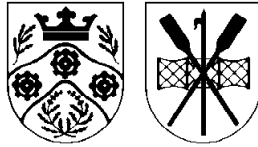


LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE



Social- og Sundhedsudvalget

Protokol

Onsdag den 14. september 2011 kl. 15:30
afholdt Social- og Sundhedsudvalget møde i Mødelokale F 6.sal/T 12.

Medlemmerne var til stede, undtagen:
Bodil Kornbek (A) og Gitte Kjær-Westermann (V), der
havde medlt afbud.

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	Halvårsregnskab 2011 for Social- og Sundhedsudvalgets aktivitetsområde .	3
02	Kriterier for toårige bevillinger fra frivillighedspuljen .	7
03	Oplæg til social rammeaftale 2012 .	9
04	Oplæg til samarbejde mellem Lyngby-Taarbæk Kommune og Gentofte Kommune på autismeområdet .	11
05	Ændring af arbejdsgange vedr. tilkendelse af førtidspension .	13
06	Sundhedshus .	15
07	Konkurrenceudsættelse af områdecenter .	19
08	Til orientering for udvalgets medlemmer september 2011 .	22

1.

Halvårsregnskab 2011 for Social- og Sundhedsudvalgets aktivitetsområde

.

Sagsfremstilling

Økonomiudvalget behandlede den 23. august 2011 forvaltningens redegørelse vedrørende halvårsregnskab 2011. Redegørelsen er udarbejdet på baggrund af de tillægsbevillinger, der blev givet på KMB-mødet den 27. juni 2011 samt med udgangspunkt i forbruget pr. 30.6.2011.

Økonomiudvalget besluttede, at

1. tage redegørelsen vedr. halvårsregnskabet 2011, incl. kvartalsrapporten for det specialiserede socialområde til efterretning
2. anbefale de bevillingsmæssige konsekvenser af halvårsregnskabet over for Kommunalbestyrelsen
3. godkende at konsekvenserne for overslagsårene 2012-15 indarbejdes i det administrative budgetforslag 2012-15
4. oversende redegørelsen til de enkelte fagudvalg med henblik på behandling.

Resultatet af fagudvalgets behandling oversendes til Økonomiudvalgsmødet den 16. september.

Hovedtallene i Resultatet af halvårsregnskab 2011:

Mio. kr. netto	Budget 2011	Korrigeret budget *	Anslået regnskab	Afvigelse i halvårsregnskab i forhold til korr.budget	Afvigelse mellem skønnet regnskab og opr. budget
Ældreområdet	578.953	576.277	577.722	1.445	-1.231
Handicapområdet	318.786	327.669	325.568	-2.101	6.782
Sundhedsområdet	206.964	208.202	207.778	-424	814
Social- og Sundhedsudvalget i alt	1.104.703	1.112.148	1.111.068	-1.080	6.365

- = mindreudgift/merindtægt

+ = merudgift/mindreindtægt

* Budget 2011 inkl. tillægsbevillinger siden budgetvedtagelsen i oktober 2010 til og med juni 2011.

Yderligere specifikation:

Nettoafvigelsen, der udgør et mindreforbrug på godt 1 mio., kan opdeles i flg. kategorier:

	Mio. kr.
Køb og salg af pladser	2,3
Tilbud til voksne med særlige behov	1,2
Plejeboliger	-1,4
Modgående initiativer (1. AR 2011)	-2,1
Længerevarende botilbud	1,3
Alkoholbehandling	-1,0
Øvrige	-1,4
I alt	-1,1

I udsendte ”halvårsregnskab 2011” er forklaringerne på udgiftsudviklingen uddybet.

Specialiserede socialområde

Som en del af materialet til halvårsregnskabet 2011 er vedlagt indberetningen til Indenrigsministeriet samt de udarbejdede nøgletal vedrørende det specialiserede socialområde. Begge elementer indgår i den ledelsesinformation, som fremadrettet skal understøtte den faglige og økonomiske prioritering af de forskellige foranstaltninger på området. Nøgletallene er udvalgt efter økonomisk relevans og validitet i styringsmæssig sammenhæng. For en række foranstaltninger gælder det, at det på nuværende grundlag ikke er muligt at opgøre enhedsomkostningerne, hvorfor der ikke er tale om en udtømmende opgørelse for hele det specialiserede område. I det omfang det løbende bliver muligt at knytte flere foranstaltninger til oversigten, vil ledelsesinformationen blive udvidet hermed.

Tallene i indberetningen til Indenrigsministeriet er identisk med skønnet for halvårsregnskabet 2011, men da Indenrigsministeriet anvender en smallere

afgrænsning af det specialiserede socialområde afviger oversigten fra den afgrænsning, som ligger til grund for LTK's samlede aktivitetsopgørelse. For både aktivitets-skønnet og nøgletallene gælder det, at de baserer sig på dispositionsregnskabet, som udgør hjørnestenen i økonomistyringen af området.

Overordnet viser oversigten et forventet samlet mindreforbrug på 1,5 mio. kr., hereraf mindreudgifter på voksne og handicappede på 2,77 mio.kr. og merudgifter på 1,25 mio.kr. på Pleje og omsorg. På voksenområdet er der merudgifter på 0,5 mio. kr., som primært vedrører udgifter til længerevarende botilbud på 2,5 mio. kr. og køb og salg af pladser i plejeboliger på 2,3 mio. kr. Modsat trækker mindreudgifter til plejeboliger på 1,4 mio. kr., mindreudgifter til alkoholbehandling på 1,0 mio. kr. og modgående initiativer på 1,8 mio. kr., som blev besluttet af Social- og Sundhedsudvalget på mødet i juni.

Oversigten behandles ligeledes i Børne- og Ungeudvalget den 15. september 2011. Sagen er behandlet i Økonomiudvalget den 23. august 2011 som et bilag til halvårsregnskab 2011 og behandlet i Kommunalbestyrelsen den 29. august 2011 ligeledes som et bilag til halvårsregnskab 2011.

Økonomiske konsekvenser

Fremgår af sagen.

Beslutningskompetence

Økonomiudvalget

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. udvalget tager redegørelsen vedr. halvårsregnskabet 2011 til efterretning
2. udvalget tager indberetning til Indenrigsministeriet samt udarbejdede nøgletal vedrørende det specialiserede socialområde til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 14. september 2011:

Ad 1. Taget til efterretning

Ad 2. Taget til efterretning

Bodil Kornbek (A) var fraværende.

Gitte Kjær-Westermann (V) var fraværende.

2.

Kriterier for toårige bevillinger fra frivillighedspuljen

Fornyset behandling (Social- og Sundhedsudvalgets møde den 17-08-2011 sag nr.4)

Sagsfremstilling

Den 9. februar 2011 besluttede Social- og Sundhedsudvalget at få undersøgt muligheden for at tilbyde enkeltpersoner og foreninger, der udfører frivilligt socialt arbejde, mulighed for at ansøge om toårige bevillinger fra frivillighedspuljen, idet den gældende ansøgnings- og fordelingsprocere kun lægger op til halv- og/eller helårige bevillinger. Der er derfor udarbejdet forslag til en ny model for ansøgning og uddeling af frivillighedsmidler. Notatet er udsendt til udvalgets medlemmer.

I notatet lægges der op til, at op til en 1/3 af frivillighedspuljen svarende til ca. 230.000 kr. kan afsættes til toårige bevillinger med ikrafttræden pr. 1. januar 2012. De resterende 2/3 foreslås uddelt som helårige bevillinger. Endelig foreslås de nuværende to ansøgningsrunder pr. år reduceret til én årlig ansøgningsrunde med henblik på forenkling af arbejdsgangen og mere fokus på opfølgning og etablering af strategiske partnerskaber med bevillingsmodtagerne. Beslutter udvalget den nye model med toårige bevillinger, foreslår forvaltningen den 1. februar 2012 som ansøgningsfrist. Dermed kan der skabes tid til afvikling af den nuværende ansøgnings- og fordelingsprocedure, hvis sidste ansøgningsfrist i så fald vil være den 1. september 2011.

Tematiseringen af frivillighedspuljen i 2012 kan med fordel blive inspireret af drøftelserne på seminaret om medborgerskab og frivillighed i Lyngby-Taarbæk Kommune. Seminaret vil foregå onsdag den 24. august fra kl. 16.30 til kl. 21.00 på Stadsbiblioteket. Programmet ligger i sagen. Efter seminaret udarbejder forvaltningen en særskilt sag om temaer for frivillighedspuljen i 2012.

Økonomiske konsekvenser

Ingen, idet udgifterne holdes inden for det eksisterende budget. Den nye model forudsætter dog, at forvaltningen kan overføre midler mellem regnskabsårene, således at disponerede midler kan udbetales i to på hinanden følgende år.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at udvalget godkender ny model for

ansøgning og uddeling af frivillighedsmidler (§18-puljen).

Social- og Sundhedsudvalget den 17. august 2011:

Udsættes.

Hans Henrik Madsen (F), fraværende.

Curt Købsted (O), fraværende.

Sagen forelægges på ny.

Social- og Sundhedsudvalget den 14. september 2011:

Godkendt

Bodil Kornbek (A) var fraværende.

Gitte Kjær-Westermann (V) var fraværende.

3.

Oplæg til social rammeaftale 2012

Sagsfremstilling

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i Region Hovedstaden er forpligtiget på årligt at indgå en aftale om drift og udvikling af tilbud på social- og specialundervisningsområdet i regionen. Aftalen benævnes rammeaftalen, og dækker både voksen- og børneområdet. Aftalerne skal godkendes i Kommunalbestyrelserne.

Der er indført ny lovgivning, som fra 2011, giver kommunerne ansvaret for koordination og udvikling af rammeaftalen, forankret i et fælles sekretariat i Frederiksberg kommune. Desuden ændrer lovgivningen selve aftalens struktur, så den fremadrettet består af to dele:

1) en udviklingsstrategi, der beskriver udviklingen af de eksisterende tilbud, samt behovet for nye tilbud – eventuelt i sammenhæng med særlige fokusområder udmeldt fra Socialministeriet.

Der er i 2012 særligt fokus på særforanstaltning/enkeltmandsforanstaltninger og behovet herfor, samt tilbud til senhjerneskedede.

2) en styringsaftale, der er udgangspunktet for afklaring af kapaciteter og priser i det kommende år. Det gælder dels, hvad der konkret er brug for af tilbud på tværs af kommunerne, dels hvordan udgifterne bør udvikle sig.

På grund af sen gennemførelse af den nye lovgivning, tager rammeaftalen for 2012 udgangspunkt i aftalen for 2011. Særligt skal nævnes, at aftalen indeholder en række præciseringer vedrørende efterreguleringer af takster på de sociale tilbud. Det understreges med aftalen, at der ikke må fremsendes ekstra regninger, som følge af lavere belægning end forventet, eller ekstraudgifter. Der er derudover indarbejdet enkelte mindre tekniske ændringer, som beskrives i notat af 24. august, der er udsendt med dagsordenen. Selve rammeaftalen, der skal godkendes i kommunerne, er ligeledes udsendt med dagsordenen.

Økonomiske konsekvenser

Ingen.

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at rammeaftalen godkendes.

Social- og Sundhedsudvalget den 14. september 2011:

Anbefales.

Bodil Kornbek (A) var fraværende.

Gitte Kjær-Westermann (V) var fraværende.

4.

Oplæg til samarbejde mellem Lyngby-Taarbæk Kommune og Gentofte Kommune på autismeområdet

Sagsfremstilling

Gentofte og Lyngby-Taarbæk Kommune har udarbejdet forslag til en fælles målsætning for et samarbejde på autismeområdet med henblik på, at de to kommuner i fællesskab kan være selvforsynende på området. I notat om "Forpligtende samarbejde med Lyngby-Taarbæk og Gentofte Kommune om voksne borgere med autismespektrumsforstyrrelser" er baggrund for samt forslag til nærmere samarbejde beskrevet. Notatet er udsendt til udvalgets medlemmer.

Siden 1.1.2007 har kommunerne haft myndighedsansvaret og forsyningsforpligtelsen på handicapområdet generelt - herunder også autismeområdet. Lyngby-Taarbæk og Gentofte Kommuner har begge hjemtaget specialiserede dag- og døgntilbud på området, og Lyngby-Taarbæk Kommune har i dag specialiserede tilbud til borgere med autisme, hvorimod Gentofte Kommune har tilbud til borgere med mere lette og moderate behov.

Begge kommuner forsyner egne såvel som andre kommuners borgere med pladser, men ingen af de to kommuner er selvforsynende på området. Generelt oplever kommunerne en stigning i tilgangen af borgere på autismeområdet og en deraf følgende efterspørgsel på tilbud til målgruppen. På den baggrund har de to kommuner i fællesskab afdækket perspektiverne i et forpligtende samarbejde på autismeområdet med henblik på:

- at sikre en fælles palette af tilbud på området, så kommunerne i fællesskab kan blive selvforsynende inden for autismeområdet
- at skabe en struktur og sammenhæng i tilbuddene, så optimal drift og de mest hensigtsmæssige tilbud sikres bedst muligt
- at sikre et højt vidensniveau ved at samarbejde om kompetenceudvikling af medarbejdere på autismeområdet bredt i begge kommuner

Det foreslås, at udgangspunktet for samarbejdet er, at borgere fra de to kommuner på lige fod har fortrinsret til ledige autismepladser i begge kommuner. Med hensyn til visitation af borgere til ledige pladser, er det den kommune, der er driftsherre for tilbuddet, som varetager visitationen. Købet af pladser afregnes ud fra gældende takster og har dermed ingen betydning for den eksisterende budgetramme.

Handicaprådet har på møde den 31. august drøftet udkast til forpligtende samarbejde mellem Gentofte og Lyngby-Taarbæk Kommune. Handicaprådet finder,

at det er positivt, at kommunerne arbejder tættere sammen på området og søger at udnytte ressourcerne og kompetencerne optimalt. Handicaprådet fandt dog, at det er vigtig at understrege i samarbejdsaftalen, at borgere med autismspektrumsforstyrrelser fortsat skal visiteres til tilbud, der matcher borgerens behov uanset geografisk placering og at borgere med autismspektrumsforstyrrelse dermed ikke kun kan få tilbud i én af de to kommuner.

Økonomiske konsekvenser

Ingen, da opgaven løses inden for de allerede afsatte rammer.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at udvalget godkender, at Lyngby-Taarbæk Kommune og Gentofte Kommune indgår forpligtende samarbejde på autismeområdet.

Social- og Sundhedsudvalget den 14. september 2011:

Godkendt.

Bodil Kornbek (A) var fraværende.

Gitte Kjær-Westermann (V) var fraværende.

Ændring af arbejdsgange vedr. tilkendelse af førtidspension

Sagsfremstilling

Kommunalbestyrelsen træffer beslutning om tilkendelse af førtidspension jvf. § 18 i Lov om Social Pension og i sager før 2003 om eventuel forhøjelse af førtidspension. I Lyngby-Taarbæk kommune er denne kompetence uddelegeret til et pensionsudvalg. Pensionsudvalget har tre medlemmer, formanden, som er leder af ydelseskantoret, faglig konsulent fra Jobcentret og kommunens lægekonsulent samt en sekretær.

Social- og Sundhedsudvalget godkendte på sit møde den 9. februar 2011, at lederen af ydelseskantoret i Socialcentret overtog formandsskabet for kommunens Pensionsudvalg fra den 1. april 2011. Denne ændring blev foretaget i kølvandet af mindre organisatoriske justeringer i forbindelse med, at dele af kommunens opgaver overgår til Udbetaling Danmark omkring årsskiftet 2012/2013.

Jobcentret og Socialcentret har et ønske om at effektivisere og smidiggøre arbejdsgangen yderligere omkring tilkendelsen af førtidspension samtidig med at kvaliteten bevares.

Lovgivningen stiller ikke noget formelt krav til, at tilkendelsen af førtidspension skal ske i et pensionsudvalg. Der stilles alene krav om, at det er en enhed uden for Jobcenteret - i dette tilfælde i Socialcentret - der træffer den endelige afgørelse om at pågynde en sag og træffe afgørelse om førtidspension.

Når der oprindeligt er nedsat et Pensionsudvalg, er det for at sikre en tværfaglig sagsbehandling. Imidlertid er det i dag sådan, at der i Jobcentret er også nedsat et råd - Jobcenterrådet - der skal kvalitetssikre grundlaget for at indstille en borger til førtidspension. Jobcenterrådets medlemmer er lederen af dagpengeopfølgningen, en virksomhedskonsulent, faglig konsulent fra Jobcentret, faglig konsulent fra kontanthjælpsteamet i Socialcentret og lægekonsulenten. Jobcenterrådet mødes fast hver uge. Med andre ord foregår den tværfaglige kvalitetssikring allerede inden, sagen overgår til behandling i Pensionsudvalget.

Det foreslås derfor, at Pensionsudvalget nedlægges. Kompetencen til at træffe den endelige afgørelse om tilkendelse af eller afslag på førtidspension vil fortsat ligge hos lederen af ydelseskantoret, som også fremadrettet ad hoc kan trække på faglig sparring fra såvel faglig konsulent som lægekonsulenten.

Forslaget er en afbureaukratisering og vil i nogle tilfælde bidrage til en hurtigere sagsbehandling og eventuelt sparede forsørgelsesudgifter, da der løbende kan tages stilling til tilkendelse af førtidspension fremfor som i dag, hvor det kun foregår på et allerede fastlagt tidspunkt i Pensionsudvalget én gang månedligt.

Forvaltningen vurderer ikke, at det ændrer på kvaliteten af sagsbehandlingen, da den tværfaglige vurdering fortsat ligger i Jobcentret og tilkendelse eller afslag uden for Jobcentret.

Forvaltningen er bekendt med, at denne model også anvendes i andre kommuner.

Økonomiske konsekvenser

Ingen, da opgaven løses inden for de allerede fastsatte rammer.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at forslaget om ændrede arbejdsgange vedrørende tilkendelse af førtidspension godkendes.

Social- og Sundhedsudvalget den 14. september 2011:

Godkendt.

Bodil Kornbek (A) var fraværende.

Gitte Kjær-Westermann (V) var fraværende.

6.

Sundhedshus

.

Sagsfremstilling

Lyngby-Taarbæk Kommune har erhvervet ejendommen på Buddingevej 50 med henblik på etablering af et sundhedshus.

Det er politisk fastlagt, at projektet skal

- a) etableres som et offentligt-privat partnerskab (OPP),
- b) at den kommunale andel af det færdige hus er begrænset til 10-15 pct af det nuværende areal i hovedbygningen og at
- c) projektet som udgangspunkt er udgiftsneutralt for kommunen.

For at undersøge markedsdeltagernes nærmere holdning til et sådant projekt, har forvaltningen i samarbejde med advokat og rådgiver i foråret 2011 gennemført en markedsteknisk dialog med 8 forskelligartede og større virksomheder.

Virksomheder, der alle - på forskellig vis - i dag er involveret i privat salg og drift af sundhedsydelse, ejendomsadministration og byggeprojekter.

Den markedstekniske dialog har - overordnet - afdækket, at der i dag findes større og kapitalstærke markedsaktører, som - under en række forudsætninger og forbehold - gerne vil byde ind på opgaven omkring etablering af et sundhedshus i Lyngby.

Aktørernes forbehold var knyttet til en række af de udbudsvilkår, som blev nævnt for aktørerne som led i dialogen, og de mest centrale er:

1. Aktørerne fandt det hensigtsmæssigt, at et udbud også indbefattede de byggeretter, som ligger på grunden ud mod Buddingevej (arealet hvor der i dag er cykelskur og pedelbolig). Såfremt projektet alene omhandlede renovering af skolens hovedbygning og efterfølgende drift af ejendommen, fandt markedsaktørerne projektet "for småt". Aktørerne fandt ikke et sådant mindre projekt profitabelt på sigt. Dette kan muligvis afspejle, at det alene var større markedsaktører, som var inviteret. Det vurderes dog som hensigtsmæssigt i den kommende udbudsrunde, at byggeretterne indgår som del af projektet med henblik på at gøre projektet interessant for de større aktører.
2. Aktørerne fandt det uforeneligt, at kommunen ønskede deltagelse i et udviklingsselskab e.lign og kun ønskede få aktiviteter i sundhedshuset. Der var ikke umiddelbart opbakning til, at større kommunal indflydelse kan forenes med

et ønske om begrænset økonomisk risikovillighed i en omkostningstung udviklings- og efterfølgende driftsfase. Aktørerne ønskede - med andre ord - ikke at kommunen, med meget lav deltagelsesgrad og risikoprofil, deltog i en selskab med henblik på at øge indflydelse.

3. Endelig skal nævnes, at aktørerne lagde vægt på en enkel udbudsproces, hvori udviklingsdelens elementer også kunne skitseres for tilbudsgiverne. En række aktører fandt det problematisk, at udviklingsomkostningerne alene blev lagt på tilbudsgiverne.

På baggrund af den markedstekniske dialog har forvaltningen i samarbejde med advokat og rådgiver drøftet mulighederne for det videre projekt. Advokat og rådgiver har udarbejdet notat (udsendt til udvalgets medlemmer) hvor to væsensforskellige modeller for et sundhedshus beskrives.

Model 1 er en relativ enkel udbudsmodel, hvor kommunen primært har en facilitator- og regulatorrolle. Modellen er - kort sagt - at kommunen sælger bygningen til sundhedsfaglige formål, indarbejder en række klausuler, som giver kommunen adgang til nogle lejemål. Hertil kommer krav om klausuler til den private aktør om at lokale sundhedsaktører skal have mulighed for at leje sig ind.

Kommunens økonomiske risiko er begrænset og kommunens indflydelse består i dels at udforme udbudsmaterialet og dels når kommunen som planmyndighed fastsætter formålet med erhverv på ejendommen. I udbuddet kan indarbejdes kommunens obligatoriske deltagelse i en byggegruppe eller følgegruppe. De juridiske aspekter i modellen vurderes som relativt uproblematisk og tidshorizonten for projektet vurderes mere overskueligt. Det skal noteres, at modellen er uforenelig med, at kommunen skal indgå i et OPP-selskab med den private aktør. Det begrænsede kommunale engagement i modellen vurderes reducerer kommunens deponeringsmæssige udfordringer i relation til lånebekendtgørelsen.

Modellen rummer dog stadig mulighed for, at kommunen på længere sigt kan indgå samarbejds- og udviklingsaftaler med tilbudsgiver, således at kommunens sundhedsydelser også kan udvikles i fremtiden indenfor regi af sundhedshuset.

Model 2 er en anden type sundhedshus. En række aktører så muligheder i, at kommune og privat aktør - i en innovativ udviklingsproces - i fællesskab udviklede et fremtidens sundhedshus. Kommunens ydelser skal her mere 'i spil' og ses i en tættere sammenhæng med private aktørers tilbud. Eksempelvis samtænkning af kommunale rehabiliteringsopgaver, sygedagpengeopfølgning og sundhedscentrets tilbud til kronikere. Eller samtænkning af privat motions- eller fysioterapeuttilbud med kommunale genoptræningsydelser. En forudsætning er dog, at der indtænkes langt flere kommunale ydelser (end de 10-15 pct. af arealet berettiger til) og risikovilligheden i udviklings- og den efterfølgende driftsfase øges betragteligt fra kommunens side. Omvendt vurderes introduktion og udvikling af nye tilgang til

sammenhængende forløb og øget privat-kommunalt samspil at være til gavn for borgerne på længere sigt. De juridiske aspekter i modellen må - afhængig af det kommunale engagement i selskabet og den nærmere udformning af udbudmaterialet - undersøges nærmere. Her er etablering af et selskab med kommunal deltagelse relevant.

Forvaltningen lægger i en vurdering af de to modeller særlig vægt på dels, at kommunens udgifter til udvikling og gennemførelse af en udbudsforretning af et sundhedshus kan holdes på et lavt niveau, dels at forvaltningen kan se en udbudsforretning gennemført inden udgangen af 2011 med henblik på etablering af sundhedshuset i 2012 (primo 2013) som politisk ønskeligt.

Forvaltningen forudser, at der skal gennemføres et betydeligt administrativt forberedende arbejde inden en model to kan gennemføres, ligesom udgifterne til advokat og rådgiver må forventes at være noget højere end i model 1. Det er endvidere vanskeligt for forvaltningen at vurdere tidsperspektivet i et udbud, der har baggrund i et større innovations- og udviklingsarbejde med fokus på at bringe langt flere kommunale tværgående sundhedsydelser ind i projektet.

På den baggrund indstiller forvaltningen, at udvalget giver administrationen mandat til at arbejde videre med planerne om et sundhedshus baseret på principperne i den nævnte model 1.

Økonomiske konsekvenser

Fremgår af sagen.

Beslutningskompetence

Økonomiudvalget.

Indstilling

Social- og Sundhedsudvalget foreslår, at udvalget godkender, at der arbejdes videre med planerne om et sundhedshus på Buddingevej efter enkel model for frasalg af hovedbygning inklusiv byggeretter med henblik på at tilbudsgiver etablerer sundhedshus

Social- og Sundhedsudvalget den 14. september 2011:

Anbefales model 1.

Stemmer for UF, V, O, F

Stemmer imod C

Bodil Kornbek (A) var fraværende

Gitte Kjær-Westermann (V) var fraværende.

7.

Konkurrenceudsættelse af områdecenter

Sagsfremstilling

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.

Til orientering for udvalgets medlemmer september 2011

.

1.1 Resultater af benchmarking undersøgelse af udgift til voksne med særlige behov - 2010.

Social- og Sundhedsudvalget den 14. september 2011:

Taget til efterretning.

Bodil Kornbek (A) var fraværende.

Gitte Kjær-Westermann (V) var fraværende.

SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGET

Aktivitetsområde: ÆLDRE

DRIFTSVIRKSOMHED

Social og sundhedsudvalget 14.9.11

Sag nr. 1

Bilag nr. 1

AFVIGELSER

1.000 kr. netto	2011	2012	2013	2014	2015
Fælles konti	-355	0	0	0	0
Frit valg	600	4.026	-4.606	-2.549	-3.063
Plejeboliger	-1.400	-12.366	13.906	12.372	12.223
Forebyggende indsats	100	0	0	0	0
Hjælpe midler	-500	0	0	0	0
Busdrift	-200	0	0	0	0
Tilbud til voksne med særlige behov	1.200	0	0	0	0
Personlige tillæg	-300	0	0	0	0
Boligyldelse	0	97	180	248	248
Køb & salg af pladser	2.300	7.150	-2.542	-6.970	-7.520
Ældre i alt	1.445	-1.093	6.938	3.101	1.888

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

Modgående initiativer

1.000 kr. netto	2011	2012	2013	2014	2015
Lukning af Lykkens gave tidligere end planlagt + senere ibrugtagning af nyt plejehjem			-4.877	-630	
Rationaler i drift af plejehjem ved etablering af færre, men større plejehjem		-750	-1.500	-1.500	-1.500
Rationaler gennem øget brug af best-practice på frit valg-området		-500	-1.000	-1.000	-1.000
Modgående initiativer i alt	0	-1.250	-7.377	-3.130	-2.500

I alt inkl. modgående initiativer	1.445	-2.343	-439	-29	-612
--	--------------	---------------	-------------	------------	-------------

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

Fælles konti

Samlet set et mindreforbrug på ca. 0,4 mio. kr. på puljen til udvikling af ældreområdet. Mindreforbruget skyldes en bevidst prioritering set i forhold til ønsket om at kunne dække underskud på andre områder.

Frit valg

På Frit valg puljen forventes et merforbrug på ca. 0,6 mio. kr. i 2011.

Dette skal ses i sammenhæng med, at puljen blev reduceret med 2,1 mio. kr. ved 1. anslået regnskab. Efterfølgende har kapacitetsmodellen beregnet for 2011 på baggrund af hhv. Befolkningsprognosen for 2010 og 2011 og den revisionsgodkendte timepris vist en aktivitetsforskel svarende til 0,6 mio. kr., som ikke var forventet ved 1. anslået regnskab. Dette beløb forventes ikke at kunne udmøntes.

Som følge af om- og udbygningerne af plejeboliger og Befolkningsprognosen 2011 ændres antallet af borgere i frit valg puljen i 2012 og overslagsårerne, hvilket medfører ændrede budgetbetingelser, jf. budgetanalysen på ældreområdet. Merforbruget i 2012 skyldes primært færre plejeboligpladser og dermed flere borgere, der modtager hjælp i eget hjem. Omvendt udbygges med flere plejeboligpladser i 2013 til 2015. Dermed overgår flere borgere fra pleje i eget hjem til plejebolig.

Plejeboliger

Samlet set forventes området at udvise et mindreforbrug på 1,4 mio. kr. i 2011.

Det dækker over et forventet merforbrug på ca. 0,25 mio. kr. på ejendom, som primært skyldes faldende huslejeindtægter som følge af ombygninger/omdannelse til almene plejeboliger. Et merforbrug på SOSU uddannelsen på 3,5 mio. kr. som følge af et væsentligt højere antal optag af elever på uddannelserne.

Et forventet driftsmæssigt mindreforbrug på plejehjemsaktiviteten på ca. 2,6 mio. kr. – primært genereret på baggrund af et mindreforbrug på Lykkens Gave, som konsekvens af en lav belægning samt et generelt mindreforbrug på områdecentrerne Virumgård og Solgården. Det forventede mindreforbrug på 2,6 mio. kr. dækker delvist underskuddet på ejendom og SOSU området. Til dækning af det resterende merforbrug på området bruges ca. 1,15 mio. kr. af overførslen på 2,55 mio. vedr. mindreforbrug 2010. Den resterende del af overførslen udgør derved 1,4 mio. kr. som området forventes at få i mindreforbrug.

Fra 2012 er budgettet påvirket af om- og udbygningerne på plejeboligområdet, jf. budgetanalysen. Mindreforbruget i 2012 skyldes færre plejeboligpladser. Omvendt udbygges med 67 plejeboligpladser i 2013 sammenlignet med 2012. Dermed overgår flere borgere fra pleje i eget hjem til plejebolig.

Forebyggende indsats

Samlet set et merforbrug på ca. 0,1 mio. kr. Kørslen til aktivitetscentre m.v. generer et merforbrug på ca. 0,2 mio. kr. pga. stigende efterspørgsel. Sommerhusudlejningen genererer derimod et mindreforbrug på ca. 0,1 mio. kr. Der er dog usikkerhed om, hvorvidt der opstår ekstraordinære omkostninger til vedligehold og reparation.

Hjælpemidler

Der forventes samlet et mindreforbrug på 0,5 mio. kr., hvilket især skyldes modsatrettede budgetafvigelser på Høreapparater og Støtte til køb af biler.

Der har været stigende forbrug på Høreapparater de senere år, men tilsyneladende er markedet nu mættet. Desuden er der vedtaget nye tilskudsregler, som motiverer borgerne til at købe billigere høreapparater. Konsekvensen er, at der i 2011 bevilleges tilskud til færre og billigere apparater. Derfor forventes et mindreforbrug på 1,5 mio. kr.

På Støtte til køb af biler forventes derimod et merforbrug på 1,0 mio. kr. Det skyldes, at der blev vedtaget nye regler på området i 2010. Derfor ventede mange borgere med at ansøge, så der skete ophobning af ansøgninger. Det er denne mængde ansøgninger, som fører til ekstraordinært mange bevillinger i 2011.

Busdrift

Der er foretaget effektiviseringer i Movia, som har medført lavere administrationsudgifter. Det medfører, at vores administrationsbidrag er nedsat fra 0,6 til 0,4 mio. kr. årligt. Derfor skønnes et mindreforbrug på 0,2 mio. kr. Movias budget for 2012 viser bl.a. øgede udgifter til brændstof, så mindreforbruget har ikke effekt i overslagssårene.

Tilbud til voksne med særlige behov

Der forventes samlet et merforbrug på 1,2 mio. kr. Den primære årsag er, at besparelsen ved oprettelse af eget dagtilbud for svagtseende endnu ikke er indhentet. Den forventede besparelse har hidtil været på 0,9 mio. kr. i 2011. Heraf blev det skønnet, at 0,5 mio. kr. kunne spares som en direkte effekt på dagtilbudskontoen for Solgaven. Endvidere var der forudsat en indirekte effekt på 0,4 mio. kr., som følge af at borgerne ville vælge døgntilbud i kommunen, når de allerede var på dagtilbud her.

På dagtilbuddet skønnes, at 0,3 mio. kr. af den forudsatte besparelse på 0,5 mio. kr. indhentes. På døgntilbuddet er det dog ikke alene besparelsen på 0,4 mio. kr., som ikke indhentes. Der forventes derudover et merforbrug på 0,5 mio. kr. på døgntilbuddet til svagtseende, hvilket svarer til udgiften for knap én årsperson.

Personlige tillæg

Der forventes samlet et mindreforbrug på 0,3 mio. kr. En væsentlig årsag til dette er, at der er indført regler om, at der skal ske vurdering af behovet for yderligere behandlinger efter 6 tildelte fodterapeutbehandlinger. Mindreforbruget som følge af de ændrede regler er udover den forudsatte besparelse på 0,5 mio. kr.

Boligyldelse

Boligyldelse forventes at gå i nul i 2011. I 2012 og frem estimeres der med et voksende budgetbehov som følge af stigende huslejeudgifter for borgere i plejeboliger på grund et højere antal almene plejeboliger, j.f. budgetanalysen.

Køb & salg pladser

Det samlede merforbrug forventes at blive på 2,3 mio. kr. i 2011.

Det skyldes skønsomt 7 færre solgte pladser til borgere fra andre kommuner i løbet af 2011. Indtægts- tabet opstår pga. ombygningerne på områdecentrerne, der skaber større pres på det nuværende reducerede antal pladser. Borgere, som omflyttes pga. ombygningerne samt borgere, der søger generelt under plejeboliggarantien tildeles først pladser. Eventuelle overskydende pladser tildeles bl.a. borgere fra andre kommuner, som søger specifikt på bestemte områdecentre. Konsekvensen er, at der ikke tildeles pladser til borgere fra andre kommuner i takt med, at de nuværende borgere fra andre kommuner går bort.

Der ses pt. en tendens til, at det større pres på boligerne i Lyngby-Taarbæk får flere borgere til at søge plads i andre kommuner. Dette kan føre til forøgede udgifter til køb af pladser i andre kommuner i 2011. Der er dog usikkerhed omkring denne effekt, men udviklingen vil blive fulgt.

MODGÅENDE FORANSTALTNINGER**Lukning af Lykkens Gave tidligere end planlagt + udskydelse af ibrugtagning af nyt plejehjem**

Ved at fremrykke lukningen af Lykkens Gave med 10 mdr. til den 1. marts 2013 vil det være muligt at spare ca. 4,9 mio. kr. Den tidligere lukning betyder at op til 29 borgere vil blive tilbudt en plejebolig senere end planlagt og skal i stedet plejes af hjemmeplejen. Blandt de 29 borgere vurderes det at op til 4 borgere vil søge en plejebolig udenbys, som kommunen vil skulle afholde udgifter til. På trods af fremrykningen af lukningen af Lykkens Gave vil antallet af disponible plejeboliger i 2013 ligge over det niveau, som kendes medio 2011.

Udskydelsen af ibrugtagning af det nye planlagte plejehjem med 3 mdr., fra 1. januar 2014 til 1. april 2014, vil betyde at det planlagte løft i antallet af plejeboliger med 20 først vil indtræffe 3 mdr. senere og borgerne vil formentligt skulle plejes af hjemmeplejen i stedet for. Antallet af disponible plejeboliger vil ligge over det niveau, som forekommer medio 2011.

Rationaler i drift af plejehjem ved etablering af færre, men større plejehjem

I forbindelse med færdiggørelsen af ombygningerne på kommunens plejehjem vil man opleve at de 5 største kommunale plejehjem med mellem 39 og 132 beboere omdannes til 4 store plejehjem med mellem 98 og 122 beboere. Det betyder at det vil være muligt at styrke benchmarking-grundlaget specifikt for store plejehjem i DKL og derigennem implementere en mere rationel drift af plejehjemmene svarende til 0,75 mio. kr. i 2012 og 1,5 mio. kr. i 2013 og overslagsårene. Det vurderes ikke at omlægningen af arbejdsgangene i forbindelse med åbningen af de større plejehjem vil få negative konsekvenser for serviceniveauet.

Rationaler gennem øget brug af best-practice på frit valg-området

Den Kommunale Leverandør (DKL) har siden 2009 arbejdet målrettet med bl.a. at indføre lean i den del af organisationen, som leverer frit valg-ydelser. Implementeringen af lean har betydet, at man har styrket sin registreringspraksis og gjort brug af erfaringer på tværs af distrikterne. Denne erfaringsudveksling har desuden afdækket, at der er forskel på timepriserne i de forskellige distrikter, og at man gennem en styrket brug af benchmarking og best-practice også bør kunne opnå et økonomisk rationale. Rationalet er opgjort til 0,5 mio. kr. i 2012 og 1 mio. kr. i 2013 og overslagsårene.

Indsatsen vurderes ikke at have konsekvenser for serviceniveau, idet man fastholder det nuværende fokus på kvalitetsudvikling samtidig med, at man skærper fokus på omkostningssiden.

SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGETAktivitetssområde: **HANDICAPPEDE****DRIFTSVIRKSOMHED**Social og sundhedsudvalget 14.9.11Sag nr. 1Bilag nr. 2**AFVIGELSER**

1.000 kr. netto	2011	2012	2013	2014	2015
Voksenspecialundervisning og ungdomsudd.	-700	600	600	600	600
Pleje og omsorg samt forebyggende indsats	-800	-800	-800	-800	-800
Botilbud til personer med særlige sociale problemer	-700	-700	-700	-700	-700
Længerevarende botilbud	1.300	1.300	1.300	1.300	1.300
Midlertidige botilbud	-900	600	600	600	600
Kontaktperson og ledsageordning	200	-300	-300	-300	-300
Aktivitets- og samværstilbud	-500	0	0	0	0
Førtidspension og personlig tillæg	0	3.000	6.000	9.000	12.000
Omplaceringer indenfor området:					
Pleje og omsorg samt forebyggende indsats	-700	-700	-700	-700	-700
Midlertidige botilbud	700	700	700	700	700
Handicappede i alt	-2.100	3.700	6.700	9.700	12.700

Modgående initiativer

1.000 kr. netto	2011	2012	2013	2014	2015
Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov		-400	-800	-800	-800
Midlertidige botilbud		-100	-200	-200	-200
Modgående initiativer i alt	0	-500	-1.000	-1.000	-1.000

I alt inkl. modgående initiativer	-2.100	3.200	5.700	8.700	11.700
--	---------------	--------------	--------------	--------------	---------------

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

2. anslået regnskab på aktivitetssområdet Handicappede er sammensat af følgende:

- Forventede skøn for regnskab 2011 på baggrund af forbrug pr. 31. juni 2011
- Modgående initiativer på 2,1 mio. kr. besluttet af Social- og Sundhedsudvalget på udvalgsmøde i juni 2011
- Budgetanalyser for 2012 og overslagsårene

Der skønnes et mindreforbrug på 2,1 mio. kr. på aktivitetssområde Handicappede for 2011. Mindreforbruget skal, sammen med mindreforbrug på Sundhedsområdet på 0,5 mio. kr., udligne det merforbrug på 2,6 mio. kr., der forventedes på området ved 1. anslået regnskab 2011.

Budgetanalysen på områderne ungdomsuddannelse for unge med særlige behov, midlertidige botilbud samt aktivitets- og samværstilbud for 2012 og overslagsårene peger på yderligere budgetbehov på i alt 2,5 mio. kr.

Voksenspecialundervisning og ungdomsuddannelse for unge med særlige behov

Forventede mindreudgifter på 0,7 mio. kr. skyldes færre ansøgninger til voksenspecialundervisning end forventet ved 1. anslået regnskab 2011, heraf 0,4 mio. kr. som følge af modgående initiativ besluttet af Social- og Sundhedsudvalget i juni 2011.

Det skønnes, at det reducerede antal ansøgninger ligeledes vil gøre sig gældende i 2012 og overslagsårene.

Vedrørende ungdomsuddannelse for unge med særlige behov peger budgetanalyse på området på forventet merudgifter på 1,3 mio. kr. 2012 og overslagsårene. Forventede merudgifter hænger sammen med en tilgang af helårspersoner fra 36 i 2010 til forventede 40 helårspersoner i 2012 og i overslagsårene.

SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGETAktivitetsoverråde: **HANDICAPPEDE****DRIFTSVIRKSOMHED****Pleje og omsorg samt forebyggende indsats**

Der skønnes mindredgifter på 0,8 mio. kr.

Der er besluttet modgående initiativ på 0,8 mio. kr., hvilket skal ses i sammenhæng med, at der i forbindelse med 1. anslået regnskab 2011 var forventet merudgift på 1,6 mio. kr. på grund af én særlig dyr enkeltsag. Socialcenteret har siden arbejdet med sagen og vurderer, at uanset om der kan indgås aftale med Regionen, vil kommunen alene være betalingsansvarlig for netto 0,8 mio. kr. Der forventes derfor en besparelse i forhold til det korrigerede budget på 0,8 mio. kr.

Botilbud til personer med sociale problemer

Der forventes mindredgifter på 0,7 mio. kr., hvilket dels hænger sammen med færre udgifter til afregning af aktiviteter vedr. forrige år end tidligere og dels færre køb af pladser på forsorgshjem og krisecentre til kriseramte kvinder og mænd. Aktuelt har 11 borgere haft ophold på et kvindekrisecenter eller et forsorgshjem, hvorimod der i samme periode 2010 var 17 borgere med ophold på et krisecenter eller et forsorgshjem. Det skønnes, at der i 2012 og i overslagsårene vil være et tilsvarende antal færre borgere med behov for ophold i krisecentre og forsorgshjem som i 2011 svarende til et mindreforbrug på 0,7 mio. kr.

Længerevarende botilbud

Der skønnes merudgifter på 1,3 mio. kr. til køb af pladser, på grund af nettotilgang af nye borgere med behov for et længerevarende botilbud. Der er en nettotilgang på 1,8 helårspersoner til en gennemsnitlig helårspris på 842.000 kr.

Tilgangen af helårspersoner forventes ligeledes at belaste budgettet for 2012 og i overslagsårene, idet der ikke forventes en afgang fra området i 2012.

Midlertidige botilbud

Der skønnes mindredgifter på 0,9 mio. kr.

Der forventes øgede indtægter vedr. statsrefusion på dyre enkeltsager på 0,3 mio. kr.

Der er på dette område besluttet modgående initiativ vedr. øget indtægter på 0,6 mio. kr. som følge af salg af pladser på egne midlertidige botilbud til andre kommuner. Det er pladser, som ikke efterspørges af egne LTK-borgere.

Budgetanalysen på området peger endvidere på meromkostninger på området på 1,2 mio. kr. i 2012 og frem på baggrund af en tilgang i antallet af helårspersoner med behov for midlertidigt botilbud, fra 50 helårspersoner i 2010 til forventede 54 i 2012.

Kontaktpersoner og ledsagerordninger

Der forventes et merforbrug på 0,2 mio. kr. Årsagen er et større behov for ledsageordninger samt støtte- og kontaktperson for borgere i eget hjem end forventet ved 1. anslået regnskab.

Der er besluttet modgående initiativ på 0,3 mio. kr. på området på baggrund af forventninger til forbruget i maj 2011. Forbruget ultimo juli 2011 peger imidlertid på et større forbrug end forventet. Aktuelt modtager 88 personer en ledsageordning, hvorimod det kun var 81 i samme periode 2010.

Der er betydelig usikkerhed vedrørende forventet forbrug i 2012 og i overslagsårene.

Aktivitets- og samværstilbud

Der skønnes mindredgifter på 0,5 mio. kr. Der forventes mindreforbrug på køb af aktivitets- og samværstilbudspladser og hermed ligeledes reducerede udgifter til kørsel. Der er betydelig usikkerhed vedrørende forbruget i 2012.

Førtidspension

Budgettet på førtidspensionsområdet forventes at balancere i 2011. For 2012 og i overslagsårene forventes imidlertid en stigning i udgifterne, som følge af stigende gennemsnitsudgifter. Dette skyldes, at der er en løbende afgang fra de gamle førtidspensionsordninger, hvor der er 50 % statsrefusion på udgifterne og en tilgang af nye førtidspensionister til den nye ordning med 35 % refusion af udgifterne. Da der er usikkerhed omkring hvor meget gennemsnitsprisen årligt vil stige med er der foreløbigt lagt en årlig stigning ind på 3 mio.kr., idet udviklingen vil blive fulgt tæt i perioden.

Kommunerne er – via budgetgarantien – kompenseret for merudgifterne på førtidspensionsområdet.

Omplaceringer indenfor området

Der er omplaceringer inden for aktivitetssområdet, hvor der skal flyttes budget på 0,7 mio. kr. fra pleje og omsorg til midlertidige botilbud, idet en borger er ophørt i plejebolig, og flyttet i et midlertidigt botilbud. Dette har ligeledes budgetmæssige konsekvenser for 2012 og overslagsårene.

MODGÅENDE FORANSTALTNINGER**Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU)**

Med henblik på at mindske budgetbehovet i 2012 og overslagsårene foreslås modgående initiativ på området for ungdomsuddannelse for unge med særlige behov. Initiativerne vedrører:

- Iværksættelse af et tættere samarbejde mellem UUNord, Børne- og Fritidsforvaltningen og Social- og Sundhedsforvaltningen med henblik på at sikre et tidligt fokus i arbejdet mod alternative uddannelsesmuligheder (til et STU-forløb) for denne gruppe af unge og således forebygge den stigende tilgang til STU-uddannelsen.
- Undersøgelse af om der kan opnås aftaler om rabatter/prisreduktion med de primær-leverandører, som LTK benytter til STU-forløb, evt. i samarbejde med andre kommuner.
- Udarbejdelse af kvalitetsstandard for bevilling af en ungdomsuddannelse for unge med særlige behov.

Det er forventningen ovenstående initiativer vil kunne betyde, at det anslåede antal helårspersoner på STU-området kan reduceres fra 40 personer til 38 helårspersoner. Det skønnes også muligt at mindske behovet for midlertidige botilbud. Dette svarer samlet til en besparelse på ca. 1 mio. kr. i helårspriser. Effekten forventes dog først at kunne måles i 2. halvår 2012.

Midlertidige botilbud

Under forudsætning af, at det samlede, anslåede antal helårspersoner på STU-området reduceres med to helårspersoner, skønnes det at antallet af borgere i et STU-forløb med behov for et midlertidigt botilbud ligeledes kan reduceres med 1/3, jf. budgetanalysen vedr. midlertidige botilbud. Det svarer til en forventet besparelse i 2012 på 0,1 mio. kr. og i 2013 og overslagsårene på en besparelse på 0,2 mio. kr.

SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGETAktivitetssområde: **SUNDHED****DRIFTSVIRKSOMHED**Social og sundhedsudvalget 14.9.11Sag nr. 1Bilag nr. 3**AFVIGELSER**

1.000 kr. netto	2011	2012	2013	2014	2015
Aktivitetsbestemt medfinansiering	1.000	8.500	8.500	8.500	8.500
Alkoholbehandling	-1.000	-1.000	-1.000	-1.000	-1.000
Andre Sundhedsudgifter, færdigbehandlede	-500				
Kapacitetstilpasning, tandpleje	76	91	108	195	241
Sundhed i alt	-424	7.591	7.608	7.695	7.741

Samlet forventes et lille mindreforbrug på aktivitetssområde Sundhed på 0,4 mio. kr.

Der forventes et merforbrug på 1,0 mio. kr. på den aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsvæsenet, der finansieres af et tilsvarende mindreforbrug på alkoholbehandling.

Desuden forventes et mindreforbrug til færdigbehandlede sygehusindlagte borgere på 0,5 mio. kr. Mindreforbruget finansierer et tilsvarende merforbrug på handicapområdet jf. Social- Sundhedsudvalgets beslutning i juni 2011.

Endelig medfører det stigende børnetal øgede udgifter hos den kommunale tandpleje.

Aktivitetsbestemt medfinansiering

Der skønnes et merforbrug på ca. 1,0 mio. kr.

Der er betydelig usikkerhed forbundet med prognosen på den aktivitetsbestemte medfinansiering for resten af 2011. Det skyldes flere forhold. For det første har der de seneste år været betydelige aktivitets- og produktivitetstigninger navnlig i Region Hovedstaden, hvilket har medført flere merbevillinger til området i såvel Lyngby-Taarbæk Kommune som i andre kommuner. I 2011 er der således lagt op til produktivitetstigninger på sygehusene på 1 pct., hvilket svarer til et merforbrug på ca. 3,5 mio. kr. Som konsekvens heraf, er der lagt pres på Region Hovedstaden for en lavere aktivitet. Der ses et lille fald i udgifterne i 2011 sammenholdt med udgifterne fra samme periode i 2010. Det er dog usikkert, om denne tendens vil fortsætte i resten af 2011. På den baggrund vurderes et merforbrug på 1 mio. kr.

Merforbruget i 2012 og frem på 8,5 mio. kr. skyldes primært den vedtagne ændring af medfinansieringsmodellen, der træder i kraft pr. 1. januar 2012. Desuden spiller ændret demografi og den løbende realvækst i sundhedsproduktionen ind. Der er redegjort nærmere for konsekvenserne ved ny lovgivning for den kommunale medfinansiering i den udarbejdede budgetanalyse.

Alkoholbehandling

Der forventes et mindreforbrug på 1 mio. kr. på alkoholområdet i 2012. Baggrunden er, at den lokale udbygger af alkoholbehandling "Lænken" har reduceret priserne, samt at kommunen har rejst krav i forhold til en ændring af ydelsessammensætningen og af faktureringsprincipperne. Endelig skyldes mindreforbruget, at færre borgere bliver visiteret til dyre døgnforanstaltninger. Mindreforbruget forventes fastholdt i overslagsårene.

Andre Sundhedsudgifter, færdigbehandlede

Som følge af et fald i antallet af sengedage for færdigbehandlede sygehusindlagte borgere forventes et mindreforbrug svarende til 0,5 mio. kr. i 2011. Jf. Social- og Sundhedsudvalgets beslutning i juni 2011 foreslås det, at beløbet tilgår handicapområdet i forbindelse med 2. anslået regnskab.

Kapacitetstilpasning, tandpleje

Som en konsekvens af det stigende børnetal har den kommunale tandpleje øgede udgifter. Udgifterne er opgjort på baggrund af befolkningsprognosen fra 2010 og 2011.

NOTAT

Ny model for ansøgning og uddeling af midler til frivilligt socialt arbejde

Dette notat er udarbejdet på baggrund af Social- og Sundhedsudvalgets møde den 9. februar 2011, hvor udvalget ønskede en belysning af mulighederne for at anvende en mindre andel af frivillighedspuljen til toårige bevillinger, forud for næste ansøgningsrunde. I notatet gøres status for anvendelsen af frivillighedspuljen i 2011, og en ny procedure og supplerende kriterier for ansøgere af toårige bevillinger beskrives.

Den nuværende ansøgnings- og tildelingsprocedure samt disponering i 2011

Den nuværende procedure giver enkeltpersoner og foreninger mulighed for at ansøge frivillighedspuljen to gange årligt med frist henholdsvis den 1. februar og den 1. september. Udvalget tilstræber at uddele ca. halvdelen af midlerne pr. runde svarende til 350.000 kr.

Tabel 1 nedenfor viser budget og disponering over frivillighedspuljen i 2011. Som følge af flytningen af Frivilligcenter Lyngby-Taarbæk fra Rustenborgvej 2A til Toftebæksvej 8 har driftsudgifterne været ekstraordinært høje i 2011. Det ses tilmed, at der bevilgedes ca. en halv mio. kr. allerede ved 1. runde i 2011. Til fordeling ved 2. runde i 2011 pr. 1.9, reterer godt 328.690 kr.

Tabel 1: Frivillighedspuljen pr. 8. august 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	300.000
Bevillinger i forbindelse med 1. runde 2011	522.097
i alt	822.097
C) Rest til fordeling v. 2. runde 2011 (A - B)	328.690

Gældende kriterier for at komme i betragtning til midler fra frivillighedspuljen

I forbindelse med ansøgning af puljen gælder nedenstående fem kriterier, som ansøgeren skal opfylde for at komme i betragtning:

1. Det sociale arbejde skal komme borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune til gavn og fortrinsvis foregå i Lyngby-Taarbæk
2. Arbejdet skal gennemføres ved brug af frivillige
3. Arbejdet skal være organiseret således, at de frivillige har en afgørende indflydelse på arbejdets tilrettelæggelse og gennemførelse
4. Der skal være tale om en social indsats, der kan supplere eller udvikle Lyngby-Taarbæk Kommunes egen virksomhed inden for det social- og sundhedspolitiske område
5. Der er tale om frivilligt socialt arbejde med det sigte at opbygge sociale netværk i lokalområderne, og frivilligt socialt arbejde, der søger nye veje for løsning af sociale problemer.

For at kunne imødekomme ansøgere, der gerne vil i betragtning til en toårig bevilling (en bevilling én gang om året i to på hinanden følgende år) foreslår forvaltningen, at ansøgeren skal opfylde ovenstående + nedenstående supplerende kriterier:

6. Ansøger skal skriftligt redegøre for, hvorfor der opleves et behov for en toårig bevilling
7. Ansøger skal indgå i et tættere, strategisk partnerskab med kommunen med halvårlige, skriftlige eller dialogbaserede opfølgingsmøder

Forvaltningen anbefaler i øvrigt, at udvalget i sin vurdering og prioritering af ansøgningerne lægger særlig vægt på, hvordan ansøger påtænker at måle eller vurdere effekten af aktiviteten.

Forslag til ny ansøgningsfrist og tematisering

Såfremt udvalget beslutter den nye model med toårige bevillinger, da foreslår forvaltningen den 1. februar 2012 som ny, første ansøgningsfrist, da det ikke kan nås inden førstkommende runde. Derved kan der skabes tid til afvikling af den nuværende ansøgnings- og fordelingsprocedure, hvis sidste ansøgningsfrist i så fald vil være den 1. september 2011.

I den nye model foreslås kun én årlig runde for ansøgning og fordeling samt at der kun bevilges enten etårige eller toårige bevillinger. Det skyldes, at arbejdsgangen derved forenkles i kraft af mængde administration. De frigjorte ressourcer kan i stedet indgå i arbejdet forbundet med at etablere partnerskaber med bevillingsmodtagerne, hvorved forvaltningen få bedre information om, hvordan bevillinger bliver anvendt og hvilken effekt aktiviteterne har.

Endelig foreslår forvaltningen, at udvalget venter med at fastsætte overordnede temaer for frivillighedspuljen for 2012 og afventer til efter seminaret om medborgerskab og frivillighed i Lyngby-Taarbæk Kommune. Seminaret vil finde sted onsdag den 24. august 2011 og seminaret og opfølgning herpå kan skabe et godt grundlag for udvælgelse af temaer.

Økonomi og overførselsadgang

Der lægges op til, at op til en 1/3 af frivillighedspuljen kan afsættes til toårige bevillinger. Puljen andrager ca. 1 mio. kr. årligt. Fratrasket driften af frivilligcentret udgør puljen ca. 700.000 kr., hvoraf 1/3 af svarer til ca. 230.000 kr. Det forudsættes, at forvaltningen frit kan overføre midler mellem regnskabsårene, således at midler disponeret og bevilget i 2011 kan udbetales i to på hinanden følgende år dvs. i henholdsvis 2012 og 2013.

NOTAT
om
Rammeaftalen for 2012

Baggrund

Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i Region Hovedstaden skal årligt indgå en aftale om drift og udvikling af tilbud på social- og specialundervisningsområdet i regionen. Rammeaftalen dækker både voksen- og børneområdet.

Der er kommet ny lovgivning som indebærer, at koordinationen fremadrettet forankres i kommunerne – konkret via et fælleskommunalt sekretariat i Frederiksberg Kommune.

Rammeaftalen vil fremadrettet bestå af to dele:

- 1) en udviklingsstrategi, der beskriver udviklingen af de eksisterende tilbud, samt behovet for nye tilbud – evt. i sammenhæng med særlige fokusområder udmeldt fra Socialministeriet.
- 2) en styringsaftale, der er udgangspunktet for afklaring af kapaciteter og priser i det kommende år. Det gælder dels, hvad der konkret er brug for af tilbud på tværs af kommunerne, dels hvordan udgifterne bør udvikle sig.

Rammeaftalen skal være godkendt i kommunerne inden 15. oktober.

Rammeaftale for 2012

På grund af den sene gennemførelse af den nye lovgivning vil rammeaftalen gældende for 2012 tage udgangspunkt i aftalen for 2011, så aftalen rummer de samme udviklingsområder som i 2011 suppleret med en tilpasning ift. nye behov for de forskellige målgrupper.

Udviklingsstrategi

Formålet med udviklingsstrategien er:

- At sikre og styre den faglige udvikling af tilbuddene på tværs af kommunegrænser, så alle kommuner til stadighed er i stand til at tilbyde de rigtige tilbud af høj kvalitet også til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer
- At skabe synlighed og gennemskuelighed om kapacitet, behov for pladser samt takst- og udgiftsudvikling
- At sikre koordination og udvikling af nye tilbud særligt til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer, så ekspertise og ressourcer på særlige områder anvendes hensigtsmæssigt.

Specialundervisningsområdet er ikke omfattet af lovændringen for så vidt angår aftalen for 2012. Det indebærer, at regionsrådene er ansvarlige for koordineringen af rammeaftalerne på specialundervisningsområdet indtil en lovændring foreligger. Dette udkast til udviklingsstra-

tegi omfatter også specialundervisningsområdet og er udarbejdet efter administrativ aftale med Region Hovedstaden. Det forventes at lovgivningen tilpasses, så kommunerne overtager det samlede ansvar med virkning for rammeaftalen 2013.

Særlige fokusområder

Socialministeren har mulighed for at indmelde særlige fokusområder, der skal indgå i årets rammeaftale. Ligeledes kan kommunerne selv vælge at sætte fokus på særlige områder. I 2011 ses de to følgende:

Særforanstaltninger

Socialministeren har udmeldt dyre særforanstaltninger/enkeltmandsprojekter som særligt tema. I foråret 2011 var der 52 enkeltmandsforanstaltninger af denne type i regionen, til en samlet udgift på 152 mio. kr. Kommunerne under et har ikke haft vanskeligheder ved at finde et relevant tilbud til borgeren, og det vurderes derfor, at der ikke er behov for at oprette eksempelvis specialteam til rådgivning eller et fælles akut-beredskab. (To tidligere indskrevne borgere fremgår af rapporten).

Lyngby-Taarbæk Kommune har pt. ingen borgere i denne type af tilbud.

Senhjerneskedede

Tilbud til senhjerneskedede har været i fokus i foråret 2011. Eksempelvis har Danske Regioner kritiseret, at kommunerne ikke i tilstrækkelig grad bruger specialiserede tilbud. Hjerneskadeområdet bliver derfor et særligt udviklingstema for 2012, herunder med en øget koordinering mellem den sundhedsfaglige indsats og den socialfaglige indsats.

Hvad angår brugen af de specialiserede tilbud, så bruger Lyngby-Taarbæk Kommune fortsat de specialiserede tilbud, hvis der er behov for det, når vi ikke selv kan løse opgaven forsvarligt.

Udviklingen er dog, at Lyngby-Taarbæk Kommune er blevet langt bedre til selv at håndtere og støtte hjerneskedede borgere. Der er oprettet et hjerneskedesamråd, som mødes en gang månedligt. I samrådet er der repræsentanter fra alle relevante afdelinger i kommunen, og her koordineres den fælles indsats. Samrådet har ingen kompetence til at bevilge – kun rådgive, viden dele, koordinere og samle tråde.

Lyngby-Taarbæk Kommunes indmelding

I forarbejdet har sekretariat indsamlet informationer til aftalen ift. konkrete ændringer eller mangler til udviklingen af rammeaftalen for 2011, der danner grundlag for rammeaftalen for 2012. Lyngby-Taarbæk Kommune har indmeldt følgende ønsker/mangler:

- Voksen: Et fortsat udækket behov ift. en mindre gruppe af yngre fysisk handicappede samt til en lille gruppe yngre autister med behov for døgndækning.
- Børne og unge: Den eneste ændring ift. 2011 er et udækket behov ift. psykisk syge unge – ofte med dobbeltdiagnoser, som til tider også er kriminelle med behov for døgndækning. Denne gruppe skal typisk fortsætte i voksenregi og derfor er det nødvendigt at tilbuddet både er godkendt til § 52 og § 107 pladser. Der er tale om unge, som ofte købes særlige fleksible og individuelle tilbud til og som det ikke har været muligt at finde egnede regionale tilbud til.

Styringsaftale

Styringsaftalen skal lægge rammerne for kapacitets- og prisudviklingen i det kommende år, for de omfattede tilbud i kommunerne og i regionen.

Indførelsen af styringsaftaler har til formål at øge bevidstheden om og stillingtagen til de styringsmæssige konsekvenser af, at kommunerne på det specialiserede socialområde er afhængige af at købe og sælge pladser på sociale tilbud på tværs af kommunegrænserne.

Ændringer i aftalen ift. 2012

I forhold til den hidtidige aftale på området, er der lavet to ændringer i rammeaftalen for 2012

1) Styringsaftalen indeholder principper for håndtering af driftsherrens udgifter forbundet med oprettelse og lukning af tilbud og pladser. I Hovedstadens hidtidige takstmodel har dette ikke været adresseret. Praksis har dog været, at der ikke er blevet eftersendt regninger til andre kommuner ved lukning af tilbud eller ved store ekstraudgifter ved eksisterende tilbud. Denne praksis indskrives nu i styringsaftalen, så princippet er at alle udgifter ved lukning af et tilbud påhviler driftsherren, og at udgifterne ved omlægning kan indregnes i taksterne fremadrettet efter gældende takstregler, således at de takstændringer dette må medføre er kendte på forhånd. Der kan ikke ske en eftersendelse af regninger til brugerkommunerne som følgende af uventede ekstraudgifter eller lavere belægningsprocenter end forventet. Princippet er baseret på at brugerkommunerne varsler om markante ændringer i forbrugsmønstre, som giver udbyderen mulighed for at tilpasse kapacitet og indhold i tilbuddet.

2) Der er ændringer i afsnittet om *efterregulering*, så afvigelser inden for 5 procent af budgettet afholdes af driftsherren. Afvigelser over +/- 5 pct. indregnes i taksten to år efter. Ændringen er en tilpasning til bekendtgørelsen om omkostningsbaserede takster. I en overgangsordning efterreguleres taksterne for 2012 på baggrund af afvigelser i den faktiske belægningsprocent på mere end +/- 5 pct. i 2010. Der udarbejdes yderligere beskrivelse af overgangsordningen til drøftelse med kommunaldirektørkredsen i efteråret 2011.

Aftale om takstudvikling 2012

KKR Hovedstadens aftale om takstudviklingen i 2012, indgår i styringsaftalen. KKR indgik i 2011 en aftale om prisudviklingen på de takstbelagte tilbud inden for det specialiserede socialområde og specialundervisningen. Aftalen indebar 2 pct. reduktion på taksterne, KKR's opfølgning i februar 2011 viste, at kommunerne samlet set har nået en reduktion i 2011, som er betydeligt højere end målet om 2 pct.. Lyngby-Taarbæk Kommune har også gennemført de aftalte takstreduktioner.

De kommuner, som ikke nåede den fulde reduktion, blev opfordret til at arbejde for at nå målet i 2012. KKR Hovedstaden aftalte i juni 2011 følgende anbefaling for fastsættelsen af taksterne i 2012:

- At kommunerne i 2012 fastholder taksterne på niveauet for 2011, før pl-regulering og inden for rammerne af styringsaftalen

At de kommuner, som har reduceret med mindre end 2 procent fra 2010 til 2011, arbejder videre for at nå målet i 2012.

Styringsaftale 2012

for kommunerne i region Hovedstaden

Rammeaftalen for det specialiserede socialområde og specialundervisningen

Udkast til godkendelse i kommunalbestyrelserne, september 2011

Anbefalet af KKR Hovedstaden den 26. august 2011

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	2
Indledning – formål og indhold	3
Aftale om takstudvikling i 2012.....	4
Takstmodel	4
Takstmodellens omkostningselementer.....	4
1. Ens omkostningsmodeller.....	4
2. Klar skelnen mellem forskellige omkostningselementer	4
3. Fast procent for indirekte omkostninger.....	6
4. Fast procent for bidrag til tjenestemandspensioner.....	6
5. Afskrivninger i overensstemmelse med den enkelte kommunes regnskabspraksis.....	6
6. Forrentning af aktiver.....	6
7. Forhøjelse af beregningsgrundlaget.....	7
Beregning af taksten.....	7
Takstbetalingen	7
Belægningsprocent.....	7
Opsigelsesvarsler.....	7
Særlige institutioner og tilbud	8
Principper for betaling ved oprettelse og lukning af tilbud og pladser.....	8
Betalingsbetingelser	8
Kendte og faste takster	8
Efterregulering	8
Budgetanalyser af takstniveaueet.....	9

Indledning – formål og indhold

Kommunerne har med bekendtgørelsen fra marts 2011 overtaget ansvaret for koordineringen af det specialiserede socialområde og specialundervisningen og for at udarbejde en årlig udviklingsstrategi samt en årlig styringsaftale.

Formålet er at styringsaftalen skal være med til at lægge rammerne for kapacitets- og prisudviklingen i det kommende år for de omfattede tilbud i kommunerne i regionen.

Indførelsen af styringsaftaler har til formål at øge bevidstheden om og stillingtagen til de styringsmæssige konsekvenser af, at kommunerne på det specialiserede socialområde er afhængige af at købe og sælge pladser på sociale tilbud på tværs af kommunegrænserne.

Styringsaftalen skal indeholde følgende elementer:

- Angivelse af, hvilke konkrete tilbud der er omfattet af styringsaftalen
- Aftaler om udvikling i taksterne for tilbud omfattet af aftalen
- Aftaler om prisstruktur for de omfattede tilbud
- Aftaler om oprettelse og lukning af tilbud og pladser
- Aftaler om principper for evt. indregning af driftsherrens udgifter ved oprettelse og lukning af tilbud og pladser aftalt i rammeaftaleregi
- Aftaler om frister for afregning for brug af tilbud
- Tilkendegivelse fra kommunalbestyrelserne om overtagelse af regionale tilbud og fastlæggelse af, i hvilket omfang overtagne tilbud skal stå til rådighed for de øvrige kommuner

Styringsaftalen skal indgås årligt og senest den 15. oktober. Herefter har den virkning fra 1. januar det følgende år. Aftalen indgås mellem kommunalbestyrelserne i regionen. Alle kommuner i regionen er dermed aftalepart i styringsaftalen. Kommunerne er således aftalepart uden hensyn til omfanget af deres køb og salg.

I det omfang regionen driver tilbud, der ligger inden for rammeaftalens anvendelsesområde, indgås styringsaftalen dog også mellem kommunalbestyrelserne i regionen og regionsrådet. Loven kræver, at aftalen bliver indgået i enighed.

Denne aftale er baseret på den fælles takstmodel som er udviklet af kommunerne i hovedstaden og som også anvendes af Region Hovedstaden ved salg af pladser. Takstmodellen er justeret flere gange, senest med virkning for 2011. Styringsaftalen lægger sig dermed i forlængelse af tidligere drøftelser og aftaler mellem kommunerne.

Styringsaftalen er et redskab til at understøtte det kommunale fællesskab i Hovedstaden. Der er tale om anbefalinger til kommunerne, som skal understøtte den individuelle dialog om både kvalitet og pris, som er udgangspunktet for køb og salg af pladser.

Aftale om takstudvikling i 2012

KKR Hovedstaden indgik i 2011 en aftale om prisudviklingen på de takstbelagte tilbud inden for det specialiserede socialområde og specialundervisningen. Aftalen indebar 2 pct. reduktion før pl-regulering. KKR's opfølgning i februar 2011 viste, at alle kommuner arbejdede med aftalen og at kommunerne samlet set har nået en reduktion i 2011, som er betydeligt højere end målet om 2 pct. Der er således sket et samlet fald på mellem 2,6 og 3,3 pct. afhængigt af, om der vægtes med takstgrundlaget eller antal pladser. De kommuner, som ikke nåede den fulde reduktion, blev opfordret til at arbejde for at nå målet i 2012.

KKR Hovedstaden anbefalede i juni 2011 følgende for fastsættelsen af taksterne i 2012:

- At kommunerne i 2012 fastholder taksterne på niveauet for 2011, før pl-regulering og inden for rammerne af den godkendte takstberegningsmodel
- At de kommuner, som har reduceret med mindre end 2 pct. fra 2010 til 2011, arbejder videre for at nå målet i 2012.

Der vil blive fulgt op på takstfastsættelsen efter budgetternes vedtagelse.

Takstmodel

Takstmodellen anvendes til beregning af takster for 2012.

Takstmodellen omfatter alle de institutioner, som kommunerne og regionen har overtaget pr. 1. januar 2007 og andre, der efterfølgende er oprettet eller overtaget på lignende vilkår og hvor der sker salg af pladser til andre kommuner.

Grundprincippet for takstfastsættelse er at taksterne skal svare til de samlede omkostninger.

Takstmodellens omkostningselementer

1. Ens omkostningsmodeller

Der anvendes den samme omkostningsberegningss metode på alle typer institutioner, medmindre andet er aftalt.

Omkostningsberegningen baseres på budgettet for det år, taksten gælder.

2. Klar skelnen mellem forskellige omkostningselementer

Der er en klar skelnen mellem direkte, indirekte og beregnede omkostninger.

Nedenstående beskrivelse af omkostningselementerne er ikke udtømmende, men angiver retningslinjer for takstberegningen.

Direkte omkostninger

De direkte omkostninger består af alle de udgifter og indtægter, der direkte knytter sig til den pågældende aktivitet, dvs. som udgangspunkt de udgifter og indtægter der fremgår af institutionens budget, men også andel af budgetbeløb, der entydigt kan henføres til institutionen.

Direkte omkostninger er således:

- Løn til personale ansat på institutionen (samtlige lønandele, f.eks. pensionsbidrag, feriepenge, jubilæumsgratualer, atp, AER), samt andel af centrale lønpuljer, som ikke er udmøntet på budgetteringstidspunktet.
- Øvrige personaleudgifter til personale ansat på institutionen (uddannelse, udviklingsudgifter, tjenesterejser, befordring, forsikringer).
- Køb (leasing) af varer og tjenesteydelser som foretages af institutionen og afholdes af institutionens budget.
- Institutionens ejendomsudgifter (husleje, varme, el, vand, skatter, afgifter, forsikringer, vedligeholdelse, snerydning, rengøring).
- Transport af brugere, dvs. den del af brugertransport der er omfattet af institutionens transportforpligtelse og som er en del af institutionens budget (f.eks. udflugter og lignende). Befordring mellem hjem og institution afregnes direkte med den enkelte kommune, og indgår således ikke i takstberegningen.
- Administrative udgifter som budgetmæssigt er henført direkte til institutionen, dvs. både løn, øvrige personaleudgifter, samt køb af varer og tjenesteydelser. Det gælder også institutionens udgifter til konsulentbistand, supervision og rådgivning.
- Reparation og vedligeholdelse. Her kan budgettet tilpasses den enkelte institutions forhold, eller der kan anvendes en vejledende norm i budgetteringen svarende til 2%.

Indirekte omkostninger (administration, tilsyn, udvikling)

De indirekte omkostninger består af de udgifter og indtægter, som er budgetteret i kommunens budget og som er nødvendige for driften af institutionen, men som ikke direkte og entydigt kan fordeles på den enkelte institution.

Indirekte omkostninger er således:

- Andel af løn og øvrige personaleudgifter til personale ansat i centrale støttefunktioner (tilsyn/visitation, rådgivning, personaleafdeling, økonomiafdeling, jura, kommunikation, politisk og administrativ ledelse mm.).
- Hertil skal lægges øvrige udgifter der knytter sig til personalet ansat i centrale støttefunktioner (IT-udstyr, IT-systemer, møbler, inventar, kontorhold, telefon, kantine, ejendomsudgifter - jf. eksempler på ejendomsudgifter under de direkte omkostninger).
- Andel af køb af varer og tjenesteydelser der indgår i driften af institutionen, men som foretages af kommunen og afholdes på det centrale/fælles budget (f.eks. andel i udviklingsomkostninger, i centrale IT-systemer og telefonanlæg, mv.).

Beregnete omkostninger

Beregnete omkostninger består af de omkostninger, hvor der ikke er overensstemmelse mellem udgift og omkostning i budgetåret. Det betyder, at større anskaffelser og bygningsudgifter, der optages i kommunens anlægskartotek kun indgår i takstberegningen med de efterfølgende års forrentning og afskrivning.

De beregnede omkostninger er således:

- Beregnede tjenestemandspensioner (hvis pensionerne er forsikringsmæssigt afdækket, skal den beregnede tjenestemandspension anvendes og ikke udgifterne til forsikringsdækningen).
- Forrentning og afskrivning af alle de aktiver, der medgår til driften af institutionen (der medtages ikke forrentning af likvide midler / driftskapital).

Fra summen af direkte, indirekte og beregnede omkostninger fratrækkes indtægter fra beboerbetalning og produktionsindtægter for at få takstgrundlaget.

3. Fast procent for indirekte omkostninger

Den vejledende norm for beregning af de indirekte udgifter, er 7% af de direkte udgifter. Hvis der anvendes en højere procent, skal behovet for dette dokumenteres.

4. Fast procent for bidrag til tjenestemandspensioner

De fremtidige udgifter til tjenestemandspensioner for ansatte tjenestemænd indregnes i takstgrundlaget med en fast procentdel af lønsummen for de på institutionen ansatte tjenestemænd. Dette gælder uafhængigt af, om pensionerne er afdækket forsikringsmæssigt eller ej.

Der anvendes en procentsats på 20,3.

Det bemærkes, at det beregnede pensionsbidrag kun skal dække den del af pensionsforpligtelsen, som ligger efter 1. januar 2007. Pensionsrettigheder, som er opsparet før denne dato er udlicnet ved overførslen af aktiver og passiver fra amt til kommuner og region.

5. Afskrivninger i overensstemmelse med den enkelte kommunes regnskabspraksis

Den enkelte kommunes regnskabspraksis afgør værdiansættelse og afskrivningsprofil på de aktiver, der medgår til at levere ydelsen. Der er således ikke forskellige afskrivningsmetoder indenfor samme kommune.

Det forudsættes til gengæld også, at:

- Ingen kommuner opskriver værdien af aktiver overført fra amtet, med mindre værdiforøgelsen kan begrundes i en værdiforøgende reovering eller lignende.
- Ingen kommuner ændrer regnskabspraksis med det formål at øge takstniveauet.
- Aktiver som anskaffes (straksafskrives) over institutionens driftsbudget kan ikke indgå i institutionens kapitaludgifter (gælder også forrentning)

6. Forrentning af aktiver

Renten på et 20-årigt fast forrentet lån i Kommunekredit anvendes til at beregne forrentningen af aktiverne. Rentesaften opgøres pr. 1. april året forud for takstberegningens år, så beregningen kan danne grundlag for den årlige rammeaftalerede og gælde for taksten det efterfølgende år.

Det betyder, at:

- Variationen i renteniveauet bliver opfanget med ca. et års forsinkelse, men medfører en højere "prissikkerhed".

- Det er "restgælden" der forrentes. Det vil sige aktivets værdi primo året, før nedskrivningen med de afskrivninger, der foretages i takstberegningsåret.

7. Forhøjelse af beregningsgrundlaget

Budgettet, der indgår i takstberegningen, kan alene reguleres som følge af p/l, lovændringer og tilpasninger i forhold til efterspørgslen (ændringer i belægningsprocenten eller justering af målgruppe). Det betyder, at hvis brugerkommunerne ændrer deres efterspørgsel tilpasses kommunens budget hertil. Væsentlige ændringer i tilbuddet, hvortil budgettet tilpasses såvel op som ned, drøftes med brugerkommunerne.

Beregning af taksten

Takstbetalingen

Taksten beregnes som en takst for den gennemsnitlige ydelse (den ydelsespakke) institutionen tilbyder. Taksten beregnes som en pris pr. dag eller pris pr. time.

Hvis institutionen tilbyder forskellige ydelsespakker, kan der beregnes en takst for de forskellige ydelser – differentierede takster f.eks. takst for dag- eller døgntilbud. En anden mulighed er, at taksten reguleres som en procentdel af gennemsnitsydelsen (ydelsespakken) i forhold til det, brugeren modtager. Reguleringen skal baseres på konkrete vurderinger og beregninger.

Betaling for tillægsydelser bør være en undtagelse, der særskilt skal begrundes.

Som udgangspunkt anvendes der ikke abonnementsordninger.

Belægningsprocent

Taksten beregnes på grundlag af en belægningsprocent i institutionen.

Til beregning af takster anvendes gennemsnittet af belægningsprocenten 2 år forud for budgetåret. For 2011 anvendes eksempelvis gennemsnittet af den faktiske belægningsprocent i 2008 og 2009.

Har der været tale om en midlertidig overbelægning, kan denne udelades i beregning af belægningsprocenten. Der kan aldrig anvendes en belægningsprocent over 100.

Ved takstberegning på krise- og misbrugsområdet vil det være naturligt, at beregne en takst ud fra det forventede antal brugere (med udgangspunkt i antal brugere de to forudgående år), og betragte det som en belægningsprocent på 100 %.

Opsigelsesvarsler

Der er fastlagt opsigelsesvarsler for de forskellige tilbud. For alle tilbud gælder, at opsigelsesvarslet bortfalder, hvis en opsagt plads bliver besat med det samme.

- Sociale tilbud (botilbud, dagtilbud og beskyttet beskæftigelse): Løbende måned plus 30 dage
- Akutpladser på børneområdet: Løbende måned plus 30 dage.
- Aflastning: Løbende måned plus 30 dage. Afbud for bestilt plads senest 14 dage før.
- Beskæftigelsescentre og erhvervsmæssig afklaring: Løbende måned plus 30 dage.

- Specialundervisning, børn: Løbende måned plus 90 dage.

Forlænget varsel ved opsigelse af flere pladser:

Når en køberkommune på samme tilbud vælger at opsig tre eller flere pladser, eller pladser svarende til indtægter på 20 pct. eller mere af tilbuddets takstbaserede indtægtsbudget, forlænges opsigelsesvarslerne til løbende måned plus 6 måneder.

Kommunaldirektørkredsen kan aftale længere opsigelsesvarsler på enkelte, særligt sårbare institutioner. Der er i august 2011 ikke aftalt længere varsler på konkrete tilbud.

Særlige institutioner og tilbud

Der er nogle institutioner, som har eller udvikler meget specialiserede tilbud, blandt andet institutioner med landsdækkende tilbud. Samtidig bliver nogle tilbud specielt tilpasset den enkelte bruger eller midlertidigt tilrettelagt i forbindelse med ventetid til institutionen. I forbindelse med rammeaftalen gives mulighed for at aftale andre betalingsmodeller end de anbefalede og indgå sær aftaler mellem kommunerne.

Principper for betaling ved oprettelse og lukning af tilbud og pladser

Styringsaftalen skal indeholde principper for håndtering af driftsherrens udgifter forbundet med oprettelse og lukning af tilbud og pladser. I Hovedstadens hidtidige takstmodel har dette ikke været adresseret. Praksis har dog været, at ikke er blevet eftersendt regninger til andre kommuner ved lukning af tilbud eller ved store ekstraudgifter ved eksisterende tilbud.

Denne praksis indskrives nu i styringsaftalen, så princippet er at alle udgifter ved lukning af et tilbud påhviler driftsherren, og at udgifterne ved omlægning kan indregnes i taksterne fremadrettet efter gældende takstregler, således at de takstændringer dette må medføre, er kendte på forhånd. Der kan fra 2012 ikke ske en eftersendelse af regninger til brugerkommunerne som følge af uventede ekstraudgifter eller lavere belægningsprocenter end forventet.

Princippet er baseret på at brugerkommunerne varsler om markante ændringer i forbrugsmønstre, som giver udbyderen mulighed for at tilpasse kapacitet og indhold i tilbuddet.

Betalingsbetingelser

Kommunerne afregner månedsvist forud, hver den 10. i måneden.

På forudbestilte aflastningspladser meldes afbud senest 14 dage før det aftalte tidspunkt. Afbud senere end 14 dage medfører betaling for den bestilte aflastning.

Kendte og faste takster

Taksterne skal være kendte på budgetlægnings tidspunktet og kan ikke siden ændres. Risikoen for, at taksten er fejlbehæftet påhviler driftsherren.

Efterregulering

Afvielser inden for 5 pct. af budgettet afholdes af driftsherren. Afvielser over +/- 5 pct. indregnes i taksten 2 år efter.

Til og med takstfastsættelsen for 2011 har aftalen været, at der kun skulle ske efterregulering i taksten 2 år efter, hvis den faktiske belægningsprocent afveg med mere end +/- 5 pct.. Ændringen er en tilpasning til bekendtgørelsen om omkostningsbaserede takster.

I en overgangsordning efterreguleres taksterne for 2012 på baggrund af afvigelser i den faktiske belægningsprocent på mere end +/- 5 pct. i 2010. Der udarbejdes yderligere beskrivelse af en overgangsordning til drøftelse med kommunaldirektørkredsen i efteråret 2011.

Budgetanalyser af takstniveauet

Der foretages løbende budgetanalyser af udgiftsudviklingen og takstniveauet på de forskellige institutioner, som drøftes i kommunaldirektørkredsen og i KKR.

Udviklingsstrategi 2012

for kommunerne i region Hovedstaden

Rammeaftalen for det specialiserede socialområde og specialundervisningen

Udkast til godkendelse i kommunalbestyrelserne, september 2011

Anbefalet af KKR Hovedstaden den 26. august 2011

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	2
Indledning – formål og indhold	3
Udviklingsperspektiver for samarbejdet mellem kommunerne	3
Afgrænsning af tilbud	5
Særlige udviklingstemaer i 2012	6
Enkeltmandsprojekter – dyre særforanstaltninger	6
Tilbud til senhjernekedede.....	7
Udviklingstendenser – behov for regulering af antal pladser	8
Børn og unge	8
Sikrede afdelinger.....	9
Voksne med handicap	9
Voksne sindslidende	10
Misbrug.....	10
Kommunikationscentre	11
Specialundervisning.....	11
Koordinering af lands og landsdelsdækkende tilbud	11
Botilbud med over 100 pladser	12

Indledning – formål og indhold

Kommunerne har med bekendtgørelsen fra marts 2011 overtaget ansvaret for at udarbejde en årlig udviklingsstrategi samt en årlig styringsaftale.

Formålet med udviklingsstrategien er:

- at sikre og styre den faglige udvikling af tilbuddene på tværs af kommunegrænser, så alle kommuner til stadighed er i stand til at tilbyde de rigtige tilbud af høj kvalitet også til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer
- at skabe synlighed og gennemsækelighed om kapacitet, behov for pladser samt takst- og udgiftsudvikling
- at sikre koordination og udvikling af nye tilbud særligt til små målgrupper og målgrupper med komplicerede problemer, så ekspertise og ressourcer på særlige områder anvendes hensigtsmæssigt.

Udviklingsstrategien skal indeholde

- Et samlet skøn over behovet for regulering i antallet af tilbud.
- Konsekvenser af udviklingsplaner for botilbud med over 100 pladser. Udviklingsplanen skal udformes af driftsejeren, men planen kan have betydning for det nuværende antal pladser, indholdet i tilbuddet m.v.
- Koordinering af lands- og landsdelstilbud samt sikrede afdelinger/botilbud og særlige forpligtigelser vedr. tilbud til Grønland og Færøerne.
- Bilagsoversigt over alle tilbud beliggende i regionen (udtræk fra Tilbudsportalen).

Med den begrænsede tid til arbejdet i 2011, har kommunerne i Hovedstaden besluttet i højere grad at arbejde på at udvikle samarbejdet om det specialiserede socialområdet og specialundervisningen i aftalerne for 2013.

Denne første udviklingsstrategi for kommunerne i Hovedstaden baserer sig derfor på det udviklingsarbejde der har været sammen med Region Hovedstaden op mod Rammeaftale 2011, om at redefinere målgrupperne i rammeaftalen.

Specialundervisningsområdet er ikke omfattet af lovændringen for så vidt angår aftalen for 2012. Det indebærer, at regionsrådene er ansvarlige for koordineringen af rammeaftalerne på specialundervisningsområdet indtil en lovændring foreligger. Dette udkast til udviklingsstrategi omfatter også specialundervisningsområdet og er udarbejdet efter administrativ aftale med Region Hovedstaden.

Udviklingsperspektiver for samarbejdet mellem kommunerne

I det følgende er oplyst en række forskellige emner, der foreslås at blive behandlet i arbejdet med rammeaftale 2013. Det foreslås, at arbejdet med rammeaftale 2013 og de forskellige emner starter op allerede i 2011.

Indsnævring af rammeaftalen. Arbejde videre med at definere hvad rammeaftalen skal omfatte, så den omfatter de områder, hvor der er en reel grund til mellemkommunal koordination. Det skal være med til at sikre, at arbejdet fokuserer på det rigtige.

Videreudvikling af styringsaftalen. Styringsaftalen er ikke en statisk størrelse. De første år har takstafalterne haft fokus på dels hvordan man beregner takster og dels at finde det "rigtige" udgiftsniveau. Det skal i øvrigt defineres hvad styringsaftalen omfatter. Hvis rammeaftalen kun omfatter de mest specialiserede tilbud, vil der være masser af tilbud der ikke er med, men hvor kommunerne køber og sælger pladser hos hinanden. Men der kan være et godt rationale i at styringsaftalen også omfatter disse tilbud.

Sammenhæng mellem udviklingsstrategi og styringsaftale. Tidligere har de to ting været adskilt i Region Hovedstaden. Fremadrettet foreslås de, at hænge tættere sammen og være forankret i samme styre/koordinationsgruppe. Det giver mulighed for i højere grad at tænke en sammenhæng mellem udviklingen på det faglige område og takst/udgiftsudviklingen. Med tiden vil nogle tilbud udvikle sig i retning af en mere krævende brugergruppe, mens det modsatte vil være tilfældet for andre tilbud. Det bør dog understreges, at målet med dette ikke må blive at udgifterne kommer til at stige.

Niveau for regulering. Et de væsentlige emner i styringsaftalerne vil være niveauet for regulering af tilbuddene og dermed deres takster. Hvor stor fleksibilitet skal der være i tilbuddene og ikke mindst hvor stor frihed skal der være til at fastsætte individuelle takster og ikke mindst at få taget en drøftelse af i hvilket omfang området skal været stærkt styret eller baseret på en markedstænkning.

Incitamentsstruktur. Styringsaftalen skal have en indbygget incitamentsstruktur, der sikrer at kommunerne tilbyder det bedst mulige tilbud den lavest mulige pris. Det indebærer, at udbyderkommuner også skal have et incitament til at gennemføre besparelser og effektiviseringer. Herudover bør det defineres klart, i hvilket omfang rammeaftalen er bindende for udbudskommunerne.

Gennemskuelighed i tilbuddene. I forlængelse af diskussionerne om tillægstakster mv. er det væsentligt, at det mere gennemskueligt, hvad der er omfattet af tilbuddenes basistakster. Derfor foreslås, at der arbejdes videre med at definere standardbeskrivelser for tilbuddene. Formålet er, at det bliver tydeligt, hvad man køber og hvad man ikke køber. Det vil være en fordel for både købere og sælgere, hvis der er langt større gennemskuelighed i taksterne. Formålet er dog ikke at tilbuddene skal være mindre fleksible.

Samarbejdsformer for nye tilbud. Hvordan kan der oprettes nye tilbud, hvis rammeaftalens udviklingsdel peger på det? For den enkelte driftskommune ligger der en stor økonomisk risiko ved at påtage sig opgaven med at oprette en ny institution eller udvide en institution markant. Der skal investeres i bygninger og ansættes personale mv. med risiko for, at der er tomme pladser. Dette indebærer en risiko for, at det kan være svært at få oprettet nye især mere specialiserede tilbud. På den baggrund er det nærliggende at der arbejdes med forskellige modeller for oprettelse af tilbud. Ofte bliver der nævnt mellemkommunale driftsfællesskaber, men hvilke andre modeller findes der for at skabe et incitament for oprettelsen af disse tilbud?

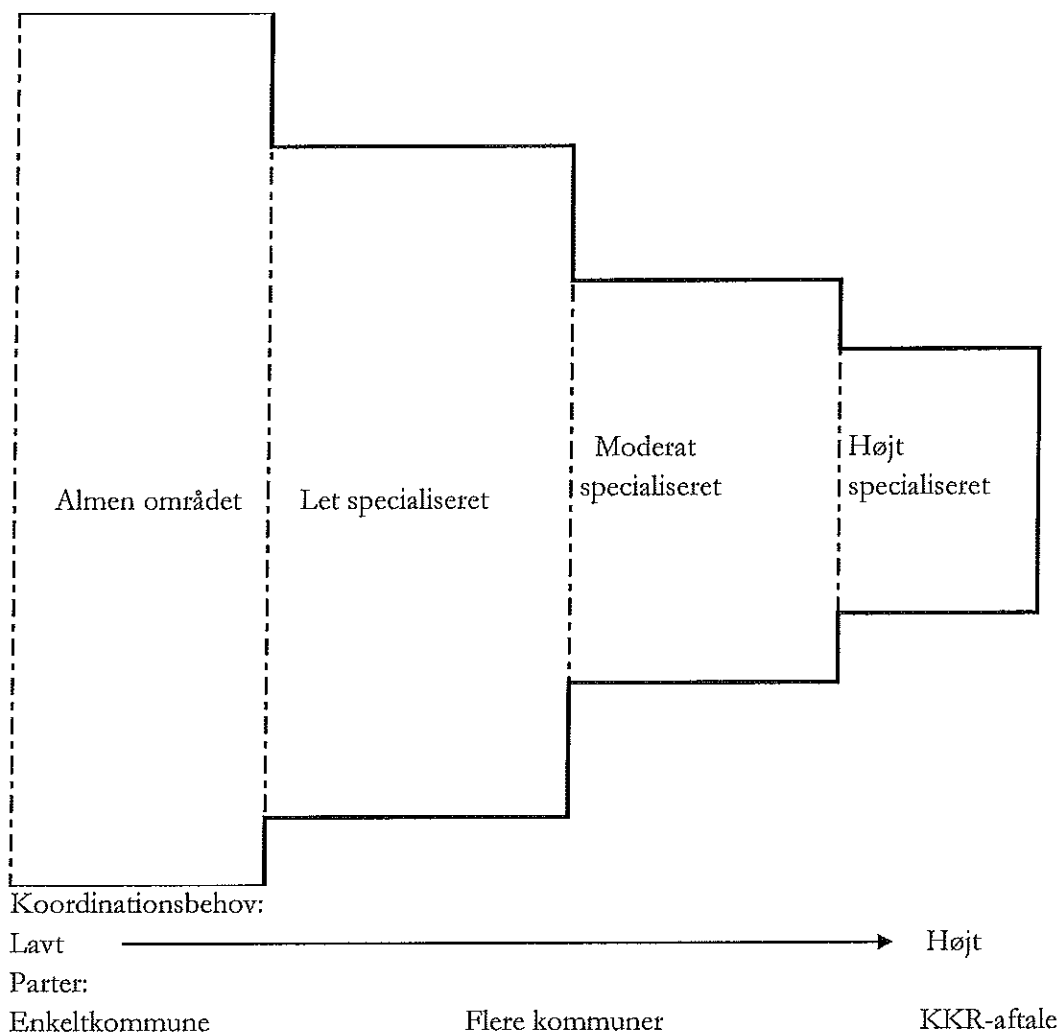
Afgrænsning af tilbud

Udviklingsstrategien for 2012 baserer sig som nævnt i indledningen på den afgrænsning som blev udviklet sammen med Region Hovedstaden til rammeaftalen for 2011. Afgrænsningen betyder at strategien koncentrerer sig om tilbud til borgere med de mest komplekse og specielle behov og som kræver et stort befolkningsunderlag for at tilbud kan drives rentabelt.

Udviklingsstrategien rummer således de højt specialiserede tilbud og tilbud, som kræver et stort befolkningsgrundlag og bruges af mange kommuner. Aftalen rummer også højt specialiserede enheder, som organisatorisk drives sammen med mindre specialiserede tilbud. For at opfylde lovgivningens krav, er alle regionsdrevne tilbud medtaget i aftalen.

Det er således koordinationsbehovet, der afgør om et tilbud er omfattet af aftalen. Den samlede tilbudsvifte kan illustreres med følgende figur:

Figur 1



Koordineringen af de almene og de let specialiserede tilbud sker i den enkelte kommune. Koordineringen af de moderat specialiserede tilbud sker i mindre grupper af kommuner,, da de ofte benyttes af nabokommuner. De højt specialiserede tilbud koordineres i udviklingsstrategien.

De højt specialiserede tilbud er kendetegnet ved:

- En lille målgruppe og/eller behov for et særligt, højt fagligt specialiseret tilbud
- For at opretholde og udvikle tilbuddet er der behov for et større geografisk område end en klynge af nabo kommuner. Der kan i særlige tilfælde være behov for at bevæge sig udover regionens grænser (lands- og landsdelsdækkende tilbud)
- Tilbuddenes opgave inden for denne gruppe er, at der her er tale om en specialiseret specialpædagogisk/-behandlingsmæssig indsats i tilknytning til den basale omsorgs- pleje- og støttefunktion

En nærmere uddybning af kendetegn ved denne tilbudsgruppe er

- Det enkelte tilbud har et ”kundegrundlag” i et større geografisk område end det lokale kommunesamarbejdet omfatter
- Den enkeltes problemstilling er sjældent forekommende
- Den enkelte har kontakt med flere offentlige sektorer eller specialister, ex. sygehussektor (somatisk eller psykiatrisk) og kriminalforsorg. Behovet for tværfaglighed er stort
- En midlertidig tilstand, der kræver specialindsats
- Flere samtidige funktionsnedsættelser
- Den individuelle daglige behandling/støtte kræver specialviden
- Der stilles store krav til tilbuddenes evne til at rumme aparte eller udadreagerende adfærd
- Behov for særforanstaltning eller enkeltmandsprojekt
- De konkrete tilbud omfattet af udviklingsstrategien kan ses i bilaget til rammeaftalen, som offentliggøres på KKR Hovedstadens hjemmeside.

Særlige udviklingstemaer i 2012

Der er udmeldt et tema fra socialministeren som skal indgå. Kommunerne kan desuden drøfte hvilke andre tværgående temaer, der kan være behov for at sætte fokus på i 2012.

Enkeltmandsprojekter – dyre særforanstaltninger

Temaet er udmeldt af ministeren som særligt tema. Allerede i Hovedstadens rammeaftale for 2011 blev området dog udpeget som særligt udviklingsområde. Der er derfor i foråret 2011 udarbejdet en rapport om erfaringerne med de nuværende enkeltmandsforanstaltninger på det specialiserede socialområde.

Rapporten har fokus på de dyre foranstaltninger over 2 mio. kr. om året. Rapporten opgør at der i foråret 2011 er 52 enkeltmandsforanstaltninger af denne type, som medfører en samlet udgift på 152

mio. kr. for kommunerne under et. Gennemsnitsprisen er 2,9 mio. kr. pr foranstaltning afspejler det hyppigste prisinterval mellem 2 og 3 mio. kr., men prisniveauet svinger mellem 2 og 6 mio. kr. pr år.

Konklusionen i rapporten er, at 30 ud af de 52 tilbud er etableret som satelitter til en moderinstitution. Dette svarer til anbefalinger fra flere sider, fordi det fremmer livskvalitet og udvikling hos borgeren samt et fagligt og godt arbejdsmiljø for personalet.

Det dominerende billede er at kommunerne ikke har haft vanskeligheder ved at finde et relevant tilbud til borgeren, og at der derfor ikke er behov for at oprette hverken specialteam til rådgivning af kommunerne eller et fælles akutberedskab. Samtidig har 12 kommuner tilkendegivet at de har mulighed for umiddelbart at oprette særforanstaltninger inden for børn med handicap, børn med socialpsykiatriske diagnoser, voksen med handicap eller voksne med socialpsykiatriske diagnoser.

Enkelte kommuner har haft vanskeligheder med at finde tilbud til en borger, ligesom flere kommuner nævner at hjemtagning af handlekommune-forpligtelsen kan ændre billedet.

Det anbefales derfor, at der ikke umiddelbart iværksættes fælles tiltag, men at området følges tæt i 2012.

På specialundervisningsområdet findes tilsvarende en række højt specialiserede tilbud, kaldet "solisttilbud". Der har siden 2006/2007, hvor den koordinerede visitation til specialundervisningen på tværs af netværkene blev indført, været elevgrupper, der kun meget vanskeligt kunne findes egnede undervisningstilbud til.

Det er vurderingen, at der fortsat vil være elevgrupper, hvis undervisning man udelukkende vil kunne løse på tværs af netværk. Elever med flere diagnoser og komplekse vanskeligheder er blandt disse grupper, og en mindre del af disse elever er karakteriseret ved, at de ikke magter at blive undervist sammen med andre elever.

Styregruppen for KFS (den Koordinerende Funktion for Specialundervisning) har på opfordring fra flere kommuner, ønsket at der drøftes en fælles stillingtagen til problematikken omkring et stigende antal solisttilbud. Karakteriseringen og definitionen af elever i et solisttilbud synes på baggrund af meldinger fra skolerne at være individuelle og lokale, og betalings- og takstmæssigt er der store forskelle på, om og hvordan en takst udregnes.

KFS Styregruppe har helt aktuelt lagt op til at den samlede direktørkreds drøfter muligheden for en afklaring i forhold til en fælles fortolkning og en mere entydig takstfastsættelse for tilbud af denne karakter.

Tilbud til senhjernekedede

Hjerneskadeområdet har været i fokus i foråret 2011, og det anbefales derfor, at kommunerne udpeger hjerneskadeområdet som et særligt udviklingstema for 2012, herunder med en øget koordinering mellem den sundhedsfaglige indsats og den socialfaglige indsats.

Udviklingstendenser – behov for regulering af antal pladser

Flere kommuner oplever, at det er svært at finde tilbud, der kan rumme borgere med komplicerede, multiple diagnoser, både inden for voksenområdet og børne/ unge-området. Tilbuddene er opbygget efter de gængse målgrupper, hvilket ikke altid modsvarer behovene hos den enkelte borger. Det efterlyses, at tilbuddene i højere grad bygges op efter den indsats, der skal iværksættes frem for efter diagnoser.

Børn og unge

På området børn og unge indgår få specialbørnehaver, døgntilbud, aflastningstilbud samt klub og undervisningstilbud tilknyttet døgntilbuddene. Kendetegnet for tilbuddene er, at der er tale om højt specialiserede tilbud til børn og unge med:

- Autisme
- Psykisk funktionsnedsættelse
- Fysisk funktionsnedsættelse/ erhvervet hjerneskade
- Sindslidelser

Endvidere indgår de sikrede afdelinger i rammeaftalen.

Øvrige tilbud koordineres af driftskommunen alene eller i fællesskab med nabokommunerne.

På alle områder inden for børn og unge-området viser de kommunale redegørelser, at der er stabilitet i udbud af pladser i rammeaftale perioden 2011-2014.

For børn- og ungeområdet er det særligt på døgntilbud til sindslidende, at der må forventes et fremtidigt efterspørgselspres. Det blev i 2011 vurderet, at der ikke er et klart behov for at etablere flere pladser til unge psykisk syge. Der kan være behov for at se på tilpasning af de eksisterende voksentilbud, så de også kan modtage unge fra 16-17 års alderen og give dem et tilbud i den tidlige voksenalder.

For døgntilbud og aflastningspladser til handicappede børn er det inden for autismeområdet, at kommunerne har forventning om øget efterspørgsel. Flere kommuner har i de senere år peget på, at de oplever en fortsat stigning i antallet af børn og unge med komplekse problemstillinger inden for autismespektret, tourette og ADHD. Der er stigende vanskelighed med at finde egnede tilbud til denne målgruppe.

En række kommuner finder, at udbuddet af aflastningspladser ikke er fagligt tilstrækkeligt. Kommunerne oplever desuden, at taksten for de eksisterende pladser er steget, blandt andet som følge af ekstra betaling for at matche tilbuddet til borgernes behov.

På specialbørnehaveområdet spores et fald i efterspørgslen efter pladser til psykisk udviklingshæmmede. Kommunerne peger på, at flere børn bliver inkluderet i normalbørnehaverne. Der må forudses behov for kapacitetstilpasninger.

Kommunerne vurderer ikke, at der er behov for yderligere akuttilbud på døgnområdet til børn og unge med handicap eller sindslidelse.

Sikrede afdelinger

Der er en stigende efterspørgsel efter sikrede pladser i rammeaftaleperioden bl.a. som følge af sænkning af den kriminelle lavalder. I rammeaftalen for 2011 blev der indarbejdet en midlertidig udvidelse af kapaciteten med 4 midlertidige pladser fra 2010 fordelt med 2 pladser i Københavns Kommune og 2 pladser i Region Hovedstaden, Sølag. Københavns Kommune har i 2011 oplevet et markant fald i efterspørgslen med deraf følgende tomme pladser på de sikrede institutioner. Kommunen har derfor besluttet at beholde antallet af sikrede pladser på de eksisterende 18 pladser.

Det er holdningen, at virkningen på efterspørgslen som følge af sænkningen af den kriminelle lavalder og de øvrige initiativer, herunder en ændret finansieringsform, skal have lov til at slå igennem, inden det kan vurderes, om der er behov for yderligere pladser.

Voksne med handicap

På området voksne med handicap indgår alene de regionsdrevne dagtilbud efter § 103 beskyttet beskæftigelse, som er organiseret sammen med et botilbud, dagtilbud efter § 104 Aktivitets- og samværstilbud, § 107 Midlertidige botilbud og § 108 Længerevarende botilbud. Tilbuddene er målrettet personer med autisme, psykisk funktionsnedsættelse og fysisk funktionsnedsættelse. Tilbud oprettet efter § 185 stk. 4 lov om almene boliger og som indholdsmæssigt svarer de længerevarende botilbud er medtaget under ”§ 108 længerevarende botilbud”.

På dagtilbudsområdet forventes stigende efterspørgsel efter aktivitets- og samværspiladser. Sammenholdt med den høje belægning peger det på behov for yderligere pladser/tilbud på området. Brøndby kommune forventer i 2012 at udbyde yderligere 1 plads inden for beskyttet beskæftigelse og 15 samvær- og aktivitetspladser.

Kommunerne forventer også stigende efterspørgsel efter botilbudspladser. Det er kommunernes vurdering, at den særligt tilrettelagte ungdomsuddannelse til personer, der ikke kan benytte det almindelige uddannelsessystem, medfører ønske om egen bolig/botilbud i en yngre alder end tidligere. Det vil i de kommende år øge behovet for at etablere flere botilbud og udvide bostøtten i egen bolig. Udbuddet af pladser er stabilt og belægningen har de senere år været høj. Primo 2012 opnormerer Gladsaxe Kommune med 9 botilbudspladser inden for autismeområdet.

Behovet for enkeltmandsprojekter til denne målgruppe behandles særskilt.

Der er behov for flere pladser til udviklingshæmmede med dom til sikret institution. Det forventes, at der på landsplan vil blive arbejdet med denne problemstilling for at sikre den nødvendige kapacitet.

Rudersdal Kommune er ankerkommune for Samrådet for domfældte udviklingshæmmede i Region Hovedstaden. Rådet udgiver en årlig beretning. I 2010 var 22 kommuner tilknyttet samrådet, som har som opgave at give rådgivning om foranstaltninger for udviklingshæmmede borgere.

Voksne sindslidende

På området voksne sindslidende indgår de regionsdrevne dagtilbud efter § 103 beskyttet beskæftigelse, dagtilbud efter § 104 Aktivitets- og samværstilbud, § 107 Midlertidige botilbud og § 108

Længerevarende botilbud i rammeaftalen. Tilbuddene er målrettet personer med svære sindslidelser, dobbeltdiagnoser, aparte eller truende adfærd samt kriminalitet og foranstaltningsdomme. De tilbud, der indholdsmæssigt svarer til de længerevarende botilbud, men er etableret efter almenboligloven, indgår ligeledes.

Dagtilbudsområdet udviser stor stabilitet i udbud og efterspørgsel efter pladser i rammeaftaleperioden. For både ”beskyttet beskæftigelse” og ”aktivitets og samværstilbud” vurderer regionen, at der er balance mellem udbud og efterspørgsel. Dette understøttes af, at kommunerne tidligere har angivet, at der ikke er ventelister til områderne.

Der er ikke et entydigt billede af kommunernes forventning til den fremtidige efterspørgsel efter botilbudspladser. Således er der flere kommuner, der forventer fald i efterspørgsel som følge af omlægning af indsatsen til støtte i egen bolig eller dagtilbud, mens andre kommuner forventer en stigende efterspørgsel. På botilbudsområdet har der været høj belægning. Pladstallet er nogenlunde stabilt i rammeaftaleperioden. I 2013 tages yderligere 12 botilbudspladser og 20 dagpladser på det regionsdrevne tilbud Lunden i Brøndby Kommune i brug til sindslidende med svære misbrugs og adfærdsproblemer. Nybrogård i Gladsaxe nednormeres med 12 pladser ultimo 2012. Samlet vurderes der at være en mindre underkapacitet på området.

Behovet for enkeltmandsprojekter til denne målgruppe behandles særskilt.

Kommunerne vurderer ikke, at der er behov for at etablere fælles akutberedskab på dette område. Der peges på, at akutte behov for tilbud kan opstå i forbindelse med pludselig udskrivning fra de psykiatriske centre. Med samarbejdsaftalerne mellem de enkelte kommuner og de psykiatriske centre som led i sundhedsaftalerne er der skabt et redskab for samarbejde om den gode udskrivning. Med det øgede fokus på anvendelsen af disse samarbejdsaftaler vurderes behovet for akut indsats at kunne reduceres.

Der har tidligere været fokus på personer med svær psykisk sygdom, der ”pendler” mellem ophold i botilbud og indlæggelse på psykiatrisk center, med en påpejning af behovet for at forbedre de højt specialiserede socialpsykiatriske botilbuds evne til også at håndtere de sindslidendes misbrugsproblemer. Særligt Københavns arbejder med denne problemstilling.

Misbrug

Redegørelserne fra kommunerne og dialogmøderne viser en klar tendens til at mange kommuner allerede har hjemtaget eller er ved at hjemtage store dele af behandlingsopgaven. Det gælder især udredning og social opfølgning. Hjemtagningen er dels begrundet i ønske om tættere forankring af misbrugsindsatsen i kommunens sociale og beskæftigelsesindsats, dels stærkt stigende priser på visse misbrugscentre og manglende fleksibilitet i forhold til at få leveret ydelser svarende til kommunens ønsker.

Billedet af den forventede efterspørgsel er ikke helt entydigt. Således peger en række kommuner på fald i forventet efterspørgsel efter ambulant og dagbehandling. Her overfor står at et lignende antal kommuner forventer stigende efterspørgsel efter ambulantbehandling. Det er formodningen, at dette afspejler opdelingen af kommuner i dem der har/står over for at hjemtage, og de kommuner, der klart tilkendegiver, at de også fremadrettet vil benytte tilbud i rammeaftalen.

Det er vurderingen, at der er behov for at få indkredset, hvilke kerneydelser et stort antal kommuner på sigt ønsker at købe på centrene og få centrene gearret til denne leverance. Sker det ikke betyder det let en underminering af centrene driftsgrundlag og dermed lukning, hvor en række kommuner vil stå med vanskeligt løsbare problemer ikke mindst på den lægelige del af stofmisbrugsbehandlingen. Tilbuddene tilpasser løbende kapaciteten med inddragelse af de berørte kommuner.

Der udestår fortsat en opgave med at sikre, at hjemkommunen hurtigt inddrages i planlægningen af hjemløses udslusning fra forsorgshjem og at regninger fremsendes månedsvis.

Kommunikationscentre

Visitationsaftalen vedr. kommunikationscentre videreføres i 2012. Aftalen er indgået i tidligere rammeaftaler. Det løbende samarbejde aftales konkret mellem de enkelte kommuner og de enkelte centre.

Tidligere års markante fald i efterspørgslen er afløst af en mere stabil efterspørgselsudvikling. Også her er vurderingen, at der er behov for at få indkredset, hvilke kerneydelser et stort antal kommuner på sigt ønsker at købe på centrene og få centrene gearret til denne leverance. Sker det ikke betyder det let en underminering af centrene driftsgrundlag og dermed risiko for lukning.

Specialundervisning

Omkring specialundervisning forventes fortsat faldende efterspørgsel. Tidligere års fald i efterspørgslen ser således ud til at fortsætte. Også her er vurderingen, at der er behov for at få indkredset, hvilke kerneydelser et stort antal kommuner på sigt ønsker at købe af specialundervisningstilbud og få undervisningstilbuddene gearret til denne leverance. Sker det ikke, betyder det let en underminering af tilbuddenes driftsgrundlag og dermed risiko for lukning.

Stort set al specialundervisning til sindslidende og værkstedsbrugere drives af kommunerne selv og er afviklet på de egentlige specialundervisningscentre.

Koordinering af lands og landsdelsdækkende tilbud

De mest specialiserede lands- og landsdelsdækkende tilbud anvendes tværregionalt, og de fem KKR skal derfor sikre indbyrdes koordinering af tilbuddene. Formålet med koordineringen er at sørge for, at der til stadighed er det nødvendige antal pladser på landsplan, samt at regionerne gensidigt kan aflaste hinanden.

Tilbuddene udgøres af specialundervisningstilbud, sociale tilbud og sikrede afdelinger til unge. Målgrupperne til tilbuddene er fysisk og psykisk handicappede, herunder syns- og/eller hørehandicappede.

Der vil blive udvekslet oplysninger om den forventede efterspørgsel på de lands- og landsdelsdækkende tilbud.

Botilbud med over 100 pladser

I henhold til lov om social service skal rammeaftalen indeholde konsekvenser af de udviklingsplaners, om driftskommunerne er forpligtet til at udarbejde for botilbud med mere end 100 pladser.

I Hovedstaden vil de relevante kommunerne blive bedt om at udarbejde planer, som herefter vil blive fulgt op.

12.7.2011

Forpligtende samarbejde mellem Lyngby-Taarbæk og Gentofte Kommune om voksne borgere med autismespektrumsforstyrrelser.

Aftale om samarbejde

Der har været afholdt en række møder mellem afdelingscheferne og lederne på autismeområdet i GK og L-TK. På baggrund af møderne er etableret en fælles målsætning om samarbejde og et fælles billede af et samarbejde på autismeområdet, der dækker over flere typer tilbud. Nogle er allerede eksisterende, andre skal etableres.

I GK's netop vedtagne perspektivplan på social- og specialundervisningsområdet anbefales det, at der indgås et forpligtende samarbejde med Lyngby-Taarbæk Kommune for i fællesskab at kunne være selvforsynende på området, således at de to kommuner tilsammen vil være i stand til at levere hjælp og støtte til samtlige borgere med autismespektrumforstyrrelse.

Gentofte og Lyngby-Taarbæk Kommune ligger geografisk tæt placeret på hinanden og har i dag en tilbudsstruktur på området, som supplerer hinanden godt. Herudover giver et samarbejde større volumen og som følge heraf et bedre grundlag for at opbygge en bæredygtig tilbudsstruktur. Endelig er der i samarbejdet basis for at sætte særlig fokus på kompetenceudvikling og videndeling, så begge kommuner sikrer høj faglighed i arbejdet med borgerne.

I takt med at de to kommuner opbygger en bred vifte af tilbud til kommunernes borgere med en autismespektrumsforstyrrelse, vil det være hensigtsmæssigt, at der på medarbejderniveau kan foregå kompetenceudvikling i fællesskab.

På baggrund af ovenstående indstilles det, at spørgsmålet om indgåelse af et forpligtende samarbejde mellem de to kommuner forelægges politisk med henblik på en snarlig implementering.

På kort sigt vil der blive etableret arbejdsgange i begge kommuner, der sikrer at begge kommuners borgere bliver opprioriteret i forbindelse med visitation til dag- og døgntilbud. Der vil endvidere ske begyndende samarbejde omkring kompetenceudvikling af medarbejderne på de enkelte tilbud samt i forhold til de myndighedsansatte.

På mellemlangt sigt vil der blive etableret konkrete nye tilbud som er omtalt i dette notat samt der vil blive taget stilling til behov for andre tilbud.

På længere sigt vil der ske fælles planlægning af kompetenceudvikling for medarbejderne samt fælles planlægning af kapacitetsændringer.

Baggrund

Siden 1. januar 2007 har kommunerne haft myndighedsansvaret og forsyningsforpligtelsen på handicapområdet generelt. Såvel Gentofte (GK) som Lyngby-Taarbæk Kommune (L-TK) har hjemtaget specialiserede dag- og døgntilbud på handicapområdet. Hertil kommer de tilbud, som kommunerne havde i forvejen. Begge kommuner leverer bo- og dagtilbud til såvel egne som andre kommuners borgere, og har langt hen af vejen mulighed for at være selvforsynende af pladser. På autismeområdet har GK ikke hjemtaget selvstændige autismetilbud, mens L-TK har hjemtaget 2 tilbud.

På autismeområdet opleves en stigende tilgang af borgere, hvilke afstedkommer efterspørgsel på forskellige ydelser som botilbud, dagtilbud, specialpædagogisk støtte, uddannelsestilbud etc. På trods af L-TKs og GKs nuværende størrelse og befolkningsgrundlag, er der opgaver, der fortsat kan være vanskelige for den enkelte kommune selv at løse, og som egner sig til et tværkommunalt samarbejde. Både GK og L-TK har på afdelingschef niveau vurderet, at autismeområdet kan danne rammen for et sådant samarbejde.

Det overordnede fælles mål for samarbejdet er:

- Sikre en "fælles palette" af tilbud, som kan tilbydes til borgerne med varierende grader af autismespektrumforstyrrelser og forskellige behov.
- Skabe en struktur og sammenhæng i ydelserne, der sikrer optimeret drift og hensigtsmæssige tilbud til borgerne i de to kommuner.
- Sikre høj vidensniveau på autismeområdet bredt.

Fakta om kommunernes nuværende tilbud og behov

Botilbud

GK har i dag botilbuddet Kastaniely til 5 borgere med en let til moderat autismespektrumforstyrrelse. Tilbuddet forventes opretholdt som tilbud til unge med en lettere form for autisme, og vil fungere som en form for bofællesskab/kollegie. Tilbuddet indgår i GK's moderniseringsplan. I den seneste tid har der været 1 - 2 ledige pladser, da beboere er flyttet til Skelvej jfr. nedenfor.

GK har 15. marts 2011 åbnet et nyt botilbud til borgere med en autismespektrumforstyrrelse på Skelvej med 10 pladser (6 til borgere uden behov for døgndækning og 4 med døgndækning). GK's botilbud er til borgere med en let til en middelsvær autismespektrumforstyrrelse. Pladserne er tæt på at være besat, men der er endnu ikke borgere på venteliste til tilbuddet.

Kommunen har ikke pladser til borgere med autisme, der har et mere omfattende støttebehov, hvor autismen er borgerens hovedproblemstilling. GK har dog borgere med autisme i andre af kommunens specialiserede botilbud. Bl.a. er der 7 pladser i Blindenetværkets N-hus for borgere, der er udviklingshæmmede, blinde og har autisme. Ligeledes har flere af de 14 beboere i Bank-Mikkelsens Vej 20-22 autisme sammen med andre udviklingsforstyrrelser. Der er således pladser til borgere, der har autisme i kombination med en anden diagnose som eksempelvis udviklingshæmning, synshandicap eller en psykiatrisk diagnose. Der er pt. ingen ledige pladser på disse tilbud.

L-TK har botilbuddet Chr. X Allé med 32 pladser. Målgruppen er borgere med en autismespektrumforstyrrelse. På Chr. X Allé er størstedelen af beboerne i dag moderat til svagt fungerende, mens ca. 1/3 er højt fungerende. Stedet har døgndækning.

Der er pt. ca. 20 borgere på venteliste til tilbuddet.

Herudover har L-TK botilbuddet Strandberg. Her bor 19 beboere, hvoraf de 6 er højtfungerende, 13 moderat og enkelte svagt fungerende. Der er døgndækning.

Det er besluttet, at reetablere stedet i tilknytning til området ved Chr. X Allé, da der er behov for en omfattende renovering af de nuværende bygninger. Det nye botilbud forventes færdigbygget i 2013.

L-TK har samlet set 51 botilbudspladser med døgndækning til borgere med autisme indenfor hele spektret, men der er lang venteliste til Chr. X Allé/Strandberg.

Der er pt. etableret helhedstilbud på Chr. X Allé til 2 beboere og det vil også fremadrettet være muligt at tilbyde helhedstilbud til et begrænset antal beboere.

Den samlede kapacitet

Den samlede kapacitet på botilbudsområdet i Gentofte og Lyngby-Taarbæk Kommune fordeles sig som beskrevet i nedenstående skema:

Kommune	Målgruppe	Tilbud	Pladser
Gentofte	Let/moderat autismespektrumforstyrrelse	Kastaniely	5
Gentofte	Let/middelsvær autismespektrumforstyrrelse	Skelvej	10
Gentofte	Autismespektrumforstyrrelse/udviklingshæmning/synshandicap	Blindenetværket	7
Gentofte	Autismespektrumforstyrrelse/udviklingshæmning/psykiatri	Bank-Mikkelsens Vej 20 – 22	Op til 14 pladser
Lyngby-Taarbæk	Autismespektrumforstyrrelse som primær diagnose	Chr. X Allé	32
Lyngby-Taarbæk	Autismespektrumforstyrrelse som primær diagnose	Strandberg	19

I forhold til et samarbejde vil GK og L-TK samlet set have botilbud, der stort set kan rumme hele spektret af borgere med en autismespektrumforstyrrelse. Udfordringen pt. er at sikre pladser til begge kommuners egne borgere både på kort og på længere sigt ikke mindst set i lyset af den forholdsvis store efterspørgsel, der er på Chr. X Allé.

L-TK har 9 borgere indenfor autismespektret, som aktuelt efterspørger og har behov for botilbud. Herudover er kendskab til 3 hjemmeboende over 18 år, som på sigt ønsker at flytte hjemmefra. Det nøjagtige støttebehov for sidstnævnte er endnu ukendt.

GK har 6 borgere på venteliste til botilbud med mere omfattende støtte. Herudover er der kendskab til flere borgere i målgruppen, men hvor det endnu er uklart, hvilken form for støtte behov for fremadrettet.

Dagtilbud

L-TK har i dag ikke dagtilbudspladser til målgruppen. Det overvejes dog, at etablere udvalgte aktiviteter i tilknytning til reetablering af Strandberg ved Chr. X Allé. Aktiviteterne vil være målrettet de borgere, som i dag har et helhedstilbud på Chr. X Allé/Strandberg samt for beboerne, når de har hjemmedage.

Herudover overvejes det at etablere et fritidstilbud til de moderat til højere fungerende autister. Herunder borgere i egen bolig som får hjemmevejledning. Der kan på sigt blive mulighed for at etablere andre udvalgte fritidstilbud, for eksempel sportsaktiviteter.

Det skal bemærkes, at der er endnu ikke er taget politisk stilling til overvejelserne vedrørende etablering af aktiviteterne. Social- og Sundhedsudvalget i Lyngby-Taarbæk Kommune vil behandle sagen på udvalgmøde i august 2011.

Aktuelt anvender L-TK udelukkende dagtilbudspladser i andre kommuner.

Der er i GK ikke egentlige beskyttet beskæftigelsestilbud efter SEL § 103 til borgere med autismspektrumforstyrrelse, men der anvendes pladser på enkelte af kommunens dagtilbud, eksempelvis Job- og Aktivitetscentret (JAC) og Gentofte Håndarbejdsværksted. JAC driver en indtægtsdækket virksomhed, Next Job, der sikrer beskæftigelse på det ordinære arbejdsmarked med støtte. Dette tilbud retter sig også mod borgere med autismspektrumsforstyrrelse.

GK har et enkelt aktivitets- og samværstilbud, der helt eksplicit er oprettet til borgere med autismspektrumforstyrrelse, nemlig Stjernedalen som er under Job- og Aktivitetscentrets tilbud.

En række af GK's øvrige dagtilbud tilbyder pladser til bl.a. borgere med svær udviklingshæmning og autismspektrumforstyrrelse. Det gælder:

- Helhedstilbuddene Blindenetværket (Solhusene) og Bank-Mikkelsens Vej 17
- Job- og Aktivitetscentret: Team 5 og Stjernedalen
- Birkegården

Herudover anvender kommunen tilbud i andre kommuner primært i form af aktivitets – og samværstilbud.

Den samlede kapacitet

Den samlede kapacitet på dagtilbudsområdet i Gentofte og Lyngby-Taarbæk Kommune fordeles sig som beskrevet i nedenstående skema:

Kommune	Tilbud	Tilbudstype
Gentofte	Job- og Aktivitetscentret/Next Job	Beskyttet beskæftigelse
Gentofte	Gentofte Håndarbejdsværksted	Beskyttet beskæftigelse
Gentofte	Job- og Aktivitetscentret / Stjernedalen	Aktivitets- og samværstilbud
Gentofte	Helhedstilbuddene Blindenetværket (Solhusene) og Bank-Mikkelsens Vej 17	Aktivitets- og samværstilbud/ Helhedstilbud
Gentofte	Job- og Aktivitetscentret/ Team 5 og Stjernedalen	Aktivitets- og samværstilbud
Gentofte	Birkegården	Aktivitets- og samværstilbud
Lyngby-Taarbæk	Chr. X Allé	Helhedstilbud

Der er pt. ikke tilstrækkelig kapacitet på dagtilbudssiden, hvor særligt L-TK har en udfordring i forhold til en mindre gruppe borgere.

L-TK har aktuelt 3 svagt fungerende borgere med behov for andet dagtilbud end det eksisterende. Heraf er 1 som er ophørt i det eksisterende tilbud.

GK har udarbejdet en Perspektivplan med et 5-10 års sigte. GK har flere muligheder for at etablere dagtilbud til borgere med såvel en lettere til en mere gennemgribende autismespektrumforstyrrelse.

Job- og aktivitetscenter Nord (JAC) har mulighed for at etablere flere pladser specifikt til målgruppen. Herudover er der mulighed for at etablere pladser på Gentofte Håndarbejdsværksted.

I forbindelse med et samarbejde kunne der arbejdes mod, at der i regi af JAC etableres et dagtilbud efter SEL § 104 med 15 – 20 pladser til målgruppen specifikt. Tilbuddet skal kunne rumme et varieret udsnit af målgruppen og skal fungere som hovedleverandør til begge kommuners botilbud, i den udstrækning den enkelte beboers handlekommune ønsker at gøre brug af tilbuddet. I den sammenhæng lægges der samtidig op til, at der skabes et tæt samarbejde mellem bo- og dagtilbud med henblik på at sikre sammenhængende forløb og anvendelse af nyeste viden og teknologi i forhold til målgruppen. Dette skal ses i lyset af, at flere borgere i målgruppen kan have vanskeligt ved at komme af sted om morgenen uden særlig støtte fra medarbejdere eller gennem støtte fra teknologiske hjælpemidler.

Herudover kan der målrettes et antal pladser på Gentofte Håndarbejdsværksted til beskyttet beskæftigelse efter § 103 til den gruppe borgere, der ikke magter et ordinært arbejde med støtte og som har behov for beskæftigelse på et mindre sted.

L-TK forventer at have et løbende behov for 10 – 12 pladser på § 103 tilbud, hvoraf nogle bor i botilbud udenfor nærområdet.

L-TK forventer at have et løbende behov for 10 – 12 pladser på § 104 tilbud, hvoraf nogle bor i botilbud udenfor nærområdet.

GK's behov for tilbud, der kan dække den mere velfungerende gruppe af borgere med en autismespektrumforstyrrelse, og hvor der er behov for tæt sparring mellem jobcenter og beskæftigelsestilbud for at understøtte afprøvning og udviklings af borgerens kompetencer forventes at kunne dækkes via Next Job under JAC. Herudover er der på længere sigt brug for 20-30 pladser på § 104, for at kunne dække den efterspørgsel, GK i dag har ved køb af tilbud i andre kommuner.

Fritidstilbud

Der er ikke i dag et egentlig fritidstilbud i hverken GK eller L-TK til borgere inden for målgruppen. Der ligger pt. ikke konkrete planer om at etablere et sådant udover de overvejelser, der gøres i forbindelse med reetablering af Strandberg i L-TK. Det overvejes som led i GK's Perspektivplan, om der i regi af den nuværende Klub i Gentofte kan skabes et tilbud til mere velfungerende borgere med autisme. Der er dog usikkerhed herom.

L-TK og GK kan ikke på nuværende tidspunkt opgøre det forventede behov for fritidstilbud til målgruppen.

Ungdomsuddannelse til unge med særlige behov

Hverken GK eller L-TK har ungdomsuddannelse for unge med særlige behov i eget regi til målgruppen. Der er dog i begge kommuner ansøgninger fra borgere, der ønsker særligt målrettede uddannelser, og disse købes derfor i dag i andet regi.

GK og L-TK ser et perspektiv i at etablere en ungdomsuddannelse til unge autister med særlige behov. Tilbuddet til de bedre fungerende unge med autisme er planlagt etableret i regi af JAC i 2012.

L-TK forventer at have et løbende behov for 3-4 pladser.

Tilbud om socialpædagogiske støtte.

Socialpædagogisk støtte til hjemmeboende leveres i dag i L-TK af personalet på Chr. X/Strandberg og købes eksternt i enkelte tilfælde. I GK købes ydelsen primært hos eksterne leverandører, men er begyndt at blive leveret fra Hjemmevejlederteamet, der ellers yder hjemmevejledning til borgere med udviklingshæmning.

For at sikre viden i leveranceleddet og leverancesikkerhed, kunne der være perspektiv i et samarbejde mellem kommunerne på dette område. Det kunne bestå i, at hver kommune som udgangspunkt selv kan levere socialpædagogisk støtte til målgruppen, men at der arbejdes sammen om, at sikre viden i hjemmevejlederkorpserne, ligesom der kan samarbejdes i konkrete sager efter behov. Herudover skal det vurderes om det er muligt at åbne for, at der kan købes ydelser hos hinanden, hvis der er kapacitetsmangel/overskud eller mangler særlige kompetencer i en given situation.

Enkelte borgere har behov for hjælp på skæve tidspunkter af døgnet. Det kan eksempelvis handle om at modtage hjælp meget tidligt om morgenen for at kunne passe uddannelse eller beskæftigelse. Denne ydelse kunne indgå i samarbejdet.

L-TK forventer at have et løbende behov for 20 pladser med varierende antal støttetimer. GK forventes at have behov for støtte i varierende omfang til omkring 10-15 borgere.

Forpligtende samarbejde i øvrigt

Ud over etablering af tilbud til kommunernes borgere med en autismspektrumforstyrrelse har det kort været vendt, at der mellem GK og L-TK er basis for at udvide samarbejde på andre niveauer i relation til denne målgruppe.

Kompetenceudvikling og videndeling

Der er i dag stor faglig viden om målgruppen i L-TK og viden er under opbygning i GK, i relation til Skelvej og Kastanjely. I takt med at de to kommuner opbygger en "fælles palette" af tilbud til kommunernes borgere med en autismspektrumforstyrrelse, samt at der forventes tæt samarbejde mellem botilbud og dagtilbud, vil det være hensigtsmæssigt, at der på medarbejderniveau kan foregå kompetenceudvikling i fællesskab. Det kan være ved videndeling, fælles kompetenceudvikling, etc.

I første omgang måske blot ved at de enkelte enheder inviterer hinanden med, når der arrangeres interne uddannelsesstilbud og bruger hinanden i forbindelse med sparring samt supervision, hvor der i relation til supervision er et initiativ under opbygning. På længere sigt kunne der udvikles tværgående faglige kompetenceudviklingsforløb på tværs af de enkelte enheder i begge kommuner.

Også på myndighedsområdet er det tanken på sigt at planlægge fælles kompetenceudviklingsaktiviteter.

Visitation mv.

Det skal drøftes nærmere, hvordan et egentlig samarbejde mellem de to kommuner skal afspejle sig i visitationssammenhæng. Udgangspunktet for samarbejdet er imidlertid, at borgere fra henholdsvis GK og L-TK på lige fod har fortrinsret til ledige autismepladser i begge kommuner. Om det er en GK borger eller en L-TK borger, der konkret skal have den enkelte plads afhænger af det konkrete behov. Visitationen foretages i den kommune, der er driftsherre for tilbuddet, og nuværende arbejdsgange i de respektive kommuner opretholdes.

Økonomiovervejelser

I forhold til økonomiske samarbejdsmodeller er der to principielt to modeller som samarbejdet kan baseres på:

1. Der kan ske pladskøb/reservation hos hinanden, hvorefter kommunerne gensidigt råder over et vist antal pladser hos hinanden som der samtidig stilles økonomisk garanti for
2. Der kan alene skal ske betaling ud fra gældende takster i forhold til det konkrete pladskøb

Det er besluttet at samarbejdet baseres på sidste model, hvorfor det ikke vil medføre økonomiske konsekvenser for kommunerne.

Samarbejdet indebærer endvidere fælles kompetenceudvikling imellem kommunerne. Udgifter til dette forudsættes afholdt indenfor eksisterende budget, idet det primært vil foregå som vidensdeling og sekundært ved at planlægge fælles forløb indenfor de respektive kompetenceudviklingsbudgetter.

Social og sundhedsudvalget 14.9.11

Sag nr. 6

Bilag nr. 1

Lyngby-Taarbæk Kommune

Johan Weihe
Bech-BruunKlaus Ahm
Ernst & Young

J.nr.. 023199-0149 jhw/nal

T +45 72 27 34 53

jhw@bechbruun.com

NOTAT

30. august 2011

Indstilling til beslutning - sundhedshus**1. Indledning**

Nærværende notat indeholder en række centrale overvejelser i forhold til valg af samarbejdsmodel i forbindelse med etablering af et nyt sundhedshus i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Overordnet kan der skelnes mellem to væsensforskellige tilgange til et sådant projekt:

Model I

Denne model er kendetegnet ved, at kommunens rolle i projektet er relativt begrænset (fx 10-15 % af sundhedshusets samlede aktiviteter). Kommunen faciliterer projektet via frasalg af den gamle Lyngby Statsskole, inkl. relaterede aktiver og byggeretter. I forbindelse med salget fastsætter kommunen visse overordnede rammer og retningslinjer for aktiviteterne i det nye sundhedshus. Kommunen har dermed først og fremmest en regulerings- og facilitatorrolle.

Omfanget af et egentligt samarbejde med de private aktører er begrænset. Aftaleperioden kan være relativ kort, da der reelt er tale om en lejekontrakt, hvor kommunen lejer sig ind i sundhedshusets lokaler på forud fastsatte vilkår. Kommunens bidrag til projektet består dermed primært af salg af ejendom og byggeretter samt en løbende betaling til den private part i form af fast lejeudgift i aftaleperioden. Derudover agerer kommunen planmyndighed og sikrer, at rammevilkårene (rammer og retningslinjer) for etablering og drift af et sundhedshus er til stede.

For kommunens vedkommende indebærer model I begrænsede udgifter, idet den private part står for finansiering og udvikling af projektet, samt opbeholder projektets finansielle og kommercielle risici. Salgsprisen påvirkes negativt af de restriktioner (retningslinjer og rammevilkår), som der pålægges aktivet samt af den private varetagelse af centrale projektrisici. Kommunens ind-

BECH-BRUUN

tægter ved frasalg må, afhængigt af mængden af restriktioner, forventes at være relativt begrænsede.

Model II

Denne model er kendetegnet ved at kommunen har en aktiv og mere væsentlig rolle i projektet. Kommunens andel af aktiviteterne er betydelig (fx 50 % af aktiviteterne eller derover), og kommunen spiller en aktiv rolle i forhold til udviklingen af et koncept for det nye sundhedshus. På grund af kommunens væsentlige andel og involvering i projektet er en lang aftaleperiode hensigtsmæssig, fx 10-15 år eller længere.

Et institutionelt partnerskab med en privat aktør kan ligeledes være interessant, da kommunens betydelige rolle i projektet fordrer et tæt integreret samarbejde med den private part. Dette kan reguleres i en kontrakt med en nærmere regulering af det løbende samarbejde, herunder ved etablering af samarbejdsorganer. Partnerskabet kan også indebære et fælles ejerskab af et selskab, som etableres til formålet. Såfremt samarbejdet organiseres gennem et fælles selskab, vil kommunen uvægerligt komme til at påtage sig et større omfang af projektrisici.

Kommunen vil efter sundhedsloven kunne udleje lokaler til brug for virksomhed, der udføres af sundhedspersoner efter overenskomst med det offentlige, herunder læger, fysioterapeuter og kiropraktorer. Udlejning hertil forudsætter koordination med regionen, og at kommunen udlejer på markedsvilkår.

Model II er, sammenlignet med model I, forbundet med større transaktionsomkostninger. Det skyldes dels den mere komplekse aftaleform, dels det mere grundige forarbejde, som er påkrævet fra kommunens side forud for et egentligt udbud, herunder konceptudvikling, markedsanalyser og etablering af business case. Grundtanken er, at den merværdi som samarbejdet medfører (fx i form af effektivisering og bedre kvalitet i opgaveløsningen), opvejer de højere transaktionsomkostninger, som modellen indebærer. Endelig kan der være en vis signalværdi forbundet med at være foregangskommune i forhold til nyudvikling og organisering af opgaveløsningen på sundhedsområdet.

I model II er Lyngby-Taarbæk Kommune en aktiv medspiller i projektet. Det gælder både i forhold til design, planlægning og implementering såvel som i den efterfølgende driftsfase, som indebærer et tæt løbende partnerskab med den private samarbejdspart.

Vi vil i det følgende redegøre for de overvejelser, som vi har gjort os, på grundlag af resultaterne af den tekniske markedsdialog samt vores drøftelser med kommunen.

2. Overvejelser

Vi har overvejet, hvilken størrelse den kommunale andel af projektet bør have. Særligt investorer som pensionskasser og facility management virksomheder ønsker ikke at påtage sig efterspørgselsrisici eller at deltage i mindre projekter. Dette kan tale for, at kommunen tænker flere kommunale opgaver ind i sundhedshuset for dermed at gøre projektet større og begrænse ef-

BECH-BRUUN

terspørgselsrisikoen for den private part. En række af markedsaktørerne har således under den tekniske markedsdialog givet udtryk for, at et projekt, hvor der sikres et større økonomisk grundlag for de private aktører, kunne være interessant. Modsat har andre af aktørerne under den tekniske markedsdialog anført, at der ikke ønskes en større kommunal deltagelse af hensyn til mulighederne for konceptudvikling af den resterende del af sundhedshuset.

Den tekniske markedsdialog tyder på, at et projekt baseret på model I primært vil være interessant for operatører, som driver virksomhed med udvikling og udlejning af fast ejendom, og som vil kunne samle aktører, som kan bidrage til at opføre, udvikle og drive et sundhedshus inden for de rammer, som kommunen fastsætter.

Ved et offentligt-privat samarbejde om et sundhedshus med en større kommunal andel (model II) er det vores vurdering, at der bør vælges en samarbejdsmodel, som faciliterer det fornødne tættere samarbejde mellem kommunen og den private part. Dette kan fx være ved en tættere regulering af samarbejdet i en kontrakt eller ved fælles ejerskab til et selskab, som ejer og driver sundhedshuset.

Herefter har vi overvejet, hvor detaljerede og strenge krav kommunen kan stille til gennemførelsen af projektet. Ved en begrænset kommunal andel i et projekt vil den private part skulle påtage sig en næsten fuldstændig efterspørgselsrisiko. Dette taler for, at kommunen så vidt muligt bør stille mere overordnede - og ikke unødigt detaljerede - krav til projektets indhold. En række af aktørerne har endvidere under den tekniske markedsdialog givet udtryk for, at meget strenge krav, ved et projekt med en lille kommunal andel, vil øge prisen for ydelserne i sundhedshuset.

I et projekt med en større kommunal andel og dermed mindre efterspørgselsrisiko for den private part (model II), vil kommunen kunne stille strengere og mere detaljerede krav til projektets indhold og den private parts levering af ydelser efter kontrakten. På grundlag heraf er det vores vurdering, at kommunens krav til projektets indhold og gennemførelse bør afbalanceres i forhold til den efterspørgselsrisiko, som private parter må forventes at ville påtage sig.

I et projekt med en begrænset kommunal andel (model I) bør kommunen således ikke stille strenge krav til projektet. Kravene bør begrænses til fastsættelse af overordnede rammer for projektet i kontrakten eller krav om, at den private part skal varetage et formål fastsat i kontrakten. I et projekt med en større kommunal andel (model II) vil kommunen derimod kunne stille strengere og mere detaljerede krav, herunder fx funktionskrav til sundhedshuset, hvor misligholdelse kan medføre nedslag i kommunens løbende betaling til den private part.

Endvidere har vi overvejet, om kommunen sammen med den private part, som vinder udbuddet, skal deltage i det selskab, som skal eje aktivet og drive projektet. Kommunal deltagelse i et selskab, som udlejer fast ejendom til private til brug for kommercielle aktiviteter, vil rejse en række spørgsmål om mulighederne herfor efter den kommunalretlige lovgivning. Kommunen kan efter lovgivningen under særlige betingelser udleje lokaler til sundhedspersoner.

Endelig har vi overvejet, hvilken længde kommunens lejekontrakt bør have. Ønsker kommunen en permanent tilstedeværelse i sundhedshuset taler dette for, at kontrakten for den kommunale andel løber over en længere årrække. I et projekt med en begrænset kommunal andel vil det

BECH-BRAUN

være mest hensigtsmæssigt, hvis kontrakten for så vidt angår den kommunale lejeret begrænses til en kortere årrække med en option på forlængelse.

Vi vurderer, at det i et projekt med en begrænset kommunal andel vil være mest hensigtsmæssigt, hvis kontrakten for så vidt angår lejeretten indgås for en kortere årrække, fx 5 år, med en option på forlængelse. Ved et projekt med en overvejende kommunal andel ville det være mere hensigtsmæssigt med en langvarig kontrakt, fx på 10-15 år.

Vi har afslutningsvist vurderet, hvilket incitament private aktører vil have i et projekt om et sundhedshus med kommunal deltagelse. Det kan således anføres, at de private aktører selv ville kunne etablere et sundhedshus uden fastsatte begrænsninger. Det er vores vurdering, at de kommunale krav vil kunne afspejle sig i den pris, som den private part vil skulle betale for ejendommen. Endvidere har nogle af aktørerne under den tekniske markedsdialog anført, at den kommunale deltagelse i sundhedshuset vil kunne bidrage til at tiltrække forskellige aktører til sundhedshuset.

3. Sammenfatning

Samarbejdsmodellerne ligger i hver sin ende af et kontinuum, hvor omfanget af samarbejde samt kommunens involvering og andel i projektet varierer markant. Tabellen nedenfor indeholder en oversigt over kendetegnene ved henholdsvis model I og model II.

	Hovedelementer	Model I Enkel model	Model II Udvidet model
Organisering	Organiseringsmodel	Frasalg med regulering (fastsættelse af overordnede rammer og mål), evt. med etablering af et samarbejdsorgan	Integreret (fælles selskab eller OPP)
	Omfang af samarbejde	Lille	Stort
	Aftaleperiode	Kort (5 år + med option på forlængelse)	Lang (fx 10-15 år)
	Ejerskab	Privat uden tilbagekøbsret	Fælles ejerskab eller privat ejerskab med option på tilbagekøb for kommunen
	Kommunal risiko	Begrænset	Moderat/høj
	Privat risiko	Høj	Moderat

BECH-BRAUN

	Hovedelementer	Model I Enkel model	Model II Udvidet model
	Omfang af regulering	Lav	Moderat/høj
	Omfang af offentlige aktiviteter	Lavt	Højt
	Kommunalretlige problemstillinger	Begrænsede	Væsentlige
	Udvikling af koncept	Privat	Fælles
	Transaktionsomkostninger	Begrænsede	Væsentlige
Planlægning og implementering	Behov for analyser fra kommunens side	Lavt	Højt
	Implementeringsproces	Hurtig og relativ ukompliceret salgsproces	Modellen kræver forudgående analyser mht. udvikling af koncept samt etablering af business case
	Udbudsform	Offentligt eller begrænset udbud	Konkurrencepræget dialog
Drift	Kommunens involvering i driftsfasen	Begrænset	Aktiv deltagelse

3.1 Valg af model

Valget af samarbejdsmodel bør baseres på en nærmere afvejning af kommunens ønsker i forhold til karakteren og størrelsen af et sundhedshus, samt hvilke risici kommunen vil være villig til at påtage sig i forbindelse med et projekt. Forinden kommunen lægger sig fast på en samarbejdsmodel for projektet, bør der tages stilling til, hvor stor en andel af sundhedshuset, kommunen ønsker at anvende.

Vælger kommunen at indtænke flere kommunale opgaver i et projekt, vurderer vi, at kommunen bør vælge en udvidet samarbejdsmodel i form af en tættere regulering af samarbejdet i kontrakten, herunder om etablering af et samarbejdsorgan til behandling af løbende spørgsmål vedrørende samarbejdet (model II).

BECH-BRUUN

Vi vurderer, at det vil være vanskeligt at forene med lovgivningen og kommunalfuldmagten, hvis kommunen varigt skal deltage i et selskab med en privat part om udlejning af lokaler til en bredere kreds af lejere. Hvis kommunen vælger model II, bør der således etableres en organisatorisk model, som på hensigtsmæssig måde afgrænser kommunens deltagelse i forhold til de erhvervsøkonomiske aktiviteter, dvs. en OPP-model uden varig kommunal deltagelse i selskab.

Når kommunen har valgt den fortrukne samarbejdsform for projektet, bør der vælges en så enkel udbudsform som muligt. Vi deltager gerne i drøftelserne herom.

Forinden et udbud iværksættes bør projektets indhold afklares i forhold til den kommunalretlige lovgivning, herunder ved indhentelse af en udtalelse fra de kommunale tilsynsmyndigheder.

Herefter kan projektet iværksættes ved udarbejdelse af udkast til kontrakt, som kan sendes i udbud.

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 omgaven, 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 markeds-mæssige 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 udbuds-konstruktion, 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.

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, forsyningssikkerhed, 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:

<u>Kommune</u>	<u>Områdecenter</u>	<u>Operatør</u>
Gribskov	Udsigten	Attendo Care
	Skovsminde	Aleris
	Bakkebo	Aleris
	Toftebo (træning/aflastn.)	Aleris
Solrød	Christians Have	Aleris
Kolding	Dreyershus	OK-Fonden
Vejle	Riss Fripleshjem	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.

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

bejdere og følgeomkostninger viste sig at være relativ få. Set i forhold til at man i kommunen har en 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 forsyningsikkerheden 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 tilkøbsydelse.

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

Områdecentre

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 aktivitetsstilbud 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 afdækket 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 Områdecenter med eller uden hjemmeplejedistrikt?

Som det fremgår af afsnit 1 har kommunalbestyrelsen besluttet at konkurrenceudsætte driften af et områdecenter.

Et områdecenter 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 områdecenter skal forstås som beskrevet under konstruktion 1 eller 2 nedenfor

- **Konstruktion 1**

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

- **Konstruktion 2**

Et hjemmeplejedistrikt, en sygeplejegruppe samt et områdecenter 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 områdecentre) 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 af 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 områdecenter

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/primus 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 udførelsenhed "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 huslejeudgifterne 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 døgnoptræningscenter samt ambulante træning.

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.

Høringssvar fra FOA vedr. konkurrenceudsættelse af områdecenter.

FOA foreslår på baggrund af kommunalbestyrelsens beslutning at det planlagte nybyggede plejehjem udbydes til privat leverandør i stedet for et eksisterende områdecenter. Hermed er der færre medarbejdere, der skal virksomhedsoverdrages og det personale, der skal rekrutteres, sørger stilling på plejehjemmet velvidende at det er under forringede løn- og ansættelsesvilkår.

Der har ikke været aftalt en gennemsigtig procedure, møder er blevet aflyst, informationsniveauet har været utilstrækkeligt og kommunen har ikke på nogen måde forsøgt at skabe et fornuftigt forløb. Samtidigt kan det konstateres at vores bemærkninger end ikke har været medtaget i referater fra styregruppemøder.

Det fremgår af notatet at kommunen vil spare 4,5 mio. ved at konkurrenceudsætte et områdecenter, men det fremgår ikke hvordan denne besparelse vil nås.

Ældreomsorgen har gennem de sidste 10 år været gennem den ene besparelse efter den anden. DKL har effektiviseret, benchmarket mm. og det er svært at se, hvordan der kan gøres mere uden at det går ud over kvaliteten/service. Der findes ikke nogen private firmaer der vil kunne opnå samme stordriftsfordele som Lyngby-Taarbæk kommune og der vil næppe kunne findes besparelser på mursten, energi, transport eller materialer. Dermed synes besparelsen alene at blive opnået på løn – og ansættelsesvilkår som hermed vil ramme FOA's medlemmer. De overenskomster, som er indgået med de nævnte mulige partnere, er alle langt dårligere end overenskomsten på KTO området hvad angår løn, pension, seniordage, barns 2. sygedag samt flere andre områder.

Dermed kan det konstateres at over 200 FOA medlemmer vil få en væsentlig forringelse af løn- og ansættelsesforhold og FOA forventer at de berørte ansatte bliver sikret en valgmulighed i form af en garanti for at blive overført til arbejdspladser andre steder i kommunen således at de vil kunne oppebære deres forventelige lønniveau.

FOA har en forventning om at en eventuel privat leverandør har overenskomst med FOA samt kan tilslutte sig KTO aftalen.

Vedr. baggrund og formål med udbuddet beskrives det at fordelene ved udbud af plejehjem er at alle ydelser bliver grundigt beskrevet. Det behøver man ikke at bringe et plejehjem i udbud for, for kommunen må vel selv bedst vide hvilke

ydelse der bliver leveret d.d. Ligeledes beskrives det at kommunen vil få inspiration af en privat udbyder. Dette kan opnås på andre måder end ved et udbud.

Det er positivt, at medarbejderne får mulighed for at udarbejde et kontrolbud. Dog er det værd at bemærke, at det er nødvendigt med en ledelsesmæssig forankring af gennemførelsen af et kontrolbud, således at det ikke alene er medarbejderne på det områdecenter, som skal udbydes, der skal tage stilling til, hvorvidt man ønsker at udarbejde et kontrolbud eller ej.

Det er uklart, hvordan kontrolbuddet konkret skal udarbejdes. Hvem inddrages i processen og hvornår?

De erfaringer, som inddrages i materialet, har udelukkende medtaget positive erfaringer fra Sverige/andre steder i Danmark. Det er ikke medtaget at der flere steder er konstateret personaleflugt og vanskeligheder med at fastholde uddannet personale.

Samtidigt kan det konstateres at mellem 1/4 og 1/3 del af Serviceteamets medarbejdere udfører opgaver i hjemmeplejen i områdecenter Virumgårds område. Hvis de virksomhedsoverdrages, vil Serviceteamet ikke længere være rentabelt. En af de fordele Serviceteamet har, er at de kan tilbyde den samme medarbejder til den enkelte borger. Man risikerer hermed at miste markedsandele til Frit-valg leverandørerne.

Nederst på side 4 forholder man sig til spørgsmål vedr. forsyningssikkerhed, og der henvises til et eksempel fra Sverige, hvor en kommune med relativt lave følgeomkostninger overtog medarbejderne fra en privat leverandør, der gik konkurs. Har man undersøgt, hvad følgeomkostningerne var i fx Esbjerg, da et privat hjemmeplejefirma trak sig fra aftalen med kommunen?

Hvad vil der ske med de virksomhedsoverdragede medarbejdere, hvis den private leverandør går konkurs?

Når den private leverandør har mulighed for at udvikle en profil for det områdecenter, der udbydes, vil det så betyde noget for de spidskompetencer, der i dag eksisterer på områdecenter Virumgård?

Hvordan vil man sikre, at de spidskompetencer, der i dag er på områdecentret bevares og fortsat bliver udviklet?

Kan der ved udbuddet ske ændringer i medarbejdernes opgavefordeling? DKL har udarbejdet profiler for både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, der beskriver hvilke kerneopgaver de hver i sær skal løse. Det er en

politisk beslutning, at man har ønsket disse profiler. I nær fremtid skal der også laves profil for social- og sundhedshjælpere.

Af side 6 øverst fremgår det, at en privat leverandør vil have mulighed for at tilbyde tilkøbsydelse, ligesom det fremgår, at den private leverandør vil kunne udvikle og byde ind med en særlig profil. Dette vil stille det kommunale kontrolbud svagere i konkurrencen, og konkurrencen vil således ikke foregå på lige vilkår, idet DKL ikke kan tilbyde tilkøbsydelse – ønsker man overhovedet, at den kommunale part skal løse opgaven?

På side 9 er henholdsvis konstruktion 1 og 2 beskrevet. Det bemærkes, at konstruktion 2 vil medføre, at de kommunale gennemsnitsomkostninger stiger. Derved vil prisen på Frit-valg stige og flere firmaer kan være interesseret i at blive godkendt.

Kan det da svare sig, at vælge konstruktion 2, som der lægges op til i notatet? Endvidere bliver det beskrevet at priserne på hjemmepleje og sygepleje vil blive afprøvet på markedsvilkår. Dette bliver priserne i forvejen på hjemmepleje, da DKL har en interesse i, at timeprisen er så lav som mulig, så det ikke er så attraktivt at blive godkendt som Frit-valgs leverandør.

Af side 13 fremgår det, at personalets løn- og ansættelsesvilkår ikke er et konkurrenceparameter i en kommende udbudsforretning, alligevel fremgår det på samme side, at det vil medføre dyrere tilbud, hvis der stilles krav om løn- og ansættelsesvilkår i f.eks. hele kontraktperioden, hvordan kan krav om løn- og ansættelsesvilkår i f.eks. hele kontraktperioden medføre dyrere tilbud, når det ikke er et konkurrenceparameter?

Endvidere fremgår det, at der i udbudsmaterialet vil fremsættes krav til leverandøren med hensyn til overtagelse af personalet, herunder krav vedr. arbejdsmiljø, uddannelse mv. Hvad ligger der i mv? Vil medarbejderne eksempelvis have indflydelse på arbejdstid, kompetenceudvikling og muligheder for sparring?

Vil der i udbudsmaterialet blive stillet krav om, at leverandøren i sit tilbud skal beskrive, hvordan leverandøren vil overtage/modtage de virksomhedsoverdragede medarbejdere?

Af side 14 nederst fremgår det, at der i forbindelse med udbuddet vil være konkurrence på pris og kvalitet, samtidig fremgår det af samme side, at det vurderes, at der er et besparelspotentiale med fastholdelse af den nuværende kvalitet. Konkurreres der i forbindelse med udbuddet på kvalitet eller ej?

FOA kan blive bange for det faglige niveau, da der enten vil blive færre hænder eller billigere hænder i form af ufaglært personale.

Processen fremadrettet.

Vores anbefaling vil være, at der foruden inddragelse af MED systemet vil blive indledt forhandlinger med de berørte medarbejderes faglige organisationer under hensyn til eventuelle aftaler om trygheds- og løngarantier samt under hensyn til de aftale- og lovgivningsmæssige vilkår i øvrigt.

Resultatet af forhandlingerne bør inden overdragelsen/afskedigelsen fremlægges for relevante MED-udvalg. For medarbejdere, der fortsat er udpeget til overdragelse eller afskedigelse bør der iværksættes foranstaltninger på deres nuværende arbejdsplads, der kan ruste medarbejderne til jobskifte. Disse foranstaltninger iværksættes skal på baggrund af behandling i MED-udvalget og efter forhandling med organisationen.

I forlængelse af overstående vedlægges liste over spørgsmål som FOA udbeder sig svar på.

Jannie Hagbo

Britta Markussen

jha@ltk.dk

brm@ltk.dk

2055 5273

2055 5274

FTR for FOA Sosu i Lyngby-Taarbæk Kommune

Lyngby-Taarbæk 6.september

Liste med spørgsmål:

- Det er uklart, hvordan kontrolbuddet konkret skal udarbejdes. Hvem inddrages i processen og hvornår?
- Har man undersøgt, hvad følgeomkostningerne var i fx Esbjerg Kommune, da et privat hjemmeplejefirma trak sig fra aftalen med kommunen?
- Hvad vil der ske med de virksomhedsoverdragede medarbejdere, hvis den private leverandør går konkurs?
- Konkurrencen vil ikke foregå på lige vilkår, idet den kommunale leverandør ikke kan tilbyde tilkøbsydelse – ønsker man overhovedet, at den kommunale part skal løse opgaven?
- Når den private leverandør har mulighed for at udvikle en profil for områdecenter Virumgård vil det så betyde noget for de spidskompetencer, der i dag eksisterer på områdecentret?
- Hvordan vil man sikre, at de spidskompetencer, der i dag er Virumgård bevares og fortsat bliver udviklet?
- Det bemærkes, at konstruktion 2 vil medføre, at de kommunale gennemsnitsomkostninger stiger. Kan det da svare sig, at vælge konstruktion 2, som der lægges op til i notatet?
- Hvordan kan krav om løn- og ansættelsesvilkår i fx hele kontraktperioden medføre dyrere tilbud, når det ikke er et konkurrenceparameter?
- Det fremgår, at der i udbudsmaterialet vil fremsættes krav til leverandøren med hensyn til overtagelse af personalet, herunder krav vedr. arbejdsmiljø, uddannelse mv. Hvad ligger der i mv? Vil medarbejderne eksempelvis have indflydelse på arbejdstid, kompetenceudvikling og muligheder for sparring?
- Kan der ved udbuddet ske ændringer i medarbejdernes opgavefordeling?
- Vil der i udbudsmaterialet blive stillet krav om, at leverandøren i sit tilbud skal beskrive, hvordan leverandøren vil overtage/modtage de virksomhedsoverdragede medarbejdere?
- Det fremgår, at der i forbindelse med udbuddet vil være konkurrence på pris og kvalitet, samtidig fremgår det af samme side, at det vurderes, at der er et besparelspotentiale med fastholdelse af den nuværende kvalitet. Konkurreres der i forbindelse med udbuddet på kvalitet eller ej?

6.09.2011

Høringssvar DSR
Udbud af områdecenter og hjemmeplejedistrikt
Lyngby-Taarbæk Kommune

I forbindelse med beslutning om at konkurrenceudsætte et områdecenter har Social forvaltning udarbejdet et notat til politikkerne i Kommunen. Notatet er fremlagt på et ekstraordinært MED møde i Socialforvaltning d. 5.09.2011. I den forbindelse har jeg som Fællestillidsrepræsentant for Dansk Sygeplejeråd i Lyngby-Taarbæk Kommune fået mulighed for at komme med et høringssvar på vegne af sygeplejerskerne i kommunen.

Lyngby-Taarbæk kommune har gennem de seneste år været igennem en positiv udvikling på det sundhedsfaglige område. I forbindelse med indførelsen af LEAN er der for sygeplejens vedkommende en større omstillingsproces i gang. Vi er bekymret for at denne udvikling vil blive berørt af udbuddet af hjemmesygeplejen i et enkelt område, da omstillingsprocessen er gældende for alle områder i hjemmesygeplejen.

I forhold til notatet om konkurrenceudsættelse er der flere snitflader, som vi mener ikke er berørt, men som skal tages med i forhold til en beslutning om egnetheden af konkurrenceudsættelse:

1. En sygeplejeklinik er under etablering på Møllebo og vil betjene alle borgere i kommunen. Hvordan og hvor mange borgere, der skal komme i klinikken vides ikke for nuværende. Hvordan kan en privat aktør håndtere dette både fagligt og personalemæssigt?
2. Kommunen er begyndt at implementere de meget roste sygeplejerske- og assistent profiler. Profilerne ligger til grund for vores personalesammensætning på plejehjem og i hjemmeplejen. De er afgørende i forhold til både vores nuværende opgaver samt de mere komplekse pleje- og behandlingsopgaver der til stadighed lægges ud i kommunerne. Det er vigtigt at udbudsmaterialet indeholder forpligtende krav til det faglige niveau i området og at profilerne indgår som en del af udbudsmaterialet.
3. Kommunerne bliver i højere grad medfinansierende i forhold til hospitalsindlæggelser. Vi ser et øget behov for sammenhæng i sundhedsvæsenet med henblik på at forebygge indlæggelser. Fragmentation i form af udlicitering, kan medføre større udgifter for kommunen, idet kommunen mister indflydelse på bl.a. det komplekse plejeområde, det faglige niveau og dermed også antallet af indlæggelser og genindlæggelser. Der er oprettet akutte /midlertidige pladser på Møllebo hvor færdigbehandlede borgere, men ikke nødvendigvis færdigplejede borgere, kan udskrives til. Hvordan tænkes snitfladerne til en privat aktør her?
4. Der er oprettet en specialist sygeplejersker på alle områdecenter indenfor ernæring, sår, inkontinens, terminal (lindrende behandling for døende borger) samt demens. Derudover er der forløbsprogrammer for Diabetes og KOL med en sygeplejerske i hvert område, der er ansvarlig for disse. Hvordan tænkes snitfladerne mellem de specialister, der er i det udliciterede område og kommunens egne specialister?

Alle disse snitflader er meget komplicerede og vi mener, at det er vanskelig at tilgodese disse og samtidig forvente, at der kan spares penge.

Vi har en forventning om at sygeplejerskeprofilen og assistentprofilen kommer til at indgå i et udbudsmateriale som grundlag for det faglige niveau ved udlicitering.

Dansk Sygeplejeråd forventer naturligvis at et eventuelt privat firma er dækket af en overenskomst med DSR.

Sygeplejerskerne i kommunen er meget bekymrede for det faglige niveau ved udlicitering. De har været igennem en længerevarende omstillings proces med "LEAN" for at geare hele ældreplejen til fremtiden samt spare penge. De snitflader, der skal løses ved udbud, er meget komplicerede og vurderes som meget vanskelige at løse. Hele den udekørende hjemmesygepleje er en helhed som er svær at fragmentere og spare yderligere på, som beskrevet i notatet.

Sygeplejerskernes arbejdsmiljø og ansættelsesvilkår kan komme under pres afhængig af hvordan udbudsmaterialet udformes. Det er vanskelig at se hvordan dette bliver tilgodeset i det foreliggende notat.

TR kollegiet og Kredshovedstaden DSR vil meget gerne i dialog med jer politikere omkring dette hørings svar. Vi mener, det er meget vigtig med en nuanceret viden, inden I træffer jeres beslutning.

Med venlig hilsen

Susanne Schmidt
Fællestillidsrepræsentant for Dansk Sygeplejeråd i
Lyngby-Taarbæk Kommune
Emil Pipersvej 17E
2800 Lyngby
Mobil: 24 61 80 90
Mail: jss@ltk.dk

**Sygeplejerskeprofil for primærsygeplejersker
i Lyngby-Taarbæk kommune**



LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE

Forord

Dette er en pxiudgave af Lyngby-Taarbæk Kommunes
 Sygeplejerskeprofil

Sygeplejerskeprofilen gør det klart, hvilke funktioner
 Lyngby-Taarbæk Kommunes sygeplejersker skal
 varetage, for at borgerne kan få en ensartet høj
 kvalitet og en øget patientsikkerhed.

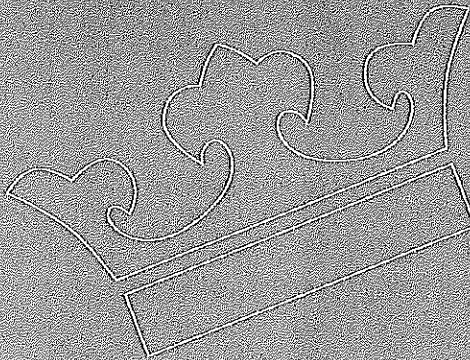
Hverdagens usynlige prioriteringer kommer med
 Sygeplejerskeprofilen frem i lyset og er med til at
 sikre, at det er et **bevidst valg**, hvornår det er en
 sygeplejerske, der skal løse en given opgave, og
 hvornår det er anden faggruppe.

Profilen beskriver hvilke sygeplejeressourcer, -
 kompetencer og - kvalifikationer, der skal være synlige
 i Lyngby-Taarbæk Kommunes sygepleje.

Målet er at yde den bedst mulige sygepleje for borgerne – med fokus på forebyggelse og sundhedsfremme.

Sygeplejerskeprofilen tager udgangspunkt i Lyngby-Taarbæk Kommunes primærsygeplejerskers betragtninger, udtalelser og oplevelser af sygeplejerskens funktion.

Der er udarbejdet et baggrundsmateriale i form af en rapport, der er tilgængelig på samtlige områdecentre i kommunen.



Definition af sygepleje

"Sygeplejerskens unikke funktion er at bistå den enkelte, syg eller rask, med at udføre aktiviteter til fremme eller genvindelse af sundheden eller til en fredelig død, som han/hun selv ville udføre på egen hånd, hvis han/hun havde den fornødne styrke, vilje eller viden, og at gøre det på en måde, der hjælper ham/hende til så hurtigt som muligt til at blive selvhjulpne."

Virginia Henderson

Visioner for sundheds- og ældrepolitikken i Lyngby-Taarbæk Kommune

"I Lyngby-Taarbæk Kommune styrker den sundhedsfremmende og forebyggende indsats borgernes evne og muligheder for at træffe sunde valg og for at leve et sundt liv med høj grad af livskvalitet for den enkelte".
(Lyngby-Taarbæk Kommunes Sundhedspolitik)



"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."
(Lyngby-Taarbæk Kommunes Ældrepolitik)

Sygeplejerskerne arbejder ud fra Social- og Sundhedsforvaltningens fælles værdigrundlag:

Udvikling · åbenhed · faglighed · spontanitet
· medansvar · anerkendelse

Definitioner

Et kompleks sundhedsproblem er, når der er uafklarede sundhedsproblemer, som er mangfoldige og griber ind i hinanden. Komplekse sundhedsproblemer kræver stort overblik og stiller skærpede krav til sygeplejefaglig viden og indsigt i observation, analyse, forebyggelse, pleje og behandling.

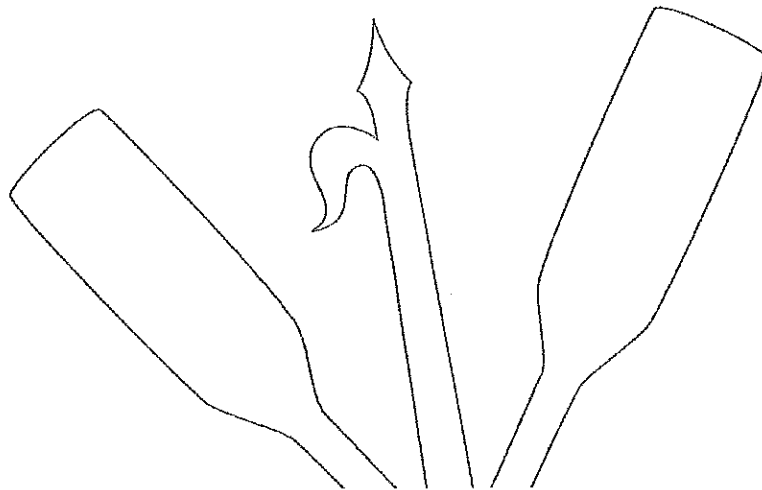
Et stabilt sundhedsproblem betyder, at den planlagte indsats virker, og at borgeren bevarer det nuværende sundhedsniveau.

Et ustabil sundhedsproblem betyder, at borgerens sundhedsniveau svinger – både til det bedre og til det værre, og at det er nødvendigt hyppigt at ændre på indsatsen.

Sundhedsfremme er sundhedsrelateret aktiviteter, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere borgeres ressourcer og handlekompetence.

Forebyggelse er sundhedsrelaterede aktiviteter, der rettes mod at forhindre udviklingen af sygdom eller risikofaktorer for sygdom eller reducere følgevirkningerne af sygdom.

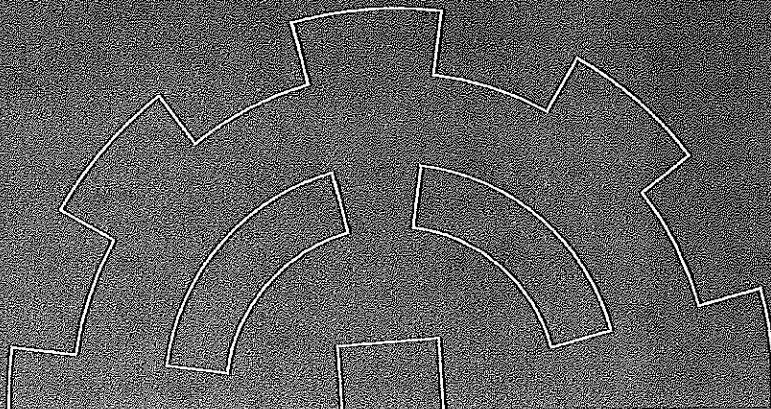
Rehabilitering er målrettede og tidsbestemte samarbejdsprocesser mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sine fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation, og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og evidensbaseret indsats.





Følgende fire områder er hovedfunktioner for sygeplejersker i Lyngby-Taarbæk Kommune

- At udføre sygepleje
- At lede, planlægge og koordinere sygepleje
- At formidle sygepleje
- At udvikle sygepleje

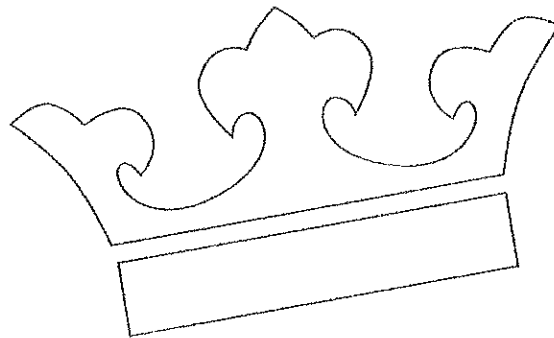


At udføre sygepleje

Sygeplejersken skal beskæftige sig med de situationer og borgerforløb, hvor sygeplejerskens kompetencer gør en forskel for borgerens sundhed og sikkerhed.

- Sygeplejersken udfører sygepleje hos borgere, der har komplekse og ustabile sundhedsproblemer.
- Sygeplejersken udfører lægeordineret behandling og forberedelser til undersøgelser.
- Sygeplejersken aflægger første besøg hos nye borgere.
- Sygeplejersken tilbyder et opfølgende besøg sammen med egen læge indenfor 8 hverdage ved alle nyudskrevne behandlingskrævende borgere, der har været indlagt mindst 3 dage.
- Sygeplejersken justerer eller afslutter sygeplejeydelserne.
- Sygeplejersken prioriterer borgere med misbrugsproblemer, psykiske problemer, demens og terminale forløb.
- Sygeplejersken prioriterer sundhedsfremme og forebyggelse.

- Sygeplejersken skal i samarbejde med social- og sundhedsassistenten danne sig et overblik hos borgere med et stabilt forløb, evaluere indsatsen samt supervisere personalet fagligt og personligt.
- Sygeplejersken samarbejder med ressourcepersoner med specialviden.



At lede, planlægge og koordinere

Sygeplejersken skal lede, planlægge og dokumentere borgerens sygepleje- og behandlingsprogram. Sygeplejersken skal sikre udvikling af kvaliteten og yde faglig sparring til andre faggrupper.

- Sygeplejerskens opgave er at koordinere indlæggelser og udskrivelser.
- Sygeplejersken skal lede, koordinere og planlægge den forbyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende indsats.
- Sygeplejerskens opgave er at skabe kontinuitet og et sammenhængende borgerforløb.
- Sygeplejersken skal være tilgængelig og afstemme forventninger mellem de involverede parter.
- Sygeplejerskens opgave i de komplekse/ustabile forløb er at planlægge, koordinere, udføre og dokumentere sygeplejen.
- Sygeplejerskens opgave i de stabile forløb er i samarbejde med social- og sundhedsassistenterne at planlægge, koordinere og uddelegere sygeplejen.

- Sygeplejersken skal sikre, at det sundhedsfaglige personale har de nødvendige kompetencer til at udføre plejen.
- Sygeplejersken skal være nærværende, opsøgende, let at kontakte og reagere på personalets observationer.
- Sygeplejersken er faglig ansvarlig for at handle- og plejeplaner er oprettet og løbende bliver revideret.

At formidle sygepleje

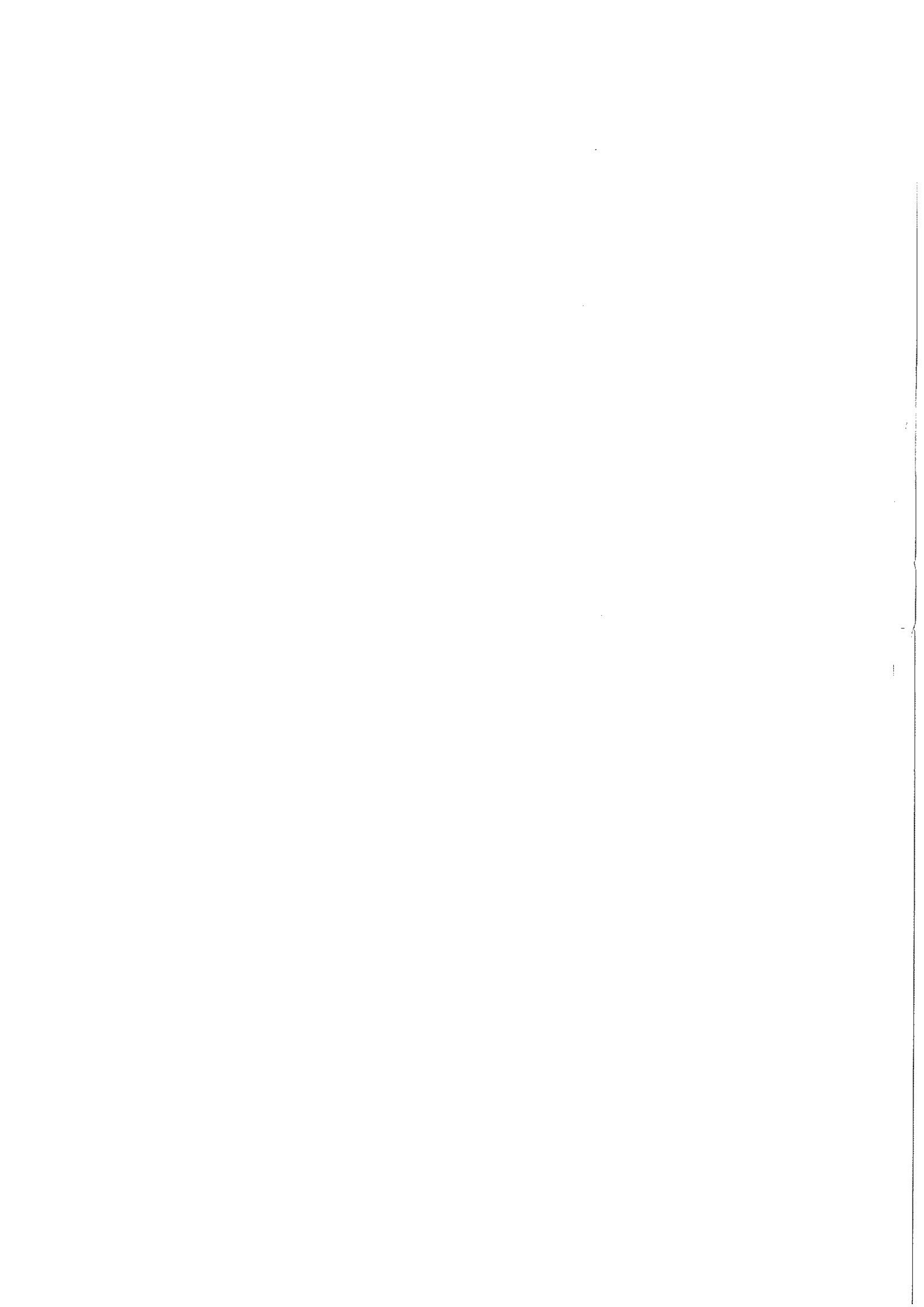
Sygeplejersken har til opgave at rådgive, undervise og vejlede borgere og pårørende. Sygeplejersken formidler sundhedsfaglig viden om sundhed og sygdom til studerende, elever og sundhedsfaglige kollegaer.

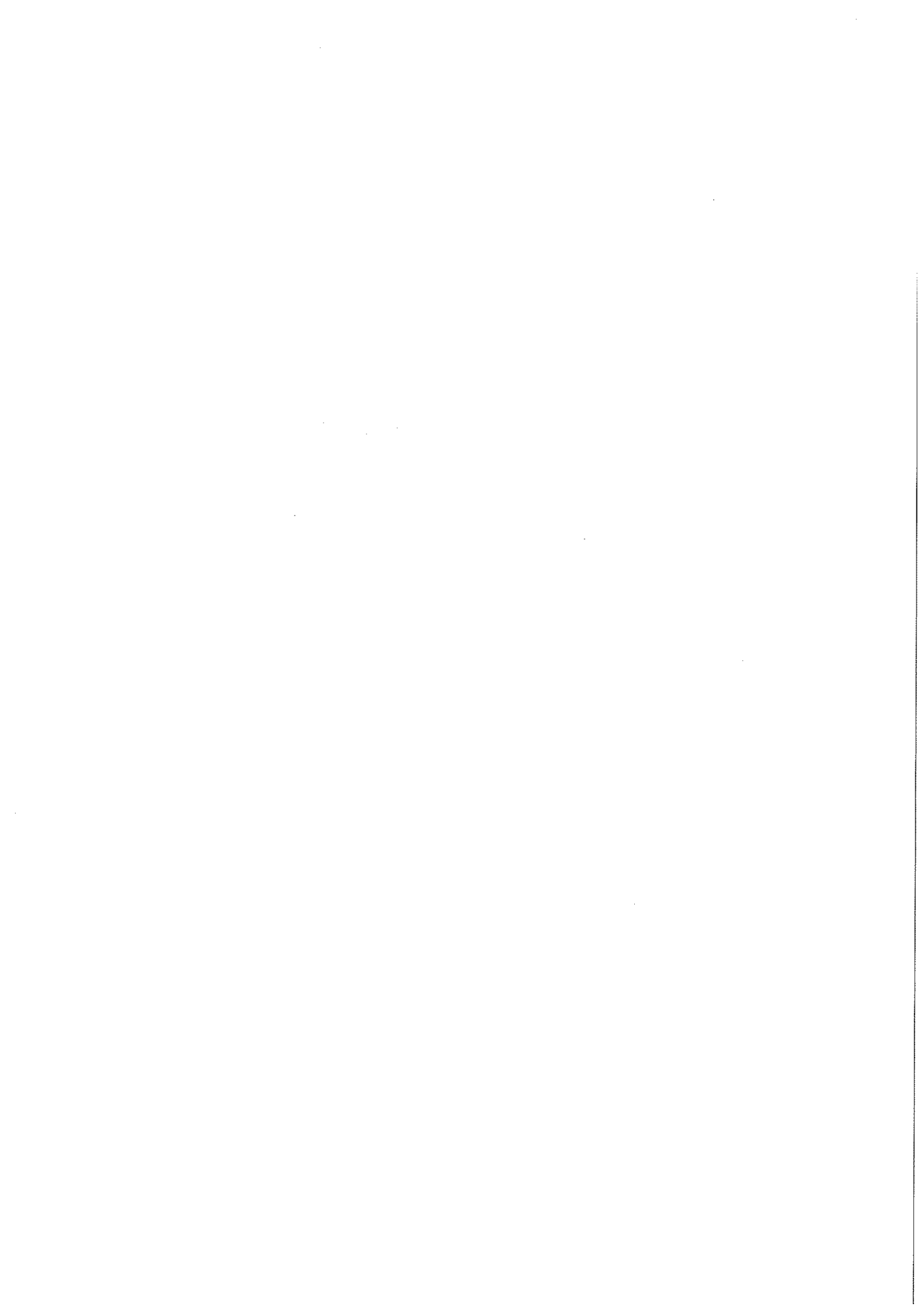
- Sygeplejersken fungerer som underviser, vejleder og faglig konsulent.
- Sygeplejersken definerer det faglige niveau for sygeplejen. Sygeplejersken er rollemodel, argumentere på et fagligt grundlag og er garant for, at etik og menneskesyn er i orden.
- Sygeplejersken er praktikansvarlig i forhold til elever og studerende.
- Sygeplejersken bruger kommunikationsredskaber.
- Sygeplejersken formidler sin faglige viden.

At udvikle sygepleje

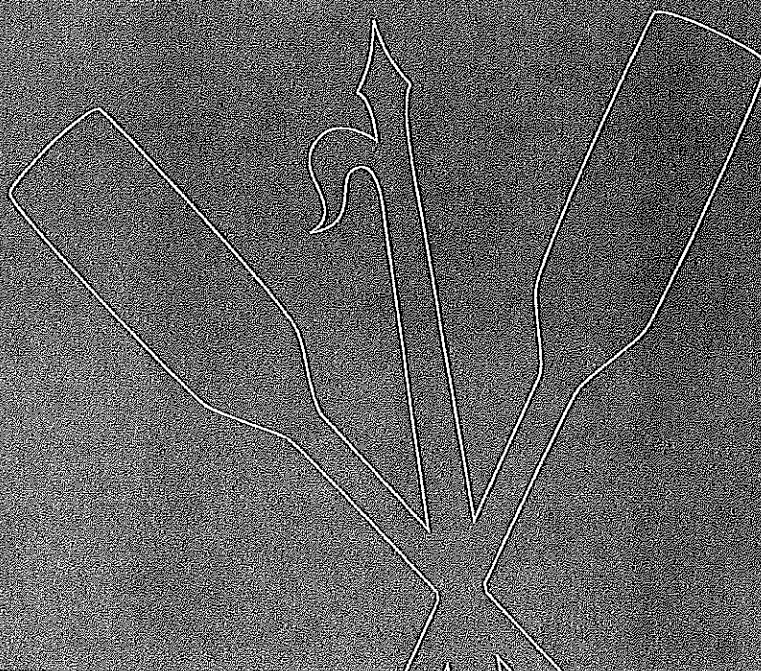
Sygeplejersken er nøglepersonen i kvalitetsudviklingen af de kommunale sygepleje-sundhedstilbud. Sygeplejersken står i spidsen for kvalitetsudvikling og medvirker til at skabe en høj patientsikkerhed. Sygeplejersken skal have fokus på forskning og udvikling.

- Kvalitetsudvikling af sygeplejen foregår ved vidensdeling.
- Sygeplejersker arbejder evidensbaseret og ud fra kliniske erfaringer samt deltager i implementering af nye tiltag.
- Sygeplejersken højner sin egen faglighed ved at deltage i og igangsætte relevante faglige netværksgrupper samt udviklings- og forskningsprojekter.
- Sygeplejersken skal holde sig orienteret om den sociale og sundhedspolitiske udvikling samt deltage i debatten herom for herigennem løbende at justere og forbedre sygeplejen med henblik på at højne kvaliteten.
- Sygeplejersken formidler udviklingstiltag og gør dem synlige.





Udarbejdet af:
Sygeplejerske Susanne Schmidt
Sygeplejerske Ulla Sanderhage Tjäder
Social- og sundhedsassistent Britta Markussen
2009



DESIGN: DUEXDESIGN

**Social- og sundhedsassistentprofil for social- og
sundhedsassistenter i Lyngby-Taarbæk Kommune**



LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE

Forord

Social- og sundhedsassistentprofilen er et redskab til at synliggøre social- og sundhedsassistentens faglighed og kompetencer. Kompetencerne er med til at sikre kvaliteten af plejen hos borgere, hvor opgaver og problemstillinger er sammensatte og stabile.

Social- og sundhedsassistentprofilen skal medvirke til at beskrive, hvilke pleje- og omsorgsopgaver social- og sundhedsassistenter skal prioritere i den daglige praksis.

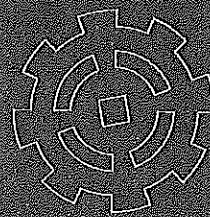
Profilen gør det desuden klart, hvilke opgaver social- og sundhedsassistenter skal varetage, for at borgerne kan få en ensartet høj kvalitet.

Med social- og sundhedsassistentprofilen kommer hverdagens usynlige prioriteringer frem i lyset. Profilen er med til at sikre, at det er et bevidst valg, når der vælges, om det er en social- og sundhedsassistent, der skal løse opgaven eller en anden faggruppe.

Indsatsen skal til enhver tid være i overensstemmelse med de godkendte kvalitetsstandarder og retningslinjer for sygeplejeydelser, kravet til dokumentation og de økonomiske rammer for området.

Social- og sundhedsassistentprofilen tager udgangspunkt i Lyngby-Taarbæk Kommunes social- og sundhedsassistenter betragtninger, udtalelser og oplevelser af social- og sundhedsassistentens funktion. Profilen er udarbejdet ud fra Bekendtgørelse om uddannelse i den erhvervsfaglige fællesindgang sundhed, omsorg og pædagogik, Lov om Social Service, Bekendtgørelse om hjemmesygepleje og Sundhedsstyrelsens vejledning om hjemmesygepleje.

Der er udarbejdet et baggrundsmateriale i form af en rapport, der er tilgængelige på samtlige områdecentre i kommunen.



Definition af social- og sundhedsassistentens arbejdsområde

"Vurdere behov for og selvstændigt at tilrettelægge og udføre sammensatte omsorgsopgaver og aktiverende arbejde, herunder stimulering af fysiske, intellektuelle og kreative funktioner i forhold til det enkelte menneske og grupper af borgere, vurdere behov for og selvstændigt at tilrettelægge, udføre og evaluere grundlæggende sundheds- og sygeplejeopgaver inden for social- og sundhedssektorens område for pleje- og omsorg og udføre koordinerende og undervisende opgaver."

Bekendtgørelsen om grundlæggende social- og sundhedsuddannelser

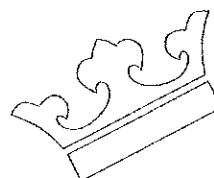
Visioner for sundheds- og ældrepolitikken i Lyngby-Taarbæk Kommune

Lyngby-Taarbæk Kommunes sundhedsindsats skal styrke borgernes evne og muligheder for at træffe sunde valg, således at den enkelte borger lever et længere og bedre liv med mindre sygdom og højere livskvalitet.
(Lyngby-Taarbæk Kommunes Sundhedsstrategi)

“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.”
(Lyngby-Taarbæk Kommunes Ældrepolitik)

Social- og sundhedsassistenten arbejder ud fra Social- og Sundhedsforvaltningens fælles værdigrundlag, som er:

Udvikling – åbenhed – faglighed – spontanitet
– medansvar – anerkendelse



Definitioner

Et kompleks sundhedsproblem er, når der er uafklarede sundhedsproblemer, som er mangfoldige og griber ind i hinanden.

Komplekse sundhedsproblemer kræver stort overblik og stiller skærpede krav til sygeplejefaglig viden og indsigt i observation, analyse, forebyggelse, pleje og behandling.

Et stabilt sundhedsproblem betyder, at den planlagte indsats virker, og at borgeren bevarer det nuværende sundhedsniveau.

Et ustabil sundhedsproblem betyder, at borgerens sundhedsniveau svinger – både til det bedre og til det værre, og at det er nødvendigt hyppigt at ændre på indsatsen.

Sundhedsfremme er sundhedsrelateret aktiviteter, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere borgernes ressourcer og handlekompetence.

Forebyggelse er sundhedsrelaterede aktiviteter, der rettes mod at forhindre udviklingen af sygdom eller risikofaktorer for sygdom eller reducere følgevirkningerne af sygdom.

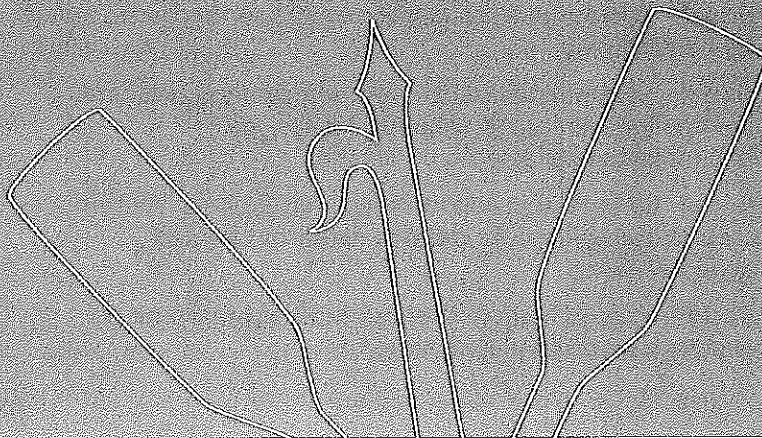
Rehabilitering er målrettede og tidsbestemte samarbejdsprocesser mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sine fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består af koordineret, sammenhængende og evidensbaseret indsats.





Social- og sundhedsassistentens fem hovedfunktionsområder er:

- Omsørgs- og sygeplejeopgaver
- Sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter
- Koordination, vejledning og undervisning
- Aktiviteter og rehabilitering
- Praktisk og personlig pleje



Omsorgs- og sygeplejeopgaver

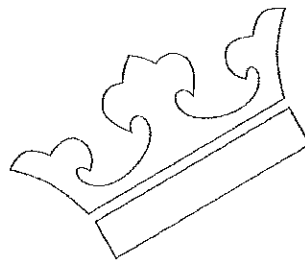
Social- og sundhedsassistentens kerneområde er at yde sygepleje, psykisk støtte og omsorg til borgere med stabile sundhedsproblemer.

- Social- og sundhedsassistenten varetager helhedsplejen og er kontaktperson for borgere, der er i stabile pleje-, omsorgs- og behandlingsforløb.
- Social- og sundhedsassistenten indgår i et samarbejde med social- og sundhedshjælperen og sygeplejersken om pleje, omsorg og behandling.
- Social- og sundhedsassistenten inddrager borgerne i pleje og behandling.
- Social- og sundhedsassistenten udfører lægeordineret behandling med udgangspunkt i pleje- og behandlingsinstrukser.
- Social- og sundhedsassistenten tilrettelægger, justerer og afslutter sygeplejeydelser i samarbejde med sygeplejersken.
- Social- og sundhedsassistenten inddrager interne og eksterne samarbejdspartnere.

Sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter

Social- og sundhedsassistenten arbejder sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende med udgangspunkt i borgerens ressourcer. Opmærksomheden er vendt mod at finde styrker og ressourcer hos borgeren, frem for at have fokus på sygdom.

- Social- og sundhedsassistenten udfører sundhedsfremmende aktiviteter ved at støtte og vejlede borgerne i f.eks. ernæringsrigtig kost og motion samt opfordre til socialt samvær.
- Social- og sundhedsassistenten arbejder forebyggende ved at støtte borgerens egenomsorg.
- Social- og sundhedsassistenten arbejder med hensigtsmæssige arbejdsstillinger og arbejdsforhold ved at sikre, at de korrekte hjælpemidler er til stede.

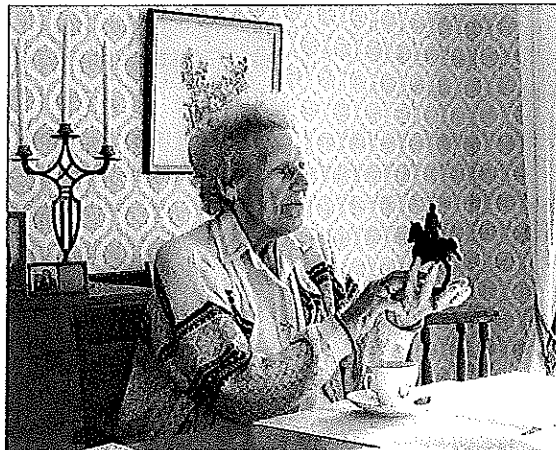


Koordinering, vejledning og undervisning

Social- og sundhedsassistenten koordinerer, vejleder og underviser kolleger, borgere og pårørende indenfor pleje, omsorg og praktisk hjælp.

- Social- og sundhedsassistenten planlægger, koordinerer, udfører, evaluerer og dokumenterer pleje, omsorg og praktisk hjælp i stabile borgerforløb.
- Social- og sundhedsassistenten er medansvarlig for den daglige opgavefordeling for social- og sundhedshjælpergruppen.
- Social- og sundhedsassistenten underviser/vejleder borgere og pårørende til f.eks. at få kontakt til patientforeninger og aktivitetstilbud.
- Social- og sundhedsassistenten er medansvarlig i uddannelsen af social- og sundhedselever.
- Social- og sundhedsassistenten agerer bevidst i sin adfærd som rollemodel både personligt og fagligt.

- Social- og sundhedsassistenten udvikler sig personligt og fagligt ved at være opsøgende, aktiv og nysgerrig. Social- og Sundhedsassistenten ser muligheder frem for begrænsninger.
- Social- og sundhedsassistenten medvirker til at fremme et godt psykisk og fysisk arbejdsmiljø.



Aktiviteter og rehabilitering

Social- og sundhedsassistenten igangsætter aktiviteter i samarbejde med den enkelte borger eller grupper af borgere med henblik på at vedligeholde, genoptræne og styrke den enkeltes psykiske og fysiske sundhed.

- Social- og sundhedsassistenten har med udgangspunkt i borgerens hverdag fokus på vedkommendes daglige aktivering, vedligeholdelsestræning og rehabilitering - både fysisk og mentalt.
- Social- og sundhedsassistenten motiverer borgeren til at genvinde tidligere færdigheder og funktioner gennem træning og genoptræning, selvstændigt eller i samarbejde med fysioterapeut/ergoterapeut.
- Social- og sundhedsassistenten yder psykosocial støtte til borgere med udgangspunkt i borgerens ressourcer og opfattelse af livskvalitet og med fokus på "hjælp til selvhjælp".

Praktisk og personlig pleje

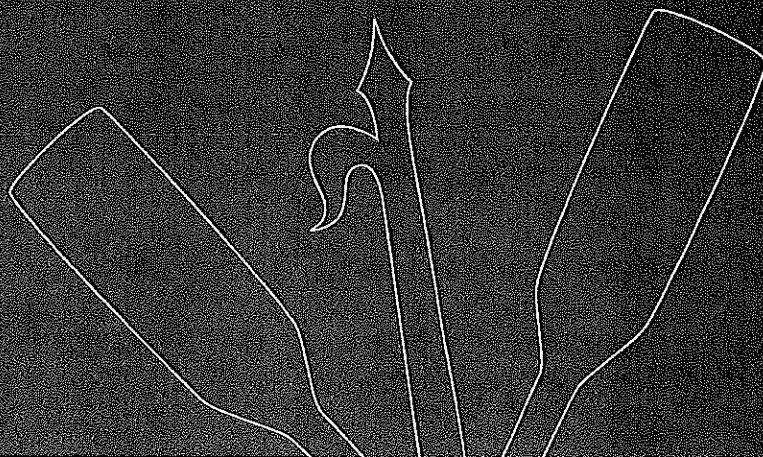
Social- og sundhedsassistenten udfører praktisk bistand og personlig pleje hos borgere med stabile sundhedsproblemer og med behov for helhedspleje.

- Social- og sundhedsassistenten inddrager borgere og pårørende, når livshistorien beskrives samt ved udarbejdelse og revidering af handleplaner.
- Social- og sundhedsassistenten bruger sine pædagogiske kompetencer og målretter sin kommunikation.
- Social- og sundhedsassistenten støtter og vejleder kolleger om hygiejne og smitsomme infektioner.
- Social- og sundhedsassistenten dokumenterer den planlagte og udførte pleje, samt tager initiativ til at vejlede og hjælpe kolleger med at dokumentere i det elektroniske pleje- og omsorgssystem.

Udarbejdet af

Social- og sundhedsassistent Merete Schrøder
Social- og sundhedsassistent Charlotte Lehtonen,
FTR/FOA Britta Markussen
Sygeplejerske Ulla Tjæder
FTR/DSR Susanne Schmidt

2011



Design: Duxdesign

NOTAT

om

Resultater af benchmarking undersøgelse af udgift til voksne med særlige behov - 2010

Der er i sommeren 2011 gennemført en sammenlignende undersøgelse blandt alle kommuner i Region Hovedstaden på området for voksne med særlige behov.

Baggrunden for undersøgelsen er den markante udgiftsvækst på voksenhandicapområdet og behovet for at "tøjle" denne vækst. Til dette indgår et helt enkelt behov for viden om, hvorvidt man som kommune ligger højt eller lavt sammenlignet med andre kommuner med hensyn til:

- antallet af modtagere
- den gennemsnitlige udgift pr. modtager

Målsætningen med undersøgelsen er at fremstille en kommunesammenligning på antallet af modtagere og den gennemsnitlige udgift pr. modtager, således at den enkelte kommune får dokumenteret i hvor høj grad udgiftsniveauet skyldes mange modtagere, dyre modtagere eller en kombination af de to.

Udgangspunktet for sammenligningen er regnskabsresultatet for 2010 og antallet af helårsmodtagere. I sammenligningen indgår støtte efter Servicelovens §§ 85, 94b, 95, 96 og 97. Herudover indgår dag- og døgntilbud efter servicelovens §§ 103-104, 107-110.

I undersøgelsen sammenlignes kommunerne på enhedsudgiften (både ekskl. og inkl. refusion), nettodriftsudgiften og modtagerandelen blandt de 18-64 årige.

I vedhæftet rapport, udarbejdet af Ballerup Kommune, fremgår resultaterne af undersøgelsen. Det skal bemærkes, at det alene er tallene i bilagsmaterialet, der er gældende og ikke tallene i notatets tabel 1. Dette hænger sammen med, at tallene i løbet af sommeren blev kvalitetssikret og flere kommuner kom med. Dette har ikke ændret ved de endelige konklusioner for Lyngby-Taarbæk Kommunes vedkommende.

Overordnet peger resultaterne på, at:

- Lyngby-Taarbæk Kommune har forholdsvis lave udgifter pr. borger, der modtager støtte, svarende til godt 228.000 kr. incl. refusion, hvor den gennemsnitlige enhedspris blandt de 28 deltagende kommuner er på godt 300.000 kr.
- Der bliver i Lyngby-Taarbæk Kommune givet forholdsvis mange tilbud – i alt 22,6 tilbud pr. 1.000 borgere. Dette forhold dækker enten over, at en stor andel af borgerne i kommunen får et tilbud – eller at de samme borgere får mere end ét tilbud. Den gennemsnitlige modtagerandel var i 2010 på 20,5 %.

Det skal her nævnes, at i Lyngby-Taarbæk Kommune får en stor andel af de borgere, der er i døgntilbud ligeledes et dagtilbud.

Lyngby-Taarbæk Kommune ligger på alle områder på niveau med bl.a. Gentofte Kommune og Rudersdal Kommune. Derimod har Gladsaxe Kommune noget højere enhedsudgifter, men den laveste modtagerandel.

Analysen peger på, at de kommuner, der har en høj modtagerandel ligeledes har lavere enhedsudgifter, hvilket er i fuld overensstemmelse med forholdene i Lyngby-Taarbæk Kommune.



Til: Sundheds- og Forebyggelsesudvalget
Kommunerne i Region Hovedstaden

ØKONOMI & PLANLÆGNING

Dato: 4. juli 2011

Tlf. dir.: 4477 6316
E-mail: jkg@balk.dk
Kontakt: Jeppe Krag
Sagsnr.: 2011-11919
Dok. nr.: 2011-113878

Notat

Sammenligning af udgifter til voksne med særlige behov

Baggrund

I 2009 og 2010 gennemførte Ballerup en sammenligning af kommunerne i Region Hovedstaden på området for voksne med særlige behov. Undersøgelsen fik stor opbakning og kommunerne fandt den meget brugbar og ytrede ønske om en gentagelse i 2011. Denne undersøgelse er nu gennemført og resultaterne heraf kan læses i nærværende rapport.

Baggrunden for sammenligningen af udgifterne, er den markante udgiftsvækst på voksenhandicapområdet og behovet for at "tøjle" denne vækst. Til dette indgår et helt enkelt behov for viden om, hvorvidt man som kommune ligger højt eller lavt sammenlignet med andre kommuner med hensyn til antallet af modtagere og niveauet på enhedsudgifterne.

Det er navnlig antallet af modtagere og den gennemsnitlige udgift pr. modtager, som har betydning for kommunernes udgiftsniveau på området, idet andre forhold som valgt serviceniveau, visitationspraksis, modtagernes sammensætning osv. også spiller ind, men er indeholdt i de to nævnte forhold.

Undersøgelsens målsætning er derfor at fremstille en kommunesammenligning på antallet af modtagere og den gennemsnitlige udgift pr. modtager, således at den enkelte kommune får dokumenteret i hvor høj grad udgiftsniveauet skyldes mange modtagere, dyre modtagere eller en kombination af de to.

Indsamling af data

Kommunerne i Region Hovedstaden fik i begyndelsen af maj tilsendt undersøgelsen og har frem til midten af juni indberettet deres resultater. Resultaterne er efterfølgende blevet samlet og danner baggrund for talmaterialet, der præsenteres i denne rapport. Da der er store forskelle i kommunernes måde at opgøre udgifterne og an-

tallet af personer i forhold til de enkelte paragrafer, har enkelte kommuner suppleret deres besvarelse med kommentarer, der vedrører deres opgørelse. Disse kommentarer er vist i bilag 3.

Resultaterne er inden dannelsen af denne rapport sendt til de enkelte kommuner, der har haft mulighed for at sammenholde deres egne resultater med de øvrige kommuner og efterfølgende komme med rettelser, hvis der var behov for dette.

Opgørelsen

Udgangspunktet for sammenligningen er regnskabsresultatet for 2010 og antallet af helårsmottagere. I sammenligningen indgår støtte efter Servicelovens §§ 85, 94b, 95, 96 og 97. Herudover indgår dag- og døgntilbud efter servicelovens §§ 103-104, 107-110.

Opgørelsen baserer sig på de borgere, som den enkelte kommune har haft betalingsforpligtigelsen for i 2010, hvilket vil sige de af kommunens egne borgere, hvor der er affholdt en udgift efter de udvalgte paragraffer i Serviceloven, uanset om der er tale om et kommunalt (eget regi eller anden kommune), regionalt eller privat drevet tilbud.

Der tages udgangspunkt i nettodriftsudgifterne med en særskilt angivelse af indtægten fra den centrale refusionsordning. Der er ingen restriktion på alder, hvilket betyder, at modtagere på mere end 64 år vil indgå under flere af funktionerne i undersøgelsen, selvom målgruppen som udgangspunkt er de 18-64 årige.

Udgangspunktet for opgørelsen er antal helårsmottagere, hvilket vil sige, at hvis én person, f.eks. har modtaget støtte i syv måneder inden for et tilbud, tæller vedkommende som 0,6 helårsmottager (7/12) i den pågældende rubrik. En person kan godt modtage foranstaltninger efter flere forskellige paragraffer og dermed samlet tælle med som mere end én helårsmottager.

Resultater

Kommunerne sammenlignes på enhedsudgiften (både ekskl. og inkl. refusion), nettodriftsudgiften og modtagerandelen blandt de 18-64 årige.

28 af Region Hovedstadens 29 kommuner har deltaget i undersøgelsen, og årets undersøgelse er dermed den undersøgelse, hvor flest kommuner har deltaget. Det store antal deltagende kommuner giver kommunerne et godt sammenligningsgrundlag.

På næste side i tabel 1 er de overordnede resultater af undersøgelsen præsenteret for hver enkelt kommune.

Tabel 1: Overordnede resultater

	Årlig enhedsudgift ekskl. refusion	Årlig enhedsudgift inkl. refusion	Nettodriftsudgift pr. 18-64 årig	Modtagerandel
Allerød	344.575	324.772	7.251	21,0
Ballerup	271.238	253.371	6.729	24,8
Bornholm	245.862	234.828	7.042	28,6
Brøndby	361.223	335.278	8.814	24,4
Dragør	359.953	339.491	5.319	14,8
Egedal	301.822	286.937	5.601	18,6
Frederiksberg	297.163	276.241	5.171	17,4
Frederikssund	364.747	340.307	6.813	18,7
Fredensborg	381.481	349.705	8.438	22,1
Furesø	252.751	237.561	6.567	26,0
Gentofte	265.467	254.162	5.908	22,3
Gladsaxe	438.769	421.626	5.782	13,2
Glostrup	229.450	210.991	5.316	23,2
Gribskov	299.167	277.664	6.658	22,3
Halsnæs*	426.955	391.210	6.033	14,1
Helsingør	239.949	230.757	6.716	28,0
Herlev	488.245	436.949	8.230	16,9
Hillerød*	244.851	230.456	7.084	28,9
Hvidovre*	386.253	365.762	6.102	15,8
Høje Taastrup	343.847	314.585	7.598	22,1
Hørsholm	281.888	253.371	4.236	15,0
Ishøj	311.362	306.687	7.145	22,9
København	281.981	253.472	5.123	18,2
Lyngby-Taarbæk	242.188	228.125	5.473	22,6
Rødovre	349.169	335.830	6.891	19,7
Rudersdal	314.216	294.865	6.447	20,5
Tårnby	329.448	298.359	5.671	17,2
Vallensbæk	350.904	329.360	4.737	13,5
Gennemsnit	321.604	300.454	6.389	20,5

Note: Gennemsnittet er beregnet uden hensyntagen til de enkelte kommuners størrelse. Der er således ikke vægtet for forskelle i indbyggertal.

*Halsnæs har ikke kunne angive antallet af borgere der får støtte under § 97. Hillerød har ikke kunne angive antallet af borgere der får støtte under § 97 og § 109-110. Hvidovre har ikke kunne angive oplysninger vedr. § 109-110.

Forskellene i den årlige enhedsudgift (ekskl. refusion) varierer fra ca. 230.000 kr. i Glostrup Kommune, der har den laveste enhedsudgift til Herlev Kommune, der med en årlig enhedsudgift på ca. 488.000 kr. har den højeste enhedsudgift. Den gennemsnitlige enhedsudgift er ca. 322.000 kr.

Når opgørelsen inkluderer kommunernes modtagne refusion er Glostrup Kommune fortsat den kommune, der har den laveste udgift med en enhedspris på ca. 211.000 kr. og Herlev Kommune har den højeste enhedsudgift, idet kommunens årlige enhedsudgift er ca. 437.000 kr. Den gennemsnitlige enhedsudgift inkl. refusioner er ca. 300.000 kr.

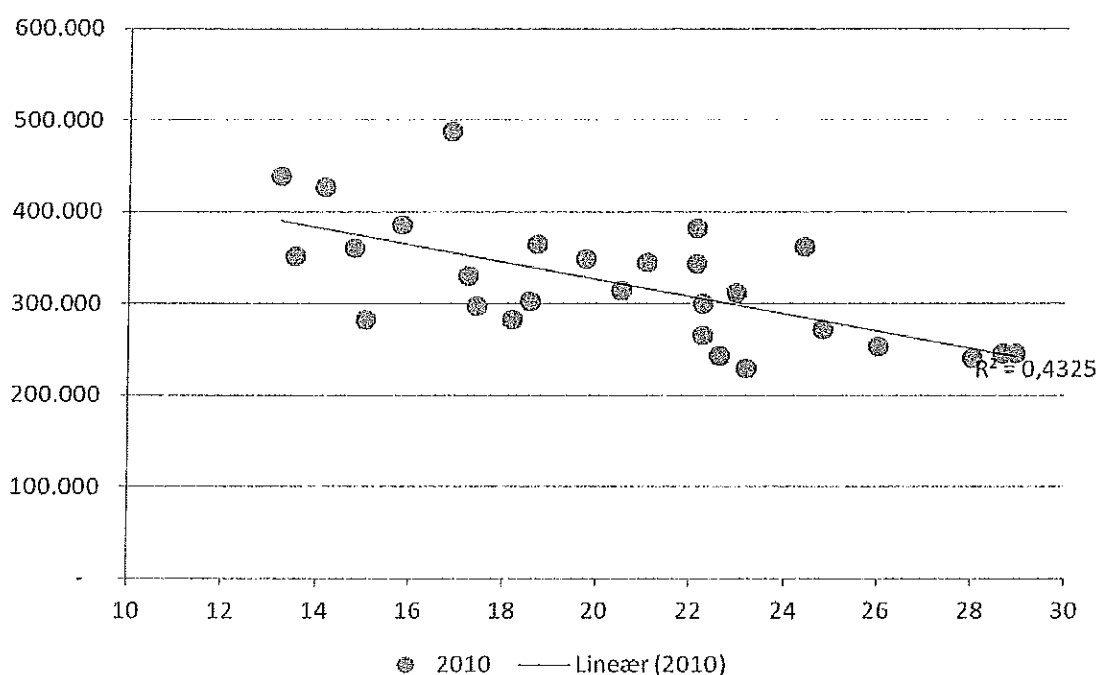
Hørsholm Kommune har den laveste årlige nettodriftsudgift (inkl. refusion) pr. 1000 18-64 årige på 4.236 kr., mens Brøndby Kommune med en udgift på 8.814 kr. har den højeste udgift. Gennemsnittet for de 28 deltagende kommuner er 6.389 kr.

Endelig ses det, at Gladsaxe Kommune har den laveste modtagerandel (andel pr. tusinde 18-64 årige) med en modtagerandel på 13,2, mens Hillerød Kommune har den højeste andel på 28,9. Den gennemsnitlige modtagerandel er 20,5.

I bilag 1 kan ses en rangordning af de enkelte kommuner med hensyn til udgifter og modtagerandel. I bilag 2 er udgifterne fordelt på de enkelte paragrafer vist for de enkelte kommuner.

En nærmere analyse af data viser en sammenhæng mellem modtagerandelen og den årlige enhedsudgift. Sammenhængen er vist i figur 1 nedenfor.

Figur1: Sammenhæng mellem enhedsudgifter og modtagerandel



Analysen viser, at de kommuner, der har en høj modtagerandel har en lavere enhedsudgift.

Bilag

Bilag: Kommentarer til skemaerne

Dragør:

I regnskabstallene for 2010 indgår beløb vedrørende både 2008 og 2009. Ved opgørelsen af helårspersoner er de måneder for tidligere år talt med i beregningen.

Fredensborg:

§§109 og 110 er ikke helt præcis, da der er en stor andel, der ikke er registrantbogført. Kommunen har forgæves forsøgt at indhente oplysningerne, men uden held.

I forhold til det beløb der er bogført i regnskab 2010, har vi gennemgået alle personer og fjernet fejlkonteringer og personer vi ikke har betalingsforpligtigelsen for, det er derfor ikke muligt at genfinde tallene i kommunens regnskab for 2010.

Frederiksberg:

05.38.59.001, 002, 003 er inklusiv uvisiterede personer til 2 egne væresteder.

Furesø:

Svært ved at opgøre helårspersoner på §§ 109 og 110.

§ 107: Inklusiv egne borgere på egne steder

§ 109-110: Nettotal - dvs. fratrukket 50 % statsrefusion

Glostrup:

Kørselsudgifter er ikke medtaget i opgørelsen.

Hvis en borger har 2 foranstaltninger indenfor den samme paragraf tælles borgeren en gang ifm. opgørelse af antal helårsmottagere.

Hvis der afholdes udgifter for en borger både for tidligere år og regnskabsår tælles borgeren 2 gange ifm. opgørelse af antal helårsmottagere.

Hvis der afholdes udgifter for en borger efter § 107/108 og der samtidige afholdes udgifter efter § 85/102 tælles borgeren med en gang ifm. opgørelse af antal helårsmottagere.

Gribskov:

Det skal bemærkes, at der i tallene for 2010, for Gribskov kommune, generelt er forskelle i forhold til tallene for 2009. Udviklingen fra 2009 til 2010 er ikke udtryk for en reel udvikling. Forskellene skyldes et langt bedre datagrundlag samt en bedre, og mere præcis opgørelsesmetode end sidste år.

Samtidig skal det oplyses, at refusionsbeløbene er á conto beløb, og de korrekte refusionsbeløb forventes først færdige juli 2011.

Hillerød:

Kommunen har - ligesom i 2009 - store udfordringer omkring opgørelse af antal helårsmottagere. Det er derfor et skønnet antal.

Vi er meget interesseret i at udveksle erfaringer og metoder for opgørelse af antal helårsmottagere med andre kommuner i regionen

Af ressourcemæssige grunde er antal helårsmottagere ikke opgjort vedr. §§ 97, 109 og 110.

Hvidovre:

§ 85: Det har ikke været muligt at opsplitte på de anførte kategorier og §§ 109-110 har ikke været mulige at fremskaffe.

Hørsholm:

§ 103 og § 104 er inkl. transport.

