der kan iværksættes, således at sund kost fremmes blandt børn og unge, voksne og ældre. Svag dokumenteret effekt af kostindsatser betyder, at kommunen på dette område skal forberede sig på en risikovillig tilgang, hvor manglende evidens skal ses som en mulighed for at bidrage til ny dokumentation af forskellige metoder.

Få studier peger dog på, hvilke værktøjer i bestemte arenaer, som kan have potentiale i forhold til fremme af sund kost. Retningslinjer, regulering af adgang til bestemte kosttyper samt prisinterventioner på skoler har i nogle studier vist sig at have positiv på elevens fødeindtag og overvægt.¹ Forebyggelseskommissionens rapport fremhæver skoler/SFO'er og fritids- og ungdomsklubber som mulige arenaer for indsatser, hvor børn og unge er målgruppen.²

Der findes umiddelbart ingen sundhedsøkonomiske analyser af interventioner på kostområdet, hvorfor økonomi og effektivitet er sværere parametre at inddrage i forhold til vurdering og prioritering af kostinterventioner.

Bevægelse

¹ DSI Institut for Sundhedsvæsen (2006): Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne.

² Forebyggelseskommissionen (2009): Vi kan leve længere og sundere

Anbefaling

Arbejdsgruppen for Bevægelse anbefaler, at øget fysisk aktivitet i børn og unges hverdag, udpeges som det primære fokusområde i arbejdsgruppens udmøntning af sundhedsstrategien

Baggrund

En aktiv livsstil og fysisk aktivitet fremmer individuel fysisk og psykisk sundhed og medvirker til at øge det generelle velvære og den sociale sammenhæng i samfundet som helhed. Fokus på fysisk aktivitet og bevægelse er derfor en væsentlig del af enhver strategi, der sigter mod at forebygge konsekvenserne af stillesiddende livsstil, overvægt og fedme.

Arbejdsgruppens drøftelser centrerede sig om kommunens muligheder for at øge borgernes viden om og tilgængelighed til daglig fysisk aktivitet, samt den tidlige indsats over for børn og unges livsstil og bevægelsesvaner. Overordnet afspejler gruppens drøftelser tre temaer 1) Folkeskolen i bevægelse 2) viden om tilgængelighed til bevægelse i hverdagen og 3) indretning af byens rum.

Kommunen vil med sundhedsstrategien sætte fokus på grupper med få ressourcer, som har brug for hjælp til at tage ansvar for egen sundhed, jf. strategiens ene grundprincip. På denne baggrund fremhæves børn og unge, ældre og borgere med særlige behov som særlige målgrupper for sundhedsstrategien.

Den eksisterende viden om, at sundhedsadfærd grundlægges i barndommen og videreføres i voksenlivet, understøtter en tidlige indsats over for børn og unges daglige bevægelse. Studier peger på, at motionsvaner er den livsstilsfaktor, hvor samvariationen mellem børn og forældre er størst. Samvariationen går begge veje; forældres sundhedsvaner har stor betydning for børns vaner, samtidig med, at børn og unges opmærksomhed og interesse for fysisk aktivitet og sundhed givetvis kan have en afsmittende effekt på den øvrige familie.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger peger på strukturel forebyggelse i forhold til at øge borgerne tilgængelighed til og muligheder for en fysisk aktiv livsstil.³ Strukturel forebyggelse defineres som forebyggelse, der gennem lovgivning, styring og regulering har til formål at skabe sundhedsfremmende rammer.⁴

Fysiske omgivelser og rammer er en vigtig del af strukturel forebyggelse, fordi de rammer, som borgerne har lyst og mulighed for at bevæge sig i, har indflydelse på sundhed og trivsel. Det er derfor oplagt, at kommunen i forbindelse med byplanlægning og -udvikling (veje, stier, parker, infrastruktur), indtænker hensynet til bevægelse i byrummet, fx ved at understøtte mulighederne for aktiv transport til og fra skoler og arbejdspladser. Udenlandske studier peger på, at der er en sammenhæng mellem fysiske omgivelser, som ikke appellerer til aktive fritidsaktiviteter og transport, og fedme hos børn.⁵

Da mulighederne for at være fysisk aktiv ikke begrænser sig til grønne områder og aktiv transport, skal strukturel forebyggelse også udmøntes i de fysiske rammer, som borgerne færdes under i kommunens institutioner. Her peger den nyeste forskning på, at arenaer, hvor bor-

³ Sundhedsstyrelsen (2010): Sundhed på Tværs

⁴ Sundhedsstyrelsen (2005): Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed

⁵ DSI Institut for Sundhedsvæsen (2006): Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne.

gernes er i daglig berøring med kommunen, i højere grad skal indtænkes til daglig aktivitet og bevægelse. I forhold til børn og unge er kommunale daginstitutioner, folkeskoler, fritids- og ungdomsklubber oplagte aktører, som kan bidrage til at understøtte børn og unges bevægelsesvaner samt inspirere til at et aktivt fritidsliv i idræts- og fritidsklubber.⁶

Øget fokus på børn og unges bevægelsesvaner giver mulighed for at styrke koordinationen og samarbejdet med decentrale og eksterne aktører, som er et grundprincip i sundhedsstrategien.

Sundhedsstrategiens fjerde grundprincip har fokus på at iværksætte profitable indsatser med øje for balancen mellem forebyggende indsatser med et langsigtet investeringsperspektiv og indsatser, som giver mulighed for på den korte bane at reducere kommunens accelererende sundhedsudgifter.

Forebyggelses- og sundhedsindsatser bliver overordnet set dyrere, jo mere syg borgeren er. Det vil sige, at primær forebyggelse målrettet raske borgere generelt er billigere end tertiær forebyggelse til borgere med erkendt sygdom. Fra et økonomisk perspektiv er der derfor god fornuft i at prioritere den primære forebyggelse med øje for, at den primære forebyggelsesindsats er ”det lange seje træk”, hvorfor effekten givetvis først vil vise sig på den lange bane.

Rusmidler

Anbefaling

Arbejdsgruppen for Rusmidler anbefaler, at forebyggelse af brug af rusmiddel og tidlig debut blandt børn og unge udpeges som primært fokusområdet i gruppens udmøntning af sundhedsstrategien.

Arbejdsgruppen har også identificeret væsentlige potentialer i forhold til at udvikle indsatsen over for unge misbrugere samt familier med misbrug, hvorfor dette perspektiv også tildeles opmærksomhed i udmøntningen af sundhedsstrategien.

Baggrund

Arbejdsgruppen drøftelse centrede sig om to perspektiver vedr. rusmidler: 1) Forebyggelsesperspektivet og 2) Behandling/misbrugsperspektivet.

I forhold til forebyggelsesperspektivet fremhævede arbejdsgruppen fest- og alkoholkulturen blandt børn og unge, manglende viden samt forældres holdninger til brug af rusmidler som de primære udfordringer.

Som det forholder sig med andre former for sundhedsadfærd spiller forældres holdninger og eget brug af rusmidler en rolle for udviklingen af holdninger og vaner hos børn. Der er fx en øget sandsynlighed for, at børn og unge starter med at ryge, hvis én af forældrene ryger.⁷ Faktorer, der påvirker unges alkoholvaner, er ligeledes forældres alkoholkultur, tilgængelighed og de voksnes holdning til og accept af alkoholforbrug blandt unge. Resultaterne kan tale for, at implementere indsatser, som inddrager forældres egne holdninger og adfærd.

⁶ Sundhedsstyrelsen (2010): Sundhed på Tværs

⁷ Statens Institut for Folkesundhed (2011): Skolebørnsundersøgelsen 2010

Rygestopkurser er en af de eneste dokumenterede forebyggelsesindsatser med dokumenteret effekt på sygelighed. Der findes god evidens for både holdbaserede og individuelle rygestopkurser. Ligeledes peger litteraturen på, at rygestop udgør en af de meste omkostningseffektive interventioner i sundhedsvæsenet.⁸ Fra et økonomisk perspektiv er der således stærk faglig evidens for positiv effekt af rygestopkurser målrettet voksne. Effekten af kommunal forebyggelse vedrørende alkohol, rygning og øvrigt misbrug blandt unge er ikke veldokumenteret.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at skoler, ungdomsuddannelser og klubber indtænkes som arenaer i forebyggelsen af rusmidler. Dog savnes der dokumenteret viden om effektive tilgange og metoder over for børn og unge, hvorfor kommunen også på dette område må forberede sig på at bidrage til skabelse af ny viden.

I forhold til behandlerperspektivet fremhævede arbejdsgruppen tidlig opsporing af misbrugsfamilier, misbrugere med psykiske lidelser samt manglende helhedsorientering i behandlingsindsatsen af unge misbrugere, som de væsentligste udfordringer.

Behandlerperspektivet lægger op til en sekundær forebyggelses indsats, som modsat den primære forebyggelse har potentiale i forhold til at reducere høje udgifter forbundet med behandling og udredning for misbrug. Dog er der kun svag evidens for, hvilke metoder, som bør anvendes. Arbejdsgruppen vurderer, at der er et uudnyttet potentiale i forhold til at styrke samarbejde og koordination mellem de forskellige sociale indsatser målrettet misbrugere i kommunen.

Kronisk sygdom

Anbefaling

Arbejdsgruppen anbefaler, at der på nuværende tidspunkt ikke igangsættes nye initiativer over for borgere med kronisk sygdom.

Baggrund

Kommunen er på kronikerområdet sammenlignet med nabokommunerne på forkant i kronikerindsatsen. Dette gælder fx i forhold til implementering af de regionale forløbsprogrammer. Forløbsprogrammerne for KOL og type 2 diabetes er implementeret, og implementeringen af forløbsprogrammet for hjerte/karsygdomme planlagt til 2012.

Ligeledes eksisterer der allerede flere patientuddannelserne i regi af Sundhedscentret (LÆR AT LEVE med kronisk sygdom og LÆR AT TACKLE kroniske smerter), som tilgodeser målgrupper af borgere med kronisk sygdom, som arbejdsgruppen særligt pegede på.

På baggrund af at kommunen i regi af forløbsprogrammerne og Sundhedsaftalen for 2011-2014 allerede har implementeret de primære nationale anbefalinger vedr. kommunal patientrettet forebyggelse (forebyggelse målrettet borgere med kronisk sygdom) igangsættes pt. ikke yderligere initiativer målrettet borgere med kronisk sygdom.

⁸ DSI Institut for Sundhedsvæsen (2006): Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne.

Der eksisterer imidlertid en udfordring i at optimere og styrke samarbejdet med de lokale frivillige patientforeninger. Patientforeningerne besidder viden, ressourcer og kompetencer, som kan understøtte den kommunale indsats over for borgere med kronisk sygdom, samt tilgå problemstillingerne ud fra en anden vinkel.

Kommunens samarbejde med patientforeningerne på sundhedsområdet kan med fordel indtænkes i en ny frivillighedsstrategi, samt strategi vedr. borger- og bruger inddragelse.

Strukturel og tværsektoriel forebyggelse

Anbefaling

Arbejdsgrupperne anbefaler at styrket koordineret og systematiseret samarbejde sundhedsfremmende potentialer på tværs af forvaltninger og afdelinger udpeges som et fjerde fokus område.

Baggrund

Arbejdsgrupperne og styregruppen lagde vægt på, at de konkrete handleplaner afspejler et tværsektorielt og strukturelt forebyggelsesperspektiv.

Borgernes sundhedstilstand har stor betydning for efterspørgslen efter kommunens ydelser inden for en række område. Det gælder fx pleje, sygedagpenge, behandling og genoptræning. Dette betyder, at der kan være fordelagtigt i højere grad at forholde sig til sundhedsopgaven, som en der ikke skal løses af sundhedsområdet alene. Tværsektoriel forebyggelse handler at anskue og identificere forebyggelse og sundhedsfremme som et fælles interesseområde, som ud over at være et mål i sig selv, har andre positive afledte effekter i andre sammenhænge.

Videndeling og koordineret samarbejde kan bidrage til integration af sundhedshensyn og sundhedsfremmende potentialer i driften af de forskellige forvaltninger og afdelinger. Som eksempel kan nævnes, at motionstilbud og rygestop kan styrke ledige borgere i forhold til at opnå beskæftigelse.

Herudover fremhævede arbejdsgruppen og styregruppen etablering sunde rammer og strukturer, som gør det sunde valg til det lette valg. Det strukturelle forebyggelsesperspektiv handler om at understøtte varige ændringer ved at fokusere på borgernes incitament til sund levevis via rammesættende regulering og styring. Eksempler på strukturel forebyggelse er etablering af cykelstier og regler om rygning og alkohol på kommunale institutioner.

Ditte Marie Bruun

LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE
Social- og Sundhedsforvaltningen
Ældreservice
Planafsnittet

Journalnr. :
Dato : 25.08.2011
Skrevet af : cwv / 3363

NOTAT
Om

Udbud af områdecenter og hjemmeplejedistrikt - afgrænsning

Indholdsfortegnelse

1. BAGGRUND OG FORMÅL MED UDBUDET	2
2. LOVGRUNDLAG	3
3. KONKURRENCESITUATION	3
4. FORSYNINGSSIKKERHED	4
5. AFGIVELSE AF KONTROLBUD	5
6. INTERNE RETNINGSLINIER	5
7. NUVÆRENDE ORGANISERING AF OMRÅDET	6
8. AFGRÆNSNING AF KONKURRENCEUDSÆTTELSE	8
8.1 Driften af et områdecenter	8
9.2 Madservice	8
8.3 Områdecenter med eller uden hjemmeplejedistrikt?	9
9. VALG AF OMRÅDECENTER	10
10. VIRKSOMHEDSOVERDRAGELSE/PERSONALEFORHOLD	13
11. ØKONOMI	14
12. KONKLUSION	14
13. PROCESSEN FREMADRETTET	14

1. Baggrund og formål med udbuddet

Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune vedtog den 20. december 2010 en strategi for konkurrenceudsættelse, som indebærer at kommunen skal nå et mål for IKU på 31,5 procent inden udgangen af 2015. I forbindelse med strategien, blev det besluttet, at man skal søge at konkurrenceudsætte et *områdecenter* fra 1. september 2012.

Fordelene ved at konkurrenceudsætte driften af et områdecenter er, at alle ydelser bliver grundigt beskrevet og alle relevante krav fastlagt i kontrakten. Kommunen tager aktivt stilling til de ydelser, som leverandøren skal levere. Eventuelle overflødige delopgaver og uhensigtsmæssigheder kan skæres bort. Det vil sige, at der skabes tydelighed og gennemsigtighed omkring ydelser, kvalitet og service inde på centrene.

Der kan skabes større mangfoldighed med hensyn til udvikling af plejen. Kommunen kan få inspiration fra en privat leverandør og dermed udfordre egen opgaveløsning. Der kan arbejdes med at skabe større fokus på effekt gennem kommunens kvalitetskrav, opfølgning og kontraktstyring.

Lyngby-Taarbæk Kommune får testet priserne på kommunens opgaveløsning i konkurrence med private leverandører. På den måde kan Lyngby-Taarbæk Kommune sikre, at kommunen får ydelserne leveret bedst og billigst.

Det er i forbindelse med vedtagelsen af strategien for konkurrenceudsættelse besluttet, at medarbejderne skal have en mulighed for at byde på opgaven, hvis de ønsker det. Der er afsat midler i budgettet til dette.

Det er i forlængelse af udbudsstrategien besluttet, at der skal foretages en konkret vurdering af udvalgte driftsopgavers egnethed med hensyn til udbud. På denne baggrund indeholder dette notat en vurdering af potentiale, muligheder og begrænsninger vedr. drift af områdecenter. Notatet sigter primært mod at afdække organisatoriske, økonomiske, personalemæssige og markedsmæssige forhold omkring dette område, som vil have betydning i forbindelse med udbud. Dette af hensyn til at kunne foretage en afgrænsning af udbuddet og konkret valg af områdecenter.

Som organiseringen er på ældreområdet, hvor en områdeleder er ansvarlig for både ude og indedelen, kan et *områdecenter* enten være betegnelsen for et konkret plejehjem inklusiv det omkringliggende hjemmeplejedistrikt, eller det kan alene relatere sig til et konkret plejehjem.

Fordele og ulemper ved at vælge at inkludere et hjemmeplejedistrikt i konkurrenceudsættelsen vil fremgå af afsnit 8.

Valg af udbudskonstruktion, inddragelse af- og information til medarbejdere samt model for samarbejde, krav til kvalitetsopfølgning, sociale klausuler tidsplan for processen mv. vil der blive udarbejdet oplæg til efterfølgende.

Notatet indledes med generel baggrundsinformation omkring lovgrundlag, forsyningsikkerhed, konkurrencesituationen på området og afgivelse af kontrolbud samt virksomhedsoverdragelse (afsnit 2-5).

Derefter følger i afsnit 6-7 en mere konkret beskrivelse af de interne retningslinier i Lyngby-Taarbæk Kommune samt den nuværende organisering på området som optakt til afsnit 8 og 9 omhandlende oplæg til en konkret afgrænsning af konkurrenceudsættelsen. Til sidst i notatet en kort beskrivelse omkring virksomhedsoverdragelse, økonomi og den videre proces.

2. Lovgrundlag

Lovgivningen på ældreområdet og udbudsreglerne er rammesættende for et udbud af driften af et områdecenter, herunder for hvordan opgaven skal udbydes og hvilke krav, der skal stilles til leverandøren.

3. Konkurrencesituation

En status fra juni 2011 viser, at der er udliciteret ét eller flere områdecentre i 5 danske kommuner: Gribskov, Solrød, Kolding, Vejle og Syddjurs. De udliciterede områdecentre er:

Kommune	Områdecenter	Operatør
Gribskov	Udsigten	Attendo Care
	Skovsminde	Aleris
	Bakkebo	Aleris
	Toftebo (træning/aflastn.)	Aleris
Solrød	Christians Have	Aleris
Kolding	Dreyershus	OK-Fonden
Vejle	Riss Friplejehjem	Danske Diakonhjem
	Betty Sørensen Parken	OK-Fonden
Syddjurs	Søhusparken	Forenede Service (opstart 1. feb. 2012)

Foruden ovenstående operatører er der allerede i dag en række operatører, som har tilkendegivet en interesse i forhold til fremtidige udbud:

- Falck Hjemmepleje
- Elite Miljø
- Carema Care

Det er forskelligt kommunerne imellem, hvorvidt udbuddet alene har omhandlet driften af et områdecenter eller drift af områdecenter samt et eller flere hjemmeplejedistrikter.

Udbudsportalen kan oplyse, at der i mange kommuner er igangsat initiativer vedr. afklaring og forberedelse af evt. udbud af driften af områdecentre, blandt andet i Holbæk, Kolding, Skive, Vejen, Vejle, Allerød, Randers og Frederiksberg Kommuner¹.

Udbudsrådet har i *Effektanalyse af konkurrenceudsættelse af pleje- og omsorgsopgaver i kommunerne* fra 2009 gennemgået de fire kommuners udbud af områdecentre og erfaringerne viser, at det ikke er et problem at få kvalificerede tilbud². Det angives, at de private leverandører er billigere, men ikke hvor meget billigere og hvad omkostningsniveauet tidligere var. Erfaringen er endvidere, at der ikke har været faldende tilfredshed fra de berørte borgere eller personaler. Endelig er det erfaringen, at udbuddet har påvirket kvalitet og udvikling af området positivt.

Mens udlicitering af områdecentre i Danmark er sket i et begrænset omfang, har man i Sverige en længere og mere udbredt brug af private leverandører på plejehjemsområdet (og hjemmeplejeområdet). De svenske erfaringer viser at man i forbindelse med indgåelse af kontrakter, skal fokusere på samarbejdet frem for detaljerede kravspecifikationer. De seneste kontrakter er således mere fleksible i forhold til de første kontrakter man indgik og tilbudsgiverne byder således ind med blot én døgnpris.

Dette står i kontrast til erfaringerne fra Danmark, hvor markedet er lille og relativt nyetableret. Her er det erfaringen, at leverandørerne ofte skal byde ind med et udtømmende priskatalog på de ydelser, der skal leveres i forbindelse med driften. I de adspurgte kommuner i Sverige er det vurderingen, at ydelsesafhængige priser er unødvendige, idet en døgnpris i gennemsnit afspejler omkostningen ved at levere pleje til beboerne.

Både de svenske og de danske erfaringer peger på, at beboere og medarbejdere er tilfredse på de private områdecentre. Endvidere er det erfaringen, at de private leverandører på det svenske marked lever op til de kvalitetskrav, der specificeres i kontrakterne.

Forvaltningen har afholdt dialogmøder med 4 potentielle leverandører hvor bl.a. emner som afregningsmodeller, stordriftsfordele med inddragelse af hjemmeplejedistrikt og koncept omkring madservice på plejehjem er blevet drøftet. De udviser alle en stor interesse i at byde på opgaven. Forvaltningen har endvidere været på studiebesøg på et udliciteret plejehjem i Solrød og indhentet erfaringer fra de kommuner, der allerede har udliciteret.

4. Forsyningssikkerhed

Udbudsportalen skriver i artiklen *Svenske erfaringer med udbud af plejecentre* at frygten for nedbrud i forsyningssikkerheden har været ubegrundet. Man peger på et eksempel, hvor en mindre privat leverandør gik konkurs. I dette tilfælde gik kommunen ind og overtog de eksisterende medarbejdere og følgeomkostninger viste sig at være relativ få. Set i forhold til at man i kommunen har en

¹ Udbudsportalen er udviklet i et samarbejde mellem Erhvervs- og Byggestyrelsen og KL. Der er nedsat en fælles bestyrelse og et fælles sekretariat. Udbudsportalen skal bidrage til at udvide og udvikle markedet for offentlige serviceopgaver.

² Udbudsrådet er nedsat af regeringen for at fremme konkurrencen i den offentlige sektor

stor hjemmepleje- og plejehjemsdrift vil man have kapacitet og kompetence til at tage over, hvor en eventuel privat leverandør måtte give op. Endvidere vil kommunens madservice have tilstrækkelig kapacitet til kunne overtage på forplejningsområdet, hvis forsyningssikkerheden på dette område også skulle være omfattet.

5. Afgivelse af kontrolbud

Et af målene med konkurrenceudsættelse er at sikre, at opgaverne løses bedst og billigst ved at kommunens egne enheder og private leverandører kan konkurrere på pris og kvalitet.

Jf. kommunens udbudsstrategi skal der være mulighed for at afgive et kontrolbud, men der er ikke en forpligtelse hertil. Der afsat midler på budgettet til konsulentbistand ifm. udarbejdelse af eget bud.

Et kontrolbud kan være med til at skærpe konkurrencen ved udbuddet. Derudover gælder det altid, at den kommunale opgavevaretagelse bør kunne stå sig i konkurrencen med private leverandører. Om det er tilfældet eller ej kan konstateres gennem et kontrolbud.

Et kontrolbud er et tilbud på de fremtidige vilkår ud fra udbudsmaterialet, og det vil i de fleste tilfælde indeholde en aktiv revurdering af den eksisterende opgavevaretagelse gennem effektivisering og tilpasning. Hvis kontrolbuddet er det mest fordelagtige annulleres udbudsforretningen, og kommunen beholder opgaven in-house. Forudsætningerne i kontrolbuddet realiseres og opgaven styres på en intern kontrakt.

6. Interne retningslinier

Kommunalbestyrelsen har vedtaget en flerårig ældrepolitik. Denne vil også skulle gælde for en privat leverandør. En privat leverandør vil ligeledes skulle fungere under samme lovgivning, som de kommunale områdecentre drives efter i dag.

Endvidere vil kommunens myndighedsfunktion stadigvæk skulle føre tilsyn med områdecentret, ligesom kommunens kvalitetsstandarder stadigvæk vil være gældende. Ved et udbud er det en fordel, at ydelserne på området er forholdsvis velbeskrevne, og at der er klare kvalitetsstandarder, som kan lægges til grund ved udbuddet.

Kommunens gældende praksis omkring visitation, tilsyn og kvalitetsstandarder vil forblive uændret, selvom driften af et plejehjem og hjemmeplejedistrikt udbydes.

Det betyder som udgangspunkt, at serviceniveauet på det udliciterede områdecenter vil ligge på samme niveau som på resten af kommunens centre. Dette er dog ikke ensbetydende med, at den private operatør ikke kan sætte sit personlige aftryk på områdecentret. De kommunale centre har hver især visse forhold, som er særegne for dem og som skaber grundlag for at man på baggrund af

præferencer og behov kan vælge områdecenter³. Et områdecenter drevet af et privat firma vil kunne styrke denne mangfoldighed – både ved at udvikle en særlig profil, men også ved at have muligheden for at tilbyde tilkøbsydelser.

En privat leverandør vil skulle leve op til de uddannelsesmæssige forpligtelser, som der stilles til en kommunal leverandør af tilsvarende størrelse.

7. Nuværende organisering af området

Områdecetre

Den nuværende organisering i LTK på ældreområdet er bygget op omkring 5 kommunale områdecentre samt et selvejende plejehjem. Hvert områdecenter varetager driften af 1-2 plejehjem, hjemmeplejje og hjemmesygepleje. Herudover driver visse af områdecentrene et aktivitetscenter og/eller åben café (se oversigten i bilag 1).

Hvert områdecenter ledes af en områdeleder samt et antal assisterende områdeledere, der har det daglige ansvar for enten drift af områdecenter eller hjemmeplejje. Der er et par administrative ansatte på områdecentrene samt teknisk service medarbejdere.

Boligvisitationsudvalget i Ældreservice godkender borgere til en plejebolig. Når borgeren flytter ind i plejeboligen beskrives borgerens funktionsniveau af sygeplejersken på stedet. Funktionsniveauet er afgørende for den pleje borgeren modtager. Der er ikke i dag nogen sammenhæng mellem funktionsniveau og afregning, idet budgettering af kommunens områdecentre i dag sker på baggrund af antal plejepladser, og f.eks. ikke umiddelbart på baggrund af belægning eller plejetyngde på beboerne.

I løbet af efteråret gennemføres en central tværgående kategorisering af alle kommunens plejehjemsbeboere med henblik på at kunne beskrive den konkrete plejetyngde inden udbuddet, således at kommunen er i stand til at overgå til en mere aktivitetsbestemt afregning.

De implicerede opgaver har en høj kompleksitet, da plejehjemsdrift udover evt. cafedrift og drift af aktivitetscenter også indeholder opgaver som fx anretning og opbevaring af mad, levering af linned og vask af beboertøj samt håndtering af borgernes økonomiske spørgsmål.

³ Borrebakken har en spidskompetence indenfor demens idet demensdagcentret ligger her, Baunehøj har et aktivitetstilbud til blinde- og svagtseende, Bredebo bliver det nye energivenlige områdecenter, Virumgaard har dejlige ægteparboliger osv.

Hjemmepleje (praktisk hjælp og personlig pleje)

Levering af ydelser til hjemmeboende borgere udføres i dag efter godkendelsesmodellen. Det betyder, at borgeren, efter at være blevet visiteret til hjælp til såvel praktiske opgaver som hjælp til personlig pleje, kan vælge mellem de leverandører, som er godkendt til at udføre opgaven i kommunen. Godkendelsesmodellen indebærer, at borgeren sikres valgmuligheder mellem ca. 10 private leverandører og den kommunale leverandør.

Der er gennemført en BUM model på hjemmeplejeområdet. Det betyder, at den centrale visitationsafdeling har ansvaret for bevillinger og tildeling af samtlige opgaver på hjemmeplejeområdet.

Afregning af hjemmehjælpstimer sker på baggrund af leverede timer og er baseret på kommunens gennemsnitlige omkostninger. Dette princip videreføres i den del af kommunen, der ikke konkurrenceudsættes.

Af hensyn til styring og konteringspraksis virker medarbejderne primært indenfor ét område (enten ude i hjemmeplejen eller inde på et områdecenter). Det betyder at en medarbejder ad hoc kan gå på tværs af de forskellige aktivitetsområder, men der er ikke tale om udbredt praksis. Der er dog i relation til visse aftenvagter tale en fast organisering med en medarbejder, som dækker flere områder ind.

Man vil som borgere derfor ikke opleve, at den hjemmeplejer, som har hjulpet én mens man var hjemmeboende, også følger med ind på centret hvis man skulle blive visiteret til en plejebolig. Man kan heller ikke tale om, at borgere, der tidligere har modtaget hjemmepleje, og som bliver indstillet til en plejebolig, nødvendigvis vælger at bosætte sig på områdecentret, der er beliggende i vedkommendes hjemmeplejedistrikt.

DKL har etableret en række specialfunktioner, som går på tværs af hjemmeplejedistrikterne. Disse bla. omfatter Vagtcentralen, den kommende sygeplejeklinik, Serviceteamet (rengøring) og Specialistteamet (borgere med psykiske problemer eller misbrug). Serviceteamet er etableret for at have en enhed der kun skal levere rengøring. Rengøring er en ydelse der er lettere at planlægge end personlig pleje, idet tidsforbruget er mere stabilt. Det gør det lettere at planlægge så hjælperne kommer præcis til den aftalte tid og fordi ydelsen kun leveres i dagtimerne på hverdage, er det lettere at vagtplanlægge således at borgeren får den samme hjælper hver gang. Disse forhold er erfaringsmæssigt vigtige for borgernes tilfredshed og dermed for konkurrenceevnen hos leverandøren. Specialistteamet er etableret i foråret 2011 mhp. at sikre en kompetent hjemmehjælp til borgere der grundet misbrug eller svære psykiske problemer kan være lidt sværere at hjælpe end andre, med mindre hjælperne er særligt uddannet til det.

Borgerne vil fremover fortsat blive visiteret til fx hjælpemidler, genoptræning og vedligeholdelsestræning mm. Disse opgaver vil fortsat leveres som i dag.

Hjemmesygepleje

Den Kommunale Leverandør leverer i dag sygeplejeopgaver, uanset leverandør, til alle borgere i eget hjem. Hjemmesygeplejen leveres efter Sundhedsloven og er distriktsopdelt som hjemmeplejen

Sygeplejerskerne fungerer som faglige ledere for hjemmeplejen. En sygeplejeklinik er under etablering på Møllebo og derfra skal borgere fra hele kommunen betjenes. Klinikken er et led i omstillingen fra passiv hjælp til en mere rehabiliterende tilgang med konstant fokus på vedligeholdelse eller genoptræning af funktionsniveauet hos den enkelte borger.

Madservice

Den Kommunale Madservice (DKM) leverer mad til kommunens områdecentre på baggrund af et kontrolbud og er organiseret som en selvstændig organisation. Madservice til borgere i eget hjem udføres efter godkendelsesmodellen. Borgere, der er visiteret til madudbringning, kan vælge imellem 2 private leverandører (KRAM Madservice eller Din Private Kok).

Det er planlagt, at DKM organisatorisk skal referere til udførerchefen for DKL med henblik på at styrke samarbejdet mellem områdecentre og køkkenerne.

8. Afgrænsning af konkurrenceudsættelse

Der skal foretages en afgrænsning af konkurrenceudsættelsen inden forvaltningen påbegynder udarbejdelsen af en kravspecifikation. Nedenfor følger en beskrivelse af de valg der skal foretages suppleret med forvaltningens anbefaling.

8.1 Driften af et områdecenter

Størsteparten af områdecentre har tilknyttet en række andre aktiviteter end lige plejehjemsdriften i form af personlig pleje og omsorg, rengøring mv. Disse aktiviteter er alle fysisk forankret eller udgår fra den ejendom, hvor plejehjemmet er beliggende. Som udgangspunkt vil hjemmeplejen (såfremt den ikke udbydes samtidig med plejehjemsdriften) fortsætte med at kunne have til huse i de nuværende lokaliteter.

Driften af et evt. aktivitetscenter og café knytter sig i så høj grad til plejehjemsdriften og livet på plejehjemmet, at disse bør medgå i et udbud af plejehjem. Set ud fra et økonomisk perspektiv er der tale om forholdsvis små aktivitetsområder. En inddragelse af disse områder vil dog kunne medvirke til en udvikling af området, idet man vil kunne præsenteres for andre og nye måder at levere ydelserne på.

Udover evt. cafedrift og drift af aktivitetscenter indeholder driften af et områdecenter en række andre opgaver. Det drejer sig om eksempelvis om anretning og opbevaring af mad, levering af linned og vask af beboertøj, håndtering af borgernes økonomiske spørgsmål mv. Forvaltningen anbefaler at alle disse opgaver indgår i en konkurrenceudsættelse.

9.2 Madservice

Maden på kommunens områdecentre har særlig betydning for beboerne og det kunne være interessant af få afdækket, om forplejningen kunne organiseres mere hensigtsmæssigt.

Som udgangspunkt vil der være tale om, at Den Kommunale Madservice skal levere døgnforplejningen på det udliciterede plejehjem. Døgnforplejningen på kommunens plejehjem blev konkurrenceudsat i 2010, men udbudsforretningen blev annulleret, fordi DKM's kontrolbud var det mest for-

delagtige. Forudsætningerne i kontrolbuddet var baseret på et bestemt antal borgere. Det kan således skabe problemer for DKM at drive den eksisterende madservice inden for den nuværende økonomi, hvis forudsætningerne i form af antal modtagere af madservice ændres.

På den anden side kan man tale for, at man opnår en bedre håndtering af spisesituationen på det konkurrenceudsatte plejehjem ved at det er samme organisation, som håndterer både pleje og forplejning. Med håndtering af spisesituationen forstås at en privat leverandør selv forestår tilberedning af maden – alternativt gør brug af en underleverandør.

Med henblik på at afdække om der eventuelt kan opnås særlige fordele – økonomisk såvel som kvalitetsmæssigt – er det forvaltningens anbefaling, at man lader døgnforplejningen indgå som en option, som kommunen kan tilvælge efter ønske. Hermed lader man tilberedningen af forplejningen være et konkurrenceparameter, hvor tilbudsgiver bl.a. kunne tilbyde leve bo-miljø.

8.3 Områdecener med eller uden hjemmeplejedistrikt?

Som det fremgik af afsnit 1 har kommunalbestyrelsen besluttet at konkurrenceudsætte driften af et områdecener.

Et *områdecener* kan enten være betegnelsen for et konkret plejehjem inklusiv det omkringliggende hjemmeplejedistrikt, eller det kan alene relatere sig til et konkret plejehjem.

Det skal afklares politisk i forbindelse med behandlingen af nærværende notat, hvorvidt betegnelsen områdecener skal forstås som beskrevet under konstruktion 1 eller 2 nedenfor

- **Konstruktion 1**

Et områdecener med alle tilhørende funktioner, herunder sygepleje, administration, teknisk vedligehold mm.

- **Konstruktion 2**

Et hjemmeplejedistrikt, en sygeplejegruppe samt et områdecener med tilhørende funktioner, som beskrevet ovenfor.

Fordele og ulemper ved at vælge at inkludere et hjemmeplejedistrikt i konkurrenceudsættelsen vil fremgå af afsnit 8.1 sammen med forvaltningens anbefaling.

Fordelen ved konstruktion 1 (at konkurrenceudsætte driften af ét af kommunens områdecener) er, at det er nemmere håndterbart, idet man kun udbyder plejehjemsdriften, mens hjemmeplejen under frit valgs reglerne forbliver som i dag.

Ulempen er, at priserne på hjemmepleje og sygepleje ikke bliver afprøvet på markedsvilkår. Derudover går kommunen glip af den potentielle stordriftsgevinst der kan være for en privat leverandør ved både at levere ydelser inde på plejehjemmet og ude i hjemmeplejen og/eller de potentielle ge-

vinster der er ved ikke blot at konkurrere på kvaliteten (som man gør på hjemmehjælpsområdet i dag under godkendelsesmodellen), men også på prisen.

Fordelen ved konstruktion 2 (at konkurrence driften af ét at kommunens områdecentre samt et hjemmeplejedistrikt) er omvendt, at der også på hjemmehjælpsområdet vil komme en konkurrence på prisen.

Forvaltningen har afholdt mødet med flere potentielle tilbudsgivere som giver udtryk for, at det har en driftsmæssig betydning at have muligheden for også at drive en hjemmepleje, idet det giver mulighed for mere effektiv drift.

Udfordringen ved at medtage et hjemmeplejedistrikt er, at DKL mister en del af sine stordriftsfordele, idet de faste overheadomkostninger skal fordeles på et mindre antal leverede timer. Dette kan betyde højere timepriser i de resterende hjemmeplejedistrikter.

Endvidere vil den nuværende organisering med et Serviceteam, som leverer praktisk hjælp i hele kommunen, blive sat under pres, da deres volumen mindskes væsentligt.

Derudover har en række medarbejdere i hjemmeplejen lige været igennem en større omstilling ifm. den ændrede distriktsopdeling, hvilket medarbejderrepræsentanterne vurderer gør det uhensigtsmæssigt at inkludere hjemmeplejen i en konkurrenceudsættelse på nuværende tidspunkt.

Der vil skulle etableres et samarbejde mellem en ny leverandør af hjemmepleje og Den Kommunale leverandør ift. vagtcentralen og sygeplejeklinikken, men dette vurderes at være muligt. Derudover vil en ny leverandør enten skulle oplære egne specialister inden for forskellige sygeplejefaglige specialer (sårpleje, diabetes, demens, mad osv.), eller etablere et samarbejde med DKL om dette, hvilket ligeledes vurderes at være muligt, idet det fungerer i andre kommuner. Det kan evt. beskrives i udbudsmaterialet, at den kommunale leverandør efter aftale og mod afregning kan tilbyde at gennemføre aktiviteter for den kommende private leverandør som f.eks. assistance til de sygeplejefaglige ydelser om natten eller specialistfunktioner til borgere med demens, sårpleje mm.

Set i relation til det forhold at hjemmesygeplejerskerne fungerer som faglige ledere af hjemmeplejen, vil der ske et brud i organiseringen af den daglige drift, som vil kunne påvirke kvaliteten af hjemmeplejen negativt, og hjemmesygeplejen bør derfor indgå i et udbud af hjemmeplejedistrikt.

Forvaltningen anbefaler samlet set udbud af **konstruktion 2**, dvs. både et områdecenter samt hjemmepleje og sygepleje. Dette for at få afprøvet mulighederne for at opnå en besparelse også på hjemmeplejen og den komplekse pleje. En besparelse i ét distrikt vil alt andet lige på langt sigt bidrage positivt til at reducere driftsomkostningerne også i den resterende del af kommunen.

9. Valg af områdecentre

Der skal træffes en beslutning om, hvilket af kommunens områdecentre eller lokalcentre, som kan konkurrenceudsættes.

Lyngby Møllebo er under afvikling som områdecenter, idet det ultimo 2011/primo 2012 omdannes til at huse 33 midlertidige pladser med tilhørende sygeplejeklinik, vagtcentral og træningsfaciliteter. Hjemmeplejen på Møllebo opsplittes i efteråret 2011 og fordeles ud på kommunens øvrige 4 distrikter. Møllebo er således ikke længere et traditionelt plejehjem i kommunen og overgår derfor også organisatorisk fra Den Kommunale Leverandør til Ældreservices nye udførerenhed "træning og forebyggelse" som fra den 1. august samler indsatsen i relation til hele træningsområdet samt sundhed og forebyggelse for ældre.

Lyngby Møllebo vurderes derfor ikke egnet til udbud.

Boligerne på Lokalcenter Lykkens Gave og Demenscenter Borrebakken er ikke tidssvarende, hvorfor de skal nedlægges ifm. etableringen af det nye områdecenter. De vurderes derfor ikke egnet til udbud.

Lystoftebakken er en selvejende institution, hvor bygningerne ejes af EGV-fonden. Der er ikke tilknyttet et hjemmeplejedistrikt til plejehjemmet. Eftersom Lystoftebakken i forvejen er en selvejende institution med egen bestyrelse vil det alt andet lige ikke bidrage til mangfoldigheden på området, om dette sted konkurrenceudsættes.

Ifølge de nuværende aftaler mellem kommunen og Lystoftebakken, er der et langt opsigelsesvarsel. Såfremt man vælger at udbyde Lystoftebakken vil man skulle indarbejde et længere tidsperspektiv og opstart af aftale pr. 1. september 2012 vil formentlig ikke kunne nås. Derudover er der på nuværende tidspunkt ikke overblik over huslejudgifterne til EGV fremadrettet, idet der verserer en sag mellem partnerne desangående. Lystoftebakken vurderes derfor ikke egnet til udbud.

Solgården og Bredebo er under ombygning frem til 2013. Forvaltningen har derfor ikke på nuværende tidspunkt et reelt sammenligningsgrundlag for hvad disse centre faktisk kan drives for, når de står færdige. Det vil ikke være muligt i udbudsmaterialet at lave en udtømmende beskrivelse af, hvordan dagligdagen er på centrene, når de står færdige, hvor mange ansatte der er osv. Det vil en byder skulle estimere selv. Alt hvad en byder ikke ved med sikkerhed udgør erfaringsmæssigt en potentiel risiko for at blive prisfastsat for højt. Derudover er de 2 områdecentre ikke fuldt bemandede, når der skal træffes afgørelse om, hvorvidt nuværende medarbejdere ønsker at byde på opgaven. Solgården og Bredebo vurderes derfor ikke egnet til udbud pt.

Baunehøj står færdigt i november 2011. Forvaltningen vil derfor heller ikke på udvælgelsestidspunktet have et reelt erfaringsgrundlag for hvad centret faktisk kan drives for. Det udgør en risiko for, at kommunen køber opgaven for dyrt. Omvendt vil det i modsætning til Solgården og Bredebo være muligt ved årsskiftet at beskrive hvor mange ansatte der er mv., hvilket er en fordel for tilbudsgiver. Udover et traditionelt plejehjem rummer de fysiske bygninger på Baunehøj produktionskøkkenet i Den Kommunale Madservice samt Træningscenter Fortunen i form af døgngenoptræningscenter samt ambulansetræning.

På ældreområdet flytter fokus i stigende grad fra passiv, kompenserende pleje og behandling til rehabilitering, forebyggelse og tidlig indsats. Det betyder bla. et øget fokus på hjælpemidler og træning med henblik på at øge borgernes selvhjulpethed med øget livskvalitet til følge. Indsatsen er indtil videre primært opstartet i relation til borgere i eget hjem, men Ældreservice har et ønske om også at opprioritere indsatsen for at vedligeholde og gerne forbedre funktionsniveauet hos borgerne

inde – bla. ved større fokus på at integrere træning i almindelige daglige gøremål (ADL træning) i plejen på centrene. Her er genoptræningscentret rollemodel. Praksis fra Fortunen er under implementering på Møllebo. For at sikre optimale muligheder for den indsats forvaltningen ønsker at igangsætte på længere sigt også på kommunens traditionelle plejehjem er det ikke hensigtsmæssigt, at Baunehøj konkurrenceudsættes.

Baunehøj er endvidere hjemsted for kommunens nyoprettede specialistteam for hjemmepleje til borgere med misbrug eller psykiatriske problemstillinger samt kommunens aktivitetstilbud til blinde og svagtseende. Disse specialistfunktioner ville kunne flyttes eller overtages af en ny leverandør, men det vurderes mindre hensigtsmæssigt af hensyn til både borgere og medarbejdere, idet indsatserne er så forholdsvis nyetablerede.

Af faglige grunde kombineret med at der vil mangle et reelt økonomisk sammenligningsgrundlag for driftsudgifterne på vurderes det ikke hensigtsmæssigt at konkurrenceudsætte Baunehøj.

Virumgaard er det første områdecenter, der står fuldt moderniseret. Centret har været i drift i sin nuværende konstruktion længe nok til, at forvaltningen har et reelt sammenligningsgrundlag for, hvad centret faktisk kan drives for. Derudover er Virumgaard med 122 boliger et stort og moderne områdecenter, som således både er driftssikkert og rentabelt. Det rummer både pladser til borgere med somatiske problemstillinger og skærmede enheder til borgere med demens og afspejler på den måde et typisk plejehjem.

Hjemmeplejen i distriktet omkring Virumgaard har lokaler på områdecentret.

Der vil således være tale om en velafgrænset størrelse og kendt størrelse, hvilket er en fordel, hvis der skal afgives kontrolbud.

Forvaltningen vurderer derfor, at Virumgaard er velegnet til konkurrenceudsættelse

Det nye områdecenter, som skal opføres ved Trongårdsskolen kan også konkurrenceudsættes.

Det har i forskellige sammenhænge været italesat, at det kunne være perspektivrigt, at Lyngby-Taarbæk Kommune som en del af vidensbystrategien og den fortsatte udvikling på ældreområdet bygger fremtidens plejehjem i form af et forskningsplejehjem, hvor der er fokus på innovation, udvikling og forskning. Det vil eksempelvis sige, at kommunen i samarbejde med private virksomheder og/eller uddannelsesinstitutioner løbende afprøver relevant ny viden inden for ældrepleje, træning, forebyggelse, velfærdsteknologi, organisation, ledelse mv. Spørgsmålet er, om det er hensigtsmæssigt at udlicitere et sådant flagskib, eller om kommunen hellere på bør beholde det på egne hænder?

Ulempen ved at vælge det nye områdecenter er, at forvaltningen ikke har et sammenligningsgrundlag ift. driftsøkonomien på det konkrete center. Derudover er potentialet i udbudsstrategien beregnet med udgangspunkt i et af de store områdecentre med over 100 boliger. Det nye områdecenter vil endvidere først vil være klart i 2014 og man skal således tage højde for, at forventet rationale vil kunne opnås senere end planlagt, hvis man vælger dette sted.

Som distriktsinddelingen forventes at blive i hjemmeplejen efter den igangværende ændring, er der ikke et selvstændigt distrikt omkring det nye områdecenter, hvilket kan være en ulempe. Sidst men ikke mindst er det uklart, hvilke medarbejdere der vil kunne afgive et eget bud og ville være omfattet af reglerne om virksomhedsoverdragelse. Dette fordi det ikke på nuværende tidspunkt er afklaret, hvorvidt det er de nuværende beboere fra Lykkens Gave og Borrebakken der skal flytte ind på det nye områdecenter, eller hvorvidt eksempelvis Lykkens Gave lukkes allerede i 2013, når de sidste boliger er klar på hhv. Solgården og Bredebo.

Forvaltningen anbefaler, at Lyngby-Taarbæk Kommune konkurrenceudsætter driften af Virumgaard Områdecenter.

10. Virksomhedsoverdragelse/personaleforhold

De to skitserede modeller for udbudskonstruktionen indebærer følgende normering (ved et områdecenter med ca. 100 beboere):

Model 1 (områdecenter): Ca. 200 medarbejdere

Model 2 (områdecenter samt hjemmeplejedistrikt og hjemmesygepleje): 300-350 medarbejdere

Alle overenskomstansatte medarbejdere er omfattet af en overenskomst indgået enten med FOA eller med DSR. Begge fagforbund har indgået flere overenskomstaftaler med private leverandører og arbejdsgiverforeninger.

Faggrupperne er primært social- og sundhedshjælpere, social og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Der kan desuden være et par uuddannede medarbejdere, der arbejder efter FOA's overenskomst.

Der er i dag ingen problemer med at rekruttere medarbejdere, og personaleomsætningen er generelt lav.

Personalets løn- og ansættelsesvilkår er ikke et konkurrenceparameter, da løn- og ansættelsesvilkår fastlægges i kontrakten. Samtlige medarbejdere vil være omfattede af Lov om virksomhedsoverdragelse, som regulerer vilkårene for medarbejdernes overgang til den eksterne leverandør, samt ordregivers og leverandørens informations- og forhandlingspligt overfor repræsentanter for de berørte medarbejdere.

Loven beskytter medarbejderne mod afskedigelse med begrundelse umiddelbart i udliciteringen, og hindrer forringelse af løn- og ansættelsesvilkår i den løbende overenskomstperiode.

Kommunen kan beslutte at stille krav om at løn- og ansættelsesvilkårene skal bevares i en længere periode – fx hele kontraktperioden. Dette vil dog medføre dyrere tilbud.

Kommunen skal i rimelig tid inden overdragelsen informere repræsentanter for medarbejderne om dato og årsag til overdragelsen, overdragelsens juridiske, økonomiske og sociale følger for lønmodtagerne og eventuelle foranstaltninger for lønmodtagerne.

Krav til leverandøren med hensyn til overtagelse af personalet fastlægges som led i udarbejdelsen af udbudsmaterialet, herunder krav vedr. arbejdsmiljø, uddannelse m.v.

De nærmere konkrete forhold vedr. information og inddragelse af berørt personale vil blive fastlagt som en af de første aktiviteter inden udbuddet.

11. Økonomi

Det forventede potentiale for besparelser og/eller forbedringer skal stå i et rimeligt forhold til omkostningerne ved at konkurrenceudsætte opgaven og gennemføre en efterfølgende kontrakt.

Det vurderes, at kommunen ved udbud af opgaven kan opnå en økonomisk besparelse. Størrelsen af det økonomiske potentiale afgøres blandt andet af:

- Det nuværende omkostningsniveau for opgaven set i forhold til markedsløsninger.
- Omkostningerne til at gennemføre udbuddet (udbudsomkostninger)
- Omkostningerne efter udbuddet til kontrol og kvalitetsopfølgning (følgeomkostninger).

Udbudsomkostninger

Samlet vurderes det, at der må påregnes i omegnen af 300 timer til udarbejdelse af udbudsmateriale og kravspecifikation, besvarelse af spørgsmål, vurdering af tilbuddene og indgåelse af kontrakt. Herudover påregnes udgifter til ekstern konsulentbistand.

Samlet økonomisk effekt

Der vurderes at være et besparelspotentiale med fastholdelse af den nuværende kvalitet. Størrelsen af besparelspotentialet er behæftet med en vis usikkerhed, idet den vil afhænge af konkurrencen.

12. Konklusion

Driften af et områdecenter inkl. levering af praktisk og personlig hjælp til hjemmeboende ældre, er en udbudseget opgave. Både de svenske og de danske erfaringer peger på, at kvaliteten såvel som tilfredsheden hos beboere og medarbejdere kan fastholdes.

Der findes et privat marked for løsning af opgaven, og der vil være konkurrence på pris og kvalitet ved udbuddet, såfremt udbudsvilkårene set fra markedet er i orden. Der er aktuelt i en del kommuner igangsat initiativer vedr. afklaring og forberedelse af evt. udbud af driften af et områdecenter.

Der vurderes at være et besparelspotentiale med fastholdelse af den nuværende kvalitet. Størrelsen af besparelspotentialet vil afhænge af konkurrencen.

13. Processen fremadrettet

Nærværende notat vil være sendt til høring i Område-MED på social- og sundhedsområdet forud for en politisk behandling i Social- og Sundhedsudvalget og Økonomiudvalget

Det sendes efterfølgende til orientering i Seniorrådet.

Når der er truffet en politisk beslutning om hvad der skal konkurrenceudsættes og hvilket områdecenter der er tale om, vil ledelsen i Ældreservice med det samme indlede en dialog med de berørte medarbejderne med henblik på at orientere om lovgivning, kommunale retningslinier, processer, erfaringer andre steder fra mv. i forbindelse med en eventuel udlicitering, mulighederne for at afgive eget bud osv.

Herefter vil forvaltningen udarbejde en kravspecifikation med inddragelse af relevante medarbejdere.

Parallelt hermed vil der blive etableret en særskilt projektorganisation, der skal forberede udarbejdelsen af eget bud.

Kravspecifikationen vil blive sendt til høring Område-MED på social- og sundhedsområdet forud for en politisk behandling i Social- og Sundhedsudvalget og Økonomiudvalget.

Derefter vil den blive annonceret mv. og der vil blive nedsat en gruppe, der skal gennemføre udbudsforretningen i form af dialog med tilbudsgivere, vurdering af de indkomne tilbud mv.

Forvaltningen vil udarbejde en indstilling til Social- og Sundhedsudvalget ift. valg af leverandør.

En ny leverandør forventes at overtage driften af områdecentret fra 1. september 2012 som besluttet i udbudsstrategien.

NOTAT
om
revideret kørselsmønster til aktivitetscentre m.v.

Det nuværende antal kørsler/kørselstimer fastholdes og der er ikke ændret i fordelingen af kørsler mellem de kommunale aktivitetscentre, Lyngby Ældrecenter og genoptræning- og vedligeholdelsesområdet:

Aktivitetscentre:	102 timer ugentligt
Lyngby Ældrecenter:	32 timer ugentligt
Genoptræning:	71 timer ugentligt
I alt	205 timer ugentligt

Det er traditionelt dyrt at få kørsler om morgen (kl. 7-9) og om eftermiddagen (kl. 14-16), idet den generelle efterspørgsel på kørsler i disse tidsintervaller er meget høj. Forvaltningen har derfor med udgangspunkt i det eksisterende antal kørsler/kørselstimer forsøgt at rykke aktiviteterne til tidspunkter, hvor der er en mindre efterspørgsel på kørsler.

Endvidere er det forsøgt at udfylde ledige tidsintervaller midt på dagen med kørsler, således at den kommende leverandør får et godt grundlag for at kunne udnytte sit materiel optimal, og dermed mulighed for at fremsende et mere økonomisk fordelagtigt tilbud end ellers.

Generelt set er det tale om at ca. 25 % af morgenkørslerne er rykket til senere tidspunkter på dagen, dog uden at selve indholdet af aktivitetstilbuddene er blevet påvirket væsentligt.

Det har været karakteristisk af efterspørgslen på kørsler de tre dage op til påske, dagen efter Kr. himmelfart og dagene mellem jul og nytår traditionelt er meget lav. Da det endvidere tillige er dage hvor man i vognmandsbranchen tillige oplever at medarbejderne ønsker at afholde ferie, vil man ved udeladelse af kørsler på disse dage skabe grundlag for at potentielle leverandører kan afgive et mere fordelagtigt tilbud.

Christian Vaarby

Projekt "Det gode ældreliv – nye veje i velfærdsproduktionen"

Projektgrundlag for Ældre strategi

1. Baggrund

Dette projekt er en del af Direktionens Virksomhedsplan for 2011 og indgår som en af Direktionens satsninger inden for "Nye veje i velfærdsproduktionen".

Strategien skal danne **prioriteringsgrundlag** for den fortsatte **kvalitetsudvikling** samt **effektivisering** af ældreområdet.

Projektet skal munde ud i en strategiplan, hvor der er udvalgt kvalitative **fokusområder** med tilknyttede **konkrete indsatser**, der kan understøtte organisationen i at holde fokus på disse emner. Strategien kan således give en tværgående sammenhæng i de mange ydelser, som Ældreområdet udfører, samt skabe grundlag for en prioritering af indsatsen i ydelserne.

Strategien skal ses som den aktuelle konkretisering af visionen i Lyngby-Taarbæk Kommunes ældrepolitik:

"Lyngby-Taarbæk Kommune skaber rammerne for, at de ældre borgere kan leve et godt og trygt liv med trivsel og livskvalitet – og dermed får flest mulige gode år".

Ældreområdet dækker et meget bredt felt af opgaver, og der er altid nye initiativer, der skal løftes i gang og driftes. Ældrestrategien skal bygge på den nyeste forskning og viden indenfor ældreområdet og forholde sig til de tendenser, der forventes at ville præge fremtidens velfærdsydelser.

De nye tendenser

Forebyggelse, sundhedsfremme og hjælp til selvhjælp er fokusområder som Ældreområdet gerne vil arbejde mere med, fordi indsatsen har et stort potentiale i forhold til at fremme ældre borgeres sundhed og livskvalitet, samt sikre en langsigtet kosteffektiv udnyttelse af kommunens ressourcer.

Lyngby-Taarbæk Kommune har succes med et initiativ, der øger borgernes selvhjulpethed og forebyggelse af funktionsnedsættelse. Projektet "Træning før varig hjælp" er blevet en del af serviceniveauet i Ældreservice. Satsningen på forebyggelse og selvhjulpethed er i tråd med kommunens Sundhedsstrategi og den forebyggelsesanalyse som Ældreservice har udarbejdet. Forebyggelsesanalysen peger på, at forebyggelsesstrategier i de danske kommuner ikke alene bør fokusere på træningstilbud og fysisk funktionsevne, men ligeledes arbejde med at styrke og bevare de ældres kognitive funktionsevne og sociale egenskaber, således at fysisk, psykisk og social velbefindende opretholdes blandt ældre borgere. Forebyggelsesanalysen er en del af vidensgrundlaget for Ældrestrategien.

Det økonomiske pres, der konstant udfordrer opgavevaretagelsen og de krav, som omverden stiller til service, kræver nytænkning - innovation. Innovationsprocessen kan involvere forskellige aktører og skabe ideer inden for f.eks. organisering, arbejdsgange, kommunikation og teknologi. Ældreservice har mange projekter og initiativer inden for velfærdsteknologi i samspil med mange forskellige interessenter – tværkommunalt samarbejde, DTU, hospitaler mv. Dette område vil fortsat blive intensiveret blandt andet inden for Vidensbystrategien, hvor blandt andet et forskningsplejehjem er på tale. Ældrestrategien skal give grundlag for

vedholdenhed og igangsætning af nye initiativer inden for velfærdsteknologi.

I erkendelse af at det offentlige ikke alene kan løfte alle opgaver for borgerne for at opnå det gode liv, ønsker Lyngby-Taarbæk Kommune at støtte op om og samarbejde med civilsamfundet, både i form af pårørende, venner og foreninger samt virksomheder. Der er allerede tæt samarbejde med interessenterne for ældreservice og de borgere, der modtager kommunal service - et samarbejde, der er uundværligt for at sikre helhedsorienterede løsninger med borgeren i centrum. Kommunens Frivillighedsprojekt kører parallelt med dette projekt, og der kan således opnås synergi mellem projekterne. Ældrestrategien er endnu et redskab til at gå i dialog med vores samarbejdspartnere om at *"skabe rammerne for, at de ældre borgere kan leve et godt og trygt liv med trivsel og livskvalitet - og dermed får flest mulige gode år"* (Visionen i Lyngby-Taarbæk Kommune Ældrepolitik).

Projektet vil trække på viden fra forskere, kommuner og styrelser, samt internationale erfaringer. Ligeledes vil strategien tage udgangspunkt i de politiske principper der allerede er vedtaget - eksempelvis ift. fremtidens plejebolig.

2. Formål og mål

Formålet med at udarbejde en ældrestrategi er at skabe grundlag for, at der sker fortsat kvalitetsudvikling på en ressourceeffektiv måde med fokus på forebyggelse, velfærdsteknologi og frivillige.

Strategien udarbejdes gennem en proces med inddragelse af medarbejderne, borgerne, civilsamfundet og politikerne. I processen afstemmes og udfordres forståelsen af "Det Gode Ældreliv - nye veje i velfærdsproduktionen". De involverede skal være med til at formulere og præcisere de fokusområder, strategiplanen skal indeholde og konkretisere indsatserne.

Resultatet er formuleringen af en strategiplan, der rummer minimum de tre ovenstående fokusområder med tilhørende konkrete initiativer.

Indsatserne og strategien vil blive målrettet forskellige grupper af ældre, hvis det er mest meningsfuldt på den måde (eksempelvis ældre der bor på plejecenter, ældre i eget hjem, ældre kronikere, ældre der ikke modtager hjælp osv).

Borgere afgrænses til borgeren over 65 år.

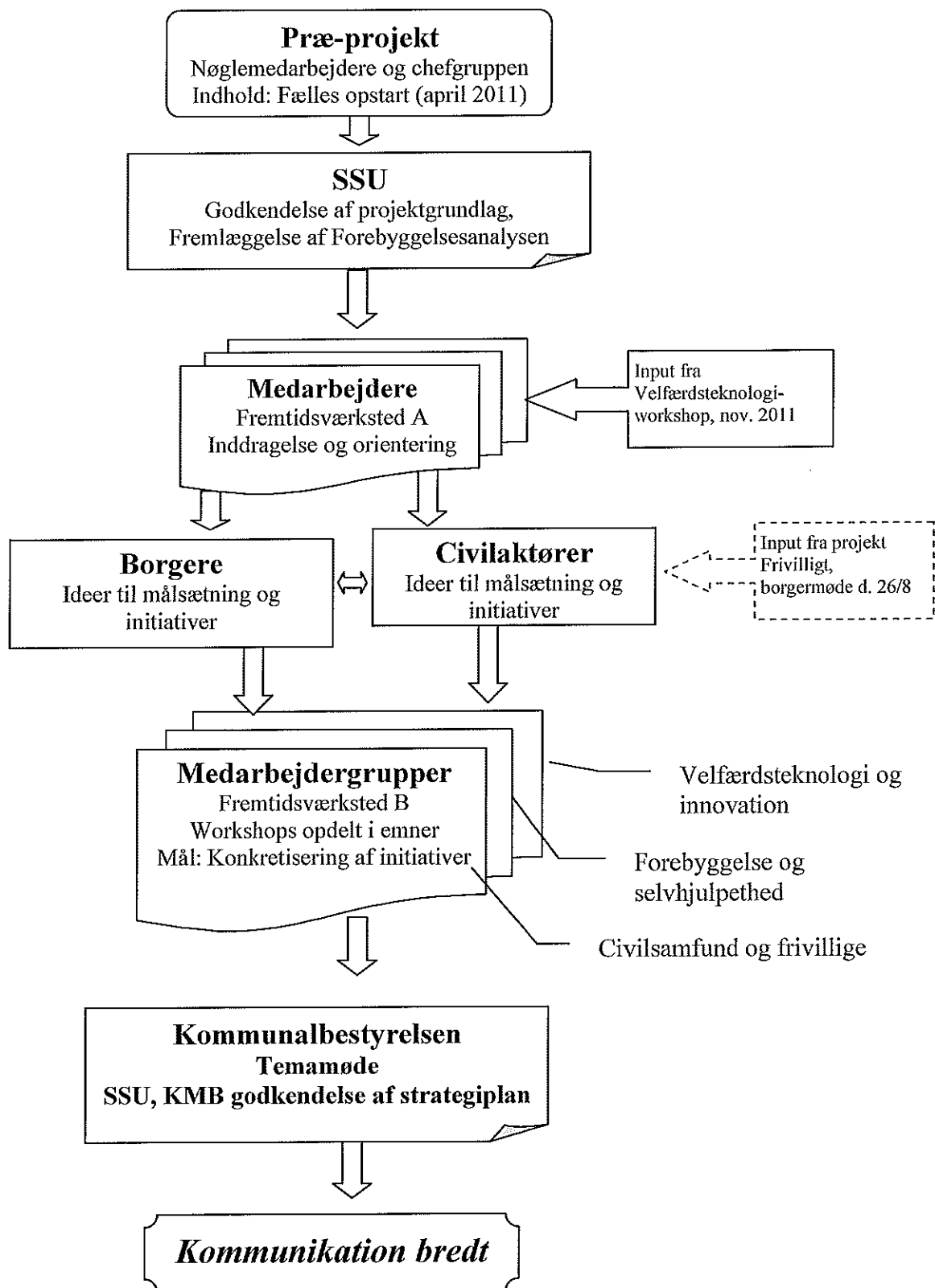
Civilsamfundet forstås som enkeltindivider, repræsentanter fra foreninger og virksomheder.

3. Organisering og proces

Projekt tidsplan og proces

Selve projektet med at skabe en Ældrestrategi forventes at løbe frem til sommeren 2012, som vist i tabel 1. Processen er vist i Figur 1. Figuren viser, i hvilken rækkefølge aktørerne involveres. Strategiens tidshorisont er 3-5 år og skal opdateres eller fornys når forudsætningerne for strategien bliver ændret.

Figur 1. **Procesplan for projekt ældrestrategi**



Tabel 1.: Projekt tidsplan

Aktør	Aktivitet	Tidsplan	Målsætning
Den brede ledergruppe og nøglemedarbejdere	Præ-projekt seminar	hel dag april 2011	Fælles afsæt
Direktionen	Afklaring	26. september	Afstemning af ambitionsniveau
SSU	Godkendelse af projektgrundlag og fremlæggelse af Forbyggelsesanalysen	okt-11	Godkendelse af projektgrundlag
Medarbejder	Velfærdsteknologi workshop	hel dag november 2011	Ideer til strategiplanen
Medarbejder ambassadører	Fremtidsværksted A: Det gode ældreliv	årsskiftet 2012	Målsætning og ideer
Borgere	Workshop om Det gode ældreliv i LTK	forår 2012	Ideer til Strategiplanen
Civileaktører/ Frivillige	Workshop om Det gode ældreliv i LTK	forår 2012	Ideer til Strategiplanen
Medarbejder ambassadører	Fremtidsværksted B: Konkrete initiativer til strategiplanen	forår 2012	10 konkrete initiativer og prioriteringer af indsatser og mål.
Direktionen	oplæg til strategiplan	sommer 2012	Den endelige strategiplan
Kommunalbestyrelsen	Tema møde om Ældrestrategi	sommer 2012	Drøftelse af Strategiplan
SSU	Godkendelse af strategiplan	sommer 2012	Godkendelse af Strategiplan

Der har været afholdt et præ-projekt heldags seminar i april 2010 med deltagelse fra ca. 20-30 nøglepersoner fra Ældreservice om behovet for Ældrestrategi. Dagen indeholdt oplæg fra Ældrechefen, Kommunaldirektøren og Projektleder på Københavns Kommunes forskningsplejehjem Sølund. Efterfølgende var der workshop med brainstorm på forskellige temaer.

Der er mulighed for, at inddragelsesprocessen bevirker, at yderligere et eller to fokusområder bliver en del af Ældrestrategien. Udarbejdelse af en Strategiplan skal indeholde konkrete tiltag under hvert fokusområde. Fokusområderne har fælles delmængder, for eksempel er mange initiativer inden for velfærdsteknologi netop møntet på hjælp til selvhjælp og træning af ældre. Det ønskes at koncentrere arbejdet om de konkrete indsatser, der vil kunne vise nye veje.

Inddragelse

Inddragelse af ca. 30 medarbejdere. Medarbejderne skal fungere som ambassadører for projektet i forhold til deres kollegaer. Det foreslås, at de udpegede nøglemedarbejdere er i dialog med deres kollegaer imellem inddragelsen i projektet.

Der afholdes to heldags workshops arrangeret som et Fremtidsværksted. Der vil være oplæg af faglig karakter og med gennemgang af formålet med projektet, inklusiv de fokusområder, som styregruppen har valgt. Derefter har deltagerne mulighed for at komme med flere fokusområder. Der brainstormes på mulige konkrete mål for strategien. Medarbejderne bliver bedt om at diskutere de udvalgte fokusområder og mål med deres kollegaer inden fremtidsværksted B, hvor den samme gruppe medarbejdere mødes.

Herefter inddrages inddragelsen i 2 parallelforløb: Borgerne og civilsamfundet.

Fordelen ved opdelingen er, at borgermøderne kan målrettes ved, at de indledende oplæg og introduktionen tager højde for deltagerens udgangspunkt. Desuden anbefaler litteraturen¹ om borgerinddragelse, at borgerne inddrages uden "eksperter", så eksperterne ikke overtager dialogen for at give plads til de mennesker, der normalt ikke blander sig i debatten.

¹

"Borgerinddragelse" af Kasper Møller Hansen, Syddansk Universitetsforlag, 2010

Workshop for borgere: Der foretages en tilfældig udvælgelse af 20-30 personer over 65 år, hvor nogle ikke modtager ydelser fra Ældreservice (kommende brugere) og nogle modtager hhv., madservice, hjemmepleje, aktivitetscenter, plejehjems borgere, hjælpemidler. Borgermødet afholdes i dagtimerne en formiddag.

Civilsamfundet: På baggrund af erfaringerne fra borgermødet d. 24. august om det frivillighed og medborgerskab udvælges frivillige og der følges op på initiativer på ældreområdet. Som minimum inddrages Seniorrådet, Ældresagen og foreninger som Ældrecenteret, Træpunktet samt områdecentrenes støtteforeninger mv.

Med input fra de to arrangementer for borgere og civilsamfund afholdes en heldags workshop, Fremtidsværksted B med samme medarbejdere som Fremtidsværksted A. Denne gang bliver deltagerne opdelt i temaer – og hovedvægten lægges på at konkretisere initiativer og prioritere initiativerne.

Der arrangeres temamøde for Kommunalbestyrelsen om ældrestrategien inden den formuleres endeligt.

Efterfølgende opsamler styregruppen ideerne og præsenterer strategiplanen for Social- og Sundhedsudvalget med mulighed for, at politikerne kan vælge hvilke konkrete initiativer, de ønsker at satse på.

Kommunikation og implementering

Ældrestrategien skal kommunikeres bredt ud i organisationen via intranet og gennem de mødestrukturer, der findes (afdelingsmøder, mødemøder mv.). Selve strategiplanen skal præsenteres i en lille folder. Der afholdes en reception for alle deltagere i processen, medarbejdere, borgere, civilsamfund og politikere, for at takke for deltagelsen og markere resultatet af strategien. Implementeringen af strategiplanen vil delvist afhænge af selve resultatet.

Styregruppen skal aftale en struktur for opfølgning af strategien, når strategien er vedtaget.

Projektet skal gennemføres inden for Ældreservices økonomiske rammer. Der skal afsættes midler til gennemførelse af inddragelsesprocessen (advisering i lokalavisen og kommunikation / PR, evt. udgifter til elektroniske virkemidler og oplægsholder, forplejning og evt. materiale) samt udgifter til kommunikation af resultatet af projektet.

Børne- og Fritidsforvaltningen
Ledelsessekretariatet

UDKAST

Udkast til kommissorium for udarbejdelse af ny frivilligstrategi for Lyngby-Taarbæk Kommune

1. Indledning og baggrund

Lyngby-Taarbæk Kommune besluttede i 2008 at indgå i et udviklingsprojekt om nye veje i inddragelsen af frivillige i den kommunale opgaveløsning - med Lundgårdskonsulenterne og tre andre kommuner, støttet af det daværende Velfærdsministerium og Momsfondet.

Formålet med projektet var at få afprøvet nye måder for inddragelse af frivillige i kernen af den kommunale opgaveløsning. Projektet er afsluttet og evalueret i starten af 2011 og dokumenteret i dels en samlet evalueringsrapport for alle fire kommuners projekter, dels en lokal evalueringsrapport for Lyngby-Taarbæk Kommune projekterne. Rapporterne har været forelagt til politisk behandling og drøftelse i foråret 2011, ligesom de lokale projekter også er dokumenteret i en film, der er færdiggjort i juni 2011.

I anledning af frivillighedsåret i 2011 og som opfølgning på Lundgårdprojektet er der efterfølgende i august 2011 afholdt et seminar for Kommunalbestyrelse, forvaltning samt repræsentanter for frivillighedsområdet. Formålet med seminaret var at få drøftet erfaringerne fra Lundgårdprojektet og fremadrettet få diskuteret muligheder og perspektiver for det frivillige arbejde i Lyngby-Taarbæk Kommune – der kan indgå i formuleringen af den nye frivillighedsstrategi, som blev politisk bestilt i 2009 med budgetaftalen for 2010.

I september 2011 blev opsamlingen og forslagene fra frivilligheds seminaret i august udsendt til Kommunalbestyrelsen til orientering med oplysning om, at der på oktobermøderne ville blive fremlagt et forslag til det videre arbejde med udarbejdelse af en ny frivillighedsstrategi, der omfatter hele det kommunale opgaveområde – og ikke kun det frivillige sociale arbejde, som er hægtet op på frivillighedsmidlerne i henhold til Serviceloven.

På denne baggrund er der udarbejdet nedenstående forslag til kommissorium for arbejdet med udarbejdelse af en ny frivillighedsstrategi, der udover ovennævnte elementer bygger videre på de mange gode erfaringer, der allerede er gjort med frivillig indsats – både inde på matriklen i de kommunale institutioner og de mange ildsjæle, som arbejder med frivillighed på kryds og tværs i Lyngby-Taarbæk Kommune, uden offentlig støtte og på egne præmisser.

2. Organisering af processen med udarbejdelse af en ny frivilligstrategi

For at signalere politisk prioritering af opgaven – og fordi de politiske nøglespørgsmål, som beskrives nedenfor kræver en tæt politisk involvering i processen – foreslås det, at arbejdet med udarbejdelse af en ny frivilligstrategi organiseres og forankres i et § 17,4 udvalg.

Af styrelseslovens § 17, stk. 4 fremgår det således:

”I øvrigt kan kommunalbestyrelsen nedsætte særlige udvalg til varetagelse af bestemte hverv eller til udførelse af forberedende eller rådgivende funktioner for kommunalbestyrelsen, økonomiudvalget eller de stående udvalg. Kommunalbestyrelsen bestemmer de særlige udvalgs sammensætning og fastsætter regler for deres virksomhed.”

I udvalget foreslås der repræsentation af både politikere og repræsentanter for frivillighedsområdet. Konkret foreslås § 17,4 udvalget sammensat på følgende måde:

- Udvalgsformændene for alle fagudvalg og Økonomiudvalget
- Der udpeges derudover 4 medlemmer fra frivillighedsområdet på følgende måde: 2 medlemmer udpeges af Frivilligcentret, 1 af Folkeoplysningsudvalget og 1 af Integrationsrådet.

Formanden for § 17,4 udvalget udpeges af og blandt kredsen af udvalgsformænd.

Der kan efter behov indkaldes personer fra både den kommunale forvaltning, decentrale ledere, frivillighedsområdet samt andre relevante områder til nærmere belysning af udvalgte problemstillinger.

§ 17,4 udvalget sekretariatsbetjenes af Børne- og Fritidsforvaltningen og Social- og Sundhedsforvaltningen. Børne- og Fritidsdirektøren er referencedirektør på opgaven og udvalgssekretær for § 17,4 udvalget.

§ 17, stk. 4 udvalget referer til Økonomiudvalget.

Der etableres endvidere en *følgegruppe* bestående af 10 repræsentanter fra frivillighedsområdet, som kan bl.a. kan bidrage til idéudvikling og -afprøvning i forhold til § 17,4 udvalget – og som kan inddrages ad hoc. Følgegruppens medlemmer rekrutteres via annonceres og udpegning, så de dækker et bredt udsnit af gruppen af frivillige.

3. § 17,4 udvalgets opgave og kommissorium

I den politiske sag om Civilsamfundsprojektet fra juni 2011 blev der defineret tre politiske nøgleudfordringer:

- Medborgerskabsbegrebet
- I kernen eller i periferien af den kommunale opgaveløsning?
- Er der potentiale for en større frivillig indsats og hvordan bliver potentialet sat i spil?

Disse tre politiske nøgleudfordringer dannede også rammen om seminarets diskussioner. Der henvises her til den vedlagte opsamling på gruppediskussionerne.

§ 17,4 udvalgets opgave er i forlængelse af den politiske bestilling fra 2009, erfaringerne fra Lundgårdprojektet og det eksisterende frivillige arbejde, samt inputtene fra seminaret i august følgende:

- Udarbejdelse af en ny frivilligstrategi, som fastlægger Lyngby-Taarbæk Kommunes vision, mål, rammer og holdninger til frivilligt arbejde – både indenfor og udenfor den kommunale opgaveløsning

- I strategien at få håndteret og besvaret de tre ovennævnte politiske udfordringer, således at der skabes klare politiske rammer omkring det frivillige arbejde i Lyngby-Taarbæk Kommune
- At komme med forslag til, hvordan frivillige kan sikres en lettere adgang til at blive frivillig i Lyngby-Taarbæk Kommunes institutioner, skoler, ældrecentre, det tekniske område, administration mv.
- At belyse og overveje - hvorvidt midlerne til frivilligt socialt arbejde, folkeoplysningens start- og udviklingsmidler samt de boligsociale midler – lovligt og med fordel kan samtænkes og indgå som økonomisk støtte til bredere frivillige aktiviteter
- At overveje, hvordan der kan skabes en fælles ”værktøjskasse”/checkliste for, hvordan inddragelse af frivillige i den kommunale opgaveløsning håndteres.

Når Frivilligstrategien er udarbejdet og godkendt i de politiske udvalg udarbejdes en udmøntningsplan for, hvordan strategien kan implementeres.

Udarbejdelsen af strategien betyder ikke, at det allerede velfungerende frivillige arbejde i kommunen sættes på stand by, mens strategien udarbejdes.

4. Økonomi

Forslaget til ny frivilligstrategi forudsættes udarbejdet indenfor de eksisterende økonomiske rammer.

5. Forslag til overordnet tidsplan

§ 17,4 udvalget skal have færdiggjort sit arbejde med udarbejdelse af et forslag til frivillighedsstrategi senest den 1. april 2012.

NOTAT

om

Status på Sundhedsaftale 2011 til 2014

Social- og Sundhedsudvalget godkendte på møde den 20. december 2010 Sundhedsaftale 2011 til 2014 samt tillægsaftale mellem Lyngby-Taarbæk Kommune og Region Hovedstaden.

Sundhedsaftalen består af en grundaftale og en tillægsaftale. Grundaftalen er fælles for alle kommuner i Region Hovedstaden og udstikker rammerne for samarbejdet mellem Region Hovedstaden, praksisområdet og kommunerne i perioden. Tillægsaftalen indgås mellem Region Hovedstaden og den enkelte kommune og indeholder konkrete projekter inden for udvalgte indsatsområder.

Formålet med dette notat er at give en kort status for arbejdet med at følge op på Sundhedsaftalens elementer.

Der er tre niveauer i forhold til opfølgning på de opgaver og projekter, der er lagt frem i sundhedsaftalen:

- **Sundhedskoordinationsudvalget og den administrative styregruppe (DAS):** På det regionale niveau er opfølgning på sundhedsaftalen forankret i Sundhedskoordinationsudvalget, som består af 5 medlemmer udpeget af regionsrådet, 5 medlemmer udpeget af kommunekontaktrådet i Region Hovedstaden og 2 medlemmer udpeget af Praksisudvalget for Almen Praksis i Region Hovedstaden. Til Sundhedsudvalget er tilknyttet den administrative styregruppe (DAS). Det er på dette niveau, at blandt andet foregår overordnet opfølgning på de indgåede aftaler.
- **Arbejds- og følgegrupper:** Under DAS er der nedsat en række arbejds- og følgegrupper med repræsentanter fra kommuner, region, hospitaler og praksisområdet. Det er DAS der udarbejder kommissorier for den enkelte arbejdsgruppe. LTK indgår i en række af arbejdsgrupperne.
- **Samordningsudvalg:** Der er nedsat samordningsudvalg med udgangspunkt i det enkelte hospital og de kommuner, der navnlig benytter hospitalet i relation til de patientgrupper, der er i fokus i sundhedsaftalen. LTK deltager i samordningsudvalg ved Gentofte Hospital sammen med Rudersdal og Gentofte Kommuner, hvor der er møde ca. hver anden måned. Fremadrettet er der drøftelser om, at LTK også skal deltage i samordningsudvalg under Herlev Hospital, som en konsekvens af, at flere LTK borgere bliver behandlet på Herlev Hospital.

Styringsredskab til opfølgning: Procesplan

I regi af samordningsudvalget er der udarbejdet en procesplan, som indeholder en oversigt af de aktiviteter og projekter, der er indgået aftale om i Sundhedsaftalen og herunder i tillægsaftalen. Procesplanen er vedlagt dette notat. Første del af procesplanen (side 1 til 4) indeholder

aktiviteter og projekter, som fremgår af Grundaftalen. Opfølgning på disse aktiviteter sker i regi af den regionale opfølgning via DAS. Den anden del af procesplanen (side 5 og 6) indeholder oversigt med de aktiviteter og projekter, som er nævnt i tillægsaftalen samt nye aktiviteter og projekter, der tilføjes løbende. Opfølgning på dette arbejde sker i regi af samordningsudvalget og dermed med Regionens og de enkelte kommuner.

Tillægsaftalen mellem Region Hovedstaden og Lyngby-Taarbæk

Tillægsaftalen for Lyngby-Taarbæk Kommune indeholder aftale om 13 projekter, som skal igangsættes i aftaleperioden. Hovedparten af projekterne vil ske i samarbejde med Gentofte og Rudersdal Kommuner. Herunder er projekterne listet ift status og med ansvarlig kommuner nævnt i ():

- 5 projekter er igangsat:
 - Evaluering af effekt af forløbsprogrammer (Gentofte)
 - Projekt om tilbud for KOL patienter (LTK)
 - Forstærket indsats for at forebygge indlæggelser og genindlæggelser (LTK)
 - Indsats for præmature børn (LTK)
 - Etablering af sundhedshus i LTK (LTK)

- 3 projekter afventer igangsætning til senere i aftale perioden:
 - Indsats for at gøre borgerne ansvarlige for egen sundhed (LTK)
 - Indsats for at forebygge livstilssygdomme hos børn og unge (LTK)
 - Indsats for børn med type 1 diabetes (Rudersdal)

- 2 projekter er flyttet til samordningsudvalget for psykiatri og løftes her:
 - Samarbejde om børn og unge med psykiatriske problemer
 - Indsats for psykiatriske patienter der kræver særforanstaltninger

- 2 projekter afventer udspil fra Region Hovedstaden:
 - Hurtig udredning og afklaring af borgere med komplekse og sammensatte sundhedsproblemer (Regionen)
 - Registreringspraksis på hospitalerne ift diagnoser (Regionen)

- 1 projekt afventer lovgivning på området:
 - Tilgængelighed af data på dyre enkeltsager

Journalnr.:
Dato: 21.09.2011
Skrevet af: ket /3307

Social og sundhedsudvalget 12/9-11
Sag nr. 11
Bilag nr. 1.2

NOTAT
om

Projekt Bydelsmødre i Lyngby-Taarbæk Kommune

Støtte fra Integrationsministeriet til projekt Bydelsmødre i LTK

Integrationsministeriet har i brev af 20. september 2011 meddelt tilsagn om støtte med 110.000 kr. til projekt Bydelsmødre i LTK i perioden 1. oktober 2011 til 30. september 2012.

Kort om bydelsmødre generelt

Projekt Bydelsmødre har igennem flere år været i gang i en lang række kommuner i Danmark blandt andet Københavns Kommune og Århus. Projektet handler om, at mødre med anden etnisk baggrund end dansk gennemgår et uddannelsesforløb med emner som børneopdragelse, daginstitution- og skolesamarbejde, sundhed, kost, jobmuligheder, uddannelsesmuligheder m.m. og på baggrund heraf bliver uddannet til Bydelsmødre.

Herefter skal Bydelsmødre opsøge andre mødre med anden etnisk baggrund end dansk i deres lokalområde og formidle deres viden og erfaring. Målet med Bydelsmødre er, at kvinder med etnisk minoritets baggrund i udsatte boligområder bliver aktive medborgere og at deres ressourcer kommer i fokus og styrkes til en bedre hverdag og integration for dem selv, deres børn og de kvinder og familier de kommer i kontakt med.

Baggrund for bydelsmødre i Lyngby-Taarbæk

Integrationsrådet i Lyngby-Taarbæk besøgte i efteråret 2009 projekt bydelsmødre i Københavns Kommune. På baggrund heraf drøftede Integrationsrådet muligheden for at få samme tilbud i Lyngby-Taarbæk Kommune. I forbindelse med at Integrationsministeriet annoncerede mulighed for at søge puljemidler til opstart af projekt bydelsmødre (ansøgningsfrist i marts 2011), blev der holdt et møde med repræsentanter fra Børne- og fritidsforvaltningen, Social- og sundhedsforvaltningen, Lyngby Guiderne, Lyngby Netværksgruppe samt Integrationsrådet. På mødet var der enighed om, at det er relevant at etablere et bydelsmødre projekt i Lyngby-Taarbæk og på baggrund heraf blev der udarbejdet en ansøgning om støtte.

Kort om projektets aktiviteter

Projektet vil bestå af fire faser:

Fase 1: Rekruttering af bydelsmødre

Der skal rekrutteres ca. 12 mødre med etnisk minoritetsbaggrund til projektet, som skal udannes til bydelsmødre.

Fase 2: Uddannelsesforløb for bydelsmødrene

De kvinder der bliver udpeget til bydelsmødre skal gennemgå et forløb, der giver dem kompetencer til at være bydelsmødre og herunder blandt andet at vejlede og rådgive andre kvinder om børneopdragelse, samarbejde med daginstitutioner og skoler, sundhed og ernæring, muligheder for netværk og aktiviteter i lokalområdet.

Fase 3: Kontakt til de udsatte kvinder

Kontakt til de udsatte kvinder vil ske ved en indsats, der indeholder opsøgende aktiviteter i boligområder, daginstitutioner, skoler, sprogskoler mv. Derudover vil der også være formidling om tilbuddet via forvaltningen ex gennem jobcenteret, sundhedsplejen, to-sprogskonsulenten, der har kontakt til målgruppen for projektet.

Fase 4: Opfølgingscafé for bydelsmødrene

Der vil blive etableret en opfølgingscafé for bydelsmødrene, hvor der vil være systematisk og tæt opfølgning i forhold til bydelsmødrenes arbejde.

Kort om projektets organisering

Projektgruppe:

En medarbejder i Sundhedstjenesten skal være primær tovholder for projektet og sikre at projektets aktiviteter bliver gennemført.

Derudover vil projektgruppen bestå af stabsmedarbejder og sekretær for Integrationsrådet, som vil bistå tovholderen med at styre og planlægge projektets aktiviteter.

Styregruppe:

Der er nedsat en styregruppe for projektet, der består af:

- Repræsentant fra Børne- og Fritidsforvaltningen, Leder af Sundhedstjenesten Pernille Fabricius
- Repræsentant fra Børne- og fritidsforvaltningen, To-sprogskonsulent Beata Engels Andersson
- Repræsentant fra Social- og sundhedsforvaltningen, Socialcenterchef Charlotte Olsen
- Repræsentant fra Social- og sundhedsforvaltningen, Jobcenter
- Repræsentant fra Lyngby Netværkgruppe (frivillig organisation), Mette Møller Jensen
- Repræsentant fra Lyngby-Guiderne (frivillig organisation), Ruth Jensen
- Repræsentant fra Integrationsrådet med anden etnisk baggrund
- Repræsentant fra boligforeningerne/arbejdsgruppen med det boligsociale arbejde

Styregruppens opgaver vil være at følge projektet og løbende blive orienteret om fremdrift og udvikling i projektets faser. Herunder kan styregruppen også spille ind i forhold til den løbende udvikling og drift af projektet.

Bistand fra Bydelsmødrene Landsorganisation

Integrationsministeriets tilsagn om støtte forudsætter at LTK bliver medlem af Bydelsmødrenes Landsorganisation. Medlemskab er gratis.

Bydelsmødrene Landsorganisation har blandt andet lavet en startpakke til nye bydelsmødreprojekter, som indeholder et færdigt koncept for uddannelse af bydelsmødrene med undervisningsmateriale, skema og forslag til undervisere – både eksterne og interne.

N O T A T
om
Projekt Uddannelse i Medborgerskab

Socialcenteret har indgået samarbejdsaftale med Servicestyrelsen, omkring kompetenceudviklingsprojektet Uddannelse i Medborgerskab (sindslidende). Projektet er omfattet af satspuljemidlerne for 2008 og projektperioden afsluttes i 2012.

Servicestyrelsen er hovedansvarlig for planlægning af og afvikling af undervisningen i medborgerskab. Samarbejdet med Servicestyrelsen omkring projektet, varetages af Whole Life Gruppen (samarbejdsorgan bestående af aktørerne indenfor social-psykiatrien i Lyngby-Taarbæk kommune). Kommunen bevilges kr. 42.000 som kompensation for medarbejderressourcer, brugt i forbindelse med deltagelse i projektet.

Det overordnede formål med projektet er, at udvikle og afprøve metoder, redskaber og formlingsmateriale, som kan understøtte kommunalbestyrelsens forpligtelse til, at give særligt sårbare grupper viden om egne rettigheder og at give dem redskaber, som kan støtte dem i, at udøve disse rettigheder i praksis. Projektet vil derudover kunne medvirke til at understøtte arbejdet med, at implementere FN's konvention om rettigheder for personer med handicap.

At kunne udøve sit medborgerskab i praksis, fordrer en række nødvendige kompetencer, man som sindslidende kan have mistet. Det kan eksempelvis være viden, om de formelle rettigheder og egen rolle i håndtering af sindslidelsen, en manglende oplevelse af at høre til og kende spillets regler, at kunne udtrykke sig om egne synspunkter, behov og interesser og at omsætte ideer til handling.

Målgruppen for projektet er sindslidende i botilbud. Hertil kommer sindslidende i eget hjem med et funktionsniveau svarende til sindslidende i botilbud.

I samarbejde med Servicestyrelsen er der planlagt fire moduler, som hver strækker sig over 2 dage. Emnerne er introduktion til forløbet og lære hinanden at kende, Mit sociale liv og rettigheder, Fællesskaber og Inklusion i lokalsamfundet.

For at understøtte den enkelte deltagers proces omkring udøvelsen af medborgerskabet, uddannes der desuden 4 mentorer, som har egne erfaringer omkring sindslidelse, og som er villige til at dele af ud af disse og støtte en andens udvikling. Mentorerne deltager i et to-dagskursus tilrettelagt specielt for dem, deltager minimum en af dagene i Kursus i Medborgerskab og har mentorsamtaler med 1-2 kursister under forløbet.

Erfaringerne fra projektet vil indgå i Whole Life Gruppens planlægning af undervisningsaktiviteter fremadrettet.

Marianne Bjørnholt

NOTAT
om
Udbud af indkøbsaftaler

Af kommunens indkøbspolitik fra 2008 fremgår det, at der gennem samordning af indkøb skal ske en optimering af den samlede indkøbsproces, for at sikre lavest mulige priser i forhold til kvalitet.

Ældreservice er aktuelt i gang med flere udbud og har også de senere år i samarbejde med indkøbskontoret gennemført en række andre udbud af ren teknisk karakter, der alle har været gennemført for at sikre lavest mulige priser i forhold til kvaliteten af en række produkter, som bleer, diabeteshjælpemidler, tekniske hjælpemidler mv.

Fælles for disse tekniske udbud er, at de ingen reel indflydelse har på det politisk fastlagte serviceniveau på de forskellige bevillingsområder, men udelukkende har betydning for de priser, som kommunen betaler for de enkelte ydelser.

Ældreservices erfaring med de allerede gennemførte udbud er, at udbudsprocesserne ofte er meget tidspressede. En årsag hertil er, at flere og flere udbud sker i samarbejde med andre kommuner for at få gennemført udbud i forhold til så store indkøb som muligt og herved få lavest mulige priser. Men samarbejde på tværs af kommuner stiller store udfordringer til planlægningen af de enkelte udbud, bl.a. fordi de forskellige kommuner, har hver deres høringsprocesser. Derfor kan det være overordentlig svært at få forelagt de endelige kravspecifikationer og diverse høringssvar i tide for at udbudsprocessen kan overholde de planlagte tidsfrister.

For i fremtiden at sikre nogle mere smidige arbejdsgange i relation til kommende udbud af ren teknisk karakter kan forvaltningen se en fordel i, at den gældende procedure ændres, således:

- at de høringsberettigede råd fortsat inddrages i udbudsprocesserne svarende til i dag og ligeledes fortsat får forelagt de endelige kravspecifikationer
- at de høringsberettigede råds kommentarer og høringssvar indarbejdes i de endelige kravspecifikationer
- at forvaltningen gennemfører udbuddene og indgår kontrakt
- at social- og sundhedsudvalget orienteres om resultaterne når endelig kontrakt er indgået.