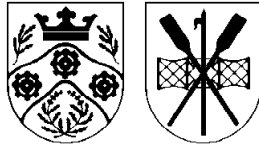


LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE



Social- og Sundhedsudvalget

Protokol

Onsdag den 11. april 2012 kl. 15:30
afholdt Social- og Sundhedsudvalget møde i Mødelokale F 6.sal/T 12.

Medlemmerne var til stede, undtagen:
Bodil Kornbek var fraværende under punkterne 5, 7, 9,
10 og 11

Endvidere deltog:
Socialdirektør Søren Hansen
Vicediretør René Rasmussen
Afdelingschef Jakob Sylvest Nielsen
Afdelingschef Dorte Vangsø Rasmussen
Udviklingskonsulent Karen Damm

INDHOLDSFORTEGNELSE

Sag nr:		Side:
01	Budget 2013-16 - opfølgning på arbejdet med sparekravet på 1 pct. af serviceudgifterne .	3
02	Delregnskab 2011 .	4
03	Sundhedshus .	7
04	Organisering af nyt tilbud for misbrugsbehandling .	9
05	Kvalitetsstandard for midlertidige botilbud efter Servicelovens § 107 .	11
06	Konkurrenceudsættelse af træningsområdet .	13
07	Frit valg timepriser 2011 - 2012 .	16
08	Livsstilsundersøgelse blandt ældre - model A .	19
09	Områdecenter Baunehøj, anlægsregnskab for monteringsudgifter fase 1 og 2 .	20
10	Busfunktioner på biblioteks- og sundhedsområdet samles i én bus .	22
11	Til orientering for udvalgets medlemmer - april 2012 .	24

1.

Budget 2013-16 - opfølgning på arbejdet med sparekravet på 1 pct. af serviceudgifterne

.

Sagsfremstilling

Økonomiudvalget besluttede på mødet den 24. januar 2012 - i forbindelse med fastlæggelse af budgetprocessen - at igangsætte en proces i de stående udvalg, hvor der skal findes ideer til reduktion af serviceudgifter. Økonomiudvalgets ambitionsniveau ligger på 1 pct.

Social- og Sundhedsudvalget har på mødet den 8. februar 2012 givet en orientering om, hvordan forvaltningen vil gribe opgaven an.

I indeværende møde vil forvaltningen give en status for arbejdet, herunder involveringen af MED-organisationen, i form af notat af 26. marts 2012. Notatet er udsendt til udvalgets medlemmer.

Notatet opstiller de foreløbige temaer for forvaltningens handleforslag.

Forslagene fremlægges til udvalgets drøftelse, hvorefter forvaltningen vil arbejde videre med at kvalificere forslagene.

Økonomiske konsekvenser

Der er endnu ikke foretaget konkrete beregninger af de forskellige forslag/ideer.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Social og Sundhedsforvaltningen foreslår at, udvalget tager orienteringen til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 11. april 2012

Taget til efterretning.

A tager forbehold.

2.

Delregnskab 2011

Sagsfremstilling:

I henhold til proceduren for regnskabsaflæggelsen 2011 skal fagudvalgene behandle regnskabet for drifts- og anlægsvirksomheden inden for deres udvalgsområder.

Økonomiudvalget blev på mødet den. 20. marts 2012 orienteret om regnskabsstatus 2011, og efterfølgende har Kommunalbestyrelsen godkendt overførslerne på mødet 26. marts 2012.

Hovedresultatet af regnskab 2011 fremgår af følgende oversigt.

Forskellen mellem Regnskab 2011 og bevilling fremgår af kolonne 4.

De godkendte overførsler fremgår af kolonne 5.

Den reelle afvigelse fremgår af kolonne 6.

1.000 kr., netto	Oprindeligt budget	Budget inkl. bevillingsændringer	Regnskab	Afvigelse (3-2)	Overført til 2012	Reel afvigelse (4-5)
	1	2	3	4	5	6
DRIFT						
Aktivitetsområde Ældre	578.953	576.720	574.742	-1.978	-1.296	-682
Aktivitetsområde Handicappede	318.786	323.663	329.109	5.446	5.446	0
Aktivitetsområde Sundhed	206.964	208.168	206.575	-1.593	-1.115	-478
Drift i alt	1.104.703	1.108.551	1.110.426	1.875	3.035	-1.161
ANLÆG						
Aktivitetsområde ældre	62.961	35.376	31.873	-3.503	-31.088	-3.503
Aktivitetsområde handicappede	17.888	54.550	50.340	-4.210	32.452	-4.209
Anlæg i alt	80.849	89.926	82.213	-7.713	1.364	-7.712
I ALT						

Som det fremgår af ovenstående oversigt, var der i 2011 et samlet merforbrug på driften på ca. 1.9 mio. kr., som bliver overført til 2012. Under anlægsvirksomhed var der et samlet mindreforbrug på 7.7 mio. kr. Mindreforbruget er overført til 2012.

Driftsvirksomhed

De detaljerede bemærkninger fremgår af det trykte regnskab i sagen, dog skal der til afvigelserne gøres følgende bemærkninger:

Aktivitetsområdet ældre

Aktivitetsområdet Ældre udviser et samlet mindreforbrug på ca. 2 mio. kr. – primært genereret af den Kommunale Leverandør. Omvendt er der merforbrug på Køb- og salg af plejeboliger samt i Den Kommunale Madservice – jf. tidligere orientering af udvalget.

Set i forhold til kommunens regler mht. overførsler mellem regnskabsårene er det muligt samlet set at overføre 1,3 mio. kr. Differencen mellem ældreområdets samlede mindreforbrug, og det overførte beløb, kan primært henføres til Den Kommunale Leverandør af ældreservice.

Aktivitetsområdet handicappede

Aktivitetsområde Handicappede udviser et samlet merforbrug på knap 5,4 mio.kr – fordelt med ca. 4,1 mio.kr. på centrale konti og ca. 1,4 mio kr. på de sociale institutioner. Beløbene overføres til 2012.03.28

Merforbruget på de centrale konti skyldes primært en særlig dyr sag som det ved 3. anslået regnskab ikke var ventet, at LTK ville være betalingsansvarlig for. Endvidere bidrog ekstraordinære særtakster samt højere aktivitet end forventet på ungdomsuddannelse og ledsageordninger til merforbruget. Merforbruget på de sociale institutioner skyldes bl.a. en teknisk forskydning på godt 0,6 mio.kr. til 2012 af Socialministeriets tilskud til Akuttilbuddet.

Aktivitetsområdet sundhed

Aktivitetsområde sundhed udviser et samlet mindreforbrug på knap 1,6 mio.kr. – primært genereret af mindreudgifter til aktivitetsbestemt medfinansiering samt mindreudgifter på Genoptræningscenteret.

Genoptræningscenterets andel af mindreforbruget overføres til 2012. Mindreforbruget på de centrale konti overføres ikke, da der er givet tillægsbevillinger i løbet af året – jf. overførselsreglerne.

Bemærkninger til driftvirksomhed er udsendt til udvalgets medlemmer.

Anlægsvirksomhed

Aktivitetsområde ældre

Der overføres 3,5 mio. kr. fra 2011 til 2012 primært vedrørende byggerierne på Solgården og Møllebo, som fortsætter i 2012 samt vedrørende Bredebo, som er forsinket grundet entreprenørens konkurs i 2011 og dermed fortsætter i 2012-2014.

Aktivitetsområde handicap

Der overføres 4,2 mio. kr. fra 2011 til 2012 primært vedrørende byggerierne på Strandberg og Slotsvænget bl.a. grundet etapeopdeling af byggeriet af hensyn til beboerne og deres genhusningsmuligheder. Begge projekter fortsætter i 2012 og 2013.

Bemærkninger til anlægsvirksomhed er udsendt til udvalgets medlemmer.

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen.

Indstilling:

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at udvalget overfor Økonomiudvalg og Kommunalbestyrelse anbefaler, at Regnskab 2011 godkendes.

Social- og Sundhedsudvalget den 11. april 2012

Anbefales.

3.

Sundhedshus

.

Sagsfremstilling

Lyngby-Taarbæk Kommune er ved at etablere et sundhedshus på Buddingevej 50. Seneste sag om sundhedshus blev behandlet i kommunalbestyrelsen i december 2011..

I notat af 22.3.2012, udsendt til udvalgets medlemmer, drøftes en række forhold af betydning for projektet.

Det drøftes i hvilket omfang projektet kan gøres attraktivt for investorer ved at kommunen i udbudsmaterialet tilkendegiver, at kommunen lejer 400 m² i 5 år (med ret til forlængelse) og at kommunen afholder udgiften til nødvendig trafikregulering og vejanlæg i krydset Buddingevej/Christian den X alle, skønnet til 1,4 mio.kr. Udgifter hertil foreslås finansieret af salgsindtægten.

Det drøftes endvidere hvilke tildelingskriterier, som bør lægges til grund ved valg af tilbudsgiver, og forvaltningen foreslår, at prisen vejer 75 pct. og at variation i de tilbud, som udover kommunen, kommer til at indgå i sundhedshuset, vægtes med 25 pct. i tildelingen.

Ifølge tidsplanen for projektet skal offentliggørelse af udbud ske inden sommerferien og tildeling af kontrakt ske i oktober/november 2012. Herefter går den konkrete myndighedsarbejde omkring lokalplan igang i et samarbejde mellem kommunens planmyndighed og tilbudsgiver. Der bliver herefter en høringsproces, således renoveringsprojektet formentlig igangsættes i foråret 2013.

Økonomiske konsekvenser

Fremgår af notat.

Beslutningskompetence

Økonomiudvalget.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at udvalget

1. Godkender, at kommunen laver et udbud efter tilbudsloven, hvor kommunen indgår et lejemål i 5 år (med mulighed for forlængelse) på 400 m².

2. Godkender, at kommunen i forbindelse med projektet afholder udgifter i forbindelse med projektet på 1,4 mio.kr. til vej og trafikforbedringer, som finansieres af indtægten fra salg af bygning og grund.
3. Godkender, at pris og variation af tilbud i huset vejer henholdsvis 75 pct. og 25 pct. i delingskriterier i forbindelse med behandling af tilbud.
4. Tager tidsplanen til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 11. april 2012

Anbefales.

Imod stemmer C.

4.

Organisering af nyt tilbud for misbrugsbehandling

Sagsfremstilling

Lyngby-Taarbæk Kommune har siden 2007 haft myndighedsopgaven på misbrugsområdet jf. Sundhedsloven § 141 og Serviceloven § 101.

Med budgettet for 2012 blev det besluttet, at der oprettes et lokalt forankret tilbud til misbrugsbehandling. Baggrunden for beslutningen er dels en økonomisk besparelse, dels forventninger om bedre sammenhængende indsatser, når behandlingen sker i eget regi.

Den forventede besparelse ved indsatsen er 0,75 mio. kr. i 2012, 1,25 mio. kr. i 2013 og 1,75 i 2014 og fremover.

Tilbuddet "Alkohol og stofrådgivningen - Lyngby-Taarbæk Kommune" starter op fra d. 1. maj 2012. I det udsendte notat af 19. marts, beskrives målgrupperne, organisering og behandlingsmetode for misbrugstilbuddet yderligere.

Tilbuddet placeres i lokaler på Lyngby Torv 16, hvor Lænken hidtil har holdt til. Foruden kommunens nuværende misbrugskonsulent er der ansat yderligere to behandlere, en administrativ medarbejder samt en timeansat psykiater. Ledelsesmæssigt vil tilbuddet være forankret under Socialcentrets Rådgivningsteam.

Konkret vil tilbuddet løbende kunne have ca. 60 borgere i behandling. Det gælder både borgere med stofmisbrug og alkoholmisbrug.

Der laves løbende registrering af antallet af brugere, effekten af behandling og andre relevante parametre, så der kan følges op og ske tilpasninger. Social- og Sundhedsudvalget vil halvårligt få status for tilbuddets udvikling og resultatopfyldelse.

Økonomiske konsekvenser

Ingen foruden den besparelse, der blev udmøntet med budgettet for 2012.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at udvalget tager orienteringen til

efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 11. april 2012

Taget til efterretning.

5.

Kvalitetsstandard for midlertidige botilbud efter Servicelovens § 107

Som led i udmøntning af de vedtagne styringsprincipper for det specialiserede socialområde, jf. Social- og Sundhedsudvalgets beslutning på møde i december 2010, skal der på voksenområdet udarbejdes kvalitetsstandarder på alle relevante hovedydelser efter serviceloven. Der er allerede udarbejdet kvalitetsstandarder på en lang række ydelser.

Nu er der udfærdiget udkast til kvalitetsstandard for midlertidige botilbud efter servicelovens § 107.

Kommunalbestyrelsen **kan**, ifølge Servicelovens § 107, tilbyde midlertidigt ophold i boformer til personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det.

Kommunalbestyrelsen **skal**, ifølge Servicelovens § 107, tilbyde midlertidigt ophold

- 1) til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller for pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte, og
- 2) til personer med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, der har behov for pleje eller behandling, og som på grund af disse vanskeligheder ikke kan klare sig uden støtte.

Der har ikke tidligere været fastsat et egentligt serviceniveau vedrørende midlertidige botilbud i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Udkast til kvalitetsstandard for midlertidige botilbud er baseret på bl.a. følgende grundprincipper, som ligeledes udgør serviceniveauet for ydelsen:

- Midlertidige botilbud bevilges altid på grundlag af en individuel vurdering af behovet, hvor der lægges vægt på, at botilbuddet er nødvendigt som ramme for en pædagogisk og/eller behandlingsmæssig indsats, samt at denne indsats ikke kan leveres i borgerens eget hjem.
- Opholdets varighed besluttet ud fra en individuel og konkret vurdering af behovet og fremgår af borgerens handleplan.
- Ydelsen indeholder en pleje-/behandlingsmæssig og/eller pædagogisk indsats, samt støtte, vejledning, undervisning og træning i daglig levevis, herunder social færdighedstræning og selvstændighedstræning.
- Der følges op minimum en gang årligt, for at sikre at tilbuddet opfylder formålet samt for at tage stilling til, om der fortsat er behov for et indgribende tilbud som et botilbud er.

Udkast til kvalitetsstandard er udsendt til udvalgets medlemmer.

Kvalitetsstandarden forventes ikke at medføre serviceforringelser for borgerne. Det er forventningen, at politisk godkendte kvalitetsstandarder og serviceniveau, samt efterfølgende reviderede arbejdsgange, vil bidrage til at sikre en ensrettet bevillingspraksis.

Det pågår i øjeblikket overvejelser om muligheden for at etablere alternative og billigere tilbud til sindslidende borgere, som i dag er i målgruppen for et midlertidigt botilbud. Såfremt disse overvejelser fører til fremsættelse af forslag til nye tilbudstyper, som bliver politisk besluttet, vil det kræve en ændring i kvalitetsstandarderne vedrørende midlertidige botilbud for denne målgruppe.

Økonomiske konsekvenser

Ingen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at

1. udkast til kvalitetsstandard for midlertidige botilbud efter servicelovens § 107 drøftes og herefter sendes i høring i Handicaprådet, med forventet behandling ved Handicaprådets næste ordinære møde i maj 2012
2. at sagen genforelægges på Social- og Sundhedsudvalgets møde i juni 2012 med Handicaprådets bemærkninger.

Social- og Sundhedsudvalget den 11. april 2012

Godkendt at sagen sendes i høring med de faldne bemærkninger.

Bodil Kornbek (A) var fraværende.

6.

Konkurrenceudsættelse af træningsområdet

Kommunalbestyrelsen besluttede i december 2010, at træningsområdet skal konkurrenceudsættes med drift fra foråret 2013 (jf. strategien for konkurrenceudsættelse). Konkret fremgår det af strategien, at det er genoptræning efter Sundhedslovens § 140, der skal konkurrenceudsættes.

Uafhængigt af hvilke ydelser inden for genoptræningsområdet man vælger at konkurrenceudsætte, vil man opnå at få efterprøvet pris og kvalitet i forhold til den kommunale opgaveløsning. Dette kan medvirke til en billigere og bedre løsning af de konkurrenceudsatte ydelser samt eventuelt inspirere den resterende kommunale organisation inden for området til at optimere sin drift. På den anden side skal man naturligvis forholde sig til, om/hvordan en eventuel konkurrenceudsættelse påvirker den resterende drift.

Ud fra et driftsmæssigt synspunkt, er det i praksis forbundet med væsentlige udfordringer at udskille genoptræning efter Sundhedslovens §140 ifm. en konkurrenceudsættelse, som vedtaget i strategien for konkurrenceudsættelse. Dette skyldes, at træning efter Sundhedsloven dels foregår i et samarbejde med 2 andre kommuner, dels at den genoptræning efter Sundhedsloven, som LTK udfører, er integreret med kommunens øvrige træning.

Udover, at det i praksis er forbundet med vanskeligheder at sondre mellem træning efter hhv. Serviceloven og Sundhedsloven er snitfladerne til træningsområdet komplekse. Træningsydelserne er ofte en del af en helhedsorienteret indsats i et samarbejde med medarbejdere i hjemmeplejen eller på kommunens plejehjem. Der er ligeledes kontaktflader til hospitalerne, visitationen, Jobcentret og til forvaltningen ifm. hjemtagelse af færdigbehandlede borgere, hjælpemidler eller projekter omkring træningstilbud til ledige, afprøvning af velfærdsteknologi osv.

Grundet kompleksiteten kan der defineres forskellige grænseflader for, hvordan ”genoptræning” kan og skal forstås i en konkurrenceudsættelseskontekst.

Forvaltningen har skitseret 6 forskellige modeller for, hvordan man kan vælge at definere ”genoptræning” forud for en konkurrenceudsættelse. Modellerne fremgår af notatet "konkurrenceudsættelse af træningsområdet", der er udsendt til udvalgets medlemmer. De fordele og ulemper, der knytter sig til den enkelte model fremgår endvidere af notatet.

Notatet og beslutningen om at konkurrenceudsætte træningsområdet har været drøftet med ledelsen og MED-repræsentanterne i Træningsenheden. De kommentarer og bemærkninger, der er kommet til udtryk i den forbindelse, er dels indarbejdet i notatet og dels afrapporteret og kommenteret i en logbog, som ligeledes er udsendt til udvalgets medlemmer.

Forvaltningen foreslår, at Social- og Sundhedsudvalget drøfter modellerne og tilkendegiver, hvordan skillelinien ønskes, inden forvaltningen udarbejder en egentlig potentialeafklaring.

Dette for fra starten at kunne målrette arbejdet med potentialeafklaringen til den politiske forståelse der er på området.

Det videre arbejde:

Forvaltningen vil nedsætte en arbejdsgruppe der skal udarbejde en egentlig potentialeafklaring på baggrund af udvalgets beslutning om model. Der vil indgå repræsentanter fra både ledelse og de enkelte faggrupper i træningsenheden i arbejdsgruppen. Potentialeafklaringen vil blive udsendt til høring i Lokal-MED inden den bliver fremlagt for Social- og Sundhedsudvalget. Forventningen er, at potentialeafklaringen forelægges potentialeafklaringen i august.

Det lokale MED foreslår et møde med Social- og Sundhedsudvalget med henblik at drøfte fordele og ulemper ved en konkurrenceudsættelse.

Økonomiske konsekvenser

Der er indarbejdet en besparelse på 3,2 mio. kr. i budgettet for 2013 og overslagsårene som følge af konkurrenceudsættelsen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling:

Social og Sundhedsforvaltningen foreslår at, udvalget drøfter de 6 modeller som skitseret i notatet og tilkendegiver, hvilken model forvaltningen skal arbejde videre med at beskrive i en egentlig potentialeafklaring.

Social- og Sundhedsudvalget den 11. april 2012

Udsat i dét Udvalget ønsker - i dialog med leder- og medarbejdergrupper - at få undersøgt alternative muligheder for at realisere besparelsen inden for træningsområdet.

7.

Frit valg timepriser 2011 - 2012

Frit valg timepriserne 2011 og fastsættelse af frit valg timepriser for 2012

Ifølge Serviceloven, bekendtgørelse § 19, er kommunen forpligtet til at genberegne frit valg timepriserne (omkostningen pr. time ved levering af hjemmehjælp) ved regnskabsårets afslutning. Det er kommunens egne udgifter pr. leveret time, inkl. overheadomkostninger, der indgår i beregningen af timepriserne, som de private leverandører af hjemmehjælp afregnes efter.

Såfremt de faktiske timepriser ligger over de oprindeligt beregnede frit valg timepriser skal de private frit valg leverandører kompenseres herfor med bagudrettet virkning. Er de faktiske frit valg-timepriser lavere end de beregnede, skal de private leverandører ikke tilbagebetale differencen.

Genberegningen af de faktiske frit valg timepriser for 2011 og beregningen af frit valg timepriserne for 2012 er sket på baggrund af en revisionsgodkendt model. Beregningen er baseret på henholdsvis udtræk fra økonomisystemet og pleje- og omsorgssystemet.

Timeprisen for praktisk hjælp var 1,14 % lavere end beregnet, mens timeprisen for personlig pleje på hverdage i dagtimerne var 0,74 % højere end beregnet.

Timeprisen for personlig pleje øvrig tid og timeprisen for natpleje var henholdsvis 1,68 % og 8,64 % lavere end beregnet.

De lavere timepriser vedrørende natplejeydelserne skyldes hovedsageligt nedlæggelse af en natsygeplejerskestilling på vagtcentralen i 2011.

I 2011 blev der ikke leveret natplejeydelser af private leverandører, hvorfor den lavere timepris ikke har haft økonomiske konsekvenser i form af overbetaling.

Af nedenstående skema fremgår de oprindelige henholdsvis genberegnete timepriser for 2011.

Frit valg timepriser 2011

Timepriser	Timepriser 2011 Beregnet (budget)	Timepriser 2011 Regnskab	Difference
Praktisk hjælp	kr 330	kr 326	-1,14 %

Personlig pleje – hverdage – dagtimer	kr	366	kr	369	0,74 %
Personlig pleje - øvrig tid	kr	478	kr	470	-1,68 %
Natpleje	kr	574	kr	524	-8,64 %

Ved at fremskrive timepriserne for 2011 med KL's skøn for løn og prisudviklingen i 2012, beregnes timepriserne for 2012. Den vægtede fremskrivning fra 2011 til 2012 er beregnet til 2,07 %.

Frit valg timepriser 2012

Timepriser	Timepriser 2011 Regnskab	Timepriser 2012 Beregnet (budget)	Difference		
Praktisk hjælp	kr	326	kr	333	2,07 %
Personlig pleje – hverdage – dagtimer	kr	369	kr	376	2,07 %
Personlig pleje - øvrig tid	kr	470	kr	480	2,07 %
Natpleje	kr	524	kr	535	2,07 %

Ændringen vedrørende den genberegnete pris for personlig pleje, medfører en efterbetaling af de private leverandører svarende til ca. 20.000 kr. ud af det samlede frit valg budget på ca. 114,9 mio. kr. i 2011.

Økonomiske konsekvenser

Der efterbetales ca 20.000 kr. til de private leverandører.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at

1. Social- og Sundhedsudvalget godkender frit valg timepriserne for regnskab 2011 og de beregnede frit valg timepriser for 2012
2. Social- og Sundhedsudvalget godkender efterbetaling af de private leverandører på ca. 20.000 kr. vedrørende personlig pleje på baggrund af regnskab 2011.

Social- og Sundhedsudvalget den 11. april 2012

Ad 1. Godkendt.

Ad 2. Godkendt.

Bodil Kornbek (A) var fraværende.

8.

Livsstilsundersøgelse blandt ældre - model A

.

På Social- og Sundhedsudvalgets ekstraordinære møde den 28. marts 2012 blev det besluttet at arbejde videre med model A "kvantitativ undersøgelse baseret på telefoninterview"

På mødet blev omdelt tidligere udsendte notat af 14.2.2012 om "analysedesign for livsstilsundersøgelse blandt ældre i Lyngby- Taarbæk Kommune".

Social- og Sundhedsudvalget den 11. april 2012
Godkendt.

9.

Områdecenter Baunehøj, anlægsregnskab for monteringsudgifter fase 1 og 2

Kommunalbestyrelsen godkendte i sit møde den 6. april 2010 en anlægsbevilling på 6.924.000 kr. til monteringsudgifter på Områdecenter Baunehøjs udbygning af første fase med i alt 63 nye almene plejeboliger med tilhørende serviceareal, herunder et nyt aktivitetscenter.

Den 28 marts 2011 godkendte Kommunalbestyrelsen en anlægsbevilling på 2.637.000 kr. til monteringsudgifterne til anden fase, som omfattede 55 nye almene plejeboliger, ligeledes med tilknyttede serviceareal.

Anlægsbevillingerne til montering vedrører primært indkøb af hospitalssenge, møbler til fællesarealerne såsom dagligstuerne og køkken/spisestuer, herunder alt køkkenudstyr. Hertil kommer kontormøbler, it-udstyr mv. til personalet. I første fase omfattede bevillingen desuden møbler, herunder lamper, gardiner mv. til aktivitetscentret.

Teknisk Forvaltning har fremsendt anlægsregnskab for monteringsudgifterne, som viser et forbrug på henholdsvis 6.686.000 kr. (fase et) og 2.428.000 kr. (fase 2). Regnskaberne er vedlagt sagen. Restrådhedsbeløbene på henholdsvis 238.000 kr. og 209.000 kr. foreslås overført til kommunens anlægsarbejder på Baunehøj (servicearealerne), idet der i dette byggeprojekt er ekstraudgifter til bly- og pcb-forurening på 2,3 mio. kr. samt ekstraudgifter til fundering på 0,3 mio kr.

Efter ibrugtagning af anden fase i november/december 2011 er områdecenter Baunehøj fuldt udbygget med i alt 118 almene plejeboliger. Regnskab for selve byggeriet, som er opført som støttet byggeri af Lyngby Boligselskab v/KAB fremlægges som særskilt sag for Økonomiudvalget sammen med skema C - forventeligt i maj 2012.

Økonomiske konsekvenser

Der er tidligere meddelt anlægsbevillinger på henholdsvis 6.924.000 kr. (fase 1) og 2.637.000 kr. (fase 2) finansieret af de i budgettet afsatte rådighedsbeløb til montering. Restrådhedsbeløbene på henholdsvis 238.000 kr. og 209.000 kr. overføres til anlægsbudgettet for servicearealerne på samme byggeri, og denne anlægsbevilling opskrives tilsvarende.

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen har beslutningskompetencen efter anbefaling fra Økonomiudvalg samt Social- og Sundhedsudvalg.

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at udvalget anbefaler godkendelse af regnskabet for monteringen samt overførsel af restrådighedsbeløbet på samlet 447.000 kr. til anlægsbudgettet for servicearealerne på Baunehøj

Social- og Sundhedsudvalget den 11. april 2012

Anbefales.

Bodil Kornbek (A) var fraværende.

10.

Busfunktioner på biblioteks- og sundhedsområdet samles i én bus

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget og Kultur- og Fritidsudvalget godkendte på udvalgsmøderne 7. og 8. december 2011, at forvaltningen bemyndiges til at arbejde videre med at udvikle og indkøbe en ny kombineret sundheds-/biblioteksbus, og at der fremlægges et mere konkret forslag til en fælles løsning i begyndelsen af 2012.

En sammenlægning af de to busfunktioner skal både tilgodese en driftsbesparelse og yde en god service, hvor biblioteks- og sundhedsservice tilbydes i fællesskab til borgerne. Derfor anbefales det at koncentrere indsatsen til færre holdepladser, hvor bussen er tilgængelig for borgerne i længere tid.

En arbejdsgruppe fra biblioteket, sundhedsområdet og Intern Service peger på en løsning med 3 + 3 holdepladser, fordelt på to hele dage om ugen.

Det foreslås at holdepladserne placeres ud fra erfaringerne med de nuværende to busser, henholdsvis biblioteks- og sundhedsbus, og med hensyntagen til kommunens bydele.

Den fælles bus foreslås at holde en gang om ugen på følgende steder:

- Lundtofte Torv
- Mølleåparken/Brede
- Virum Station
- Sorgenfri Torv
- Lyngbygårdsvej/Fortunbyen
- Tidligere Lyngby Statsskole, i gården/Lyngby Vest

Derudover vil bussen kunne indgå i kampagner, events og andre særlige begivenheder på andre ugedage i løbet af året.

Arbejdsgruppen har indhentet oplysninger fra en erfaren og kompetent leverandør af bogbusser mv. i Danmark, og opstiller tre scenarier i et notat, der er udsendt til udvalgets medlemmer som bilag:

Scenarie 1. En ny stor bus på 12 m, som kan rumme både biblioteks- og sundhedsfunktionen

Scenarie 2: En ældre, nyindrettet stor bus på 12 m

Scenarie 3: En ny lille biblioteksbus på 7,5 m og bevare sundhedsbussen.

Af de opstillede scenarier foreslår arbejdsgruppen en stor bus på 12 m, der kan

opfylde budgetvedtagelsen om at samle de to funktioner i én bus., og af de to muligheder foreslås den billigste løsning Scenarie 2: En ældre bus, nyindrettet og monteret med handicapadgang og markise.

Økonomiske konsekvenser

Etablering

Etableringsudgifterne til Scenarie 2 er på 1,5 mio. kr. og udgør en udfordring, da budgetvedtagelsen for 2012 indeholder en driftsbevilling til en ny bus på 1 mio. kr. Der mangler således 0,5 mio. kr., som foreslås afholdt indenfor Social- og Sundhedsforvaltningens og Børne- og Fritidsforvaltningens budget.

Driftsudgifter

Budgetvedtagelsen indeholder desuden en driftsbesparelse på 0,25 mio. kr. ved sammenlægning af de to busfunktioner.

Besparselsen er udmøntet pr. 1.1.2012 og er fordelt forholdsmæssigt med 70.000 kr. på Sundhedsbussen, 58.000 kr. på Intern Service og 127.000 kr. på Biblioteksbusen. Den foreslåede ordning med 6 holdepladser fordelt på to dage om ugen vil kunne afholdes indenfor det nuværende driftsbudget.

Beslutningskompetence

Kultur- og Fritidsudvalget og Social- og Sundhedsudvalget

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

1. Den nye busordning får 6 faste holdepladser, fordelt på bydelene: Lundtofte, Brede, Virum, Sorgenfri, Fortunbyen og Lyngby Vest.
2. Der anskaffes en ældre, nyindrettet stor bus til 1,5 mio. kr.
3. Den resterende 0,5 mio. kr. til etablering afholdes inden for Social- og Sundhedsforvaltningens og Børne- og Fritidsforvaltningens budget.

Social- og Sundhedsudvalget den 11. april 2012

Udsat i dét Udvalget ønsker at få belyst alternative løsningsmodeller inden for den økonomiske ramme.

Bodil Kornbek (A) var fraværende.

11.

Til orientering for udvalgets medlemmer - april 2012

1.1 Status på medlemstal og aktiviteter på Lyngby Ældrecenter efter sammenlægningen af Lyngby Ældre Klub og Lyngby Dagcenter.

Social- og Sundhedsudvalget den 11. april 2012

Taget til efterretning.

Bodil Kornbæk A var fraværende.

NOTAT
Om
Oplæg om SSF fokusområder for B13

Baggrund

Et flertal i Økonomiudvalget har besluttet at igangsætte en proces i de stående udvalg, hvor der skal findes ideer til reduktion af serviceudgifter, hvor Økonomiudvalget har et ambitionsniveau på 1 pct.. Dette notat opstiller de foreløbige temaer for Social- og Sundhedsforvaltningens handleforslag. Temaerne rummer ideer til handlinger, men er fortsat på et overordnet niveau, der skal kvalificeres yderligere.

Baggrunden for overvejelserne er forvaltningens budgetseminar d. 28. februar. Her deltog interne og eksterne ledere og medarbejdere i en idegenerering, der resulterede i en bruttoliste på over hundrede forslag.

Ideerne i nærværende oplæg er udvalgt blandt budgetseminarets forslag. Foruden dette oplæg er der i budgetanalyserne for ældreområdet og handicapområdet anvist handlemuligheder.

Nedenfor beskrives selve ideen for handleforslaget samt det potentiale det rummer. Der sættes ikke konkrete beløb på potentialet – det forudsætter yderligere kvalificering.

Ældre- og sundhedsområdet

Incitament på områdecentre for reduktion i sundhedsudgifter.

På sundhedsområdet udgør bevillingen til sygehusydelse ca. 160 mio.kr. En del af denne bevilling bliver anvendt på områder, hvor kommunen ikke har nogen mulighed for at ændre aktiviteten. Men en del af udgifterne kan relateres til ældre borgere, både plejehjemsboere og hjemmeboende, der af forskellige årsager indlægges på sygehuset. En del af disse ældre genindlægges.

Forslaget indebærer, at hvert områdecenter får ”ansvaret for” en del af sygehusbevillingen og at områdecentret får en andel af det sparede beløb ved en forstærket indsats mod sygehusindlæggelser og genindlæggelser.

Det er vigtigt, at områdecentrene får mulighed for at udnytte mulighederne for at investere i ny teknologi eller støttes på anden vis med henblik på at iværksætte indsatser, der understøtter en indlæggelses forebyggende adfærd.

Rationalet for indsatsen er en klar placering af ansvaret for en indsats, hvor kommunen kan minimere antallet af indlæggelser og genindlæggelser. Hertil kommer, at det enkelte områdecenter kan opnå et provenu ved indsatsen.

Øget brug af touch-skærme og videokonferenceteknologi

Forslaget har fokus på velfærdsteknologi i kontakten mellem borger og kommune via en større satsning på at anvende interaktiv videokonferenceteknologi på ældre- og sundhedsområdet.

Der er i dag en lang række funktioner, hvor brug af skærmt teknologi med videokonferencedialog mellem borgere og kommuner/læge/sygehus/pårørende kan understøtte eller erstatte en kommunal ydelse. Følgende temaer kan indgå i det videre arbejde.

- **Tryghedsskærme:** Direkte kommunikation mellem hjemmepleje og den ældre via en skærm kan øge trygheden for den ældre og evt. erstattet personlige besøg i hjemmet.
- **Medicinopfølgning:** For nogle borgere kan besøg, hvis formål er at sikre korrekt og rettidig medicinindtag, erstattes med et videoopkald.
- **Udskrivningskonference og opfølgende hjemmebesøg.** Det er muligt at lave videomøde for dialog mellem egen læge, sygehus og kommune for at sikre en koordineret indsats ved udskrivning fra sygehus. Svage ældre udskrevet fra sygehus er særligt udsat for genindlæggelser. Bedre koordination kan forebygge dette.
- **Telemedicin og empowerment:** Skærmt teknologien åbner op for, at borgere i langt større grad kan bruge teknologien til at måle egne værdier – fx blodsukker og iltindhold i blodet. Det forebygger behov for ambulante besøg, ligesom videomøder kan forebygge indlæggelser blandt fx KOL-patienter.
- **Træning via skærm:** Både borgere med behov for vedligeholdende træning og borgere, der har behov for genoptræning, kan træne via skærm hjemmefra. En række projekter er i dag iværksat rettet mod dette område. Træningsbehovene vurderes at være stigende de kommende år.

Gevinsten ved indsatsen kan være reducerede sundhedsudgifter, færre udgifter til pleje af ældre, reducerede kørselsudgifter og færre udgifter til træning og genoptræning.

Velfærdsteknologi som arbejdsredskab

Andre kommuner har erfaring med at indføre nye typer af hjælpemidler på ældreområdet til understøttelse af medarbejdernes arbejdsmiljø.

Det drejer sig særligt om forflytnings- løfte- og hygiejnerutiner, hvor andre kommuner har opnået effektiviseringer og bedre arbejdsmiljø ved anvende en kombination af loftslifte og elektrisk eleverbare toilet- og badestole. Forslaget ligger i god forlængelse af ”hjælp til selvhjælps-princippet”, som er under implementering på ældreområdet, idet borgeren i højere grad kan deltage i plejen.

Forslaget indebærer en investering, inden potentialet kan udmøntes. Potentialet skal afklares, men vil bestå i dels muligheden for en forbedring af arbejdsmiljøet og dels en konkret besparelse.

Fokus på it-understøttelse i hjemmeplejen

I forlængelse af de ovenstående temaer kan der arbejdes med en vurdering af potentialet ved en opgradering af it-understøttelsen på områdecentrene. Fokus er på henholdsvis en lille og en stor indsats.

1) Der opleves ventetider til pc'er på områdecentrene, når der skal dokumenteres. Det betyder ventetid for den enkelte medarbejder og heraf dårligere arbejdsmiljø. Der skal laves en vurdering af udgifter og indtægter (bredt set) ved at investere i flere pc'er og licenser.

Et element heri er også hurtigere it, der fx mindsker tidsforbruget, når der skiftet bruger på en pc.

2) Der er en række potentialer, hvor digitalisering kan lede til lettere og mere fleksibelt arbejde på ældreområdet. Et konkret eksempel er, at medarbejderne kan foretage relevant dokumentation i borgerens hjem. Forslaget vil kræve en investering i nye mobiltelefoner med adgang til kommunens omsorgssystem. Enten vha. talegenkendelse eller almindelig skrift. Mobiltelefonerne kan eventuelt også anvendes som nøgler i det fremtidige elektroniske nøglesystem, som det er politisk vedtaget at indføre.

Rationaler ved indsatsen er sparet arbejdstid, en minimering i antallet af fejl i dokumentation og fjernelse af behovet for dobbeltregistrering.

Rationale ifm. etablering af sygeplejeklinik på Møllebo

Der er siden 2010 udmøntet en besparelse på 1,6 mio. kr. på den komplekse sygepleje. Effektiviseringen er fundet ved hjælp af en række initiativer, herunder etablering af en sygeplejeklinik. Effekten har imidlertid været større end oprindeligt estimeret og besparelsen er således opnået, inden sygeplejeklinikken er åbnet.

Klinikken er planlagt til at åbne på Møllebo i sommeren 2012. Forslaget indebærer, at alle borgere, der modtager hjælp til kompleks pleje, og som kan transportere sig til sygeplejeklinikken, fremover skal modtage behandlingen her frem for at få den udført i eget hjem. Forslaget vil af borgerne kunne blive opfattet som en serviceforringelse, men vil kun rumme de borgere, der rent faktisk kan komme frem til Møllebo.

Rationalet for indsatsen er en reduktion i tidsforbruget til transport i hjemmesygeplejen.

Effektivisering af administration og arbejdsgange ifm. uddannelse af sosu-elever

I Lyngby-Taarbæk kommune opstarter årligt 150 social- og sundhedshjælper- og assistentelever. Der er en række opgaver forbundet hermed i form af personaleadministration, instruktion, vejledning mv.

Der er lavet en benchmarking på området med andre kommuner, og på baggrund heraf er en arbejdsgangsanalyse igangsat. Forventningen er, at dette arbejde munder ud i en række forslag til nye procedurer mv., og at der kan opnås en besparelse som følge heraf. Der er tale om en effektivisering, som vil få minimale konsekvenser for kvaliteten af den uddannelse, kommunen tilbyder eleverne. Potentialet gælder både for den administrative indsats centralt og indsatsen på det enkelte områdecenter.

Hertil kommer mulighed for en besparelse ved i lighed med andre kommuner at indføre egenbetaling på bøger.

Visitationspraksis og serviceniveau

Forvaltningen arbejder med at undersøge en række muligheder under overskriften "visitation til mindre ydelser". Det drejer sig eksempelvis om muligheden for og konsekvenserne af at ophøre med visitation til mindre, billigere hjælpemidler, således at alle, der søger, pr. automatik får hjælpemidlet bevilget. Herved spares sagsbehandlingstiden. Der er eksempler på, at dette har været afprøvet i andre kommuner, uden at det har medført en øget udgift på hjælpemiddelbudgettet. Ydermere har det givet mindre visitation på mere permanente ydelser.

Hvad angår serviceniveauet gælder det eksempelvis at kortlægge konsekvenserne af at ophøre med sengeredning og i stedet tilbyde sengeglatning.

Størrelsen af potentialet er uklart, men afklares i den videre kvalificering af forslaget.

Øget anvendelse af brugerbetaling

Forvaltningen undersøger muligheden for en øget anvendelse af brugerbetaling på ældreområdet. Det drejer sig bla. om sygeplejeartikler, som i dag er gratis, når, at borgeren modtager hjemmesygepleje, men er forbundet med egenbetaling for de borgere, der udfører opgaven selv.

Et andet eksempel er at ændre på visitationskriterierne til eksempelvis tøjvask, således at borgere, der har plads, selv skal indkøbe en vaskemaskine, frem for at hjemmehjælperen skal vaske tøjet i et fælles vaskeri i kælderens eller tage det med tilbage på områdecentret..

Det kan også dreje sig om at indføre en beløbsgrænse i relation til hjælpemidler, således at borgeren fremover selv må anskaffe sig hjælpemidler til en værdi på under eksempelvis 500 kr. Forslagene kan kræve en tilladelse via udfordringsretten.

Forslaget skal gennemføres hvor det er hensigtsmæssigt og ikke virker modproduktivt ift. andre målsætninger.

Handicapområdet

Helhedsplan for socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune

Kommunens har en række forskellige lovfæstede tilbud indenfor socialpsykiatrien. Tilbudene vurderes som værende gode. Blandt alle de lokale udbydere er der igennem årene lavet knopskydninger med nye tilbudstyper. Hertil kommer, at leverandørerne leverer samme typer af tilbud til nogenlunde samme målgruppe af sindslidende. Der har igennem de seneste år været en stigende tomgang på især botilbudspladserne, som nu tydeligt manifesterer sig som decideret overkapacitet.

Forslaget indebærer, at der i højere grad skal ske en øget koordination og opgavefordeling mellem tilbuddene, sådan at socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune er samlet i samme enhed. Dernæst skal der laves en helhedsplan for socialpsykiatrien, der indbefatter en strategi for området samt opgørelse af konkret behov, med angivelse af hvilke tilbudstyper der fremover vil være behov for.

Potentialet ved indsatsen er at nyttiggøre og udnytte egen kapacitet til egne borgere, samt at sikre en effektiv udnyttelse af tilbuddene. Forslaget indgår i øvrigt i budgetanalysen vedrørende socialpsykiatriske tilbud.

Omlægning af hjemmevejledning fra individuelt udmålt støtte til gruppeforløb

Hjemmevejledning udmåles i dag altid som individuel støtte i henhold til Servicelovens § 85 og ud fra den politisk besluttede kvalitetsstandard. Støtten udmåles dag til at motivere og støtte borgerne til at håndtere forskellige hverdagsudfordringer som fx indkøb og madlavning, og sociale relationer samt dag- eller fritidstilbud.

Ydelsen tilbydes af de forskellige tilbud i kommunen.

Forslaget indebærer, at udmålingen af hjælp indenfor nogle af funktionsområderne sker i form af gruppeforløb. Det er dog ikke alle funktionsområder, hvor gruppeforløb er hensigtsmæssigt, hvilket skal afklares yderligere.

Forslaget betyder en omlægning af støtten men forventes ikke at indebære serviceforringelser for borgerne. Potentialet består i sparede udgifter til personaleressourcer.

Brug af privat praktiserende logopæd frem for køb af ydelse hos Kommunikationscenter

Der købes i dag ydelser hos Regionens Kommunikationscenter i Hellerup til borgere med forskellige grader af stemmevanskeligheder. Ydelserne bevilges i henhold til Lov om kompenserende specialundervisning for voksne og har til formål, at give borgeren redskaber med henblik på at kompensere for deres handicap.

I de enkelte forløb er der faktureret for det faktiske antal timer, der er leveret til borgeren, og herudover er der lagt timer til overheadfunktioner svarende til 40-50 % oveni.

Forslaget indebærer, at borgere med stemmevanskeligheder fremover bevilges et forløb hos en privat praktiserende logopæd, hvor der afregnes time for time for den leverede ydelse. Erfaringen med de få forløb, hvor ydelsen i dag leveres af private leverandører, er, at forløbene har samme varighed som på Kommunikationscentret, og at timeprisen er den samme, men overheadudgifter er indeholdt i timeprisen.

Forslaget indebærer ikke nogen servicereduktion for borgeren

Gennemgang af sager med samværs- og aktivitetstilbud

Der købes i dag samværs- og aktivitetstilbud i henhold til Servicelovens § 104 for et samlet beløb på 25. mio. kr. Målgruppen omfatter borgere med alle typer af funktionsnedsættelser. Det er en forudsætning for bevilling af et sådant tilbud, at borgeren har en betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne og/eller har særlige sociale problemer.

Forslaget indebærer, at samtlige sager med borgere i samværs- og aktivitetstilbud bliver gennemgået med henblik på at fastlægge, i hvilket omfang tilbuddet bliver brugt i det omfang, som der betales for. Det er normal praksis med en fast pris for et tilbud – uanset udnyttelsesgraden af tilbuddet. Det vurderes, at der vil være rationale i at gennemgå alle sager. Gennemgangen vil for nogle borgere betyde, at de får bevilget et andet, billigere og mere passende aktivitets- og samværstilbud. For andre vil tilbuddet blive erstattet af en anden og billigere foranstaltning.

Forslaget ventes ikke at indebære serviceforringelser.

Fælles indsatser

Samdrift på tværs af kørselsordninger

Der findes i dag flere forskellige kørselsordninger på tværs af ældre-, handicap- og træningsområdet. Endvidere findes der en række kørselsordninger på børneområdet. De omfattede borgere køres enten i grupper eller individuelt til skole-, undervisnings-, aktivitets- og træningstilbud.

Der er netop nu ved at blive et gennemført et udbud for kørsel til aktivitet og træning for ældre. Det er nødvendigt af hensyn til budgettet for 2012.

Forslaget består i, at der på længere sigt laves en tværsektoriel analyse og evt. organisering af kørselsordninger på tværs af de forskellige områder. Der skal udarbejdes en analyse af alle personrelaterede kørselsordninger med henblik på at afdække potentialet ved samdrift. Analysen kan omfatte både gruppekørsel og individuel kørsel. Det indgår som forudsætning for analysen, at det nuværende allerede planlagte og politisk behandlede udbud af kørslen til aktiviteter og træning på ældreområdet gennemføres som aftalt.

Rationalet ved at se området i fællesskab er gensidig inspiration mellem administrationen af områderne, en mere rationel administration og stordriftsmuligheder ved at etablere en eller få større ordninger frem for flere adskilte.

SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGET
 Aktivitetsområde: **HANDICAPPEDE**
BEMÆRKNINGER
DRIFTSVIRKSOMHED
Social og sundhedsudvalget 11.4.12Sag nr. 2Bilag nr. 1
AKTIVITETSOMRÅDE: HANDICAPPEDE
A. HOVEDTAL

1.000 KR. NETTO	OPR. BUDGET 2011 (1)	TILLÆGS- BEVILL. 2011 (2)	KORR. BUDGET 2011 (3)=(1)+(2)	REGNSKAB 2011 (4)	AFVIGELSE til opr. budget (5)=(4)-(1)	AFVIGELSE til korr. budget (6)=(4)-(3)	OVER- FØRES
Handicappede	318.786	4.877	323.663	329.109	10.323	5.446	5.446
Voksenspecialundervisn. og ungdomsuddannelse	14.255	2.264	16.519	17.578	3.323	1.059	
Pleje og omsorg samt forebyggende indsats	49.573	1.181	50.754	56.811	7.238	6.057	
Botilbud til personer med sociale problemer	1.427	-841	587	318	-1.109	-269	
Længerevarende botilbud	73.169	-2.330	70.840	68.849	-4.320	-1.991	5.446
Midlertidige botilbud	26.316	4.574	30.889	30.667	4.352	-222	
Kontaktperson og ledsageordning	3.628	-65	3.563	4.363	735	800	
Beskyttet beskæftigelse	8.823	444	9.267	8.778	-45	-489	
Aktivitets- og samværstilbud	24.657	-72	24.585	24.905	248	320	
Førtidspension og personlige tillæg	104.426	-350	104.076	104.204	-222	128	
Sociale formål, kontant- hjælp og intro.ydelse	2.432	0	2.432	2.467	35	35	
Boligsikring	10.080	72	10.152	10.169	89	17	

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

B. BEMÆRKNINGER TIL AFVIGELSER TIL KORRIGERET BUDGET SAMT TIL OVERFØRSLER

Merforbruget er i det væsentligste sammensat af følgende poster:

- Voksenspecialundervisning og ungdomsuddannelse (1,1 mio. kr.)
- Pleje og omsorg samt forebyggende indsats (6,1 mio. kr.)
- Længerevarende botilbud (-2,0 mio. kr.)
- Kontaktperson og ledsageordning (0,8 mio. kr.)
- Beskyttet beskæftigelse (-0,5 mio. kr.)

Merforbruget på i alt 5,4 mio. kr. er fordelt med hhv. 4,1 mio. kr. på de centrale konti og 1,4 mio. kr. på de sociale institutioner.

Merforbruget på de centrale konti skyldes primært en særlig dyr sag (1,8 mio. kr.), som det ved 3. anslået regnskab ikke var ventet, at LTK ville være betalingsansvarlig for. Endvidere bidrog ekstraordinære særtakster (1,5 mio. kr.) samt en højere aktivitet på ungdomsuddannelse og ledsageordninger i forhold til det tidligere skønnede til merforbruget.

Merforbruget på de sociale institutioner på 1,4 mio. kr. skyldes bl.a. en teknisk forskydning på godt 0,6 mio. kr. til 2012 af Socialministeriets tilskud til Akuttilluddet.

Overførslerne på de centrale konti og de sociale institutioner bliver i 2012 placeret på to særskilte puljekonti under Længerevarende botilbud.

Voksenspecialundervisning og Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov

Merforbruget på knap 1,1 mio. kr. skyldes, at aktiviteten blev forøget med én helårsperson mere end tidligere forventet, hvilket førte til merudgifter på 0,3 mio. kr. Endvidere var der en ophobning af betalinger i 2011, idet forskydningen fra 2010 til 2011 sammenlignet med fra 2011 til 2012 blev 0,8 mio. kr. større end skønnet ved 3. anslået regnskab.

Pleje og omsorg samt Forebyggende indsats (§§ 95, 96, interne plejehjem, §§ 85 og 102)

Merforbruget på 6,1 mio. kr. skyldes flere forskellige forhold. De væsentligste er følgende:

Der er foretaget teknisk omkontering af udgifter for 4 borgere, som er flyttet fra Længerevarende botilbud (§ 108) til Forebyggende indsats (§ 85 Almennyttig boliglovgivning) svarende til knap 2,5 mio. kr. Der er tilsvarende mindreforbrug på længerevarende botilbud.

Der er også en udgift for en særlig dyr sag på 1,8 mio. kr. for en borger på § 96, som det ikke ved 3. anslået regnskab var forventet, at LTK kom til at betale. Borgeren er nu fraflyttet og influerer ikke på udgifterne i 2012 og frem.

Endvidere er der afholdt flere udgifter end forventet til ekstraordinære særtakster for borgere i botilbud og med ophold i genoptræningscenter svarende til 1,5 mio. kr. Det er for to borgere med ophold på Træningscenter Fortunen samt botilbud til unge udviklingshæmmede.

Desuden er der flere bevilgede døgn til borgere med behov for aflastning samt støtte i eget hjem efter SEL § 84 i forhold til forventningerne ved 3. anslået regnskab. Dette svarer til et merforbrug på 0,5 mio. kr.

Botilbud til personer med sociale problemer (§§ 109 og 110)

Der er merindtægter på 0,3 mio.kr., som skyldes flere indtægter på salg af pladser på Kvindekrisecenteret og salg af psykologtimer med kommunal refusion.

Som følge af færre beboerbetalinger har Kvindekrisecenteret et underskud på 0,1 mio.kr.

Længerevarende botilbud til voksne (§ 108)

Mindreforbruget på i alt 2,0 mio. kr. skyldes især færre udgifter til køb af pladser til personer med manglende fysisk funktionsevne og sindslidende på 2,5 mio. kr. Dette er som nævnt ovenfor en følge af en teknisk omkontering af 4 borgere fra længerevarende tilbud til forebyggende indsats.

På kommunens længerevarende botilbud (Slotsvænget, Strandberg og Chr. X) er der et samlet merforbrug på 1,0 mio. kr.

Kontaktperson og ledsageordning

Merforbruget på 0,8 mio. kr. skyldes bl.a. mere aktivitet end forventet på området for ledsageordning efter Servicelovens § 97. Her blev udgifterne 0,2 mio. kr. højere end tidligere antaget, idet der var budgetteret med 92 borgere, men 100 borgere var på ordningen i 2011. Derudover blev budgetreduktionerne i forbindelse med effektiviseringstiltag og modgående initiativer (færre udgifter til administration af ordningerne) på i alt 0,7 mio. kr. ikke fuldt ud indfriet i 2011.

Beskyttet beskæftigelse (§ 103)

Mindreforbruget på i alt 0,5 mio. kr. skyldes især færre udgifter til personer med nedsat funktionsevne og sindslidende i beskyttet beskæftigelse. Ved 3. anslået regnskab blev der skønnet 83 helårspersoner, men det faktiske antal var 82. Desuden var gennemsnitsprisen lavere end tidligere forudsat, så mindreforbruget var på 0,7 mio. kr.

Omvendt udviser Slotsvængets tilbud om beskyttet beskæftigelse – Flyverteamet – et merforbrug på 0,3 mio. kr. Årsagen er lavere pladsforbrug på lidt over 12 pladser mod budgetlagt 15 pladser. Underskuddet overføres til 2012.

Aktivitets- og samværstilbud

Merforbruget på 0,3 mio. kr. skyldes især en ophobning af regningsbetaling i 2011, idet forskydningen fra 2010 til 2011 var 0,4 mio. kr. større end fra 2011 til 2012.

C. STATISTIK

Helårspersoner	2008	2009	2010	2011	Faktisk 2011
Længerevarende botilbud	102	97	102	89	97
Midlertidige botilbud	44	58	66	52	56
Beskyttet beskæftigelse	58	69	58	70	67
Aktivitets- og samværstilbud	93	108	110	111	104

Note: Helårspersoner på midlertidige botilbud og aktivitets- og samværstilbud er eksklusiv borgere i egne tilbud (Magnetten, Kirsten Marie m.v.)

Social og sundhedsudvalget 11.4.12Sag nr. 2Bilag nr. 2
AKTIVITETSOMRÅDE: SUNDHED
A. HOVEDTAL

1.000 KR. NETTO	OPR. BUDGET 2011 (1)	TILLÆGS- BEVILL. 2011 (2)	KORR. BUDGET 2011 (3)=(1)+(2)	REGNSKAB 2011 (4)	AFVIGELSE til opr. budget (5)=(4)-(1)	AFVIGELSE til korr.budget (6)=(4)-(3)	OVER- FØRES
Sundhed	206.964	1.204	208.168	206.575	-389	-1.593	-1.115
Vederlagsfri fysioterapi	6.755	1.300	8.055	8.865	2.110	810	0
Aktivitetsbestemt medfinansiering	111.938	1.500	113.438	111.814	-124	-1.624	0
Specialiseret genoptræning	1.346	300	1.646	1.687	341	41	0
Genoptræning og vedligeholdelsestræning	50.587	1.126	51.713	50.522	-65	-1.191	-1.191
Kommunal Tandpleje	17.328	-298	17.030	17.105	-223	75	76
Sundhedsfremme og forebyggelse	2.158	-116	2.042	2.491	333	449	0
Kommunallæge	314		314	378	64	64	0
Andre sundhedsudgifter	4.844	-800	4.044	4.187	-657	143	0
Alkoholbehandling	4.789	-1.800	2.989	2.811	-1.978	-178	0
Stofmisbrugsbehandling	6.905	-8	6.897	6.715	-190	-182	0

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

B. BEMÆRKNINGER TIL AFVIGELSER TIL KORRIGERET BUDGET SAMT TIL OVERFØRSLER

Aktivitetsområde sundhed udviser et mindreforbrug 1,6 mio. kr. i forhold til det korrigerede budget. Overførselsreglerne giver ikke mulighed for at overføre mindreforbruget på de øvrige områder, da der er givet til-lægsbevillinger i 2011, som overstiger mindreforbruget. Alle mer- og mindreforbrug på de decentrale konti overføres.

Regnskabsresultatet skyldes følgende poster inden for aktivitetsområdet:

- Vederlagsfri fysioterapi (merforbrug på 0,8 mio. kr.).
- Aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsvæsenet (mindreforbrug på -1,6 mio. kr.).
- Genoptræning og vedligeholdelsestræning – Genoptræningscentret (mindreforbrug -1,2 mio. kr.).
- Sundhedsfremme og Forebyggelse (merforbrug på 0,5 mio. kr.).
- Andre Sundhedsudgifter (merforbrug på 0,1 mio. kr.), herunder merudgifter til færdigbehandlede sygehusindlagte på 0,2 mio. kr., hospice 0,1 mio. kr. og et mindreforbrug til begravelseshjælp på -0,1 mio. kr.
- Alkoholbehandling (mindreforbrug på -0,2 mio. kr.).
- Stofmisbrugsbehandling (mindreforbrug på -0,2 mio. kr.).

Vederlagsfri fysioterapi

Der er merforbrug på kontoen for vederlagsfri fysioterapi på 0,8 mio. kr. Merforbruget skyldes en stigning i antallet af patienter på 6,6 pct. fra 2010 til 1. halvår 2011. I samme periode er udgifterne steget reelt med 11,8 pct. Det er egen læge, som visiterer til ydelsen hvorfor kommunen kun har begrænsede styringsmuligheder. Udfordringen skal drøftes med lokale repræsentanter for almen praksis.

Målgruppen er afgrænset til mennesker med kroniske lidelser f.eks. sclerose og andre alvorlige sygdomme som især går ud over bevægeapparatet.

Aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsvæsenet

Området udviser et mindreforbrug på -1,6 mio. kr. Der er tale om fald i forbruget siden 2010, som skyldes en lavere aktivitet på sygehusene i 2011. Forvaltningen har et skarpt fokus på sygehusudgifternes udvikling og har bl.a. iværksat tiltag rettet mod at færre indlægges unødvendigt og at forebygge indlæggelser for kronikere. I 2012 er finansieringsmodellen ændret, hvorefter lofterne på hospitalsydelse er hævet og kommunens driftsbudget tilsvarende forhøjet. Det kommunale incitament til at arbejde for færre sygehusudgifter er således øget.

Genoptræning og vedligeholdelsestræning – Genoptræningscentret

Genoptræningscentret har et mindreforbrug på -1,2 mio. kr. Mindreforbruget indgår som medfinansiering til indkøb af nyt udstyr og inventar i det ombyggede Møllebo, som en del af Lyngby-Taarbæk Kommunes nye træningsorganisation.

Sundhedsfremme og Forebyggelse

Sundhedsfremme og forebyggelse udviser et merforbrug på 0,4 mio. kr. Merforbruget kan henføres dels til en ekstraordinær udbetaling af feriepenge i forbindelse med langtidssygemeldt medarbejder dels køb af sundhedsbus. Sundhedsbussen forventes afhændet i 2012 som led i den med budget 2012 aftalte sammenlægning med biblioteksbusen.

Andre Sundhedsudgifter

Området omfatter udgifter til færdigbehandlede patienter, hospice, begravelseshjælp og befordringsgodtgørelse. Området udviser et merforbrug på 0,1 mio. kr. som kan henføres til merudgifter til færdigbehandlede og hospice.

Alkohol- og stofmisbrugsbehandling

Området udviser samlet et mindreforbrug på 0,4 mio. kr. som følge af faldende aktivitet inden for både alkoholbehandling og misbrugsbehandling. Baggrunden er dels fald i antallet af bevilligede døgnophold, dels flere ambulante forløb og dels en skærpelse af praksis for bevilling af ophold.

C. STATISTIK

Udvalgte regnskabs- og aktivitetstal på sundhedsområdet

Område	Udgift: 2011 priser	2008	Pct. ændring 08-09	2009	Pct. ændring 09-10	2010	Pct. ændring 10-11	2011
Somatik	Somatik							
Stationær somatik	Medfinansieringsudgifter (1.000 kr.)	42.968	5,0	45.115	4,4	47.116	-1,9	46.232
	Aktivitet (antal stationære udskrivinger)	9.741	5,5	10.279	4,4	10.729	-2,2	10.495
Ambulant somatik	Medfinansieringsudgifter (1.000 kr.)	31.285	14,2	35.722	9,7	39.183	-4,0	37.612
	Aktivitet (antal ambulante besøg)	95.471	12,3	107.169	4,9	112.403	2,8	115.561
Psykiatri	Psykiatri							
Stationær psykiatri	Medfinansieringsudgifter (1.000 kr.)	2.165	14,5	2.478	-9,1	2.252	-2,1	2.204
	Aktivitet (antal stationære udskrivinger)	384	17,7	452	-2,7	440	-9,8	397
Ambulant psykiatri	Medfinansieringsudgifter (1.000 kr.)	3.384	25,4	4.243	5,7	4.486	-5,9	4.221
	Aktivitet (antal ambulante besøg)	6.791	34,0	9.102	-0,9	9.018	-5,7	8.505
Genoptræning	Genoptræning hh. under indlæggelse og specialiserede ambulante ydelser							
Stationær genoptræning på sygehus	Medfinansieringsudgifter (1.000 kr.)	1.788	12,4	2.009	1,9	2.048	-2,3	2.000
	Aktivitet u. indlæggelse (antal ydelser)	1.149	11,3	1.279	4,5	1.337	-8,0	1.230
Ambulant, specialiseret genoptræning	Medfinansieringsudgifter (1.000 kr.)	1.942	-9,3	1.761	10,1	1.939	-12,2	1.703
	Aktivitet ambulante (antal genoptræningsplaner)	246	-4,5	235	7,7	253	-22,1	197
Færdigbehandlede	Færdigbehandlede							
Færdigbehandlede somatik	Medfinansieringsudgifter (1.000 kr.)	3.236	34,9	4.364	-31,3	2.999	-61,2	1.163
	Aktivitet (antal liggedage)	1.760	33,7	2.353	-30,6	1.634	147,8	4.049
Færdigbehandlede psykiatri	Medfinansieringsudgifter (1.000 kr.)	868	-39,3	526	-63,4	193	-41,9	112
	Aktivitet (antal liggedage)	472	-39,4	286	-63,3	105	275,2	394

Note: Den endelige efterregulering af forbruget i 2011 pr. ultimo i marts 2012 er ikke indarbejdet i ovenstående.

Social og sundhedsudvalget 11.4.12Sag nr. 2Bilag nr. 3**AKTIVITETSOMRÅDE: ÆLDRE****A. HOVEDTAL**

1.000 KR. NETTO	OPR. BUDGET 2011 (1)	TILLÆGS- BEVILL. 2012 (2)	KORR. BUDGET 2011 (3)=(1)+(2)	REGNSKAB 2011 (4)	AFVIGELSE til opr. budget (5)=(4)-(1)	AFVIGELSE til korr.budget (6)=(4)-(3)	OVER- FØRES
Ældre	578.952	-2.233	576.719	574.742	-4.210	-1.977	-1.296
Ældre fælleskonti	19.271	-4.643	14.628	13.596	-5.675	-1.032	77
Frit valg	113.279	1.615	114.894	115.146	1.867	252	
Køb og salg	16.019	4.476	20.495	21.552	5.533	1.057	
Plejhjem og hjemmesygepleje	332.335	-1.687	330.648	327.175	-5.160	-3.473	-2.639
DKM	806	-1.126	-320	946	140	1.266	1.266
Forebyggende indsats	7.630	817	8.447	8.235	605	-212	
Hjælpe midler mv.	35.627	-4.100	31.527	31.931	-3.696	404	
Ældreboliger	418	0	418	5	-413	-413	
Faste ejendomme	32	-6	26	-319	-351	-345	
Busdrift	3.046	-200	2.846	2.472	-574	-374	
Plejevedertag mv.	1.526	-100	1.426	1.766	240	340	
Rådgivning mv.	3.176	-251	2.925	2.784	-392	-141	
Tilbud til voksne med særlige behov	16.443	3.300	19.743	20.185	3.742	442	
Personlige tillæg	5.556	-300	5.256	5.160	-396	-96	
Boligyldelse	22.361	0	22.361	22.727	366	366	
Øvrige sociale formål	1.428	-28	1.400	1.381	-47	-19	

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

B. BEMÆRKNINGER TIL AFVIGELSER TIL KORRIGERET BUDGET SAMT TIL OVERFØRSLER

Aktivitetsområdet Ældre udviser et samlet mindreforbrug på 2,0 mio. kr. Nedenstående større afvigelser har i det væsentligste bevirket til det samlede mindreforbrug:

- Den Kommunale Leverandør af ældreservice (-3,5 mio. kr. i mindreforbrug)
- Den Kommunale Madservice (1,3 mio. kr. i merforbrug)
- Køb og salg af pleje- og ældreboliger (1,1 mio. kr. i merforbrug)
- Central lønsum (1,4 mio. kr. i mindreforbrug).

Set i forhold til kommunens regler mht. overførsler mellem regnskabsårene er det muligt samlet set at overføre 1,3 mio. kr. Differencen mellem ældreområdetets samlede mindreforbrug, og det overførte beløb, kan henføres til DKL.

Mer- og mindreforbrug på centrale konti (inkl. de "fælles konti" under DKL) er puljet og udmøntes på ældre fælleskonti med henblik på senere stillingtagen til, hvor på ældreområdet beløbet skal udmøntes. Resultatet for de centrale konti udgør et merforbrug på 0,1 mio. kr.

Ældre fælleskonti

Ældre fælleskonti dækker over en række centrale konti på ældreområdet og udviser et mindreforbrug på 1,0 mio. kr.

Den centrale lønsum udviser et samlet mindreforbrug på 1,4 mio. kr. Heraf indgår de 0,3 mio. kr. i forvaltningens fælles lønsum, mens de 1,1 mio. kr. er bestemt til at skulle fungere som bufferpulje i forbindelse med ombygningerne på kommunens plejhjem.

Derudover er der merforbrug på 0,4 mio. kr., som skyldes et merforbrug på kommunens tilskud til madordningen for hjemmeboende borgere.

Frit valg

Regnskabet 2011 på frit valg-området udviser et merforbrug på ca. 0,25 mio. kr. Resultatet dækker over udgifter til hjemmehjælp og pleje, leveret af Den Kommunale Leverandør og private leverandører, samt tilskud til BPA-ordningen (Borgerstyret Personlig Assistance). Merforbruget skyldes hovedsageligt et lidt højere antal visiterede timer til hjemmehjælp end budgetteret.

Køb og salg

Mellemkommunale køb og salg af plejeboliger og hjemmehjælp udviser et merforbrug på 1,1 mio. kr. Det er et område med generel stor bevægelse af borgere og ydelser. Merforbruget skyldes blandt andet 0,5 mio. kr. mindre i indtægter end budgetteret mht. salg af pladser til handicapområdet. Den interne afregning finder sted når borgere under 67 år flytter ind på et af ældreområdetets plejehjem. Endvidere er der et merforbrug på 0,5 mio. kr. på betaling af pleje i almene boliger.

Plejehjem og hjemmesygepleje - Den Kommunale Leverandør af ældreservice (DKL)

Den Kommunale Leverandør af ældreservice har et mindreforbrug på 3,5 mio. kr., hvoraf 2,6 mio. kr. jf. kommunens overførselsregler kan overføres til 2012. Mindreforbruget skyldes primært, at man i 2011 successivt har trimmet organisationen til at kunne leve op til budgetkravene for 2012, og man har således i praksis været nød til at indhente rationaler før det egentligt var nødvendigt.

Den Kommunale Madservice (DKM)

Den Kommunale Madservice har et merforbrug på 1,3 mio. kr. Merforbruget ligger i forlængelse af den gældsafviklingsplan, der blev besluttet i forbindelse med at DKM oparbejdede et merforbrug i 2010. Det blev her besluttet, at DKM skulle afvikle 0,3 mio. kr i 2011 og det resterende beløb på 1,3 mio. kr. ligeligt i 2012 og 2013.

Forebyggende indsats

Den samlede forebyggende indsats udviser et mindreforbrug på 0,2 mio. kr. En forklaring på mindreforbruget er, at der er bogført indtægter under feriehuse, som rettelig skulle have været konteret andet steds. En berigtigelse af dette forhold vil finde sted i 2012 indenfor ældreområdetets ramme.

Hjælpebidler mv.

Der er et merforbrug på 0,4 mio. kr. Årsagen er væsentligst, at der er betalt "2012"-regninger i supplementsperioden for anslået 0,4 mio. kr. Dette betyder omvendt at man i 2012 kan påregne et mindreforbrug.

Ældreboliger

Området udviser samlet set et mindreforbrug på 0,4 mio. kr. og dækker over, at der i løbet af 2011 er gennemført en revurdering af udgiftssiden på ejendomsdriften, og at dette har medført huslejeforhøjelser på alle ejendomme. Endvidere har man valgt at anlægge en forsigtig tilgang til de forventede variable driftsomkostninger og fastsat den med en god sikkerhedsmargin.

Fast ejendom

Mindreforbruget på 0,35 mio. kr. skyldes i væsentlighed en stigning i huslejeindtægterne på én af de 3 ejendomme, samt at man har budgetteret med en god sikkerhedsmargin i forhold til det forventede, oprindelige udgangspunkt for indtægterne.

Busdrift

Mindreforbruget er på 0,4 mio. kr og skyldes et generelt lavere forbrug, samt at der mangler betaling for én måneds drift svarende til 0,2 mio. kr.

Tilbud til voksne med særlige behov

Merforbruget er på 0,45 mio. kr. og skyldes takststigninger på Solgaven svarende til 0,1 mio. kr. Endvidere er det i 2011 betalt for 13 måneders ydelser for netto 6 personer, idet man i 2010 ikke fik betalt for december måned. Denne ekstra betaling udgør 0,35 mio. kr.

Boligyldelse

Merforbruget er på 0,4 mio. kr. og skyldes primært åbningen af det nye områdecenter Rosen med 60 pladser og åbningen af bofællesskabet Seniorhuset med 10 pladser. Ifm. indflytning på de nye tilbud er beboerne til- delt en forholdsvis høj boligydelse. Beboerne på disse to tilbud kom fra andre plejeboliger, hvor de ikke tidligere havde modtaget boligydelse, eller fra meget billige boliger med en lav boligydelse. Derudover er der også bevilget flere § 74 indskudslån til disse beboere.

C. STATISTIK

Nedenfor fremgår en status på de vedtagne ud- og ombygninger af plejeboligområdet i kommunen. Denne status er indeholdt de afledte konsekvenser af entreprenørens konkurs i projektet på Områdecenter Bredebo.

Tidspunkt	1.2.2012	1.3.2012	1.5.2012	1.3.2013	1.6.2013	1.4.2014	1.9.2014
Permanente boliger	447	447	447	456	486	505	525
Midlertidige boliger	71	39	50	50	50	50	50
Boliger i alt	518	486	497	506	536	555	575

Oversigt: permanente boliger 2012 - 2014

	1.2.2012	1.3.2012	1.5.2012	1.3.2013	1.6.2013	1.4.2014	1.9.2014
Virumgård	114	114	114	114	114	114	114
Solgården	60	60	60	60	90	90	90
Bredebo	39	39	39	48	48	96	96
Borrebakken	20	20	20	20	20	20	0
Lyngby Møllebo	7	7	7	7	7	7	7
Lykkens Gave	29	29	29	29	29	0	0
Baunehøj	108	108	108	108	108	108	108
TCF	0	0	0	0	0	0	0
Lystoftebakken	70	70	70	70	70	70	70
Nyt plejecenter	0	0	0	0	0	0	40
Permanente i alt	447	447	447	456	486	505	525

Social- og Sundhedsudvalget**Aktivitetsområde: Ældre****Områdecenter Baunehøj**

Fase 2 omhandler etablering af 55 nye plejeboliger. Byggeriet er taget i brug ultimo november 2011. Der forventes fremlagt skema C (regnskab) medio 2012. Merforbruget på -1,3 mio. kr. er overført til 2012, hvor det finansieres af indtægter for udlæg.

Monteringsudgifter til såvel fase 1 som 2 er afsluttet. Anlægsregnskab er godkendt af kommunalbestyrelsen den 23. april 2012. Restrådgighedsbeløbet i 2011 på samlet 0,4 mio. kr. er overført til færdiggørelse af Baunehøjs udbygning i 2012.

Områdecenter Bredebo

I første etape opføres 48 nye plejeboliger med tilhørende servicearealer. Projektet er igangsat, men udskudt grundet entreprenørens konkurs i efteråret 2011. Den første etape forventes færdig til indflytning i foråret 2013, hvorefter 2. etape igangsættes. Merforbruget i 2011 på -0,6 mio. kr. er overført til 2012. Monteringsudgifter. Restrådgighedsbeløbet 2,7 mio. kr. er overført til 2012.

Områdecenter Solgården

Tredje og sidste fase på Solgården, som omfatter 30 nye plejeboliger, er igangsat og boligerne forventes færdige til indflytning i sommeren 2013. Restrådgighedsbeløbet i 2011 på samlet 1,1 mio. kr. er overført til 2012.

Nyt plejecenter ved Trongårdsskolen

Kommunalbestyrelsen har besluttet at opføre 40-50 nye plejeboliger på de frikøbte arealer ved Trongårdsskolen. Forarbejderne vedrørende lokalplan er igangsat, og boligerne forventes færdige i efteråret 2014. Restrådgighedsbeløbet 0,5 mio. kr. til forarbejder er overført til 2012.

Møllebo. Midlertidige boliger og genoptræning

Ombygningen af Møllebo med fremtidig anvendelse til midlertidige boliger og genoptræning er igangsat i sommeren 2011 i tre etaper. Hele ombygningen forventes færdig i maj 2013. Restrådgighedsbeløbet i 2011 på 0,7 mio. kr. er overført til 2012.

Inden for aktivitetsområde Ældre er der overført 3,5 mio. kr. fra 2011 til 2012.

Aktivitetsområde: Handicappede**Slotsvænget**

Det nuværende botilbud til 40 beboere på Slotsvænget skal ombygges til 32 tidssvarende almene ældreboliger. Boligerne ombygges i 2 etaper, og hele botilbuddet forventes færdigt i maj 2013. Restrådgighedsbeløbet i 2011 på samlet 1,0 mio. kr. er overført til 2012.

Strandberg

Der skal opføres et nyt botilbud til borgere med autisme til erstatning for det nuværende Strandberg. Det nye botilbud opføres i tilknytning til botilbuddet på Chr. X's Allé. Der etableres 18 boliger, 2 udslusningsboliger samt tilhørende servicearealer. Byggeriet er igangsat primo 2012 og boligerne forventes færdige til indflytning i maj 2013. Restrådgighedsbeløbet i 2011 på 3,6 mio. kr. er overført til 2012.

Caroline Amalie Vej 118-124, ombygning

Kommunalbestyrelsen har ultimo 2010 besluttet at energi- og handicapoptimere ældreboligerne på Caroline Amalie Vej 118 – 124 til almene ældreboliger. Byggeriet er igangsat og udføres i 4 etaper, sluttende ultimo 2014. Merforbruget på 0,3 mio. kr. er overført til 2012.

Inden for aktivitetsområde Handicappede er der overført 4,2 mio. kr. fra 2011 til 2012.

Social- og Sundhedsudvalget - Anlæg						
Aktivitetsområde: ÆLDRE						
FASTE EJENDOMME						
Driftssikring af boligbyggeri						
Baunehøj. Kommunal andel af anlæg af 118 nye boliger. Serviceareal	10.656.605	12.004.162	34.472.122	-1.347.557		-1.347.557
Bredebo. Kommunal andel af anlæg af 96 nye boliger. Serviceareal	7.291.791	7.865.283	10.615.492	-573.492		-573.492
Solgården III. Komm. andel af anlæg af 30 nye boliger. Serviceareal	4.317.000		0	4.317.000		4.317.000
Solgården III. Komm. andel af anlæg af 30 nye boliger. Øvr. adm.arealer	3.665.194	5.449.573	6.385.900	-1.784.379		-1.784.379
Solgården III. Nyt aktivitetscenter		1.437.025	1.437.025	-1.437.025		-1.437.025
Nyt plejecenter ved Trongårdsskolen. Serviceareal	500.000	40.000	40.000	460.000		460.000
TILBUD TIL ÆLDRE OG HANDICAPPEDE						
Plejehjem og beskyttede boliger						
Baunehøj. Fase 1. Monteringsudgifter	241.164	3.183	6.686.017	237.981	23.04.12	237.981
Baunehøj. Fase 2. Monteringsudgifter	2.637.000	2.427.648	2.427.648	209.352	23.04.12	209.352
Bredebo. Monteringsudgifter	2.711.000	9.623	9.623	2.701.377		2.701.377
TILBUD TIL VOKSNE M.SÆRLIGE BEHOV						
Botilbud til midlertidige ophold						
Møllebo. Midlertidige boliger og genoptræning	3.356.323	2.636.289	2.742.116	720.034		720.034
ÆLDRE I ALT	35.376.077	31.872.786	64.815.943	3.503.291		3.503.291
Aktivitetsområde: HANDICAPPEDE						
TILBUD TIL VOKSNE MED SÆRLIGE BEHOV						
Botilbud til længerevarende ophold						
Slotsvænget. Servicearealer	3.215.000	293.098	293.098	2.921.902		2.921.902
Slotsvænget. Etablering af 32 boliger	15.000.000	16.418.563	16.418.563	-1.418.563		-1.418.563
Slotsvænget. Øvrige administrationsarealer		547.364	976.770	-547.364		-547.364
Strandberg. Indretning af boliger	11.910.183	8.330.376	8.830.186	3.579.807		3.579.807
Botilbud til midlertidige ophold						
Caroline Amalievej 118-124. Ombygning til almene boliger	24.425.000	24.752.018	24.752.018	-327.018		-327.018
HANDICAPPEDE I ALT	54.550.183	50.341.419	51.270.635	4.208.764		4.208.764
	89.926.260	82.214.205	116.086.578	7.712.055		7.712.055

NOTAT
om
Sundhedshus

Indledning og baggrund

Lyngby-Taarbæk Kommune ejer i dag den gamle statsskole på Buddingevej 50 med henblik på at etablere et sundhedshus. Kommunalbestyrelsen har senest i december 2011 godkendt, at der arbejdes videre med planerne om frasalg med henblik på at privat investor renoverer og driver sundhedshus i hovedhuset og eventuelt udnytter de tilhørende byggeretter.

Nedenfor beskrives, at projektøkonomien for en privat investor er meget stram og at der er behov for mindre justeringer for at gøre projektet finansielt mere attraktivt.

Baggrund og politiske vilkår

De politiske drøftelser af sundhedshuset har givet en række grundvilkår for det videre arbejde.

For det første skal projektet være - stort set – udgiftsneutralt for kommunen. Der lægges op til, at udgifter til renovering af ejendom og udviklingsarbejdet i den sammenhæng alene påhviler den private investor. Der er på anlægsbudgettet afsat midler til rådgivning og mindre vedligeholdende arbejder på huset, men tanken er, at kommunen ikke finansierer udvikling og anlæg i projektet.

For det andet er det tilkendegivet, at kommunen skal være en mindre aktør i projektet. For at begrænse de kommunale lejeudgifter, er der arbejdet med et kommunalt lejemål på 400 m². Uden konkret politisk stillingtagen har det været drøftet, at sundhedsplejen, de frivillige og sundhedscentrets borgerrettede sundhedsfremmende aktiviteter kunne placeres i lokalerne i det gamle hovedhus.

For det tredje har det været understreget politisk, at der bør blive plads til kommunens egne lokale sundhedsaktører i huset. Sundhedshuset skal være et knudepunkt for udvikling af tværgående sundhedsindsatser og derfor er det vigtigt, at andre sundhedsaktører end de kommunale – almen praksis, fodterapeuter, fysioterapi, o.lign får mulighed for at få lejemål i sundhedshuset. Dette forventes håndteret dels i planarbejdet omkring lokalplanen for området og dels som udvælgelseskriterium i udbuddet.

Markedsvilkår

Forvaltningen har med udgangspunkt i de politiske tilkendegivelser arbejdet målrettet på at sikre udbud af et projekt, som markedets aktører finder attraktivt. Der er i den sammenhæng en lang række forhold, som spiller ind på markedets aktørernes vilje og lyst til at byde på opgaven og forvaltningen ønsker at sikre, at der udarbejdes et udbudsmateriale, som reelt giver mulighed for investor finder projektet tiltalende, som giver investor et afkast og som er attraktivt også på 30 årig bane.

Et centralt aktuelt element i den sammenhæng er et historisk dårligt marked for udlejning af erhvervsjendomme. Den finansielle krise betyder, at der er mange ledige kontorer og afkastet for investorer er sparsomt. Det er svært p.t. at udleje erhvervskontorer.

Et andet – og velkendt – element er bygningens stand. Der er udarbejdet en tilstandsrapport på ejendommen og bygningen er renoveringsmoden. Investors lyst til at investere et større beløb hænger sammen med den samlede vurdering af fremtidige huslejeindtægter i et svagt udlejningsmarked.

Projektøkonomi

Der er arbejdet med en række scenarier for rentabilitet for den private investor med henblik på at sikre en rentabilitet i projektet, der gør det attraktivt at byde på huset. I traditionelle ejendomsinvesteringer forventes et årligt afkast på mellem 7-8 pct. Sundhedshuset er ikke et traditionelt projekt, men afkastgraden er alligevel en indikator på, hvor attraktivt investorer finder projektet.

Under forudsætning af, at en privat investor ikke ønsker at benytte byggeretten på ca. 1.000 m² og derfor alene renoverer hovedbygning, og at kommunen lejer 400 m² i en uopsigelig periode på 5 år til 1.600 kr. pr. m², og at investor etablerer parkeringspladser i forholdet 1 plads pr. 50 m² areal, og afholder en udgift til et vejanlæg til til/frakørselsforhold fra Buddingevej er rentabiliteten for investor på ca. 6,7 pct. Under disse forudsætninger er projektøkonomien – formentlig for - stram og vurderer investor, at renoveringsomkostninger overstiger 10.000 pr. m², vil projektet være risikabelt økonomisk. Det betyder, at sandsynligheden for at nogen byder, er lavere.

Den samlede kommunale årlige udgift i leje udgør ca. 600.000 kr. og den samlede kommunale udgift over 5 år udgør således ca. 3,0 mio. kr.

I lyset af, at gøre projektet mere attraktivt har forvaltningen og rådgivere set på muligheden for at gøre projektet mere attraktivt og gøre den samlede projektøkonomi bedre for investor. Der er – med andre ord – set på muligheden for at justere i forudsætningerne for at tiltrække interesserede.

1. Forvaltningen har **ikke** ønsket at justere på lejekontraktens længde for at sikre investor flere lejeindtægter. Der er lagt op til at signalere seriøsitet og velvilje fra kommunens side ved at give en uopsigelig periode på 5 år og indarbejde et ønske om ret til forlængelse. Men længere lejeperioder med uopsigelig periode end de nævnte 5 år vurderes ikke for hensigtsmæssigt, da kommunen bindes unødigt.
2. Forvaltningen har **ikke** ønsket at justere på antallet af m², som kommunen skal leje. Det står fast, at kommunen alene ønsker et begrænset areal på de fastlagte 400 m².
3. Tilkørselsforholdene omkring krydset ved Buddingevej skal efter myndighedernes opfattelse ændres og der skal laves andre trafikregulerende forhold ved krydset, idet trafikken omkring huset ændres væsentlig i forhold til i dag. Udgiften hertil skønnes at udgøre 1,4 mio.kr. Denne udgift kan kommunen vælge at afholde for at gøre projektøkonomien mere attraktiv – eventuelt finansieret via salgsindtægten.

Vælger kommunen at afholde denne udgift, og fastholdes de nævnte forudsætninger, er den samlede kommunale udgift i 5 års perioden opgjort til 4,4 mio.kr. Investors afkast skønnes til 7,3 pct. og ligger på den baggrund indenfor forventninger til årlig afkast fra traditionelle erhvervsinvestorer.

4. En anden mulighed er, at justere kravet for antallet af parkeringspladser, som skal etableres ved huset fra 1 plads pr. 50 m² til 1 plads pr. 100 m². Dette besluttet konkret i forbindelse med myndighedsbehandlingen af lokalplanen for området, men det er muligt, at tilkendegive en mulighed her. En justering som den nævnte indebærer, at der skal laves færre parkeringspladser og at den private investor i den forbindelse har færre udgifter.

Der er ikke flere kommunale udgifter forbundet med at lempe på kravet til P-pladser i området. Der vil dog være andre forhold af lokal karakter, som spiller ind på, hvorvidt kommunen ønsker at lempe kravet. Investors afkast vil i dette scenarie blive 7,5 pct. om året.

5. Konsekvensen af en opstillet minimumspris for grund og bygning på henholdsvis 8 mio.kr. og 13 mio.kr. er også undersøgt. Konsekvensberegningerne viser, at investor opnår årlige afkast på mellem 4-5 pct. ved "down-payment" i den nævnte størrelsesorden. Det vil – med andre ord – gøre projektet langt mindre attraktivt, hvis man stiller krav om mindstepris ved et udbud.

Det er forvaltningens vurdering, at kommunen bør have en indtægt fra salg af ejendommen, men at dette i stedet bør være et kriterium, som indgår med betydelig vægt, når der bydes på projektet. Dermed opnår man markedets bedste pris med de nævnte vilkår.

Udbud og salg af sundhedshuset – set i relation til de ønskede politiske forudsætninger – skønnes realistisk ikke gennemføres, hvis samtlige nævnte omkostninger påhviler investor, herunder anlægsarbejder på vejen op til grunden. Hertil skønnes udlejningsmarkedet og vilkår for et langsigtet afkast for dårlige. Det er dog muligt, at justere vilkårene for udbuddet, således at afkastkravene i højere grad nærmer sig et niveau, hvor traditionelle investorer ønsker at byde.

Det er forvaltningens indstilling, at kommunen på den baggrund bør afholde udgiften på 1,4 mio.kr. til vejanlæg, for at gøre projekt mere attraktivt. Det er forvaltningens vurdering, at 1,4 mio.kr. i anlægsudgifter er en marginal udgift set i lyset af de større fremadrettede perspektiver, som etablering af sundhedshuset indebærer, og udgiften kan finansieres af den indtægt, der opnås ved salget af grund og bygning.

Det er forvaltningens indstilling, at kommunen fastholder kravet om parkeringspladser, da der i forbindelse med lokalplansarbejdet vil være en betydelig modstand mod flere parkeringspladser "på vejene" i området, fordi parkeringsbehovene stiger. Dette krav vurderes endvidere at være af mindre betydning i projektet.

Det skal endelig nævnes, at det svage udlejningsmarked formentlig indebærer, at investor næppe vil benytte byggeretten, men afvente bedre konjunkturer, og derfor alene renoverer hovedhuset.

Udbudsform og forhandlingsproces

Projektet udbydes som et udbud efter tilbudsloven. Det betyder, at forvaltningen har mulighed for at gennemføre en smidig forhandlingsproces i efteråret, hvor et færre antal prækvalificerede interesserede kan "dyste" på indhold og pris.

Udbud efter udbudsdirektivet er ikke aktuelt som følge af den lave tærskelværdi i kommunens begrænsede lejemål.

Kriterier for tildeling af kontrakt

Det er forvaltningens vurdering – som også nævnt ovenfor – at prisen bør indgå som kriterium. Forvaltningen og rådgiverne vurderer, at prisen bør vægte 75 pct.

Forvaltningen har overvejet hvilke andre kriterier som bør indgå, når det endelige projekt skal vælges bl.a. soliditet, erfaring med sundhedsopgaver o.lign.

Det er forvaltningens vurdering, at variation af flere forskellige sundhedsaktører er vigtigt for at indfri forventningerne til sundhedshuset. Det vil sige, at kommunen lægger vægt på, at investor i projektet har en plan for, hvilke aktører eller opgaver, som forventes at være i huset i driftsfasen. De juridiske rådgivere vurderer, at dette kvalitative kriterium kan indarbejdes i udbudsmaterialet. Dette kriterium bør således vægte de resterende 25 pct.

Forvaltningen lægger vægt på enkle og gennemsigtige tildelingskriterier med henblik på at undgå efterfølgende juridiske diskussioner om vægtning ved tildeling af kontrakt.

Det skal endelig nævnes, at kommunen lægger vægt på at der skabes en helhedsløsning for området, så der skabes bygningsmæssig harmoni mellem den ældre, bevaringsværdige bygning, områdets karakter og nye bygninger på grunden.

Tidsplan

Der er følgende milepæle:

- Primo april: Afklaring af projektets økonomi for kommune og investor.
- April: politisk afklaring af projektøkonomi og tildelingskriterier.
- Primo april-maj: Udarbejdelse af udbudsmateriale.
- 1. juni 2012: Udbudsmaterialet offentliggøres til prækvalifikation.
- Ultimo juni: Udpegning af 3 prækvalificerede investorer.
- Ultimo august (uge 34): afgivelse af tilbud.
- Primo september: (uge 35 og 36): forhandling med tilbudsgiver
- Medio oktober (uge 40-42): Udfærdigelse af kontrakt.
- Oktober – marts: Planproces og udarbejdelse af lokalplan.
- Forår 2013: Bygge- og renoveringsstart.

Det skal understreges, at der parallelt med den skitserede proces vil være en proces omkring ud-møntning af lokalplanen for området. Teknisk forvaltningen lægger i den sammenhæng vægt på, at myndighedsprocessen omkring udarbejdelse af lokalplan sker i et samarbejde vindende tilbudsgiver og kommunen.

Økonomi

Det indstilles, at kommunens økonomi påføres en årlig lejeudgift på ca. 0,6 mio.kr. i 5 år samt afholdelse af en anlægsudgift på 1,4 mio.kr. i 2013. I alt en kommunal udgift på 4,4 mio.kr. Hertil kommer en forventet indtægt fra salg af ejendommen.

NOTAT
om
Organisering af ”Alkohol og stofrådgivningen - Lyngby-Taarbæk Kommune”

Baggrund

Lyngby-Taarbæk Kommune har siden 2007 haft myndighedsopgaven på misbrugsområdet jf. Sundhedsloven § 141 og Serviceloven § 101.

Med budgettet for 2012 blev det besluttet, at der oprettes et lokalt forankret tilbud til misbrugsbehandling. Baggrunden for beslutningen er dels en økonomisk besparelse, dels forventninger om bedre sammenhængende indsatser, når behandlingen sker i eget regi.

Den forventede besparelse ved indsatsen er i budgettet for 2012:

Mio. kr.	2012	2013	2014	2015
Forventet besparelse (B12)	-0,75	-1,25	-1,75	-1,75

Tilbuddet starter op fra d. 1. maj 2012. Nærværende notat beskriver målgrupperne, organisering og behandlingsmetode for misbrugstilbuddet. Tilbuddets navn bliver ”Alkohol og stofrådgivningen - Lyngby-Taarbæk Kommune”.

Organisering

Tilbuddet vil være organiseret i tilknytning til Socialcentret. Det vil både have myndighedsansvaret for visitering til interne og eksterne tilbud, den funktion kommunens misbrugskonsulent har i dag, og vil som noget nyt også selv foretage misbrugsbehandling. Hidtil har der alene været behandlingstilbud hos eksterne aktører.

Det er målsætningen, at tilbuddet skal håndtere så mange forløb som muligt. Såfremt tilbuddet ikke selv kan levere det rigtige behandlingsforløb til en misbruger, vil misbrugeren på baggrund af kvalificeret udredning blive visiteret til den eksterne udbyder, der mest optimalt kan varetage indsatsen.

Til at varetage visitation og behandling vil centret bestå af fem medarbejdere, hvoraf den ene er den nuværende misbrugskonsulent. Hertil kommer yderligere to erfarne behandlere, en administrativ medarbejder (20 timer pr. uge) samt en psykiater, der tilknyttes på timebasis (i første omgang ca. 3 timer om ugen).

Ledelsesmæssigt vil tilbuddet være forankret under Socialcentrets Rådgivningsteam.

De nye medarbejdere starter 1. april, hvorefter de indgår i den endelige tilpasning af tilbuddets indsats, så der startes fra 1. maj.

Tilbuddet placeres i lokaler på Lyngby Torv 16, hvor Lænken hidtil har holdt til. Der vil være åbent for borgerhenvendelser fire gange om ugen – heraf en gang uden for almindelig arbejdstid. Hertil kommer selve behandlingerne, som også sker i andre tidsrum.

I perioden inden opstarten af tilbuddet vil der være fokus på at informere om det nye tilbud, så borgerne kender den nye mulighed.

Målgrupper og kapacitet

Den overordnede målgruppe for tilbuddet bliver borgere, der har et misbrug af alkohol eller stoffer. Erfaringen fra lignende tilbud i andre kommuner viser, at en behandler kan have 20-25 sager. Konkret vil tilbuddet løbende kunne have ca. 60 borgere i behandling.

Tilbuddet rummer som udgangspunkt både alkohol- og stofmisbrugsbehandling. Indledningsvist fokuseres der dog primært på behandling af stofmisbrug. Det skyldes dels, at der pt. opleves en stor opdrift i antallet af ikke mindst unge, der misbruger hash og kokain, dels at de eksterne tilbud på dette område er relativt dyre. Det vurderes, at der vil kunne laves en bedre og billigere behandling lokalt.

Borgere med alkoholisering, der henvender sig til tilbuddet, vil naturligvis også modtage behandling. Det særlige for alkoholområdet er dog, at det er muligt at modtage ambulante behandling anonymt og uden forudgående kommunal visitation. Det betyder, at borgere frit kan henvende sig til et behandlingstilbud (fx Lænken) og modtage behandling, uden at kommunen bliver involveret i det.

Ud fra et økonomisk synspunkt er behandlingstaksterne for alkoholbehandling hos andre aktører på et niveau, hvor der ikke vil kunne opnås de største økonomiske besparelser. Kvalitetsmæssigt vil det nye misbrugstilbud kunne lave behandling, der mindst er på niveau med de eksterne aktørers. Hertil kommer muligheden for en bedre helhedsorienteret og velkoordineret indsats i samspil med øvrige sociale og beskæftigelsesrettede tilbud i kommunen.

I første omgang vil tilbuddet alene målrettes kommunens egne borgere. På sigt vil der kunne udvides med yderligere kapacitet, som vil kunne sælges til andre kommuner. Der er indledt konkret dialog om dette.

Metode i behandling

Retningslinjerne for den faglige og metodiske tilgang i tilbuddet er afklarede. De bygger blandt andet på de eksisterende kvalitetsstandarder for misbrugsbehandling. Dog er det også vigtigt, at de nye medarbejders erfaringer indgår i forløbet, samt at de opnår ejerskab til behandlingsmetoden. Medarbejderne starter derfor d. 1. april, hvorefter der i april måned sker en faglig proces, hvor der sikres et fælles grundlag og paradigme for selve behandlingsindsatsen. Nedenfor beskrives trinene i et standardiseret behandlingsforløb.

Misbrugere har ofte multiple problemer. For at sikre en optimal behandlingseffekt er det vigtigt, at borgeren tilbydes en helhedsorienteret handleplan, og at de forskellige problemstillinger og aktører inddrages i handleplanen. Behandlingen skal derfor også rumme et fokus på familieliv, arbejdsmarked og andre sociale forhold. Ved at integrere disse forhold sikres det bedste samlede resultater for borgeren, ligesom det medvirker til at forebygge tilbagefald.

Et typisk forløb for en borger, der henvender sig til tilbuddet, vil have følgende trin:

1. Informationssamtale
2. Udredning
3. Behandlingsplan
4. inddragelse af aktører
5. tilbagefald

Erfaringer fra Rudersdal kommune er, at ca. 40 pct. er selvhenvendte, ca. 20 pct. er henvist af pårørende, mens de resterende ca. 40 pct. henvises fra Jobcenter, egen læge, arbejdsplads etc.

Informationssamtale:

Borgeren vil i første omgang blive tilbudt til en informationssamtale. Ved informationssamtalen vil misbrugsbehandleren gennemgå følgende:

- Borgerens målsætning for behandlingen.
- Samarbejde med andre snitflader/aktører.
- Inddragelse af familie, ressourcepersoner og lign.
- Samtykkeerklæring.
- Klagevejledning.

Ved afslutningen af informationssamtalen aftales det næste skridt for behandlingen, som omhandler en udredningsdel. I tilfælde af at borgeren er abstinent, kan der indledningsvis opstartes et samarbejde med misbrugsrådgivningens psykiater.

Udredningsdelen

Formålet med udredning er at tilbyde borgeren et helhedsorienteret behandlingsforløb, der er tilpasset borgerens behov i samspil med Lyngby-Taarbæk Kommune. Udredningsdelen tager udgangspunkt i en systematisk valideret udredning, hvor misbrugets omfang og karakter beskrives ud fra samtaler med borgeren.

I selve udredningen indgår blandt andet afklaring af

- Stamoplysninger.
- Psykiatriske indlæggelser.
- Beskrivelse af dobbelt diagnoser.
- Tidligere behandling og borgerens erfaring.
- Beskrivelse af misbrugets omfang.
- Behandlingsbehovet.
- Borgeren målsætninger.
- Motivation.
- Nuværende livssituation.
- En kortlægning af borgerens funktionsevne set i forhold til at bevare/fremme tilknytning til uddannelses og arbejdsmarkedet..
- Hvis borgeren har børn, skal der udarbejdes strategier ved eventuelle tilbagefald. Udarbejdelsen af strategierne sker i samarbejde med Børne- og Fritidsforvaltningen.
- Beskrivelse af samarbejdspartnere herunder psykiatrien.

Behandlingsplanen

På baggrund af udredningen udformes der en behandlingsplan, som indgår i den sociale handlingsplan, hvis en sådan er relevant at udarbejde.

Behandlingsplanen kan omhandle

- Individuelle samtaler.
- Familieorienteret behandling.
- Gruppebehandling.
- Den koordinering sagsbehandling.
- Inddragelse af andre snitflader – eksempelvis Socialcentret.
- Opfølgning på ekstern behandling.
- Psykiatrisk vurdering.

Ovenstående behandlingsplaner kan variere i form og indhold. Længden af behandlingen kan strække sig op til et halvt år. Formålet er at skabe den nødvendige helhedsorienterede indsats, således at borgerens sag koordineres mellem de involverede parter.

Tilbagefald

Tilbagefald er for mange borgere uundgåeligt i indsatsen. Målet er dog, at det indgår som et vigtigt indlæringsmoment i behandlingen. I det omfang de finder sted, inddrages erfaringerne herfra til at gøre borgeren bedre rustet til at uundgå eller reducere tilbagefaldenes omfang i fremtiden. På den måde ændres et tilbagefald fra negativt til positivt. Borgeren bliver en erfaring rigere.

Kvalitetsstandard for servicelovens § 107 – midlertidige botilbud

Lovgrundlag for ydelsen	<p>§ 107 i Lov om Social Service</p> <p>Kommunalbestyrelsen <i>kan</i> tilbyde midlertidigt ophold i boformer til personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det.</p> <p>Kommunalbestyrelsen <i>skal</i> tilbyde midlertidigt ophold</p> <p>1) til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller for pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte, og</p> <p>2) til personer med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, der har behov for pleje eller behandling, og som på grund af disse vanskeligheder ikke kan klare sig uden støtte.</p>
Målgruppe	<p>Målgrupperne for § 107-botilbud er:</p> <p>1) Personer med betydelig nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, der har behov for omfattende hjælp til almindelige daglige funktioner eller for pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte. Det er en forudsætning at borgerens behov er så omfattende, at de ikke kan dækkes på anden vis. Der kan være tale om behov for aflastning, behandling, optræning, afprøvning af fremtidige bomuligheder og udslusning mv.</p> <p>2) Personer med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, der har behov for pleje eller behandling, og som på grund af disse vanskeligheder ikke kan klare sig uden støtte, heller ikke med støtte i egen bolig.</p>
Formål med ydelsen	<p>Formålet er at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - forebygge, at problemerne for den enkelte forværres - forbedre den enkeltes sociale og personlige funktion samt udviklingsmuligheder - sikre størst mulig livskvalitet - forbedre mulighederne for den enkeltes livsudfoldelse gennem kontakt, tilbud om samvær, aktivitet, behandling, omsorg og pleje - yde en helhedsorienteret indsats med tilbud afpasset den enkeltes særlige behov
Kriterier for tildeling af ydelsen	<p>Midlertidigt botilbud bevilges når det vurderes, at botilbuddet er nødvendigt som ramme for en pædagogisk og/eller behandlingsmæssig indsats, samt at denne indsats ikke kan leveres i borgerens eget hjem.</p>
Ydelsens indhold	<ul style="list-style-type: none"> - Pleje-/behandlingsmæssig og/eller pædagogisk indsats - Støtte, vejledning, undervisning og træning i daglig levevis, herunder social færdighedstræning og selvstændighedstræning.
Hvad indgår ikke i ydelsen?	<p>Udgifter til kost, aktiviteter, transport, og personlige fornødenheder indgår ikke i ydelsen.</p>
Ydelsens omfang (varighed)	<p>Opholdets varighed beslutes ud fra en individuel og konkret vurdering af behovet og fremgår af borgerens handleplan.</p>
Tilrettelæggelse af ydelsen	<p>Botilbuddets aktiviteter er tilrettelagt ud fra den konkrete målgruppes behov og tilrettelægges af leverandøren af botilbuddet.</p>

Levering af hjælpen	Botilbuddet drives af en region, kommune eller en privat leverandør. Lokale tilbud i Lyngby-Taarbæk Kommune vurderes altid først, og der vælges tilbud ud fra en vurdering af forholdet mellem kvalitet og pris.
Kvalitetskrav til leverandøren	Det er en forudsætning, at tilbuddet er registreret og godkendt som et § 107-tilbud på Tilbudsportalen. Det er endvidere en forudsætning, at rådgiveren forinden visitation til et konkret botilbud har taget stilling til om opholdsprisen står mål med indholdet. Der tages i vurderingen udgangspunkt i gennemsnitsprisen for samme tilbudstype til målgruppen.
Betaling for ydelsen	Kommunen betaler den af beliggenhedskommunen godkendte opholdsbetaling for tilbuddet. Borgeren betaler som udgangspunkt egenbetaling, som dækker boligudgifter, herunder fx. el, varme, kost og vask. Borgeren dækker endvidere egne udgifter til transport, aktiviteter og personlige fornødenheder. Der tages i beregningen af egenbetaling højde for borgerens økonomiske forhold således at det sikres, at borgeren har et rimeligt rådighedsbeløb tilbage efter betaling af egenbetaling.
Hvordan følges op på ydelsen?	Rådgivningsteamet i Socialcenteret følger op minimum én gang årligt for at sikre, at tilbuddet opfylder formålet. Ved opfølgningen er der fokus på følgende: <ul style="list-style-type: none"> - Om der er behov for, at borgeren revisiteres til mindre indgribende foranstaltning. - Om tilbuddet opfylder sit formål, herunder de fastsatte mål i handleplanen. - Om botilbuddet er tilrettelagt og udføres på en tilfredsstillende måde.
Sagsbehandlingsfrist	2 måneder. Tidsfristen gælder fra relevant dokumentation, lægeerklæringer m.v. foreligger.
Henvendelse og visitation	Henvendelse om midlertidige botilbud kan ske til Socialcenteret i Lyngby-Taarbæk Kommune. Adressen er: Lyngby-Taarbæk Kommune Socialcenteret Toftebæksvej 12 2800 Kgs. Lyngby Tlf. nr.: 4597 3000 Email: social@ltk.dk Sagsbehandler i Socialcenteret yder råd og vejledning til borgere og deres pårørende om mulighed for midlertidige botilbud. Det er Socialcenteret, der træffer afgørelse om midlertidige botilbud.
Særlige bemærkninger	Oplysninger om Lyngby-Taarbæk Kommunes egne tilbud kan findes på www.ltk.dk
Godkendt dato	Godkendt af Kommunalbestyrelsen den

LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE
Social- og Sundhedsforvaltningen
Ældreservice
Planafsnittet

Journalnr. :
Dato : 16.03.2012
Skrevet af : dvra/cwv

Foreløbigt udkast til N O T A T
Konkurrenceudsættelse af træningsområdet

1. Indledning

Kommunalbestyrelsen besluttede i december 2010, at træningsområdet skal konkurrenceudsættes med drift fra foråret 2013 (jf. strategien for konkurrenceudsættelse). Konkret fremgår det af strategien, at det er genoptræning efter Sundhedslovens § 140, der skal konkurrenceudsættes. Der er indarbejdet en besparelse på 3,2 mio. kr. i budgettet for 2013 og overslagsårene som følge af konkurrenceudsættelsen.

2. Fakta om træningsområdet

Kommunen har i mange år ydet genoptræning og vedligeholdelsestræning efter Servicelovens § 86. Siden strukturreformen ligeledes genoptræning efter Sundhedslovens § 140. Sidstnævnte handler om genoptræning efter hospitalsophold og kræver en "læge-ordineret" genoptræningsplan fra hospitalet. Der visiteres til træning efter Servicelovens bestemmer, når der vurderes at være behov for vedligeholdelses- eller genoptræning uden at behovet er opstået ifm. hospitalsophold.

Træningen tilbydes ambulantly på træningscenterne Fortunen og Møllebo, individuelt eller på hold. Der ydes endvidere træning i eget hjem efter behov samt på kommunens 32 døgngenoptræningspladser på Fortunen. Træningen tilrettelægges efter diagnoser således, at alle borgere med behov for genoptræning af knæ samles på ét hold, uanset om de er visiteret efter Service- eller Sundhedsloven. Træningsenheden driver endvidere kommunens midlertidige pladser på Møllebo.

Lyngby-Taarbæk Kommune indgår i samarbejde med Gentofte og Rudersdal kommuner på træningsområdet. Samarbejdet handler dels om, at en række hold i hver kommune er åbne for alle borgere i kommuner, hvilket sikrer en optimal udnyttelse af kapaciteten. Der er f.eks. tale om apoplek-sihold, hold til bryst, hofter og knæopererede, ryghold og KOL-hehabilitering. Derudover har kommunerne hver især specialiseret sig i særlige områder og tilbyder træning til alle 3 kommuners borgere inden for disse specialer.

Samarbejdet handler i høj grad også om kompetenceudvikling og vidensdeling på tværs af kommunerne samt udviklings- og implementeringsarbejde i relation til ny lovgivning m.v.

Før 2007 blev træningen udført af Den Kommunale Leverandør på kommunens aktivitetscentre. Da den kommunale træningsopgave blev mere end fordoblet med strukturreformen, blev det besluttet at opkvalificere området ved at samle opgaven i én selvstændig organisation for at få et større fagligt fællesskab. Endvidere blev det besluttet – for at styrke fokus på træningsopgaven – at lade træ-

ningsenheden være en selvstændig organisation frem for en mindre delopgave inden for det store plejeområde.

Det er fortsat vurderingen, at det giver god mening at opretholde en organisering med en selvstændig træningsenhed. Men erkendelsen er, at det nogle steder har været en udfordring at fastholde tilstrækkeligt fokus i plejen på at få integreret træningen i dagligdagen og få prioriteret motion og bevægelse, som en ligeså vigtig del af dagligdagen som pleje og omsorg.

Kommunalbestyrelsen har i forbindelse med vedtagelsen af budgettet for 2012 besluttet at udbygge indsatsen for at gøre borgerne mere selvhjulpne. Både af hensyn til at øge livskvaliteten for de ældre, men også med henblik på at opnå en økonomisk besparelse på længere sigt.

Kommunens terapeuter i Træningsenheden har gennemført konkrete træningsforløb ifm. de to forløbere for den aktuelle indsats om "aktivitet/træning i hverdagen", men de opgaver der udspringer heraf, udgør en mindre del af den samlede mængde af træningsforløb i Træningsenheden. Der er dog en række relevante kompetencer hos medarbejderne i Træningsenheden som vil udgøre et vigtigt grundlag for at gennemføre paradigmeskiftet.

3. Udfordringer ved at konkurrenceudsætte træningsområdet

Uafhængigt af hvilke ydelser inden for genoptræningsområdet man vælger at konkurrenceudsætte, vil man opnå at få efterprøvet pris og kvalitet i forhold til den kommunale opgaveløsning. Dette kan medvirke til en billigere og bedre løsning af de konkurrenceudsatte ydelser samt eventuelt inspirere den resterende kommunale organisation inden for området til at optimere sin drift. På den anden side skal man imidlertid forholde sig til, om/hvordan en eventuel konkurrenceudsættelse påvirker den resterende drift.

Som beskrevet indledningsvist, er den konkrete beslutning i Lyngby-Taarbæk Kommune, at det er genoptræning efter sundhedslovens §140 der skal konkurrenceudsættes (jf. strategien for konkurrenceudsættelse).

Ud fra et driftsmæssigt synspunkt, er det imidlertid i praksis forbundet med væsentlige udfordringer at udskille genoptræning efter Sundhedsloven ifm. en konkurrenceudsættelse. Dette skyldes, at træning efter Sundhedsloven dels foregår i et samarbejde med 2 andre kommuner, dels at den genoptræning efter Sundhedsloven, som LTK udfører, er integreret med kommunens øvrige træning. Udover, at det i praksis er forbundet med vanskeligheder at sondre mellem træning efter hhv. Serviceloven og Sundhedsloven er snitfladerne til træningsområdet komplekse. Træningsydelserne er ofte en del af en helhedsorienteret indsats i et samarbejde med medarbejdere i hjemmeplejen eller på kommunens plejehjem. Der er ligeledes kontaktflader til hospitalerne, egen læge, visitationen, Jobcentret og til forvaltningen ifm. hjemtagelse af færdigbehandlede borgere, hjælpemidler og boligindstilling eller projekter omkring træningstilbud til ledige, afprøvning af velfærdsteknologi osv. Grundet kompleksiteten kan der defineres forskellige grænseflader for, hvordan "genoptræning" kan og skal forstås i en konkurrenceudsættelses kontekst.

Der er i dette notat skitseret 6 forskellige modeller for, hvordan man kan vælge at definere ”genoptræning” forud for en konkurrenceudsættelse og hensigten er, at Social- og Sundhedsudvalget drøfter disse og tilkendegiver hvordan skillelinien ønskes, inden forvaltningen udarbejder en egentlig potentialeafklaring. De fordele og ulemper, der knytter sig til den enkelte model fremgår nedenfor. Den generelle fordel der er ved at få efterprøvet pris og kvalitet ifm. en konkurrenceudsættelse gentages således ikke for hver model.

Modellerne er som følger:

- A. Træning efter Sundhedsloven >< Træning efter Serviceloven
- B. Hele kommunens træningsindsats
- C. Fysisk placering (Møllebo vs. Fortunen)
- D. Ambulant træning >< døgnoptræning. Disse kan endvidere underopdeles yderligere:
 - E. Diagnoser
 - F. Pleje vs. træning

Ad A:

Den første model handler om at skelne mellem træning efter hhv. Sundhedsloven og Serviceloven og konkurrenceudsætte genoptræning efter Sundhedslovens §140.

Fordelen ved denne model er at den er loyal ift. teksten i den politisk besluttede strategi for konkurrenceudsættelse.

Ulempen ved modellen er, at det er svært at se, hvordan man i praksis kan skelne mellem træning efter den ene eller anden lovgivning, idet træningen i praksis er tilrettelagt efter diagnoser.

Ad B

Det er et muligt alternativ at konkurrenceudsætte hele træningsområdet, dvs. alt genoptrænings- og vedligeholdelsestræning efter både Service- og Sundhedslov.

Fordelen ved denne model er, at der tilvejebringes et stort volumen af træningsopgaver og at der er tale om et ”rent snit” på træningsområdet.

Ulempen ved modellen er at ingen andre kommuner har gennemført en sådan øvelse før, hvilket gør, at der ikke findes erfaringer at lære af.

Modellen vil kræve udviklingen af en god incitamentsstruktur til at måle på kvalitet og effekt (funktionsniveau) i hele forløbet frem for gennemførelsen af enkeltindsatser. Endelig vil en sådan organisering skulle afklares i forhold til det tværkommunale samarbejde som kommunen indgår i.

Ad C:

Det er en mulighed at skelne mellem genoptræning på forskellige fysiske lokationer. Fortunen og Møllebo er to fysisk afgrænsede enheder med hver et så tilstrækkeligt stort volumen, at man kan forestille sig stordriftsfordele. Hvis det besluttes at konkurrence én af de to er det forvaltningens opfattelse, at Fortunen er mest i overensstemmelse med den oprindelige beslutning i konkurrenceudsættelsesstrategien, idet døgnpladserne på Møllebo er midlertidige pladser, mens der på Fortunen hovedsagligt er tale om genoptræningspladser

Fordelen ved model C er, at der kunne være mulighed for benchmarking og vidensdeling på tværs af enhederne og på tværs af en kommunal og privat aktør i relation til den ambulante træning.

Ulempen ved denne model er, at det faglige miljø i den resterende del af den kommunale drift vil blive mere sårbart, hvilket kan besværliggøre specialisering, rekruttering af dygtige medarbejdere og kompetenceudvikling. Endvidere vil man skulle finde modeller for håndtering af den række tværgående funktioner (uddannelsessygeplejerske, klinisk vejleder, udviklingsterapeuter, læge, demens og administration) man har etableret på tværs af de to lokationer af hensyn til en effektiv drift.

Ad D:

Det er en mulighed at skelne mellem ambulansetræning og døgnoptræning og konkurrenceudsætte enten det ene eller det andet.

Fordelen er at kommunen beholder en vis viden på området. Ulempen ved denne model er, at det i praksis er vanskeligt at skelne mellem ambulansetræning og døgnoptræning på den måde, at man enten konkurrenceudsætter det ene eller det andet. I praksis benytter terapeuterne de samme lokaler til begge målgrupper, ligesom borgere på døgnophold deltager på relevante hold på linie med borgere, som træner ambulansetræning. Endelig vil en sådan organisering skulle afklares i forhold til det tværkommunale samarbejde som kommunen indgår i, hvis det er den ambulante træning der konkurrenceudsættes.

Ad E

Model E handler om at konkurrenceudsætte træningsindsatsen i relation til bestemte diagnosegrupper. Det kunne dreje sig om alle rygghold, knæalloplastik, hoftealloplastik osv.

Det kunne også dreje sig om hele indsatsen i relation til forløbsprogrammerne, til træning ift hjælp til selvhjælp eller vederlagsfri fysioterapi.

Fordelen ved denne model er, at der er tale om de ydelser, der er mindst komplicerede forstået på den måde, at de bedre kan ses isoleret fra resten af indsatsen på andre områder i kommunen, idet et godt resultat ikke er direkte afhængigt af komplekse samarbejdsrelationer med visitation, hjemmepleje, hospital mv.

Afhængigt af valg af model vil man kunne sikre et tilstrækkeligt stort volumen blandt de ydelser som forblev i kommunalt regi, til at man fortsat havde grundlag for en effektiv drift.

Ulempen er, at det faglige miljø risikerer at blive mere sårbart, hvilket kan besværliggøre specialisering, rekruttering af dygtige medarbejdere og kompetenceudvikling. Derudover vil driften af den terapeutiske del af indsatsen på af genoptræningspladserne blive besværliggjort af at stå for sig selv, idet personalet overlapper på de forskellige funktioner ifm. spidsbelastninger og ferier. Endelig vil en sådan organisering skulle afklares i forhold til det tværkommunale samarbejde som kommunen indgår i, ligesom det vil kræve at der stilles krav til en evt. ny leverandør at vedkommende skal deltage i afprøvningen af velfærdsteknologi, idet dette ofte foregår i relation til netop ydelserne ovenfor. Sidst men ikke mindst er det en ulempe ift. den budgetlagte besparelse som følge af en konkurrenceudsættelse, at volumen i modellen ikke er stort.

Ad F:

Den sidste mulighed kunne være at konkurrenceudsætte den plejefaglige del af indsatsen på genoptræningspladserne på Fortunen. Det vil sige at konkurrenceudsætte driften af 32 genoptræningspladser med alt hvad det indebærer udover den terapeutfaglige del af indsatsen. Så kan en privat leverandør købe træningsydelser af kommunen.

Fordelen er, at dette vil fastholde det faglige miljø omkring træningsindsatsen intakt, samtidig med at en stor ydelse indenfor træningsområdet udfordres i forhold til pris og kvalitet.

Ulempen er at det er svært at sikre en lige så effektiv drift som i dag, hvis to forskellige leverandører skal drive det sammen. Det vil kræve ekstra koordinering, ledelse mv.

Derudover vil der være en udfordring forbundet med at sikre effektiv drift af de 9 midlertidige pladser der drives i tilknytning til genoptræningspladserne, med mindre disse indgår i et udbud.

Medarbejderne i træningsenheden har udtrykt en række generelle bekymringer ift. en eventuel konkurrenceudsættelse, uafhængigt af modelvalg. Ligeledes er der formuleret en række opmærksomhedspunkter, som skal indarbejdes i en senere kravspecifikation.

For det første er der en undren over, hvordan tanken om udlicitering hænger sammen med dette nye fokus på aktivitet/træning i hverdagen og bekymring for, hvordan kan man holde fast i tanken. Tilsvarende er der bekymring for om det velfungerende 3-kommunesamarbejde kan fortsætte efter en konkurrenceudsættelse.

Det er generelt vurderingen, at en udlicitering kan blive en forringelse, idet kontinuitet, samarbejde og helhedssyn går tabt og at dette kan ende med at blive dyrere for kommunen på lang sigt.

Det er således vigtigt, at der i forbindelse med en evt. konkurrenceudsættelse stilles de samme krav til en kommende leverandør ift. samarbejde, dokumentation, adgang til kommunens It-system mv. som i dag.

Overordnet set har kvaliteten i træningsindsatsen og i den pleje borgerne modtager på et døgnophold bl.a. indvirkning på det fremtidige behov for pleje samt hyppighed i indlæggelser. Ved en konkurrenceudsættelse skal man således sikre, at sådanne parametre indgår i den løbende evaluering.

Det er en løbende udfordring at sikre relevant vidensdeling, når samarbejdsfladerne er så mange som tilfældet er på træningsområdet. Den udfordring vil således også være der, hvis der vælges en privat leverandør af træning. For at lykkes med den opgave er det afgørende, at der etableres et samarbejde mellem en evt. ny leverandør og alle samarbejdspartnere der er lige så godt som det, der eksisterer i dag for at det ikke får negative konsekvenser for helhedsindsatsen og i sidste end også økonomien på ældre- og sundhedsområdet. Det er tilsvarende vigtigt, at der i kravspecifikationen stilles krav om, at en privat leverandør skal kunne tilgå relevante IT-systemer i kommunen.

Såfremt der skal konkurrenceudsættes, er det medarbejdernes vurdering, at det mindst uhensigtsmæssigt at vælge afgrænsede diagnoseforløb (i stil med model E), men der ses dog forsat problemstillinger ift. samarbejdet med de øvrige områder i forvaltningen.

Til slut henledes opmærksomheden på, at der er igangsat rigtig mange ting i øjeblikket på træningsområdet som fylder ift. også at skulle bruge tid på beskrivelse af områder ift. udlicitering og evt. at skulle til at byde på det. Her tænkes på organisationsændringen, afprøvning af velfærdsteknologi og paradigme skiftet.

4. Økonomi

Der er ikke regnet på økonomien i de forskellige forslag. Økonomistyringen mht. personaleressourcer på træningsområdet er opgjort på 6 hovedområder, som knytter sig til:

1. Drift af 32 genoptræningspladser og 9 midlertidige pladser på Fortunen. Budgettet indeholder personaleudgifter og øvrig drift (sygeplejeartikler, måtteservice, blomst på bordet m.v.)
2. Drift af 33 midlertidige pladser og 7 demens plejepladser på Møllebo. Budgettet indeholder personaleudgifter og øvrig drift.
3. Drift af genoptræning efter social- og sundhedslov på Fortunen og indeholder holdtræning, individuel træning (hjemmeboende), døgnrehabilitering (indlagte) og hjemmetræning ifm. projekt hjælp til selvhjælp. Endvidere gennemførelse af forløbsprogrammer for kronikere. Budgettet indeholder personaleudgifter og øvrig drift.
4. Drift af genoptræning efter social- og sundhedslov på Møllebo og indeholder holdtræning, individuel træning (hjemmeboende og indlagte) og hjemmetræning ifm. projekt hjælp til selvhjælp. Endvidere gennemførelse af forløbsprogrammer for kronikere. Budgettet indeholder personaleudgifter og øvrig drift.
5. Ejendomsdrift på Fortunen. Dækker over indvendigt vedligehold, huslejeindtægter, offentlige afgifter og energiudgifter.
6. Ejendomsdrift på Møllebo. Dækker over indvendigt vedligehold, offentlige afgifter og energiudgifter.

Nedenfor fremgår budgettet i 2012 fordelt efter ydelse og lokation:

Ydelse		Lokation	Budget (mio. kr.)
1	Døgnpladser	Fortunen	26,7
2	Døgnpladser	Møllebo	19,3
3	Træning	Fortunen	13,8
4	Træning	Møllebo	10,4
5	Ejendom	Fortunen	2,0
6	Ejendom	Møllebo	2,1
I alt			74,4

5. Erfaringer med udbud fra andre kommuner

KL har opsamlet erfaringer fra udbud i tre kommuner på genoptræningsområdet. To af kommunerne valgte at udbyde med udgangspunkt i et traditionelt udbud, mens én kommune valgte at gøre brug af frit valg-ordningen. Erfaringerne bærer præg af, at det er noget mindre, afgrænsede elementer af genoptræningsindsatsen man har konkurrenceudsat, idet man primært har koncentreret sig om holdtræning og den individuelle træning.

Alle tre kommuner har oplevet det positivt at få private aktører ind og levere genoptræningsydelser. Én kommune bemærker, at der er opnået en øget bevidsthed omkring ydelserne i forbindelse med udbudsprocessen, hvilket har bidraget til bedre kvalitet, mens en anden kommune har opnået bedre priser. Samme kommune oplyser, at man f.eks. har kunne opretholde god hyppighed i antal opstarter af holdtræningen og at tilgængelighed for borgerne i forhold til geografi har været tilfredsstillende.

Set i forhold til tværfaglige indsatser synes de omtalte udbud ikke at være omfattet af sådanne forhold. Man savner derfor erfaringer som kan bidrage til at afdække de udfordringer, som LTK står overfor ved et udbud på genoptræningsområdet, samtidig med at man har iværksat et omfattende program med henblik på implementering af principper for hjælp til selvhjælp – og hvor genoptræningsenheden indtager en væsentlig rolle i projektets gennemførelse.

I forbindelse med udarbejdelsen af en egentlig potentialeafklaring vil konkrete erfaringer fra kommuner der har konkurrenceudsat blive indhentet.

LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE
Ældreservice

Processen op til potentialeafklaring vedr. evt. udbud af genoptræning

Senest opdateret 27. marts 2012

Dato	Aktivitet og angivelse af væsentlige kommentarer eller spørgsmål	Ledelsens svar til kommentarer og spørgsmål
220410	Hovedudvalget Orientering om arbejdet med kommunens udbudsstrategi	
231110	Personalemøde i Personaleafdelingen Formel orientering om, at lønadministrationen "står på listen" i 2013	
251110	Hovedudvalget Drøftet retningslinjer vedr. konkurrenceudsættelse og udbud i LTK	
021210	Hovedudvalget Yderligere drøftelse af retningslinjer vedr. konkurrenceudsættelse og udbud i LTK	
Dec. 2010	Kommunalbestyrelsen vedtager strategi for konkurrenceudsættelse og genoptræning efter Sundhedslovens §140 står på listen	
230211	Område-MED i Social- og Sundhedsforvaltningen Orientering om at genoptræning efter Sundhedslovens §140 skal konkurrenceudsættes ifg. den politisk vedtagne strategi	
011211	Område-MED i Social- og Sundhedsforvaltningen Der blev orienteret om, at arbejdet med at konkurrenceudsætte træningsområdet påbegyndes i begyndelsen af 2012 og at der tidligt i processen vil blive lagt en udvalgssag op omkring afgrænsning af området der skal konkurrenceudsættes. Det blev aftalt, at der skal være fokus på området i MED-udvalgene.	
Dec. 2011	I forbindelse med at personalet i træningsenheden er samlet til status og mål informeres der om, at der arbejdes med en konkurrenceudsættelse på træningsområdet.	

250112	<p>Område-MED i Social- og Sundhedsforvaltningen</p> <p>Drøftelse af status og tidsperspektiv ift. konkurrenceudsættelse af træningsområdet</p>	
080312	<p>Lokal-MED på træningsområdet</p> <p>Information om status og den forestående proces</p> <p>Drøftelse af forvaltningens udkast til en præ-potentialeafklaring (notat udsendt)</p> <p>Der blev givet kort information om Virksomhedsoverdragelseslovens bestemmelser ud fra ønsket om at forklare, hvilke rettigheder medarbejderne har ved en udlicitering.</p> <p>Info om mulighed for at afgive eget bud</p> <p>Erfaringer fra andre kommuner skal inddrages i arbejdet med at forberede en evt. konkurrenceudsættelse</p> <p>Det skal overvejes, hvordan tanken om udlicitering hænger sammen med det nye fokus på hverdagsrehabiliterings og hvordan man kan holde fast i tanken?</p> <p>Hvordan kan man fortsætte og fastholde samarbejdet med Rudersdal og Gentofte kommuner i forhold til kompetencer på skulder, knæ hofte, ryg osv. Vi har forpligtet os til dette samarbejde og det fungerer godt.</p> <p>Hvad med de projekter der er i gangværende samt evt. fremtidige projekter. Hvilket regi skal det være i? Vi skal deltage i den teknologiske udvikling og være med i projekter og der er risiko for at dette går tabt.(Jf. mobil træning i 3 k samt Welfare Denmark projekt mv.)</p> <p>Der er siden strukturreformen oparbejdet specialiserede kompetencer i vores organisation indenfor mange områder, især ift. træning af</p>	<p>Enig. Der vil blive nedsat en arbejdsgruppe der skal udarbejde potentialeafklaringen og denne skal drøfte mulighed for studietur, interviews med andre kommuner mv.</p> <p>Enig. Udfordringen fremgår af præ-potentialeafklaringen og vil skulle drøftes grundigt ifm. arbejdet med at formulere en kravspecifikation.</p> <p>Det er vigtigt at fastholde det velfungerende, tværkommunale samarbejde. Der kan ifm en konkurrenceudsættelse stilles krav om deltagelse i dette via kravspecifikationen, såfremt de øvrige 2 kommuner er positivt indstillede.</p> <p>Fremtidige projekter kan foregå i et samarbejde mellem kommunen og en evt. privat leverandør. Der kan stilles krav om dette via kravspecifikationen.</p> <p>Når medarbejdere forlader kommunen vil deres kompetencer gå tabt i det omfang denne ikke er delt med kolleger. Der vil blive stillet krav til en kommende</p>

	<p>skulder, hofter og knæ – men også kompetencer omkring rehabilitering som der kan drages nytte af i forbindelse med paradigmeskifte. Ved udlicitering vil denne kompetence gå tabt</p> <p>Hvad sker der med samarbejdet med hospitalerne?</p> <p>Der eksisterer megen tavs viden i vores organisation som er svært at sætte ord på, svært at måle samt sætte værdi på, men som er til gavn for kommunens borgere. Denne tavse viden er også medvirkende til at borgernes videre forløb fortsætter og sikres hensigtsmæssigt når de sluttet hos os.</p> <p>Der er god sammenhæng i et borgerforløb, når vi har kontakt via fælles journalsystem til vores mange samarbejdspartnere, det er en uundværlig del af tilbuddet. Hvis træningen udliciteres vil den private leverandør have adgang til Uniq?</p> <p>Vores organisation vil ligeledes kunne leverer mere A til A tid og dermed en billigere ydelse, hvis der ikke længere skal dokumenteres og samarbejdes med hjemmeplejen! Det vil frigive megen tid, hvis der ikke skal læses og handles på adviser fra hjemmeplejen.</p> <p>Vores gode samarbejde med hjemmeplejen forhindrer i mange tilfælde indlæggelser eller genindlæggelser.</p> <p>Og hvad med hjælpemidler til de borgere der træner – hvem tager sig af dem.?</p>	<p>leverandør om at have de rette kompetencer til at kunne udføre opgaven med den ønskede kvalitet. Det er i øvrigt forventningen, at de nuværende medarbejderne finder det attraktivt at blive virksomhedsoverdraget.</p> <p>Samarbejdet med hospitalerne vil en kommende leverandør skulle indgå i.</p> <p>Det er vigtigt at al relevant viden og information dokumenteres.</p> <p>Der vil i kravspecifikationen blive stillet krav om, at en kommende leverandør kan arbejde i kommunens omsorgssystem.</p> <p>Dokumentationskravene vil ikke ændres som følge af en konkurrenceudsættelse og ej heller krav til relevant samarbejde ift. de konkrete ydelser der evt. konkurrenceudsættes.</p> <p>Der vil være tilsvarende forventning til en kommende leverandør. Der kan indarbejdes en relevant incitamentsstruktur i en kravspecifikation ift. at undgå (gen)indlæggelser.</p> <p>En kommende leverandør vil skulle varetage de samme opgaver, som træningsenheden varetager i dag. Dette sikres via kravspecifikationen.</p>
--	--	---

	<p>Hvis det er direkte besparelser man leder efter kunne man overveje øget bruger betaling ift. F.eks. træningsmateriale i lighed med den måde det allerede fungerer i private træningstilbud</p> <p>Vi har ikke penge i klemme og er upartiske. Det medfører at vi vil være bedre og hurtigere til at afslutte borgerne og ikke forlænge forløbet for egen vinding.</p> <p>Vi har mange borgere med forskellige former og grad af demens. I disse forløb er samarbejdet med hjemmeplejen og indsigt i den slags problematikker altafgørende for at positivt forløb, hvis borgeren skal øge sit funktionsniveau og gennemføre et træningsforløb.</p> <p>Vi varetager uddannelse i vores organisation. Dette er vigtigt for kvalitetssikring og kompetenceudvikling.</p> <p>Der er en god stabil medarbejder stab, hvilket er vigtig for denne organisation og som burde tænkes ind i et evt. Privat Tilbud.</p> <p>Ved udlicitering risikeres at der tænkes mere i kasser – der gives et bestemt afgrænset tilbud eller ydelse. Dette risikerer at medføre ikke relevant, hensigtsmæssig eller hel og sammenhængende behandling. Det yders kun det der betales for.</p> <p>Ved udlicitering af ryg skal sikres fortsat samarbejde med jobcenter som der i gang med at blive etableret og opleves vigtigt for at undgå tildeling af dobbelt ydelser i kommunalt regi.</p>	<p>Forslaget vil blive undersøgt.</p> <p>Dette er en risiko ved en konkurrenceudsættelse som vil blive forsøgt minimeret via opfølgning og kontrol efterfulgt af relevante sanktioner i henhold til kontrakten. Enig i, at det er vigtigt, at en konkurrenceudsættelse <u>ikke</u> medfører overbehandling.</p> <p>Der vil blive stillet krav til en kommende leverandør om at samarbejde og om at have de rette kompetencer til at kunne udføre opgaven med den ønskede kvalitet og til</p> <p>Der vil blive stillet krav til en kommende leverandør om at skulle uddanne elever mv.</p> <p>Medarbejderne vil blive tilbudt at blive virksomhedsoverdraget.</p> <p>Dette er en risiko som kan forsøges minimeret ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at stille krav til at en kommende leverandør om at arbejde helhedsorienteres • ved at konkurrenceudsætte ”hele opgaven” • ved at der indarbejdes en relevant incitamentsstruktur i en kravspecifikation (fokus på effekt frem for konkret indsats) <p>Enig. Dette skal der stilles krav om i kravspecifikationen.</p>
--	--	--

<p>Samarbejdet herunder kommunikationen med private udbydere kan være svær / her er der allerede erfaringer fra borgerforløb fx i hjemmetræningen, hvor der er private udbydere på hjemmeplejen.</p> <p>Generel vurdering at en udlicitering kan blive en forringelse idet kontinuitet, samarbejde og helhedssyn går tabt og at dette kan ende med at blive dyrere for kommunen på lang sigt.</p> <p>Vores døgnrehabiliteringspladser er dyrere end andre steder. Det bør undersøges hvorfor og hvordan vores kvalitet/outcome er ift. andre steder. Genindlæggelser, hospitalsindlæggelser, plejehjemsindstillinger, mængden af hjemmehjælpeydelse mm.</p> <p>Konkrete forslag til at det er mest hensigtsmæssigt at konkurrence de mindst komplicerede ydelser, som er relativt afgrænsede og hvor der ikke fordres stort samarbejde med andre aktører:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle ydelser ifm. forløbsprogrammer • knæ, ryg, bryst, skulder og vederlagsfri fysioterapi. • Træning før varig hjælp <p>Opmærksomhed på at træning ikke kan gennemføres optimalt uden at de basale behov er opfyldt. Det vil bl.a. sige smertedækning, psykisk velbefindende (opsporing af depression i forbindelse med hjerneblødning, kronisk sygdom mm.) og ernæringstilstand.</p> <p>Faglig vurdering af borgerens ressourcer hen over døgnets 24 timer. Borgerens fysiske og psykiske formåen kan svinge hen over døgnnet.</p> <p>Har man overvejet hvad der skal ske med de 9 nuværende midlertidige pladser, hvis det bliver de 32 nuværende genoptræningspladser, der ryger i udbud? Det har gennem de sidste år vist sig, at der i perioder har været en overvægt af midlertidige pladser på trods af 20 akut pladser samt 12 midlertidige pladser på Solgården. Midlertidige pladser og genoptræningspladser</p>	<p>Denne risiko vil blive forsøgt minimeret ved at kræve at en evt kommende leverandør arbejder i kommunens omsorgs- og træningssystemer.</p> <p>Dette vil indgå som en bemærkning i præ-potentialeafklaringen</p> <p>Forslaget vil blive undersøgt.</p> <p>Dette vil indgå som forslag i præ-potentialeafklaringen</p> <p>Helt enig. Der vil blive stillet krav om at personalet hos en evt. ny leverandør er kompetent til at kunne løfte disse opgaver.</p> <p>Det vil der blive truffet beslutning om politisk, hvis den model vælges.</p>
---	--

	<p>deler alle lokaliteter såsom fælles opholds- og spisestue, køkken, badeværelser, kontorer og andre personale rum. De samme rum bruges også af terapeuterne, når de er hos borgerne for at træne disse.</p> <p>Ulempen er at det kan være svært at fastholde det tværfaglige miljø. Vi kan være bekymret for at viden, erfaringer og kompetencer går tabt, hvis medarbejderne ikke længere finder det attraktivt at være ansat. Det vil besværliggøre rekruttering af kompetente og dygtige medarbejdere. Det vil også blive sværere at kompetenceudvikle i det tværfaglige samarbejde.</p> <p>Hvor er neuroteamet henne i dette her? 3 kommunesamarbejde og samarbejde med terapeuterne?</p> <p>Overordnet har kvaliteten i plejen betydning for det videre træningsforløb og hyppighed af indlæggelser. Dette må et måleparameter ved evt. udlicitering.</p>	<p>Her gælder det samme som den øvrige del af 3-kommunesamarbejdet (se ovenfor)</p> <p>Enig.</p>
110412	Drøftelse af præpotentialeafklaring i Social- og Sundhedsudvalget	
Efter den 11.	Lokal-MED i træningsenheden med information om den politiske beslutning den 14/3 samt drøftelse af det videre forløb	
Perioden april til juni 2012	<p>Beslutte organisering omkring udarbejdelse af potentialeafklaring</p> <p>Klarlægning af træningsenhedens samlede opgaver ud fra behovet for at få skilt opgaver, der evt. skal konkurrenceudsættes fra opgaver, der umiddelbart ikke skal konkurrenceudsættes</p> <p>Udarbejdelse af potentialeafklaring</p>	Klarlægningen er sket i dialog imellem ledelse og medarbejdere

NOTAT
om
Busfunktioner på biblioteks- og sundhedsområdet samles i én bus.
Scenarier og etableringsudgifter.

Arbejdsgruppen der arbejder med at samle de to busfunktioner har indhentet oplysninger fra Bus Center Vest i Kolding, som foruden de fleste bogbusser i Danmark også har leveret mange bloddonorbusser.

Firmaet har således stor erfaring og ekspertise på området.

Der tegner sig 3 scenarier:

Scenarie 1

En bus, som kan opfylde begge funktioner hensigtsmæssigt, skal være 12 m lang.

Om bussen er 10, 11 eller 12 m lang har ikke den store betydning for prisen.

En helt ny bus, indrettet og monteret med handicapadgang og udvendig markise koster 2,8 mio. kr.

Leveringstid: 9 mdr.

Scenarie 2

En ældre, ombygget bus på 12 m og ellers indrettet og monteret som ovenfor.

I følge Bus Center Vest vil en ældre bus være fuldt funktionsdygtig og driftssikker.

Al indmad tages ud og bussen nyindrettes til formålet.

En ældre bus, nyindrettet og monteret med handicapadgang og udvendig markise koster ca. 1,5 mio. kr.

Leveringstid: 6 mdr.

Scenarie 3

En lille ny bus på 7,5 m som erstatning for den nuværende biblioteksbus.

Bussen er handy og driftssikker og monteret med handicapadgang og markise.

Denne løsning betyder, at de to funktioner ikke kan samles i én bus.

Sundhedsbussen bevares, og de to busser kører ud sammen "i kortege".

En lille ny biblioteksbus, indrettet og monteret koster 1 mio. kr.

Leveringstid: 6 - 9 mdr.

Note: Alle priser er ex. moms.

REFERAT

af møde om

Sammenlægning af busfunktionerne vedr. sundhedsområde og bibliotek

Deltagere: Anne-Margrethe Aggestrup, Jakob Sylvest Nielsen, Torben Hald, Lene Kristiansen, Hanne Duelund, Susanne Rømeling

Social- og Sundhedsudvalget og Kultur- og Fritidsudvalget godkendte på udvalgmøderne 7. og 8. december, at forvaltningen ”bemyndiges til at arbejde videre med at udvikle og indkøbe en ny kombineret sundheds-/biblioteksbus, og at der fremlægges et mere konkret forslag til en fælles løsning i begyndelsen af 2012.”

Det var baggrunden for, at styregruppe og projektgruppe holdt et fælles møde for at drøfte en fremtidig løsning mere konkret.

Økonomi

Udover en driftsbevilling til en ny bus på 1 mio. kr. i 2012, indeholder budgetvedtagelsen også en samlet besparelse, en effektivisering, for de to busfunktioner på 0,25 mio. kr. som udmøntes fra 1.1.2012.

Besparselsen er fordelt forholdsmæssigt med 70.000 kr. på Sundhedsbussen, 58.000 kr. på Intern Service og 127.000 kr. på biblioteket.

En sammenlægning af de to busfunktioner skal både tilgodese en driftsbesparelse og yde en god service i fællesskab til borgerne. Derfor er det nødvendigt at koncentrere indsatsen til færre holdepladser.

Fakta vedr. at køre den nye bus

Hvis bussen skal kunne køres med almindeligt stort kørekort må den max. veje 18 t, være 12m lang, 4m høj og 2,55m bred. Til sammenligning er den nuværende biblioteksbus 7,5m lang, 3m høj og 2,5m bred.

Bibliotekarforbundet oplyser, at det ikke er en bibliotekarisk kvalifikation at køre bogbus. Hvis det overhovedet kan komme på tale, skal det være frivilligt. BF har kun kendskab til et enkelt eksempel, i Struer, hvor en bibliotekar frivilligt har kørt bogbus.

BF understreger desuden, at FOA (der typisk organiserer bogbuschauffører) formentlig, hvis de hører om lokale aftaler, vil forsøge at stoppe sådanne gennem det fagretlige system.

Perspektiv

Efter drøftelserne på mødet er der enighed om at pege på en løsning med 6 holdepladser, at bussen har en fast rute to dage om ugen – fordelt på 3 holdepladser den ene dag og 3 holdepladser den anden dag, og at bussen holder 5 timer effektivt pr. dag, samt at der i bussen er en bibliotekar, en sundhedsmedarbejder og en chauffør. Sidstnævnte forestår udover at køre bussen, af- og pålæsning af biblioteksmaterialer, er behjælpelig ved udlån og aflevering af biblio-

tekstmateriale, praktiske gøremål i forbindelse med at hjælpe borgerne ved holdepladserne – og står endelig for at afhente og parkere bussen og rengøre den.

Konkret forslag

Den fælles bus kører to hele dage om ugen.

Holder 5 timer effektivt pr. dag - fordelt på 3 holdepladser pr. dag.

Bussens faste holdepladser:

- Lundtofte Torv
- Mølleåparken/Brede
- Virum Station
- Sorgenfri Torv
- Lyngbygårdsvej/Fortunbyen
- Lyngby Vest/ i den tidligere Statskoles gård

Derudover vil bussen kunne indgå i kampagner, events og andre særlige begivenheder.

Logistik og myndighedskrav

Den nye bus skal, når den ikke er i brug, kunne parkeres et hensigtsmæssigt sted centralt i Lyngby, og hvor det er muligt at den kan holdes varm. Det er vigtigt, så bussens ”indmad” og materialer ikke ødelægges af fugt. Desuden skal bussen stå et sted, hvor den er sikret mod hærværk.

Stoppesteder/holdepladser skal tilpasses, godkendes og skiltes så de passer til den nye bus.

Bestilling af ny bus

Hurtigst muligt efter den politiske behandling af det konkrete forslag skal der tages kontakt til mulige leverandører af en ny bus.

NOTAT

Om

Status på medlemstal og aktiviteter på Lyngby Ældrecenter efter sammenlægningen af Lyngby Ældre Klub og Lyngby Dagcenter

Lederen af Lyngby Ældrecenter (LÆC), Dorthe Minna Hansen, gav på udvalgsmødet i december 2011 en kort status på medlemstal og aktiviteter i den nye klub. Her følger en kort, skriftlig evaluering efter det første halve år siden opstarten.

Lyngby Ældrecenter har nu ca. 575 medlemmer. Heraf var de 80 medlemmer af Lyngby Dagcenter og de ca. 450 af Lyngby Ældre Klub. Hertil kommer, at ca. 50 medlemmer er nytilkomne efter åbningen af ældrecentret. Det er opfattelsen, at "Motionsfestivalen" i september 2011 har tilført mange af de nye medlemmer.

Det er den generelle opfattelse, at sammenlægningen af de to tidligere ældretilbud, Lyngby Ældre Klub og Lyngby Dagcenter, er forløbet rigtigt godt ift. at skabe gode rammer og tilbud for de medlemmer fra de 2 gamle ældreklubber, der har ønsket at fortsætte i LÆC.

Det skal dog bemærkes at Lyngby Dagcenters medlemstal inden sammenlægningen var opgivet til ca. 200 og at der således umiddelbart er ca. 120 medlemmer derfra, som har valgt ikke at fortsætte i den nye klub i forbindelse med sammenlægningen.

Der er ikke foretaget en systematisk gennemgang af, hvem disse borgere er og hvad årsagen hertil er, men man har lokaliseret følgende forklaringer på frafaldet:

- En større gruppe bridgespillere på ca. 16 valgte ikke at flytte over til LÆC. Årsagen var at flere af bridgespillerne var udenbys borgere, hvilket ifg. LÆCs vedtægter medfører dobbelt pris for medlemskab. Disse medlemmer har på eget initiativ fundet et nyt lokale og videreført aktiviteten.
- En anden gruppe bridgespillere på 12-16 valgte ikke at fortsætte med at spille bridge, da de ikke kunne fortsætte på deres sædvanlige dag. De blev tilbudt lokaler en anden dag, men det var hovedparten ikke indstillet på.
- Foredragsholdet på ca. 30-40 er ikke blevet videreført i sin oprindelige form. Antallet af foredrag er reduceret, men der tilbydes nu banko i forbindelse med de tilbageværende foredrag. LÆC har vurderet, at man ved at anvende ressourcerne på andre aktiviteter kunne nå ud til en bredere medlemsskare. Endvidere er der mange aktører – f.eks. FOF og kommunens biblioteker – som tilbyder gode foredrag og som har store lokaler til rådighed.
- Morgenhyggeholdene er blevet reduceret fra 4 til 2 pga. manglende tilslutning, om end det også har betydet, at nogle borgere ikke kunne benytte tilbuddet mere end én gang om ugen.

Hovedparten af de medlemmer fra dagcentret, der havde mest nedsat funktionsniveau og blev kørt ind til fælles morgenkaffe, kommer i dag på morgenhyggeholdet i LÆC.

Det store antal medlemmer i Lyngby Ældrecenter stiller store krav til koordineringen af aktivitetsafviklingen, men det er opfattelsen, at aktiviteterne forløber godt og at personale/undervisere, frivillige og medlemmerne udviser fleksibilitet og forståelse for den nye situation.

Det er bl.a. tale om, at der i det nye Lyngby Ældrecenter er personale fra begge de to tidligere ældretilbud og at to specielle aktiviteter fra Lyngby Dagcenter, bridge- og morgenhyggeholdene, er videreført i det nye ældrecenter med god succes. Samarbejdet mellem personalet og de to tidligere medlemsgrupper er godt og bærer ikke præg af, at der er *dem* og *os*.

Det samlede antal fastansatte udgør 5 medarbejdere, hvoraf centerlederen er fuldtidsansat. Én medarbejder er siden sammenlægningen opsagt og fratrukket 1. marts 2012. Hertil kommer 13 FOF-undervisere, som er ansat for én sæson af gangen. Endvidere er der tilknyttet 35 frivillige, som beskæftiger sig med undervisning, administration, arrangementer/fester, oprydning m.v.

Blandt de nye aktivitetstilbud, der er tilkommet på Rustenborgvej siden sammenlægningen, kan nævnes morgenhyggehold, bridgeturning, bridgeundervisning og it-undervisning. Som tidligere nævnt er bridge- og morgenhyggeholdene videreført fra Lyngby Dagcenter og har fortsat stor opbakning.

Det er planer i gang med at oprette to nye aktiviteter, gospel-kor og Motionsfestivalen, med opstart i efteråret 2012.