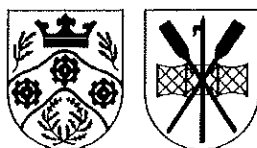


LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE



Social- og Sundhedsudvalget

Protokol

Onsdag den 18. maj 2011 kl. 15:30
afholdt Social- og Sundhedsudvalget møde i Mødelokale F 6.sal/T 12.

Medlemmerne var til stede

Endvidere deltog:

Kst. socialdirektør René Rasmussen

Ældrechef Dorte Vangsø Rasmussen

Afdelingschef Jakob Sylvest Nielsen

Afdelingschef Charlotte Olsen

Souschef Lisbet van de Louw deltog under pkt. 12

Sundhedskoordinator Andreas S Madsen

INDHOLDSFORTEGNELSE

Sag nr:		Side:
01	1. anslået regnskab 2011 - for Social-og Sundhedsudvalgets Aktivitetsområde	4
02	Forslag til regnskab 2010	7
03	Budget 2012 perspektivnotat på ældre, handicap og sundhed	9
04	Samlet status på implementering af budgetinitiativer i budgetaftalen	11
05	Kvalitetsstandard for voksenspecialundervisning	13
06	Strategi for flerlægepraksisser	15
07	Virksomhedsberetning 2010 - Den Kommunale Tandpleje	17
08	Telemedicin	19
09	Frit valg timepriser 2010 - 2011	22
10	Driftsoverenskomst for ny ældreklub	25
11	Ombygninger på Caroline Amalie Vej 118-124, økonomiske konsekvenser	28
12	Nyt plejecenter og friplejeboliger	30

13	Frigivelse af midler fra Lykkens Gaves Fond	32
	.	
14	Status på den boligsociale indsats og anvendelse af de boligsociale midler	34
	.	
15	Frivillige aktiviteter i samarbejde mellem enkeltpersoner, foreninger og Lyngby-Taarbæk Kommune - forslag fra Jørn Moos (ufp) og Birgitte Hanibal (V)	37
	.	
16	Til orientering for udvalgets medlemmer maj 2011	39
	.	
17	Dialogmøde med aktører, der laver frivilligt socialt arbejde i Lyngby-Taarbæk - forslag fra formand for SSU Sofia Osmani (C)	40
	.	

1.

1. anslået regnskab 2011 - for Social-og Sundhedsudvalgets Aktivitetsområde

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at

1. udvalget tager redegørelsen vedrørende 1. anslået regnskab 2011 til efterretning
2. udvalget godkender, at forvaltningen på udvalgets juni møde, vil komme med konkrete forslag til modgående initiativer
3. udvalget tager status på det specialiserede socialområde med udgangspunkt i det udarbejdede materiale bagerst i 1. anslået regnskab 2011 til efterretning.

Sagsfremstilling

Økonomiudvalget behandlede den 26. april 2011 forvaltningens redegørelse vedrørende 1. anslået regnskab 2011. Redegørelsen er udarbejdet i forlængelse af budgetudfordringssagen fra februar 2011 og på baggrund af de tillægsbevillinger, der blev givet på KMB-mødet den 28. marts 2011 samt endelig med udgangspunkt i forbruget pr. 31.3.2011.

Økonomiudvalget besluttede på mødet,

1. at tage redegørelsen til efterretning
2. at oversende redegørelsen til de enkelte fagudvalg med henblik på behandling

Resultatet af fagudvalgets behandling oversendes til Økonomiudvalgsmødet den 24. maj.

Hovedtallene i Resultatet af 1. anslået regnskab 2011:

I.000 kr. netto	Budget 2011	Korrigeret budget *	Anslået regnskab	Afvigelse i 1. anslået regnskab i forhold til korr.budget	Afvigelse mellem skønnet regnskab og opr. budget
Ældreområdet	578.953	578.076	578.076	0	-877
Handicapområdet	318.786	323.159	328.559	5.400	9.773
Sundhedsområdet	206.964	204.919	204.419	-500	-2.545
Social-og Sundhedsudvalget i alt	1.104.703	1.106.154	1.111.054	4.900	6.351

- = mindredgift/merindtægt

+ = merudgift/mindreindtægt

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

Nettoafvigelsen, der udgør 4,9 mio. kr., er nærmere beskrevet i de vedlagte bemærkninger til de enkelte afvigelser.

Modgående initiativer

Som det fremgår af 1. anslået regnskab for 2011 skønnes der merudgifter på Social- og Sundhedsudvalgets område på 4,9 mio.kr., hvoraf de 0,5 mio.kr. er en teknisk udgift, som vedrører beskæftigelsesområdet. Den væsentligste årsag til merudgifterne er en enkeltsag i 2011 på 3,9 mio. kr., som vedrører en enkelt dyr sag.

Den permanente budgetmæssige udfordring forventes dog at blive på 2,6 mio.kr., hvoraf de 1,6 mio.kr. vedrører enkeltsagen og 1 mio.kr. merudgifter til boligsikring. I den forbindelse foreslås det, at til næste møde udarbejdes modgående forslag på Social-og sundhedsudvalgets aktivitetsområde for samlet set 2,6 mio.kr. inden for følgende områder gældende for 2011 og budgetoverslagsårene:

- Serviceniveauet på ydelser på efter serviceloven (præcisering af henholdsvis Ungdomsuddannelse, aflastning, midlertidige botilbud, samt skærpelse af øvrige serviceniveauer)
- Reduktion i driftsbudgetterne for de selvejende og kommunale sociale tilbud.
- Eventuel mulighed for mindreudgifter på andre aktivitetsområder under Social-og Sundhedsforvaltningens aktivitetsområde.

På Social-og Sundhedsudvalgsmødet i juni måned vil den konkrete udmøntning af modgående initiativer blive drøftet.

Specialiserede socialområde

Som en del af materialet til 1. anslået regnskab er vedlagt indberetningen til Indenrigsministeriet samt de udarbejdede nøgletal vedrørende det specialiserede socialområde. Begge elementer indgår i den ledelsesinformation, som fremadrettet skal understøtte den faglige og økonomiske prioritering af de forskellige foranstaltninger på området. Nøgletallene er udvalgt efter økonomisk relevans og validitet i styringsmæssig sammenhæng. For en række foranstaltninger gælder det, at det på nuværende grundlag ikke er muligt at opgøre enhedsomkostningerne, hvorfor der ikke er tale om en udtømmende opgørelse for hele det specialiserede område. I det omfang det løbende bliver muligt at knytte flere foranstaltninger til oversigten, vil ledelsesinformationen blive udvidet hermed.

Tallene i indberetningen til Indenrigsministeriet er identisk med skønnet for 1. anslået regnskab 2011, men da Indenrigsministeriet anvender en smallere afgrænsning af det specialiserede socialområde afviger oversigten fra den afgrænsning, som ligger til grund for LTK's samlede aktivitetsopgørelse. For både

aktivitetsskønnet og nøgletallene gælder det, at de baserer sig på dispositionsregnskabet, som udgør hjørnestenen i økonomistyringen af området.

Ifølge oversigten forventes der merudgifter på Social-og Sundhedsudvalgets område under det specialiserede socialområde på 3,2 mio.kr., som primært vedrører udgifter til en borger på 3,9 mio.kr.

Oversigten behandles ligeledes i Børne- og Ungeudvalget den 19. maj 2011. Sagen er behandlet i Økonomiudvalget den 26. april 2011 som et bilag til 1. anslået regnskab og behandlet i Kommunalbestyrelsen den 2. maj 2011 ligeledes som et bilag til 1. anslået regnskab.

Økonomiske konsekvenser

Fremgår af sagen.

Beslutningskompetence

Økonomiudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011

ad. 1 Taget til efterretning.

ad. 2 Godkendt.

ad. 3 Taget til efterretning.

Bodil Kornbek (A) var fraværende

2.

Forslag til regnskab 2010

Indstilling:

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at Social- og Sundhedsudvalget overfor Økonomiudvalg og Kommunalbestyrelse anbefaler, at Regnskab 2010 godkendes.

Sagsfremstilling:

I henhold til proceduren for regnskabsaflæggelsen 2010 skal fagudvalgene behandle regnskabet for drifts- og anlægsvirksomheden inden for deres udvalgsområder.

Økonomiudvalget blev på mødet den. 22. marts 2011 orienteret om regnskabsstatus 2010, og efterfølgende har Kommunalbestyrelsen godkendt overførslerne på mødet 29. marts 2011.

Hovedresultatet af regnskab 2010 fremgår af følgende oversigt.

Forskellen mellem Regnskab 2010 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 2011	Reel afvigelse (4-5)
	1	2	3	4	5	6
DRIFT						
Aktivitetssområde Ældre	575.498	590.592	589.435	-1.157	-1.436	279
Aktivitetssområde Handicap	313.396	312.923	319.111	6.188	-117	6.305
Aktivitetssområde Sundhed	192.543	207.740	209.243	1.503	1.306	197
Drift i alt	1.081.437	1.111.255	1.117.789	6.534	-247	6.781
ANLÆG						
Aktivitetssområde Ældre	43.651	18.714	16.659	-2.055	-2.055	0
Aktivitetssområde Handicap	2.147	1.307	686	-622	-737	115
Aktivitetssområde Sundhed	678	212	212	-1	0	-1
Anlæg i alt	46.476	20.234	17.556	-2.678	-2.792	114
I ALT						

Som det fremgår af ovenstående oversigt, var der i 2010 et samlet merforbrug på driften på 6,5 mio. kr. Der overføres et mindreforbrug på 0,2 mio. kr. til 2011. Der overføres mindreforbrug på trods af, at der er merforbrug, fordi merforbruget på handicapområdet primært er på konti uden overførselsadgang.

Under anlægsvirksomhed var der et samlet restrådighedsbeløb på 2,7 mio. kr. Der er overført 2,8 mio. kr. til 2011.

Driftsvirksomhed

De detaljerede bemærkninger fremgår af det trykte regnskab i sagen, dog skal der til afvigelsen på 6,5 mio. kr. gøres følgende bemærkninger:

Aktivitetssområdet Ældre

Den primære årsag til det samlede mindreforbrug på ældreområdet på 1,2 mio. kr. er, at der på kontoen Plejehjem og hjemmesygepleje (DKL) blev forbrugt 3,0 mio. kr. mindre end budgetteret.

Aktivitetssområdet Handicap

Det samlede merforbrug på handicapområdet er på 6,2 mio. kr. Den væsentligste årsag er et merforbrug på 3,9 mio. kr. på Midlertidige botilbud, hvor der bl.a. var køb af 5 helårsbotilbudspladser svarende til 2,5 mio. kr. mere end budgetteret.

Aktivitetssområdet Sundhed

På sundhedsområdet er der et samlet merforbrug på 1,5 mio. kr. Det skyldes især merudgifter på Aktivitetsbestemt medfinansiering samt Specialiseret genoptræning på hhv. 0,8 og 0,6 mio. kr. Merforbruget på den aktivitetsbestemte medfinansiering opstod som følge af større aktivitet på hospitalerne i Region Hovedstaden i forhold til det budgetterede. Der var desuden 7 pct. stigning i antallet af specialiserede genoptræningsplaner fra 2009 til 2010, hvilket medførte merforbruget. Af merforbruget på 1,5 mio. kr. overføres 1,3 mio. kr. til 2011.

Anlægsvirksomhed

Der er et samlet restrådighedsbeløb på 2,7 mio. kr. for de tre aktivitetsområder i 2010. Årsagerne hertil er bl.a. et ubrugt beløb på 1,1 mio. kr. ved etableringen af 55 nye plejeboliger på Baunehøj (fase 2), samt at renoveringen af taget på Møllebo med et budget på 1,3 mio. kr. ikke blev igangsat. Desuden var der et restrådighedsbeløb på 0,7 mio. kr. på byggeprojektet, der skal erstatte det nuværende Strandberg.

Økonomiske konsekvenser

Fremgår af ovenstående.

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen

Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011

Anbefales.

Bodil Kornbek (A) var fraværende

3.

Budget 2012 perspektivnotat på ældre, handicap og sundhed

Indstilling

Social og Sundhedsforvaltningen foreslår, at Social- og Sundhedsudvalget drøfter perspektiver og udfordringer på aktivitetsområderne handicap, sundhed og ældre i første udkast til perspektivnotaterne 2012. Reviderede udkast til perspektivnotater fremlægges på udvalgets møde i juni 2011.

Sagsfremstilling

Økonomiudvalget godkendte på udvalgsrådet d. 22. februar 2011 en tidsplan for den politiske budgetproces 2012-2015. Heri fremgår, at fagudvalgene i maj og juni 2011 arbejder med perspektivnotaterne, der beskriver de faglige og økonomiske udfordringer, samt perspektiver for de enkelte aktivitetsområder. Der er tale om 1. udkast, hvor mere tekniske afsnit endnu udestår. På udvalgets maj møde foreslås, at udvalget drøfter afsnit 6 - perspektiv og udfordringer - herunder om der er andre ting der skal trækkes frem.

Perspektivnotaterne indgår senere i det administrative budgetforslag (budgetbogen).

I perspektivnotaterne for handicap, sundhed og ældre er følgende perspektiver og udfordringer beskrevet struktureret i henholdsvis faglige, styringsmæssige og økonomiske udfordringer:

Handicap:

- Udvikling af kommunens tilbud
- Overgangen fra ung til voksen og fra voksen til ældre
- Samarbejde med andre kommuner
- Kvalitetssikring - styring af det specialiserede socialområde
- Økonomistyring

Sundhed:

- Implementering af sundhedsstrategi
- Sundhed og beskæftigelse
- Telemedicin
- Færdigbehandlede patienters liggedage på hospital
- Pres på kommunal genoptræning
- Kommunal aktivitetsbestemt finansiering og medfinansiering

Ældre:

- Ældrestrategien "Det gode ældreliv"
- Hjælp til selvhjælp
- Frivillige og civilsamfundet
- Velfærdsteknologi
- Effektiviseringer og videreudvikling af budget- og økonomistyringsværktøjer
- Bygning af nyt plejecenter
- Konkurrenceudsættelse af et plejecenter

I forbindelse med udarbejdelse af perspektivnotaterne 2011 blev der, som følge af ny lovgivning indført obligatoriske borgerrettede kvalitetsmål, udviklet kvalitetsmål for alle aktivitetsområderne. I afsnit 7 gives en kort 1 årsstatus over de flerårige kvalitetsmål.

Økonomiudvalgets godkendelse af budgetproceduren 2012-2015 indebærer desuden, at der er igangsat en række budgetanalyser på de enkelte aktivitetsområder, som forberedelse til budgetlægningen 2012-2015. Resultaterne af budgetanalyserne vil bl.a. danne grundlag for aktivitetsområdernes nøgletalstabeller (afsnit 8) og bidrage til at kvalificere aktivitets- og økonomital, samt enhedspriser. Nøgletalstaberne præsenteres på udvalgets møde i juni 2011.

Til udvalgmødet i juni opdateres tillige den økonomiske driftsramme (afsnit 2), når første anslåede regnskab er godkendt.

1. udkast til perspektivnotater for aktivitetsområderne handicap, sundhed og ældre er udsendt til udvalgets medlemmer.

Økonomiske konsekvenser

Ingen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011

Drøftet. Genfremlægges med de faldne bemærkninger på udvalgets juni-møde.

4.

Samlet status på implementering af budgetinitiativer i budgetaftalen

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at status på implementeringen af budgetinitiativene i budgetaftalen for 2011-14 tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Som opfølgning på Social-og Sundhedsudvalgssagen den 16. november 2010 om "Udmøntningen af budgettilpasningerne for 2011-14 for Social- og Sundhedsforvaltningen" er der udarbejdet nedenstående status for fremdriften af budgetinitiativerne.

Den foreløbige status på Social- og Sundhedsudvalgets område er, at budgettilpasninger for 2011 forløber som planlagt, jf. tabel 1. Dog er budgettilpasningen vedrørende ældreklubberne blevet nedjusteret med 0,5 mio.kr. i forbindelse med budgetudfordringerne for 2011, hvilket blev besluttet på kommunalbestyrelsesmødet den 22. marts 2011.

Tabel 1. Status på opfølgningen på Budgetaftalen for Social- og sundhedsudvalget for 2011 (mio.kr)

	Som planlagt	Næsten som planlagt	Ikke som planlagt
Ældreområdet	-5,6	-	-
Handicapområdet	-5,3	-	-
Sundhedsområdet	-2,3	-	-
I alt	-13,2	-	-

I notat af 29.04.2011 om status på budgettilpasninger for 2011-14 for Social- og sundhedsområdet er de enkelte tiltag nærmere beskrevet og fremdriften er angivet. Notatet er udsendt til udvalgets medlemmer.

Den fremadrettede opfølgning i udvalget vil ske i forbindelse med eventuelle afvigelser i de anslåede regnskaber samt hvis budgettilpasningerne ikke går planmæssigt.

Økonomiske konsekvenser

Ingen, budgettilpasningerne forløber som planmæssigt.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011

Taget til efterretning.

5.

Kvalitetsstandard for voksenspecialundervisning

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at

1. udkast til kvalitetsstandard for voksenspecialundervisning efter lov om specialundervisning for voksne godkendes og herefter sendes i høring i Handicaprådet
2. at sagen genforelægges på Social- og Sundhedsudvalgets møde i juni 2011 med Handicaprådets bemærkninger.

Sagsfremstilling

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 hovedydelse. Der er aktuelt vedtaget kvalitetsstandarder i forhold til støtte i eget hjem, borgerstyret personlig assistance, tilskud til nødvendige merudgifter, støtte til behandling samt individuel befordring.

Der er udarbejdet udkast til kvalitetsstandard for voksenspecialundervisning efter lov om specialundervisning for voksne. Specialundervisningen er overordnet målrettet voksne, der har behov for en særlig tilrettelagt undervisning og rådgivning. Formålet er at afhjælpe eller begrænse virkningerne af borgerens funktionsnedsættelse og forbedre borgerens mulighed for at benytte kompenserende strategier, metoder og hjælpemidler, der øger borgerens mulighed for aktiv deltagelse i samfundslivet.

Der har siden 2009 været et fald i antal personer, der har søgt om og fået bevilget et voksenspecialundervisningsforløb. I 2009 fik 162 borgere et undervisningstilbud, hvorimod det kun var 131 borgere, der fik et tilbud i 2010. I 2011 er korrigeret budget til voksenspecialundervisning på 3,4 mio. kr.

Der har ikke tidligere været fastsat et egentligt serviceniveau vedrørende specialundervisning for voksne og der er ikke i lovgivningen fastsat ramme for, hvilken type undervisning, der skal bevilges som specialundervisning. Udkast til kvalitetsstandard for bevilling af voksenspecialundervisning er baseret på følgende grundprincipper, som ligeledes udgør serviceniveauet for ydelserne:

- at voksenspecialundervisning handler om at "lære at" leve med et funktionstab
- at der skelnes skarpt mellem støtte efter lov om specialundervisning for voksne og øvrige paragraffer vedrørende træning og genoptræning i henholdsvis Serviceloven, Aktivloven og Sundhedsloven
- at der maksimalt tildeles undervisning i et halvt år ad gangen
- at alle leverandører skal levere en evaluering af selve forløbet og borgerens udbytte heraf ved afslutning af undervisningsforløbet
- at der ved revisitation og eventuel forlængelse tages udgangspunkt i evaluering og borgerens udbytte og fremskridt ved første del af undervisningen

Udkast til kvalitetsstandard er udsendt til udvalgets medlemmer.

Det er forventningen, at politisk godkendt kvalitetsstandard og serviceniveau samt efterfølgende revideret arbejdsdag vil bidrage til at sikre en ensrettet bevillingspraksis. Konsekvensen forventes at blive, at enkelte borgere fremadrettet vil få bevilget færre timer eller ikke vil få bevilget specialundervisning. Enkelte af disse borgere vil eventuelt kunne få den nødvendige undervisning efter anden lovgivning.

Økonomiske konsekvenser

Kommunalbestyrelsen besluttede på møde den 2. maj 2011 en besparelse på området på godt 0,2 mio. kr., således at budgettet i 2011 er på 3,1 mio. kr. og 0,3 mio. kr. i 2012 og frem. Det er forventningen, at kvalitetsstandard og et præciseret serviceniveau på området vil bidrage til en reduktion i udgifterne til voksenspecialundervisning på 0,3 mio. kr.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011

Godkendt.

6.

Strategi for flerlægepraksisser

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at udvalget godkender strategien for flerlægepraksisser.

Sagsfremstilling

På udvalgets møde i april blev udkast til principper for lægehuse og flerlægepraksisser drøftet. Med afsæt i drøftelserne i Social- og Sundhedsudvalget samt Byplanudvalget er der udarbejdet en egentlig strategi for det videre arbejde. Strategien er udsendt til udvalgets medlemmer.

Lyngby-Taarbæk Kommune modtager løbende henvendelser fra lokale praktiserende læger, der forhører sig om mulige lokaler til flerlægepraksisser eller tilladelser til at etablere lægepraksisser i lokaler, hvor der i dag ikke er mulighed for at etablere praksis. Formålet med strategien er at være retningsgivende for kommunens arbejde og rumme principper for etablering af nye lægepraksisser i kommunen.

Målsætningerne i strategien gælder:

- Geografisk placering
- Infrastruktur
- Bygninger og adgang
- Kommunalt nybyggeri
- Fysisk/geografisk placering.

Strategien behandles også i Byplanudvalget på dets møde i maj måned. Strategien vil blive drøftet på møde med Lægeselskabet i juni måned.

Økonomiske konsekvenser

Ingen

Beslutningskompetence

Byplanudvalget samt Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011

Godkendt.

7.

Virksomhedsberetning 2010 - Den Kommunale Tandpleje

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at

1. udvalget tager virksomhedsberetningen til efterretning.
2. godkender tandplejens forslag til genopretning af økonomien

Sagsfremstilling

Virksomhedsberetning 2010

Tandplejens virksomhedsberetning er den afsluttende afrapportering på de mål og indsatsområder, som var beskrevet i resultatkontrakten gældende fra 2007 til udgangen af 2010. Virksomhedsberetningen og tilhørende bilag er udsendt til udvalgets medlemmer.

Tandsundheden er god i Lyngby-Taarbæk Kommune. På alle alderstrin er den bedre end såvel regions- som landsgennemsnittet, og tandsundheden for småbørnsgruppen og skolebørnene er generelt steget de seneste år. En evaluering af målopfyldelsen efter kontraktperioden 2007-2010 viser, at Tandplejen for næsten alle aldersgrupperne har opfyldt resultatkravene for perioden.

Genopretning af økonomi

Tandplejen har haft en produktivitetsforbedring i perioden, idet børnetallet pr. tandlæge er steget fra ca. 1.500 børn pr. behandlingstid i børne- og ungdomstidplejen til nu ca. 1.800 børn pr. tandlæge. Stigningen skyldes effektiviseringer. Konkret er det sket ved ændring i tilrettelæggelse af behovsbestemte intervaller, så der nu er tre intervallængder mellem de regelmæssige tandeftersyn, 6, 12 og 18 måneder. 12 måneder er det almindelige intervall (de fleste børn), de 6 måneder gælder for særligt syge børn og de 15 måneder for børn, der ikke har sundhedsudfordringer.

Nedskæringerne i Tandplejens personale har ikke haft den ønskede økonomiske effekt, hvorfor der i 2011 er en budgetudfordring på 700.000 kr. Såfremt denne udfordring skal håndteres, vil det betyde en stigning i børnetallet pr. tandlæge fra 1.800 til 1.900 børn pr. tandlæge. En kapacitetstilpasning på grund af det stigende børnetal vil endvidere være en forudsætning. Konsekvensen vil blive, at normalintervallet hæves fra 12 til 15 måneder mellem de regelmæssige tandeftersyn, ligesom der også vil være stigninger for den gruppe, der tidligere havde eftersyn

hver 15. måned.

Samlet set vil dette kunne nedbringe underskuddet i løbet af 2-3 år med forbehold for yderligere uforudsete forhold.

Økonomiske konsekvenser

Ingen

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget

Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011

ad. 1. Taget til efterretning.

ad.2. Godkendt.

8.

Telemedicin

.

Indstilling

Social- og Sundhedsudvalget godkender kommunen som projektdeltager i de to nævnte projekter, under forudsætning af finansiering via eksterne midler.

Sagsfremstilling

Baggrund

Medlemmerne af Social- og Sundhedsvalget Jørn Moos (UP), Gitte Westermann (V) og Anne Körner (V) har på udvalgets møde i april 2011 anmodet om optagelse om sag omkring status på forvaltningens telemedicinske indsatser.

Forvaltningen har hidtil kun sparsomme erfaringer med telemedicinske projekter. Telemedicinske projekter har en kobling mellem kommuner og sundhedsvæsen (læge og sygehus). Forvaltningen har dog - indenfor det seneste år – sammen med kommunerne i det tværkommunale samarbejde om velfærdsteknologi (Gentofte-, Rudersdal, - og Gladsaxe kommuner) ansøgt ABT fonden om midler til fælles projekt om mobil interaktivt træningsteknologi på genoptræningsområdet, et projekt om interaktiv træningsteknologi til borgere med erhvervet hjerneskade, et projekt om brug af udvalgte teknologier (herunder telemedicinske) til demente. Endelig afklaring af de nævnte projekter afventer ABT-fonden.

Der er imidlertid to projekter, som udvalget anmodes om at godkende videre deltagelse i. Det skyldes bl.a. at mange borgere skal kontaktes i forbindelse med projekterne og/eller får en anden behandling end hvad borgerne hidtil har været vant til. De to projekter beskrives kort nedenfor.

Fald-projektet med Gentofte Hospital

Lyngby-Taarbæk Kommune har fra Gentofte Hospital fået en invitation – som eneste kommune - til at indgå i et ambitiøst telemedicinsk projekt rettet mod at forebygge fald blandt ældre borgere mellem 70 og 87 år.

Projektets grundide er, at en optimering af forebyggelsen i hjemmet ved brug af digital teknologi kan:

- skabe øget tryghed blandt borgere og pårørende (man kan nemt komme i kontakt med både hospital, praktiserende læge og hjemmepleje, hvis man er visiteret til hjælp)
- opretholde og/eller bedre funktionsniveauet for borgerne gennem trænings- og anden instruktion via computer i hjemmet og herved reducere behovet for

hjemmepleje og indlæggelser

1/3 af alle ældre over 65 år falder mere end 1 gang årligt og for de 80+ årige er det halvdelen. Ikke alle fald resulterer i en kontakt med sundhedssystemet.

Alle borgere i aldersgruppen vil få tilsendt et spørgeskema omhandlende deres selvoplevede helbred, herunder spørgsmålet om hvorvidt de er faldet inden for det seneste år. På baggrund af besvarelserne udvælges 450 borgere til intervention og 450 til kontrol.

Konkret vil de udvalgte borgere få opstillet en computer med internetadgang, hvorfra målinger registreres og der kan kommunikeres via touch screen. Hver borger kan fra sin skærm tilgå eget træningsprogram, som er sammensat individuelt af hospitalet og ændres i takt med borgerens funktionsniveau.

Træningen retter sig mod muskelstyrke, koordination, øjenmotorisk funktion og svimmelhedsreducerende øvelser. Borgerens fysiske formåen måles med et 3-dimensionelt accelerometer og sendes trådløst til kommunen og sygehuset. Den kroniske patientjournal skrives af borgeren selv. Projektet indeholder også et motiverende element baseret på sundheds-psykologiske forskningsresultater.

Interventionen omkring hjemmebaseret, interaktiv forebyggelse er teknologisk designet og konfigureret så den generisk vil kunne finde anvendelse som redskab ved livsstilsændringerne i KRAM-faktorerne ved kroniske sygdomme. Gentofte Hospital har ansøgt Tryk-Fonden om 18 mio kr til gennemførelse af projektet i samarbejde med Lyngby-Taarbæk kommune og de praktiserende læger. Der forventes svar i september 2011.

KOL- projektet med Frederiksberg Hospital

Lyngby-Taarbæk Kommune har medio april 2011 været i dialog med Frederiksberg Hospital omkring deltagelse i et projekt rettet mod KOL-patienter (rygelunger).

Projektets grundide er, at en optimering af forebyggelsen i hjemmet ved brug af digital teknologi kan:

- skabe øget tryghed blandt borgere og pårørende (man kan nemt komme i kontakt med både hospital, praktiserende læge om hjælp eller hjemmepleje hvis man som KOL-patient har behov)
- kan reducere behovet for uhensigtsmæssige indlæggelser
- Sikre borgerne bedre livskvalitet med en kronisk sygdom

Borgere med middelsvær eller svær KOL indlægges hyppigt på grund af vejrtrækningsproblemer og angst for at mangle ilt. I mange tilfælde kan borgerne selv forebygge problemer og de kan – med livsstilsændringer herunder genoptræning – få bedre styr på sygdommen.

Der sigtes mod et 2-årigt projekt med forløb for 200 borgere, som hurtigere hjemsendes og som ved hjemsendelse får skærm og tastatur til face-to-face dialog med hospital, egen læge og eventuel hjemmepleje, når der opstår kritiske situationer, ligesom skærmen anvendes til registrering af egne målinger af kultilt i blodet, o.lign.

Økonomiske konsekvenser

Projektet forudsættes finansieret af pulje- og fondsmidler. Forvaltningen forventer, at projektet starter op efter sommerferien 2011.

Beslutningskompetence

Social og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011

Godkendt.

9.

Frit valg timepriser 2010 - 2011

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at

1. Social- og Sundhedsudvalget godkender frit valg timepriserne for regnskab 2010 og de beregnede frit valg timepriser for 2011
2. Social- og Sundhedsudvalget godkender efterbetaling af de private leverandører på 70.000 kr. vedrørende praktisk hjælp på baggrund af regnskab 2010.

Sagsfremstilling

Frit valg timepriserne 2010 og fastsættelse af frit valg timepriser for 2011

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 2010 og beregningen af frit valg-timepriserne for 2011 er sket på baggrund af en revisionsgodkendt model. Beregningen er baseret på henholdsvis udtræk fra økonomisystemet og pleje- og omsorgssystemet.

De faktiske frit valg-timepriser for 2010 viser at timeprisen for praktisk hjælp var 0,60 % højere end beregnet, mens timeprisen for henholdsvis personlig pleje på hverdage i dagtimerne og timeprisen for personlig pleje, øvrig tid var 3,33 % og 4,67 % lavere end først beregnet. Udgiften pr. time til natpleje var 2,73 % lavere en beregnet.

De lavere timepriser vedrørende personlig pleje ydelserne skyldes hovedsageligt lavere omkostninger til eksterne vikarbureauer i 2010. Der anvendes ikke eksterne vikarer til praktisk hjælp.

Af nedenstående skema fremgår de oprindelige henholdsvis genberegne-
de timepriser for 2010.

Frit valg timepriser 2010

Timepriser	Timepriser 2010 Beregnet	Timepriser 2010 Regnskab	Difference
Praktisk hjælp	kr 326	kr 328	0,60 %
Personlig pleje – hverdage – dagtimer	kr 377	kr 364	-3,33 %
Personlig pleje - øvrig tid	kr 499	kr 476	-4,67 %
Natpleje	kr 587	kr 571	-2,73 %

Ved at fremskrive timepriserne for 2010 med KL's skøn for løn og prisudviklingen
i 2011, beregnes timepriserne for 2011. Den vægtede fremskrivning fra 2010 til
2011 er beregnet til 0,53 %.

Frit valg timepriser 2011

Timepriser	Timepriser 2010 Regnskab	Timepriser 2011 Beregnet	Difference
Praktisk hjælp	kr 328	kr 330	0,53 %
Personlig pleje – hverdage – dagtimer	kr 364	kr 366	0,53 %
Personlig pleje - øvrig tid	kr 476	kr 478	0,53 %
Natpleje	kr 571	kr 574	0,53 %

Ændringen vedrørende den genberegne-
de pris for praktisk hjælp, betyder en
efterbetaling af de private leverandører svarende til ca. 70.000, svarende til 0,06 %
af det samlede frit valg budget på 117,3 mio. kr. i 2010.

Økonomiske konsekvenser

Der efterbetales 70.000 kr. til de private leverandører.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011

Godkendt.

10.

Driftsoverenskomst for ny ældreklub

Indstilling

Social- og sundhedsforvaltningen foreslår, at Social- og Sundhedsudvalget anbefaler driftsoverenskomsten mellem Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune og Lyngby Ældrecenter.

Sagsfremstilling

På udvalgsmødet 7. december 2010 besluttede Social- og Sundhedsudvalget, at de respektive driftstilskud til Lyngby Dagcenter og Lyngby Ældreklub ophører pr. 30. juni 2011 med henblik på at etablere én ny samlet klub på Rustenborgvej 1C, som skal fungerer fra 1. juli 2011.

Lyngby-Taarbæk Kommunes driftstilskud til den nye klub udgør i perioden juli til december 2011 det tidligere samlede driftstilskud for de to klubber, fratrukket 0,5 mio. kr. i 2011 og 1,0 mio. kr. fra 2012 og frem jf. budgetaftalen 2011-2014.

På baggrund af beslutningen om, at de eksisterende klubbers driftstilskud fra Lyngby-Taarbæk Kommune bortfalder pr. 30. juni 2011, har begge klubbers bestyrelser besluttet enkeltvis at ville ophøre.

En ny ældreklub Lyngby Ældrecenter er pr. 5. april 2011 oprettet med tilslutning fra det dertil indkaldte fællesmøde blandt brugere og frivillige fra de ophørende klubber. I direkte tilknytning til fællesmødet blev der arrangeret og gennemført valg til bestyrelsen i henhold til vedtægterne for Lyngby Ældreklub. Vedtægterne er drøftet mellem repræsentanter fra bl.a. hver af de to ophørende klubber og foreligger principgodkendt af Kommunalbestyrelsen d. 28. marts 2011.

Social- og Sundhedsforvaltningen har udarbejdet udkast til driftsoverenskomst mellem den selvejende institution Lyngby Ældrecenter og Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune med bl.a. udgangspunkt i vedtægterne for Lyngby Ældrecenter.

Formålet med driftsoverenskomsten er at skabe klarhed over Lyngby Ældrecenter og Lyngby-Taarbæk Kommunes gensidige forpligtigelser. Når driftsoverenskomsten er godkendt i Kommunalbestyrelsen forelægges den Lyngby Ældrecenters bestyrelse med henblik på deres godkendelse.

Driftsoverenskomsten er udformet med udgangspunkt i Servicelovens § 79 om

generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte. Det indgår som en forudsætning, at der arbejdes med udgangspunkt i de kerneydelser og mål for kerneydelser, der er formuleret i den relevante bestemmelse i Serviceloven. Driftsoverenskomsten tager desuden udgangspunkt i kommunens vedtagne budget og politikker på social-, sundheds- og ældreområdet.

Udkast til driftsoverenskomst har været drøftet med Lyngby Ældreklub primo maj 2011.

Udkast til driftsoverenskomst er udsendt til udvalgets medlemmer. Med henblik på hurtigst muligt at etablere det formelle grundlag for arbejdet i Lyngby Ældrecenter foreslår forvaltningen, at kommunalbestyrelsen principgodkender udkastet til driftsoverenskomsten, idet forvaltningen bemyndiges til at acceptere eventuelle justeringer, der ikke medfører egentlige indholdsmæssige konsekvenser af betydning for kommunen.

På forespørgsel fra klubberne Lyngby Ældreklub og Lyngby Dagcenter vedr. valg af en leder for den dengang påtænkte nye klub (efterfølgende oprettet som S/I Lyngby Ældrecenter) vedtog kommunalbestyrelsen d. 28. februar 2011 at foreslå den nye bestyrelse at pege på den foreslåede pågældende leder.

I direkte tilknytning til valg til den nye bestyrelse for S/I Lyngby Ældrecenter d. 5. april 2011 blev der gennemført konstituerende møde i bestyrelsen. Af mødets protokollat fremgår, at pågældende ansættes som leder pr. 1. juli 2011.

Ansættelse af leder kræver jf. vedtægterne for S/I Lyngby Ældrecenter godkendelse af Kommunalbestyrelsen. Borgmestersekretariatet har i den forbindelse oplyst, at henset til kommunalbestyrelsens møde den 28. februar 2011 kan Social- og Sundhedsforvaltningen lægge til grund, at kommunalbestyrelsens formelle godkendelse af den foretagne ansættelse af den pågældende leder er implicit.

Økonomiske konsekvenser

Ingen.

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen har beslutningskompetence efter anbefaling fra Social og Sundhedsforvaltningen.

Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011

Anbefalet, idet udvalget lægger vægt på, at der sker en evaluering af, at sammenlægningen fastholder medlemmer fra begge klubber.

11.

Ombygninger på Caroline Amalie Vej 118-124, økonomiske konsekvenser

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at redegørelsen for de afledte økonomiske konsekvenser tages til efterretning.

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget godkendte i sit møde den 7. december 2010 en tidsplan for handicap- og energioptimeringen af kollektivboligerne på Caroline Amalie Vej 118-124. Samtidigt godkendtes, at der fremlægges ny sag med overslag over de afledte økonomiske konsekvenser, såsom lejetab, genhusningsudgifter mv. Kommunalbestyrelsen har den 20. december 2010 godkendt skema A om støtte i henhold til almenboligloven.

I samme bebyggelse har Kommunalbestyrelsen den 30. august 2010 godkendt, at der etableres et midlertidigt botilbud til ti unge udviklingshæmmede borgere. En blok med ti boliger er identificeret i forhold til etableringen af botilbuddet til otte unge, idet de to af boligerne skal anvendes til fælles køkken/spisestue og dagligstue samt et mindre personalerum. Der er etableret udlejningsstop af disse boliger, og vil pågå en mindre ombygning af to lejligheder, som omdannes til fællesrum.

Ifølge tidsplanen forventes indflytningen at ske medio august 2011.

Udgiften til ombygningen af fælles arealerne beløber sig til 0,5 mio. kr., og der er givet en anlægsbevilling hertil i august 2010.

Forvaltningen har beregnet de forventede afledte økonomiske konsekvenser med hensyn til huslejetab, boligstøtte og flytteudgifter mv.

I forhold til huslejetabet er dette opgjort af Økonomisk Forvaltning og medtaget ved 1. anslået regnskab for 2011.

Udgifterne til boligstøtte i 2011 og 2012 forventes afholdt inden for budgettet, idet kun få boliger er ombyggede. Det vil senere blive nærmere vurderet, om der er øgede udgifter fra 2013 og fremover, som i givet fald vil kunne medtages ved det administrative budgetforslag. Beregningerne er usikre, idet de afhænger af, hvem der flytter ind i de ombyggede boliger samt disse beboeres indkomstforhold. Et nuværende forsigtigt skøn ligger på 2-300.000 kr. netto årligt fra 2013 i forhold til et samlet budget på godt 22 mio. kr.

Udgifterne til hjælp til flytning mv., som betales som personligt tillæg, skønnes at kunne afholdes inden for budgettet hertil.

Økonomiske konsekvenser

Ingen, da opgaven løses inden for de allerede afsatte rammer for så vidt angår 2011 og 2012. Eventuelle øgede udgifter til boligstøtte fra 2013 vil kunne medtages ved det administrative budgetforslag.

Huslejetabet er medtaget ved 1. anslået regnskab for 2011.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011

Taget til efterretning.

12.

Nyt plejecenter og friplejeboliger

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at forvaltningen går videre i et samarbejde med OK-Fonden og IDUN med henblik på eventuel opførelse af friplejeboliger.

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget besluttede i sit møde den 17. august 2010 at etablere et nyt plejecenter med 40-50 tidssvarende plejeboliger med tilhørende servicearealer med en fysisk placering, der muliggør udvidelse af antallet til 80-90 boliger, hvis behovet herfor senere opstår.

Kommunalbestyrelsen godkendte i sit møde den 31. januar 2011, at det nye plejecenter opføres på det frikøbte areal ved Trongårdsskolen.

I forbindelse med budgetforhandlingerne for budget 2011 og overslagsårene har Teknisk Forvaltning udarbejdet et overslag over anlægsøkonomien samt et forslag til tidsplan for opførelsen af et nyt plejecenter, som dannede baggrund for indarbejdelsen af budgettet hertil, hvilket er beskrevet under punktet: Økonomiske konsekvenser i denne sag.

Kommunen har fået en henvendelse fra IDUN Antroposofiske Pleje- og Seniorboliger, som i samarbejde med OK-Fonden, ønsker at opføre et plejecenter med 40-60 friplejeboliger samt 15-20 seniorboliger i Lyngby-Taarbæk Kommune, såfremt kommunen er interesseret heri. OK - Fonden står for selve byggeriet og den senere administration. IDUN bliver ejere, og plejecentret ville i givet fald blive det første i Danmark, som bliver drevet efter antroposofiske principper. Se notat af 6. maj 2011 om antroposofi, som er udsendt til udvalgets medlemmer.

Forvaltningen har endvidere udarbejdet notat om evt. friplejeboliger på det frikøbte areal ved Trongårdsskolen - forhold omkring tilbagekøbsklausul, lokalplan og tidsplan af 6. maj 2011, som er udsendt til udvalgets medlemmer.

Jf. ovenstående notat skønnes det ikke realistisk, at lokalplansforhold og frikøb af tilbagekøbsklausul kan være på plads, således at friplejekvoten ville kunne søges i 2011. Ved ansøgning af kvote i 2012 vil et nyt friplejecenter i givet fald kunne være færdigt i 2. halvår af 2013 jf. forslag til tidsplan, som beskrevet i notatet.

Ved opførelsen af det nye plejecenter er det vigtigt, at dette ses i sammenhæng med strategien for fremtidens ældreservice, herunder de godkendte principper for fremtidens plejecenter. Med hensyn til et eventuelt forskningsplejecenter vurderes her et potentiale til i dialog med DTU og/eller andre at få denne vinkel med såvel i forhold til anlæg som drift. IDUN/OK-fonden har udtalt sig positivt i forhold til samarbejde herom.

Økonomiske konsekvenser

Der er i budget 2011 og overslagsårene afsat 21,4 mio. kr. til servicearealerne og en indtægt på 1,9 mio. kr. i statstilskud til disse servicearealer samt en indtægt ved salg af grunden til plejecentret på 7,7 mio. kr. Herudover er der afsat 12 mio. kr. i 2015 til 14 % kommunal finansiering samt 5,3 mio. kr. til montering af boligerne ligeledes i 2015.

Hvis plejeboligerne opføres som friplejeboliger har kommunen ingen anlægsudgifter, hverken til grundkapital, servicearealer eller montering af boligerne. Med hensyn til driftsudgifter, er der ikke afsat driftsmidler til de nye plejeboliger, idet det forudsættes at disse boliger vil blive drevet af driften af et tilsvarende antal nedlagte boliger. Der kan være merudgifter til friplejetakst i forhold til kommunal drift. Dette vil blive kvalificeret i det kommende arbejde..

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget har beslutningskompetencen

Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011

Drøftet. Udvalget ønsker, at der på udvalgets juni-møde fremlægges en sag, der også indeholder muligheden for inddragelse af andre interessenter.

13.

Frigivelse af midler fra Lykkens Gaves Fond

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at der frigives 120.000 kr. fra Lykkens Gaves Fond til spisearrangementer, musiske arrangementer, udflugter og møbler til opholdsstue.

Sagsfremstilling

Lykkens Gaves Fond tilskrives hvert år renter af en obligationsbeholdning på ca. 2,8 mio. kr. Det har været praksis at Social- og Sundhedsudvalget godkender ansøgning fra Lykkens Gave omkring anvendelse af rentetilskrivningen, herunder frigivelse af rentetilskrivningen fra Lykkens Gaves Fond. .

Ifølge vedtægterne er fondens formål at yde støtte til aktiviteter eller genstande, der ikke er bevillingsmæssig dækning for i Lykkens Gaves budget. Rentetilskrivningen forventes i 2011 at være på ca. 120.000 kr. Social- og Sundhedsudvalget har i 2011 ikke disponeret over rentetilskrivningen. Rentetilskrivningen kan ikke bruges til andre institutioner eller formål.

Ansøgning om frigivelse af fondsmidler fra Lykkens Gaves fond 2011 er udsendt til udvalgets medlemmer.

Lykkens Gave har i samarbejde med beboere og personale udarbejdet fire forslag til brug af midlerne for 2011:

1) Lykken Gaves beboere har haft glæde af særlige arrangementer i weekender og helligdage med lidt ekstra godt til frokostbordet m.v.. Herudover er der flere beboere som har stor glæde af at deltage i madgruppe, hvor de laver deres egen frokost og bager en kage til eftermiddagskaffen. Pris: 10.000 kr.

2) Sidste år benyttede Lykkens Gave en stor del af midlerne fra Lykkens Gaves Fond til musik, sang og dans. Det viste sig at være en stor succes for især de beboere, der har en svækket korttidshukommelse. De er glade i nuet for musik og sang, og kan synge med på sange fra deres ungdom og med den ønskede donation, vil der et par gange om måneden kunne arrangeres sådanne musikalske indslag. Pris: 60.000 kr.

3) I lighed med tidligere år, har beboerne glæde af små udflugter til kendte steder. Udflugterne forventes afholdt dels med Lykkens Gaves egen bus, dels i lejet bus,

således at beboerne kan få nogle fælles oplevelser. Pris: 20.000 kr.

4) Dagligstuen på Lykkens Gave er under renovering, således at den fremadrettet kan fungere som opholdsstue for demente beboere med særlige behov. I den forbindelse ville det være til glæde for beboerne at der kunne anskaffes otiumstole. Pris 30.000 kr.

Økonomiske konsekvenser

Ingen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011

Godkendt.

14.

Status på den boligsociale indsats og anvendelse af de boligsociale midler

Indstilling

Social- og Sundhedsforvaltningen foreslår, at udvalget tager status på den boligsociale indsats til efterretning, herunder bevillingen af 15.000 kr. fra de boligsociale midler til frivillige klubber i Lundtofteparken.

Sagsfremstilling

Status på den boligsociale indsats

Den boligsociale indsats kom på den politiske dagsorden i Lyngby-Taarbæk Kommune i foråret og sommeren 2010. Den 1. januar 2010 trådte der en ny lov i kraft om en udvidelse af kommunens tilsyn med de almene boligorganisationer. Lovændringen betyder, at der fremadrettet ud over det hidtil eksisterende tilsyn, som primært har været af økonomisk og juridisk karakter, skal udføres en styringsdialog eller et såkaldt "dialogbaseret" tilsyn. Formålet med styringsdialogen er, at sikre et tættere samarbejde mellem kommune og boligorganisationer og at indgå fælles aftaler på en række områder. Derudover var der i løbet af sommeren 2010 flere episoder i Lundtofte-området med skyderi og stenkast mod en bus. Desuden henvendte flere boligorganisationer sig til kommunen for at drøfte udviklingen i beboersammensætningen, som i nogle afdelinger opleves som på vej i en negativ retning.

Den 30. august 2010 godkendte kommunalbestyrelsen et koncept for det nye dialogbaserede tilsyn med de almene boligorganisationer i Lyngby-Taarbæk Kommune. Grundstenene i det nye tilsyn er ét årligt fælles dialogmøde (kontaktudvalgsmødet) med alle boligorganisationerne i kommunen, samt årlige styringsdialogmøder med hver enkelt boligorganisation. I tilknytning til konceptet blev det besluttet, at tre områder (Lundtofteparken, Sorgenfrivang II og Sorgenfrigårdsvej/Lundtoftegårdsvej) skulle indgå som prioritet i udarbejdelsen af en plan for den boligsociale indsats. Disse tre områder blev udvalgt med baggrund i sommerens hændelser i Lundtofteområdet samt de henvendelser kommunen havde fået fra de pågældende boligorganisationer vedrørende udviklingen i beboersammensætningen.

På de første styringsdialogmøder, som blev afholdt i november og december 2010, blev der som opfølgning på denne beslutning indgået aftale med AKB Lyngby, Lyngby Boligselskab, Boligorganisationen Samvirke i Lyngby og Lyngby Almennyttige Boligselskab om at nedsætte to boligsociale arbejdsgrupper: Én samlet for afdelingerne Lundtofteparken (under Boligorganisationen Samvirke),

Fortunen Øst (under Lyngby Boligselskab) og Højhuset (under AKB Lyngby) og en for Sorgenfrivang II (under Lyngby Almennyttige Boligselskab).

I begyndelsen af februar indkaldte Børne- og Fritidsforvaltningen til første møde i de to arbejdsgrupper. Arbejdsgrupperne består af repræsentanter fra de fire boligorganisationer og de fire involverede afdelinger, medarbejdere fra både Børne- og Fritidsforvaltningen og Social- og Sundhedsforvaltningen og derudover af repræsentanter fra de frivillige foreninger i områderne. Arbejdsgruppernes opgave er at afdække udfordringerne i de involverede afdelinger og komme med et bud på, hvilke boligsociale indsats der kan imødegå disse udfordringer. De møder der foreløbig er holdt i arbejdsgrupperne har været koncentreret om at få overblik over den dokumentation, der findes omkring beboerne i området og på den baggrund blive enige om, hvilke udfordringer den boligsociale indsats skal koncentreres om og hvilke målgrupper, indsatsen skal rettes imod.

Anvendelse af de boligsociale midler

Som en konsekvens af det øgede fokus på de boligsociale udfordringer i sommeren 2010, blev der i budgettet for 2011-14 afsat 300.000 kr. årligt til boligsociale aktiviteter i budgetperioden. Midlerne blev øremærket til "boligsociale aktiviteter generelt og specielt i forbindelse med implementering af den nye styringsreform for det sociale boligbyggeri" (Aftale om budget 2011-14). Det er vurderingen, at midlerne bør fordeles og understøtte de boligsociale tiltag, som arbejdsgrupperne kommer frem til. Der er imidlertid allerede en række boligsociale initiativer igang. Senest har Lyngbyguiderne i samarbejde med afdelingsbestyrelsen opstartet tre lokale frivillige klubber i Lundtofteparken. I den forbindelse har de søgt kommunen om et tilskud på 35.000 til aktiviteter, forplejning og daglig drift af klubberne. Ansøgningen er udsendt til udvalgets medlemmer..

Som udgangspunkt er de boligsociale midler ikke tænkt som en pulje, der kan søges ind til. Men eftersom det forventes, at de lokale frivillige klubber i Lundtofteparken vil blive tænkt ind i den samlede boligsociale indsats i området, har forvaltningen bevilliget midler, der kan medvirke til at opretholde driften af klubberne, indtil en samlet finansiering af den boligsociale indsats er på plads. Idet Lyngbyguiderne ligeledes har søgt og fået bevilliget 20.000 kr. til drift af klubberne via §18 i serviceloven om økonomisk støtte til frivilligt arbejde, har Børne- og Fritidsforvaltningen bevilliget de 15.000 op til 35.000 fra de boligsociale midler.

Økonomiske konsekvenser

De 15.000 kr. til aktiviteter, forplejning og daglig drift af klubberne i Lundtofteparken finansieres af de 300.000 kr., som er afsat i budget 2011-14 til boligsociale aktiviteter.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011
Taget til efterretning.

15.

Frivillige aktiviteter i samarbejde mellem enkeltpersoner, foreninger og Lyngby-Taarbæk Kommune - forslag fra Jørn Moos (ufp) og Birgitte Hannibal (V)

"BirgitteHannibal (V) og Jørn Moos (up) begærer sag optaget på de kommende møder i henholdsvis Udviklings- og Strategiudvalget, Kultur- og Fritidsudvalget, Folkeoplysningsudvalget, Børne- og Ungdomsudvalget og Social- og Sundhedsudvalget - om udviklingen og styrkelsen af frivillige aktiviteter mellem enkeltpersoner, foreninger og Lyngby Taarbæk Kommune.

2011 er overordnet defineret som frivillighedsår på lands- og kommunalt plan. Her i kommunen er der en lang række frivillige både enkeltpersoner og foreninger, der yder en engageret indsats i forhold til børn, yngre, voksne og ældre. Også i forhold til socialt udsatte, handicappede og psykisk sårbare er der en stor velvilje til en frivillig indsats.

Frivilligcentret koordinerer en række frivillige indsatser i forhold til det frivillige sociale arbejde.

Folkeoplysningsudvalget har modtaget ansøgning om et udviklingsprojekt fra "Strategihuset I/S" omkring kortlægning af win-win muligheder for samarbejde mellem kommunen og de frivillige.

Torsdag den 28. april 2011 havde Dansk Røde Kors, afdelingen i Lyngby inviteret politikere, forvaltningsansatte (børn- og familieafdelingen, Socialcentret, ældreområdet) Røde Kors ansatte med særlig viden om sårbare familier, ensomme og børn. Dagsordenen for mødet var:

- samarbejde imellem kommunen og Røde Kors
- sårbare børn og unge (f.eks. ferielejre og lektiecafe)
- sårbare familier (f.eks. socialt og økonomisk trængte, enlige forsørgere og unge forældre
- uledsagede unge flygtninge bosiddende i Lyngby-Taarbæk
- ensomme (yngre og ældre)

Debatten på mødet afdækkede såvel muligheder for en frivillig og økonomisk neutral indsats sammenholdt med en række muligheder for børn, unge og ældre i bredeste forstand.

Konklusionen på mødet var, at der var behov for en politisk stillingtagen til - hvor langt den frivillige indsats kunne udmøntes.

En anden vinkel ligger i inddragelse af de mange udlændinge, der bor her i kommunen - enten som studerende på DTU eller som medarbejdere i en række firmaer. Der er utvivlsomt et stort potentiale i de pågældende både som udøvere, men også som målgruppe for en frivillig indsats

Det frivillige arbejde i forhold til kommunens borgere er et klart supplement til den kommunale indsats - og således ikke en måde til at overtage kommunale job."

Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011

Drøftet. Sagen indgår i forbindelse med udvalgets juni-møde, hvor der forelægges sag med forslag til det videre arbejde med inddragelse af frivillige i den kommunale opgaveløsning.

16.

Til orientering for udvalgets medlemmer maj 2011

1.1 Høringssvar vedr. Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient – ”Styrket indsats for den ældre medicinske patient, 2011”.

1.2 Forventet øget udgift til enkeltperson

Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011

Til efterretning.

17.

**Dialogmøde med aktører, der laver frivilligt socialt arbejde i Lyngby-Taarbæk
- forslag fra formand for SSU Sofia Osmani (C)**

Formanden for Social og Sundhedsudvalget Sofia Osmani (C), har i mail af 10.5.2011, anmodet om optagelse af følgende sag:

"Formanden for social- og Sundhedsudvalget foreslår at:

1. Udvalget beslutter at der tages initiativ til afholdelse af et dialogmøde mellem udvalget og aktører, der laver frivilligt socialt arbejde i Lyngby-Taarbæk umiddelbart efter sommerferien.
2. Mødet får en form, der giver de frivillige foreninger mulighed for at præsenterer deres arbejde, samt komme med deres indspark og idéer til den kommende frivillighedspolitik – herunder hvordan vi skaber bedre vilkår for det frivillige sociale arbejde.
3. De øvrige medlemmer af kommunalbestyrelsen inviteres til at deltage i mødet.

Baggrund

På et møde arrangeret af frivillighedscenteret 3. maj 2011, fremkom flere frivillige med ønsket om øget synlighed og dialog i forhold til det politiske niveau. Et ønske jeg håber social- og sundhedsudvalget vil medvirke til at indfri.

2011 er frivillighedsår og derfor en oplagt mulighed for at sætte ekstra fokus på det frivillige sociale arbejde. Der ydes allerede i dag en enorm indsats af de mange frivillige i Lyngby-Taarbæk og ønsket om at inddrage frivillige har også politikers fokus. Det til trods, har Lyngby-Taarbæk ikke en opdateret politik for, hvordan vi udvikler det frivillige arbejde samt fastholder og tiltrækker frivillige.

Dertil kommer, at den politiske dialog med de frivillige organisationer ikke har en etableret form, der sikrer politikernes kendskab til foreningernes arbejde og de udfordringer foreningerne møder i forbindelse med arbejdet.

Hvis frivilligt socialt arbejde skal spille en stadig større rolle, er det imidlertid vigtigt at vi kender foreningerne og deres vilkår, og at vi skaber rum for en dialog om, hvordan vi kan skabe bedre rammer for arbejdet."

Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011

Udvalget ønsker at der afholdes dialogmøde med de frivillige foreninger, idet nærmere tilrettelæggelse drøftes på sag i juni måned, hvor der forelægges sag med forslag til det videre arbejde med inddragelse af frivillige i den kommunale opgaveløsning.

Underskriftblad Social- og Sundhedsudvalget den 18. maj 2011

Jane Møgel

~~Christina~~
~~Christina~~

Sten

Sten Henrik Nielsen

Christina

Christina

SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGETAktivitetssområde: **ÆLDRE****DRIFTSVIRKSOMHED**Social og sundhedsudvalget 18/5-11Sag nr. 1Bilag nr. 1**AFVIGELSER**

1.000 kr. netto	2011	2012	2013	2014	2015
Ældre fælleskonti	1.500	750	750	750	750
Frit valg	-2.100	-2.500	-2.500	-2.500	-2.500
Plejehjem og hjemmesygepleje	-1.000				
Plejevederlag mv.	-500	-500	-500	-500	-500
Tilbud til voksne med særlige behov	2.100	1.400	800	0	0
Ældre i alt	0	-850	-1.450	-2.250	-2.250

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

Ældre fælleskonti

På BPA-ordningen forventes et merforbrug på 0,75 mio. kr. i 2011 og overslagsårerne som følge af forbedrede aflønningsvilkår for hjælperne.

Der er endvidere udgifter på 0,75 mio. kr. til gennemførelse af differentieret rengøring i 2011. Det skyldes, at der ikke blev tilført de 0,5 mio. kr. til midlertidig ansættelse af ekstra visitationspersonale, som var en forudsætning for at opnå besparelsen. Det har derudover vist sig, at udgiften til visitationspersonale er 0,25 mio. kr. større end forudsat.

Frit valg

Den samlede effekt af differentieret rengøring og projekt 'Træning før varig hjælp' har vist et større besparelspotentiale end forventet. Besparelsen er 2,1 mio. kr. større i 2011 end tidligere antaget. Beløbet forøges til 2,5 mio. kr. i overslagsårerne. Det samlede rationale beror på hvor mange færre visiterede timer der tildeles borgene, som følge af tiltagene. Udfordringen er løbende at kunne tilpasse plejepersonalet i takt med at antallet af visiterede timer mindskes. Ændringen i antallet af visiterede timer følges derfor månedsvis.

Plejehjem og hjemmesygepleje

Forventet mindreforbrug på 1,0 mio. kr. i 2011 skyldes ændrede driftsudgifter i forbindelse med ombygning på Møllebo.

Plejevederlag mv.

Udgifterne på denne konto udgøres af tilskud til borgere, der i en periode har ansat egen hjælper. Antallet af borgere tilknyttet ordningen varierer på kortsigt mellem 5 – 8 borgere, men set over et år er udgifterne, erfaringsmæssigt, relativt stabile. I 2010 var forbruget på 1,0 mio. kr., og det forventes, at forbruget i 2011 og overslagsårerne tilsvarende bliver mindre end budgettet på 1,5 mio. kr. Mindreforbruget forventes derfor på 0,5 mio. kr.

Tilbud til voksne med særlige behov

Budgettet er reduceret med 3,0 mio. kr. til 16,4 mio. kr. i 2011 og overslagsårerne. Årsagen er forudsat besparelse ved oprettelse af eget dagtilbud for svagtseende. Det forventes, at kun 0,9 mio. kr. af beløbet kan hjemtages i 2011. Merforbruget bliver dermed på 2,1 mio. kr. I overslagsårerne forventes især besparelsen på døgnopholdene at stige gradvist. Derfor bliver merforbruget reduceret i overslagsårerne.

SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGETAktivitetsområde: **HANDICAPPEDE****DRIFTSVIRKSOMHED****AFVIGELSER**

1.000 kr. netto	2011	2012	2013	2014	2015
Voksenspecialundervisning og ungdomsudd.	1.200	500	500	500	500
Pleje og omsorg samt forebyggende indsats	4.400	2.100	2.100	2.100	2.100
Længerevarende botilbud	-2.700	-2.000	-2.000	-2.000	-2.000
Midlertidige botilbud	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500
Boligsikring	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Ompfaceringer indenfor området:					
Pleje og omsorg samt forebyggende indsats	-2.400	-2.400	-2.400	-2.400	-2.400
Længerevarende botilbud	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Midlertidige botilbud	1.400	1.400	1.400	1.400	1.400
Handicappede i alt	5.400	3.100	3.100	3.100	3.100

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

Der skønnes et merforbrug på Handicapområdet på 5,4 mio. kr., idet 0,5 mio. kr. skyldes en ren teknisk omflytning fra aktivitetsområde Beskæftigelse. Merudgiften skyldes først og fremmest en meget dyr, ny sag samt merudgifter til boligsikring.

Herudover er der tale om omplaceringer på grund af aktivitetsstigninger og -fald inden for områderne.

Regnskabsresultatet for 2010 viste et merforbrug på 6,2 mio. kr. og der blev i marts 2011 tilført området 3,9 mio. kr.

Forudsætningerne for det forventede regnskab for 2011 samt overslagsårene er baseret på antal forventede helårspersoner, årstakster for de anvendte tilbud samt regnskabsresultatet for 2010. Endvidere er der kalkuleret med samme betalingsforskydning på 7,0 mio. kr. som i de foregående år.

Det skal i øvrigt bemærkes, at der i 2011 ikke forventes nogen aldersmæssig afgang fra Handicapområdet, som der har været tidligere år. Der forventes således kun en tilgang til det samlede område.

Voksenspecialundervisning og ungdomsuddannelse

Særlig tilrettelagt ungdomsuddannelse er rettet mod unge handicappede. Det er UUNord, der indstiller til et ungdomsuddannelsesforløb.

Forventede merudgifter på samlet 1,2 mio. kr. dækker over følgende forhold:

1. Tilgang af to borgere, der er blevet omkonteret fra Jobcenterets revalideringsområde til området for ungdomsuddannelse, svarende til en merudgift på 0,5 mio. kr. Dette modsvares af en tilsvarende mindreudgift på beskæftigelsesområdet.
2. Der er i de første tre måneder af 2011 bevilget ungdomsuddannelse til 2 helårspersoner mere end skønnet primo 2011, til en samlet pris i 2011 på godt 0,7 mio. kr.

I 2009 var LTK betalingskommune for 30 helårspersoner i en ungdomsuddannelse til en gns. helårspris på 259.500 kr. I 2010 var der 42 helårspersoner til en gns. helårspris på 278.800 kr. og det forventes, at der i 2011 vil være 49 helårspersoner til en gns. helårspris på 276.600 kr.

Forvaltningen skal understrege, at der p.t. er kendskab til 19 unge borgere, der kan blive visiteret til en ungdomsuddannelse med evt. begyndelse i 2011 eller senere. Forvaltningen går nu i dialog med UUNord om målgruppen og alternative undervisningstilbud.

Der bliver udarbejdet budgetanalyse på dette område i foråret 2011 med henblik på kvalificeret budgetforudsætninger for 2012.

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

På området skønnes merudgifter på 4,7 mio. kr., som vedrører følgende:

- Skønnede merudgifter til dyr respiratorsag, jf. ovenfor, som - baseret på et meget foreløbigt skøn - forventes at betyde en årlig merudgift på netto ca. 1,5 mio. kr. fra og med 2011. Der pågår endvidere forhandlinger med Region Hovedstaden om betaling for årene 2009-2010. Denne udgift skønnes umiddelbart at udgøre omkring 2,4 mio. kr., hvilket er medtaget som en udgift i 2011.
- Merindtægter på 1,5 mio. kr. vedr. statsrefusion på dyre enkeltsager. På baggrund af regnskabsresultatet for 2010 samt de samlede udgifter på området forventes merindtægter på dette område

Meromkostninger på 2 mio. kr. til hjælperordninger til borgere i eget hjem. Der er en tilgang på en ny borger til en udgift på 0,9 mio. kr. samt øgede udgifter på samlet 1,1 mio. kr. til to andre borgere, som har behov for øget hjælp og assistance i hjemmet.

Længerevarende botilbud til voksne (§ 108)

Skønnede mindreudgifter på 2,7 mio. kr. hænger sammen med følgende forhold:

- Mindreudgifter på 2,4 mio. kr., svarende til godt 3 helårspersoner, som følge af afgang af borgere fra længerevarende botilbud i løbet af 2010, som får helårsvirkning i 2011.
- Merindtægter på 0,7 mio. kr. vedr. de sociale tilbuds levering af § 85 støtte.
- Merudgift vedr. bygningsvedligeholdelse på 0,4 mio. kr., Midlerne er overført to gange.

Midlertidige botilbud (§ 107)

Der skønnes samlede merudgifter i 2011 på 1,5 mio. kr. Det skal hertil bemærkes, at budgettet til køb af pladser i 2011 – inkl. tilførslen af 1,9 mio. kr. primo 2011 – er 3 mio. kr. mindre end regnskabsresultatet for 2010.

Merforbruget skyldes yderligere tilgang af 4 personer i løbet af de første måneder af 2011, svarende til en helårsudgift på 1,5 mio. kr.

Der vil blive udarbejdet budgetanalyse på området vedr. midlertidige botilbud med henblik på at kvalificere budget 2012.

Boligsikring

Der forventes et merforbrug i 2011 på estimeret 1 mio. kr. Baggrunden skyldes den generelle økonomiske udvikling med flere borgere uden arbejde og hermed borgere med lavere indkomster, der gør flere berettiget til boligsikring. Samtidig har der været huslejestigninger i 2010 som følge af, at vandafgiften er blevet lagt på huslejen, hvilket betyder, at flere er blevet berettiget til boligsikring og/eller til mere boligsikring.

Omplaceringer indenfor området

På baggrund af regnskab 2010 skal et indtægtsbudget på statsrefusion på dyre enkeltsager på 2,4 mio. kr. flyttes fra længerevarende botilbud til pleje og omsorg samt forebyggende indsats, og der skal flyttes et budget på 1,4 mio. kr. fra længerevarende botilbud til midlertidige botilbud til dækning af udgifter til 3 personer.

SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGETAktivetsområde: **SUNDHED****DRIFTSVIRKSOMHED****AFVIGELSER**

1.000 kr. netto	2011	2012	2013	2014	2015
Vederlagsfri fysioterapi	800	800	800	800	800
Aktivitetsbestemt finansiering og medfinansiering	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500
Specialiseret ambulans genoptræning	700	400	400	400	400
Sundhed i alt	3.000	2.700	2.700	2.700	2.700
Midtvejsregulering for aktivitetsbestemt medfinansiering (konto 7)	-3.500	-3.500	-3.500	-3.500	-3.500
I alt	-500	-800	-800	-800	-800

+ = merudgift/mindreindtægt

- = mindreudgift/merindtægt

På aktivetsområde sundhed skønnes der i 2011 et merforbrug på 3,0 mio. kr. Heraf udgør den aktivitetsbestemte medfinansiering 1,5 mio. kr. Midtvejsreguleringen for den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering vedrørende aktiviteten i 2010 forventes at udgøre ca. 3,5 mio. kr.

Vederlagsfri fysioterapi

Kommunen forventer i 2011 et merforbrug til vederlagsfri fysioterapi på 0,8 mio. kr., idet aktiviteten i resten af 2011 forventes at svare til niveauet i første kvartal 2011. Målgruppen for ydelsen er personer med svært fysisk handicap og personer med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom som fx parkinson, sclerose og leddegigt. Forvaltningen følger udviklingen tæt i dialog med almen praksis.

I lyset af stigningen i 2011 forventes et tilsvarende højere niveau i overslagsårene.

Aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsvæsenet

På aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsvæsenet forventes et merforbrug på 1,5 mio. kr. Ifølge KL vil Lyngby-Taarbæk Kommune formentlig blive tilført ca. 3,5 mio. kr. i 2011 i midtvejsregulering som følge af den regionale produktionsstigning i 2010.

Overslagsårene er på nuværende tidspunkt særdeles vanskelige at vurdere, da der aktuelt foreligger forslag fra regeringen om at ændre medfinansieringsmodellen. Lovforslaget lægger op til at fjerne grundbidraget men øge taksterne for den aktivitetsbestemte medfinansiering. Lovforslagets konsekvenser viser en merudgift for Lyngby-Taarbæk Kommune på mindst 7 mio. kr. årligt. Dog kan der i 2012 komme en overgangsordning. På grund af den store usikkerhed er der ikke indarbejdet et skøn i overslagsårene. Dette vil indgå i det administrative budgetforslag.

Specialiseret ambulans genoptræning

Der forventes et merforbrug på 0,7 mio. kr. i 2011, da antallet specialiserede genoptræningsplaner ikke er faldet som forventet. Det forventes, at forbruget i overslagsårene vil svare til det forventede årsforbrug i 2011, hvorfor der må forventes merforbrug på 0,4 mio. kr. i overslagsårene.

Baggrunden for det ventede fald i antallet af specialiserede genoptræningsplaner er en generel antagelse om, at flere genoptræningsplaner skal være almene og løses i kommunalt regi. Denne udvikling er ikke sket, da der kan registreres det samme antal specialiserede planer samt en stigning i de almene planer. Det er hospitalerne, der visiterer til genoptræningen. Der er dialog med hospitalerne i samordningsudvalgene omkring denne udvikling.

Kvartalsvis rapport - det specialiserede socialområde pr. 31.3.2011

Denne rapport indeholder

1. Ledelsesinformation
2. Nøgletal
3. Indberetning til Indenrigs- og sundhedsministeriet

1. Ledelsesinformation

Ledelsesinformationen har til formål at præsentere den kvartalsvise indberetning af udgifterne på det specialiserede socialområde på en ny måde, så den i højere grad kan understøtte den økonomiske og faglige prioritering mellem de forskellige foranstaltninger.

Præsentationen er baseret på to dele.

- Oversigten, som indberettes til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Indberetningen baseres på nøjagtig de samme skøn, som er anført i 1. anslået regnskab 2011. Men da Indenrigs- og Sundhedsministeriet anvender en anden afgrænsning af det specialiserede socialområde, vil oversigtens tal afvige fra opgørelserne på aktivitetsområderne Ældre, Handicappede, Sundhed og Udsatte børn og unge.
- Nøgletallene skal give et indblik i, hvad det er for nogle aktivitetstal og priser, som ligger til grund for Budget 2011-14. Oversigten er ikke udtømmende for det specialiserede socialområde, men er udvalgt ud fra økonomisk relevans og validitet. Fremadrettet vil indholdet af oversigten blive udvidet i det omfang, at nøgletallene er relevante at bringe i spil i en prioriterings- og styringsdiskussion.

Den samlede økonomi

Opgørelsen viser samlet set et merforbrug på **3,2 mio. kr.** – merudgifter på voksne og handicappede på 8,06 mio.kr. og mindreudgifter på 4,82 mio.kr. på Pleje og omsorg.

De tilsvarende udgifter i 1. anslået regnskab 2011 findes under aktivitetsområderne Ældre (her er udgiften 0) og Handicappede (her er merudgiften 5,4 mio. kr. som undtages udgifter til boligsikring (1 mio. kr.) og voksenspecialundervisning og ungdomsuddannelse (1,2 mio. kr.)).

Udsatte børn og unge

Området forventes samlet set at balancere. Skønnet er baseret på dispositionsregnskabet, som blev udviklet i 2010 med det formål at få bremset udgiftsudviklingen og skabe et grundlag for den økonomiske styring af budgetområdet.

Med afsæt i dispositionsregnskabet ved udgangen af 1. kvartal 2011 forventes rammen for 2011 overholdt, når der samtidig skal indfris de modgående initiativer på samlet 3 mio. kr.

Udsatte voksne og handicappede og pleje og omsorg

Områderne udviser merudgifter på 3,2 mio. kr., som primært vedrører udgifter til en borger på ca. 4 mio. kr. samt en stigning i udgifterne til midlertidige botilbud på 2,8 mio. kr. I den modsatte retning trækker mindreudgifter til eksempelvis frit-valg på 2,1 mio. kr.

Kvartalsvis rapport
- det specialiserede socialområde pr. 31.3.2011

2.1. Nøgletal - Aktivitetsområde Udsatte børn og unge¹

Funktionso mråde	Aktivitet Helårs-/månedspersoner		Gennemsnitspriser		Økonomi (1.000 kr.)		
	B 2011	AR 2011	B 2011	AR 2011	B 2011	AR 2011	Afvigelse
	Særlige dagtilbud	-	20,2	-	431.000	-	8.689
Plejek familier	-	38,0	-	373.000	-	14.174	-
Netværkspleje	-	5,0	-	152.000	-	760	-
Opholdssteder	-	16,4	-	1.529.000	-	25.076	-
Kost-/efterskoler	-	3,2	-	229.000	-	733	-
Eget værelse	-	6,1	-	283.000	-	1.726	-
Døgninstitutioner	-	13,2	-	947.000	-	12.500	-
Sikrede døgninstitutioner ²	-	0,2	-	1.344.000	-	2.813	-
Refusion af særligt dyre enkeltsager	-	-	-	-	-	-2.981	-
I alt (Specialiseret socialområde)						63.490	-
Merudgiftsydelse ³ (Ikke specialiserede socialområde)	05.57.74		215,3	36.000	-	7.751	-
Tabt arbejdsfortjeneste ³ (Ikke specialiserede socialområde)	05.57.74		109,9	109.000	-	11.979	-
I alt						83.220	-

1) Nøgletallene omfatter primært anbringelsesområdet, idet det for en lang række af de forebyggende foranstaltninger ikke giver mening at opgøre enhedskostningerne for ydelser, som ikke alle er udmålt som månedforbrug, men typisk er bevilliget med et samlet timetal, som skal være afholdt inden for en given periode eller er bevilliget uden timetal eller stopdato med henvisning til, at det fastlægges internt i samarbejde med Forebyggelsescentret.

2) Det ansåede forbrug vedr. sikrede døgninstitutioner er opgjort inkl. udgifter til objektiv finansiering, som udgør langt hovedparten af forbruget på kontoen.

3) Aktivitetstallet for merudgiftsydelse og tabt arbejdsfortjeneste er opgjort som månedspersoner, hvor dispositionerne omregnes til månedspersoner uanset antallet af bevilligede timer mv.

Kvartalsvis rapport
- det specialiserede socialområde pr. 31.3.2011

2.2. Nøgletal - Aktivitetsområde Handicappede

Funktionso mråde	/Aktivitet Helårs-/månedspersoner		Gennemsnitspriser		Økonomi (1.000 kr.)		
	B 2011	AR 2011	B 2011	AR 2011	B 2011	AR 2011	Afvigelse
Længerevarende botilbud	89	83	850.295	869.295	75.676	72.151	-3.525
Midlertidige botilbud	52	59	470.000	440.000	24.440	25.960	1.520
Beskymt beskæftigelse	70	70	127.581	127.581	8.931	8.931	0
Aktivitets- og samværstilbud	111	111	181.577	181.577	20.155	20.155	0
<i>Støtteforanstaltninger</i>							
Hjælp til udvikling af færdigheder	175	175	153.505	153.505	26.863	26.863	0
Personlig og praktisk hjælp	13	16	384.616	750.000	5.000	12.000	7.000
Hjælp til ansættelse af hjælpere	6	7	1.452.324	1.550.000	8.714	10.850	2.136
Hjælp til behandling	50	50	10.082	10.082	504	504	0
Egne plejehjem og beskymtede boliger	23	21	428.696	442.850	9.860	9.300	-560
Refusion af særligt dyre enkeltsager					-7.870	-9.030	-1.160
I alt (Specialiseret socialområde)					172.273	177.685	5.411
Ungdomsuddannelse (Ikke specialiseret socialområde)	39	49	266.100	276.550	10.378	13.551	3.173
I alt					182.651	191.235	8.584

2.3. Nøgletal - Aktivitetsområde Ældre

Funktionso mråde	Aktivitet Helårs-/månedspersoner /timer		Gennemsnitspriser		Økonomi (1.000 kr.)		
	B 2011	AR 2011	B 2011	AR 2011	B 2011	AR 2011	Afvigelse
Længerevarende botilbud	26	31	634.706	593.645	16.185	18.403	2.218
Midlertidige botilbud	3	2	85.967	70.000	258	140	-118
I alt (Specialiseret socialområde)					16.443	18.543	2.100

Kvartalsvis rapport
- det specialiserede socialområde pr. 31.3.2011

3. Indberetning til Inderigs- og Sundhedsministeriet

Nettodriftsudgifter 1.000 kr.	Budget (1)	Korrigeret budget (2)	Forventet regnskab (3)	Afvigelse til opr. budget (4)=(3)-(1)	Afvigelse til korr. budget (5)=(3)-(2)
Udsatte børn					
Særlige dagtilbud og særlige klubtilbud (5.25.17)	12.156	12.156	12.156	0	0
Refusion af særligt dyre enkeltsager (dr. 2, grp. 001)	-840	-840	-840	0	0
Plejefamilier og opholdssteder for børn og unge (5.28.20)	35.454	35.596	35.596	142	0
Refusion af særligt dyre enkeltsager (dr. 2, grp. 001)	-2.141	-2.141	-2.141	0	0
Forebyggende foranstaltninger for børn og unge (5.28.21)	25.729	25.732	25.732	3	0
Døgninstitutioner for børn og unge (5.28.23)	14.037	14.037	14.037	0	0
Sikrede døgninstitutioner for børn og unge (5.28.24)	2.813	2.813	2.813	0	0
Udsatte børn, i alt (inkl. refusion)	87.208	87.353	87.353	145	0
Udsatte voksne og handicappede					
Pleje og omsorg m.v. af ældre og handicappede (5.32.32, grp. 002 og 003)	17.534	17.534	25.550	8.016	8.016
Refusion af særligt dyre enkeltsager (dr. 2, grp. 001)	-815	-815	-3.000	-2.185	-2.185
Forebyggende indsats for ældre og handicappede (5.32.33, grp. 003)	27.821	28.935	29.573	1.752	638
Refusion af særligt dyre enkeltsager (dr. 2, grp. 001)	-815	-815	-2.600	-1.785	-1.785
Hjælpe midler, forbrugsgoder, boligindretning og befording (5.32.35, grp. 001-004, 008 og 091)	14.885	14.235	14.235	-650	0
Rådgivning og rådgivningsinstitutioner (5.35.40)	3.176	2.926	2.926	-250	0
Botilbud til personer med særlige sociale problemer (5.38.42)	1.427	1.422	1.422	-5	0
Alkoholbehandling og behandlingshjem for alkoholskadede (5.38.44)	4.789	3.989	3.989	-800	0
Behandling af stofmisbrugere (5.38.45)	7.099	7.091	7.091	-8	0
Botilbud for længere varende ophold § 108 (5.38.50)	95.210	96.481	94.483	-727	-1.998
Refusion af særligt dyre enkeltsager (dr. 2, grp. 001)	-6.057	-6.057	-3.500	2.557	2.557
Botilbud til midlertidigt ophold § 107 (5.38.52)	26.938	28.000	30.824	3.886	2.824
Refusion af særligt dyre enkeltsager (dr. 2, grp. 001)	-163	-163	-170	-7	-7
Kontaktperson- og ledsageordning (5.38.53)	3.671	3.256	3.256	-415	0
Beskyttet beskæftigelse § 103 (5.38.58)	8.823	8.967	8.967	144	0
Aktivitets- og samværdstilbud (5.38.59)	24.677	24.705	24.705	28	0
Refusion af særligt dyre enkeltsager (dr. 2, grp. 001)	-20	-20	-20	0	0
Udsatte voksne og handicappede, i alt (inkl. refusion)	228.180	229.671	237.731	9.551	8.060
Det specialiserede socialområde, i alt (inkl. refusion)	315.388	317.024	325.084	9.696	8.060
Pleje og omsorg					
Pleje og omsorg m.v. af ældre og handicappede (5.32.32 ekskl. grp. 002 og 003)	496.275	495.875	491.555	-4.720	-4.320
Forebyggende indsats for ældre og handicappede (5.32.33, ekskl. grp. 003)	6.975	7.522	7.522	547	0
Plejhjem og beskyttede boliger (5.32.34)	12.226	16.904	16.904	4.678	0
Hjælpe midler, forbrugsgoder, boligindretning og befording (5.32.35, ekskl. grp. 001-004, 008 og 091)	20.743	20.199	20.199	-544	0
Plejevederlag og hjælp til sygeartikler o.lign. ved pasning af døende i eget hjem (5.32.37)	1.526	1.526	1.026	-500	-500
Pleje og omsorg, i alt	537.745	542.026	537.206	-539	-4.820

Aktivitetsområde: Handicap

1. Beskrivelse af området

Området omfatter:

- Kompenserende specialundervisning til voksne og ungdomsuddannelse til unge med særlige behov
- Pleje og omsorg for handicappede under 67 år
- Kontakt- og ledsageordning
- Døgn- og dagtilbud til handicappede under 67 år, herunder plejehjem og beskyttede boliger samt midlertidige og længerevarende botilbud
- Midlertidige botilbud til personer med sociale problemer, herunder forsorgshjem og kvindekrisecentre
- Drift af Lyngby-Taarbæk Kommunes sociale tilbud til borgere med handicap og sindslidelser
- Personlige tillæg, kontante ydelser og førtidspension til voksne borgere under 67 år
- Boligsikring til førtidspensionister

2. Økonomisk driftsramme [opdateres jf. 1. anslåede regnskab til udvalgsmøde i juni]

Beskrivelse / mio. kr.	R09	B10	B011	B012	B013	B014
Voksenspecialunderv. + ungdomsudd.	14,4	14,0	14,8	14,8	14,8	14,8
Pleje og omsorgs og forebyggende indsats	35,8	42,0	50,7	50,7	50,7	50,7
Botilbud til personer med soc. problemer	0,6	1,6	1,8	1,8	1,8	1,8
Længerevarende botilbud	83,7	88,3	75,3	75,0	75,0	75,0
Midlertidige botilbud	27,2	26,4	26,5	26,5	25,5	25,5
Kontaktperson og ledsageordning	4,2	3,7	3,6	3,6	3,6	3,6
Beskyttet beskæftigelse	9,6	8,6	8,8	8,8	8,8	8,8
Aktivitets- og samværstilbud	25,4	23,1	24,8	24,8	24,8	24,8
Førtidspension og personlige tillæg	93,2	99,1	104,4	104,4	104,2	104,2
Sociale formål, kontanthjælp og intro.ydelse	2,7	2,9	2,6	2,6	2,6	2,6
Boligsikring	8,0	10,1	10,1	10,1	10,1	10,1
Aktivitetsområde Handicap i alt	304,9	319,6	323,5	323,1	321,8	321,8

2011 pris- og lønniveau

3. Budgetgrundlag [afsnittet vil blive udbygget med budgetteringsforudsætninger i takt med, at budgetanalyserne færdiggøres]

Lyngby-Taarbæk Kommune har det fulde myndigheds-, finansierings- og forsyningsansvar på voksenhandicapområdet samt driftsansvar for institutionerne Magnetten, Slotsvænget, Strandberg, Chr. X's Allé og Kvindehuset. Ansvarret indebærer opgaver vedrørende bl.a. overordnet administrativ og faglig styring, beregning af takster, udskrivning af regninger til de kommuner, der anvender tilbuddene, personaleansvar, renovering mv.

Tilbuddene står til rådighed for andre kommuner, og tilbuddene indgår i de årlige rammeaftaler med Region Hovedstaden og dens øvrige kommuner.

- Budgettet for dag- og døgntilbud på handicapområdet er baseret på skøn for udviklingen i antallet af helårspersoner på de enkelte områder, herunder tilgang og afgang samt udviklingen i taksterne.
- Budgettet for førtidspension er baseret på skøn for afgang på de gamle ordninger samt forventet tilgang på den nye ordning.

Budgetgrundlaget for 2012 skal ses i lyset af de effektiviseringer og besparelser, som er blevet iværksat siden 2010 og frem. I 2011 blev der iværksat effektiviseringsprojekter som ligeledes løber ind i 2012 og

2013. Disse vedrører bl.a. effektivisering af kontakt- og ledsageordningen, indsatser vedr. indtægtssiden samt præciseringer af serviceniveauet på en række ydelser og tilbud efter serviceloven.

I alt er budgettet for aktivitetsområdet Handicap reduceret med knap 8,6 mio. kr. i 2011 og knap 9 mio. kr. i 2012.

4. Vision

Det er den overordnede vision at sikre, at handicappede borgere i så stor udstrækning som muligt kan indgå i samfundslivet på lige fod med kommunens øvrige borgere. Indsatsen skal derfor tilpasses den enkelte borgers ressourcer og behov i respekt for mindsteindgrebsprincippet.

Borgere, som har funktionsnedsættelse, skal tilbydes ydelser og hjælpeforanstaltninger med det formål at afhjælpe eller begrænse konsekvenserne af den nedsatte funktion mest muligt. De handicappede borgere skal sikres en effektiv behandling og kvalificeret rådgivning. Behandlingen og rådgivningen skal ske i tæt dialog med den handicappede og/eller de pårørende, og den nødvendige koordinering mellem de forskellige parter i behandlingen skal sikres.

5. Politiske målsætninger

Aktivitetsområde Handicappede er styret efter gældende lovgivning samt med udgangspunkt i kommunens vedtagne handicappolitik fra 2007.

Det overordnede politiske mål at sikre, at indsatsen for borgere med handicap er tværgående og helhedsorienteret og indtænkes generelt i kommunalpolitiske handlinger og beslutninger.

De overordnede politiske målsætninger, er at:

- Alle borgere skal sikres fysisk og psykisk tilgængelighed
- Alle borgere skal sikres lige adgang til information og kommunikation
- Alle borgere skal have mulighed for at benytte sig af forebyggende og sundhedsfremmende tilbud
- Alle borgere skal sikres adgang til kommunale fritids-, idræts- og kulturtilbud
- Handicappede borgeres særlige behov i forbindelse med valg af bolig skal tilgodeses
- Borgere med handicap skal integreres i eksisterende institutions- og uddannelsestilbud
- Borgere med handicap skal sikres mulighed for deltagelse på arbejdsmarkedet
- Den kommunale rådgivning og de sociale tilbud skal være af højeste kvalitet og tilpasset den enkelte borgers behov

Den sociale indsats skal tilpasses i respekt for den enkeltes ressourcer frem for begrænsninger, og støtten skal gives ud fra det mål så vidt muligt at afhjælpe eller begrænse konsekvenserne af den nedsatte funktion.

6. Perspektiver og udfordringer

Faglige udfordringer

- **Udvikling af kommunens tilbud**

For at sikre optimal og effektiv drift af kommunens dag- og døgntilbud til borgere med handicap, er det vigtigt løbende at udvikle tilbuddene modsvarer behov bl.a. i forhold til pædagogik og fysiske rammer. Det forudsætter, at kommunen er på forkant med udviklingen i målgrupper og diagnoser samt i udviklingen inden for de enkelte fagområder, men også løbende er opmærksomme på behovene hos kommunens egne borgere samt på efterspørgslen i andre kommuner.

Der skal løbende være fokus på at kunne give det "rigtige" tilbud til de forskellige målgrupper både i relation til boophold og dagtilbud i form af eksempelvis beskæftigelses- og/eller fritidstilbud, for at sikre borgere med handicap og/eller sindslidelser et så aktivt og sundt liv som muligt.

På den ene side bliver udfordringen at sikre egne behov og samtidig at kunne sælge de pladser, som kommunen ikke selv har brug for og på den anden side løbende at tilpasse kapaciteten til efterspørgslen.

I 2012 er der en række udviklingsinitiativer, der skal udmøntes, understøttes og følges tæt.

Botilbud til unge og ældre udviklingshæmmede

I august 2011 blev et nyt bofællesskab til unge udviklingshæmmede borgere åbnet på Caroline Amalievej 124. Otte unge mennesker i alderen 18-25 år er flyttet ind. Der har dog vist sig et behov for yderligere pladser fra 2012. På den baggrund skal der tages stilling til om det ekstra behov kan rummes på eksisterende tilbud eller om der er behov for etablering af yderligere pladser i løbet af 2012 på samme adresse som det nye bofællesskab.

I slutningen af 2011 er 10 ældre udviklingshæmmede borgere, hvis behov har ændret sig fra socialpædagogisk støtte til omsorgsmæssig støtte, flyttet fra to af Magnetens bofællesskaber til et ny-etableret bofællesskab tilknyttet områdecenter Baunehøj. Samtidig lukkes Magnetens bofællesskaber på Virumvej og Virumgård.

Akuttilbud til sindslidende

Socialcenteret modtog i 2010 statens Satsmidler til at etablere og afprøve et lokalt akuttilbud til sindslidende. Projektet er organisatorisk tilknyttet Slotsvænget. Projektet løber over 3 år og afsluttes med en evaluering i april 2013. Formålet med akuttilbuddet er at bidrage til at forebygge længerevarende indlæggelser ved at have et akut beredskab, der i alle døgnets timer støtter op om den sindslidende, når denne eksempelvis får angst og behov for akut støtte. I 2012 skal Lyngby-Taarbæk Kommune – med afsæt i den løbende evaluering – tage stilling til, hvorvidt akuttilbuddet skal forsættes, evt. i et samarbejde med de omkringliggende kommuner.

Hjemmevejledning og socialpædagogisk støtte i eget hjem

Med henblik på at udnytte de kvalifikationer og den ekspertise, der er i kommunens tilbud i forhold til de forskellige målgrupper, blev det i 2010 besluttet i samarbejde med Slotsvænget og Chr. X's Allé/Strandberg, at de, som noget nyt, leverer en del af de hjemmevejledningstimer til borgere, som bor i egen bolig, som Socialcenteret hidtil har købt hos private leverandører.

Målet er en bedre faglig indsats i hjemmene, der er knyttet op til et kvalificeret socialpædagogisk tilbud indenfor målgruppen, samt at sikre ensartethed i ydelsens kvalitet og pris og et tæt samarbejde med leverandørerne. Det er forventningen, at de erfaringer, som tilbuddene høster kan omsættes til at udvikle kommunens tilbud fagligt med det mål, at de i fremtiden vil blive efterspurgt internt og eksternt på grund af en høj faglighed.

Akkrediterings-/udviklingsprojekt af Kvindehuset

Kommunens Kvindehus til kriseramte kvinder har siden 2011 arbejdet med at blive det første kvindekrisecenter i Danmark som bliver akkrediteret i 2012, dvs. en kvalitetssikring af Kvindehusets indsats. Målet er at sikre en løbende kvalitetsudvikling og –sikring af den ydelse, der leveres på Kvindehuset og kunne dokumentere det gode arbejde, der foregår i Kvindehuset. Dokumentationen skal anvendes både internt og eksternt i forhold til forskellige samarbejdspartnere.

Den konkrete indsats vil indtil ultimo 2012 bestå i - i samarbejde med et institut for akkreditering - at udvikle en standard for, hvordan kvalitetssikringsprocessen kan foregå på dette område.

Styringsmæssige udfordringer

- **Overgang fra ung til voksen og fra voksen til ældre**

Med henblik på at sikre borgerne en sammenhængende og koordineret overgang fra ung til voksen og fra voksen til ældre, er der etableret samarbejdsfora mellem Børne- og Fritidsforvaltningen, Jobcenteret, Ældreservice og Socialcentret.

Der skal i dette samarbejde fokus på at sikre overensstemmelse mellem udviklingsmål og indsats for den enkelte borger, særligt i overgangsfaserne fra ung til voksen og fra voksen til ældre, men også på, at der sammenhæng i serviceniveauet for borgeren uanset alder, så vidt det er muligt ud fra lovgivningsmæssige hensyn. Samtidig skal der ligeledes være opmærksomhed på den tidlige og forebyggende indsats, der kan bidrage til, at den enkelte så tidligt som muligt kan klare sig selv i videst muligt omfang,

I relation til effektivisering af økonomistyringen, styring af tilgang til hhv. voksen- og ældreområdet samt planlægning af tilbudsvifte, bliver det centralt at sikre en samkøring af data og registreringer mellem Børne- og Fritidsforvaltningen og Social- og sundhedsforvaltningen vedrørende antal unge og voksne med behov for specialiserede sociale tilbud samt udviklingen i handicap og diagnoser.

- **Samarbejde med andre kommuner**

I januar 2011 trådte ny lovgivning vedr. kommunernes handle- og betalingsansvar, i relation til borgere i tilbud uden for den oprindelige bopælskommune, i kraft. Lovændringerne bidrager til en bedre styring af økonomien og udgifterne på det specialiserede socialområde, idet Lyngby-Taarbæk Kommune nu også er handleansvarlig for størstedelen af de borgere, der er i tilbud uden for kommunen. Herved er det kommunen, der nu som både handle- og betalingsansvarlig er medvirkende og vidende om de meget dyre enkeltsager, tidligt i forløbet.

De nye regler betyder samtidig, at det er vigtigt for Lyngby-Taarbæk Kommune at sikre et godt samarbejde med de kommuner, hvor Lyngby-Taarbæk Kommune har borgere i døgntilbud, for at kunne give den enkelte borger de hensigtsmæssige tilbud i opholdskommunen. Omvendt skal Lyngby-Taarbæk Kommune kunne vejlede de kommuner, der har borgere her i kommunens botilbud om de dag- og døgntilbud, der i øvrigt kan være relevante.

Mere konkret betyder de nye regler ligeledes, at kommunens sociale tilbud skal samarbejde med forskellige kommuner og agerer efter de servicestandarder, der gør sig gældende i de kommuner, hvor beboerne kommer fra. Det bliver vigtigt at sikre, at dette samarbejde fungerer og at tilbuddene løbende udvikles i forhold til de behov og krav, der stilles og forventes fremadrettet. Dette for at sikre, at kommunens tilbud fortsat anses som attraktive og relevante tilbud også for borgere fra andre kommuner.

Det handler på den baggrund om – i samarbejde med øvrige kommuner - løbende at være opmærksomme på, at

- afstemme forventninger til kommende behov for dag- og døgntilbud
- aftale ny- og udbygningsplaner
- aftale brug af hinandens tilbud
- sikre gennemsigtighed i takstfastsættelse – undgå særtakster

Endelig bliver en væsentlig opgave i samarbejdet med kommunerne inden for hovedstadsregionen at få indgået aftale om at kunne supplere hinanden i forhold til specialydelser og -tilbud, som er kvalitets- og driftsmæssige acceptable. Det handler om, at der er tilbud til de borgere med helt særlige og specialiserede behov, der samtidig er økonomisk forsvarlige.

- **Kvalitetssikring – styring af det specialiserede socialområde**

Et centralt udgangspunkt i indsatsen på Handicapområdet handler om at yde og levere den bedste kvalitet til gavn for borgerne til den bedste pris.

I slutningen af 2010 blev der vedtaget et sæt principper for styring af det specialiserede socialområde, herunder et princip om kvalitet og evidens i indsatsen. Det handler om at målrette ressourcerne mod det, der virker bedst, og som har den største værdi for borgerne og medarbejderne. I udmøntningen af dette princip bliver en løbende udfordring at følge op på og systematisere viden om, hvad der virker bedst både internt i egen praksis og eksternt fra erfaringer i eksempelvis andre kommuner. Samtidig skal der løbende arbejdes med, hvordan de gode erfaringer kan omsættes til læring og fremadrettet forbedring af indsatsen på området.

I sammenhæng hermed har en projektgruppe i 2011 arbejdet med forståelsen af kvalitet både på børn og unge-, voksen- og ældreområdet samt identificeret de aktuelle udfordringer på området. I 2012 vil der være fokus på henholdsvis implementering af en "kvalitetsstyringsmodel", på arbejdet med kvalitetsudvikling af området, måling af kvalitet samt på hvordan nye, virkbare metoder bedst implementeres i den daglige indsats overfor borgerne.

- **Økonomistyring**

Handicapområdet, herunder det specialiserede socialområde, har i de seneste år oplevet store udgiftsstigninger dels på grund af en tilgang af borgere med behov for tilbud, men også på grund af omlægning af den statslige refusion vedr. de dyre enkeltsager. Sammen med de stramme økonomiske rammer nu og i de kommende år, er en udfordring fortsat at kunne styre udgifterne på området og samtidig yde den bedste og mest hensigtsmæssige indsats overfor borgerne.

I de senere år er der internt i kommunen, som allerede nævnt taget initiativ til forbedring af styringen på handicapområdet, bl.a. som nævnt gennem implementering af sæt styringsprincipper. Disse vedrører følgende syv principper:

- Kvalitet og evidens i indsatsen
- Tilsyn med kvalitet i sagsbehandlingen – udmøntning af lov og politiske mål
- Dispositionsbudgetter på individniveau – overblik på området
- Tæt budgetopfølgning og ledelsesinformation – grundlag for politiske overvejelser
- Effektiviseringer – bedste og billigste tilbud
- Servicestandarder på alle hovedydelse – sammenhæng mellem tilbud og økonomi
- Rammebevillinger med mulighed for aktivitetsbestemt budgetregulering

I 2012 skal det arbejde, der er igangsat i 2011 med implementering af styringsprincipperne fortsat være i fokus. Der sigtes mod en endnu tættere styring inden for den økonomiske ramme, hvor balancen mellem de kvalitetsmæssige bedste og mest omkostningseffektive tilbud, skal være i fokus.

En udfordring i implementering af styringsprincipperne har hidtil handlet om muligheden for at tilvejebringe et validt administrationsgrundlag, med let tilgængelig information om bevillinger, priser og varighed i tilbuddene.

På tværs af Børne- og Fritidsforvaltningen og Social- og Sundhedsforvaltningen blev det i 2011 besluttet at indkøbe et nyt fælles økonomistyringsværktøj på det specialiserede socialområde, der dækker funktioner i såvel BFF som SSF, og som kan sikre balance mellem regelgrundlag og økonomiske udfordringer. Efter en udbudsrunde medio 2011 blev der truffet beslutning om økonomistyringssystemet, som ultimo 2011 er implementeret.

7. Kvalitetsmål

Tema	Mål	Målemetode	Indsatser for målet	1. års status
Gennemsligtighed i hvilken service borgere kan forvente at få i Voksen- og handicaprådgivningen	Gennemsligtighed i hvilken service borgere kan forvente at få i Voksen- og handicaprådgivningen	Serviceniveau og kvalitetsstandarder på alle Voksen- og handicaprådgivningens hovedydelser findes på kommunens hjemmeside fra medio 2011.	Udkast til serviceniveau og kvalitetsstandarder på voksen- og handicaprådgivningens hovedydelser har været politisk behandlet og godkendt medio 2011. Social- og sundhedsudvalget behandler 1-2 udkast til kvalitetsstandarder og serviceniveau på hvert kvartal i 2010 og 2011.	[Udestår]
Kost- og motionspolitik på botilbud til voksne med handicap eller sindslidelser	Vi vil have fokus på, at voksne med handicap og sindslidelser får sund kost og motion i botilbuddene. Målet er, at botilbuddene har formuleret kost- og motionspolitikker, der er målrettet beboernes behov og muligheder.	At kost- og motionspolitikker findes på tilbuddenes hjemmesider.	At botilbuddene hver især formulerer en motions- og kostpolitik, der har fokus på beboernes behov og muligheder.	I 2011 har alle kommunens handicaptilbud, i deres virksomhedsplan, indarbejdet mål vedrørende arbejdet med kost- og motionsfremmende tilbud i deres ydelser, samt arbejde med at sikre, at alle borgere tilbydes relevante fritidstilbud.

Aktivitetsområde: Sundhed**1. Beskrivelse af området**

Området omfatter:

- Den kommunale aktivitetsbestemte medfinansiering af behandling på hospitaler og sygesikringsydelse.
- Genoptræning og vedligeholdelsestræning; herunder specialiseret ambulans genoptræning på hospitaler, genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommunalt regi.
- Vederlagsfri behandling hos fysioterapeut
- Sundhedsfremme og forebyggelse
- Alkoholbehandling
- Stofmisbrugsbehandling
- Kommunal tandpleje; herunder omsorgstandpleje og specialtandpleje
- Andre sundhedsudgifter; herunder finansiering af færdigbehandlede patienters liggedag, borgere på hospice og begravelseshjælp

2. Økonomisk driftsramme [opdateres jf. 1. anslåede regnskab til udvalgmøde i juni]

Beskrivelse / mio. kr.	R10	B11	B12	B013	B014	B015
Aktivitetsbestemt medfinansiering	101,0	105,6	96,0	96,1	96,1	96,1
Genoptræning og vedligeholdelsestræning	50,2	52,0	52,1	51,0	51,0	51,0
Vederlagsfri fysioterapi	7,2	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7
Sundhedsfremme og forebyggelse	3,0	2,9	2,2	2,2	2,0	2,0
Alkoholbehandling	4,5	4,1	4,6	4,6	4,6	4,6
Stofmisbrugsbehandling	6,6	7,1	6,9	6,9	6,9	6,9
Kommunal tandpleje	17,5	17,7	17,4	17,3	17,2	17,2
Andre sundhedsudgifter	6,1	8,3	6,3	6,6	6,6	6,6
Aktivitetsområde Sundhed i alt	196,1	204,4	192,2	191,3	191,1	191,1
2010 pris- og lønniveau						

2011 pris- og lønniveau

3. Budgetgrundlag [afsnittet vil blive udbygget med budgetteringsforudsætninger i takt med, at budgetanalyserne færdiggøres]

Budgetgrundlaget er baseret på skøn for udviklingen i aktivitet på de enkelte områder og den forventede gennemsnitlige udgift pr. aktivitet.

På grund af kommunens økonomiske udfordringer er der konstant fokus på økonomistyring, dokumentation og effektivisering af alle dele af aktivitetsområdet. Budgetgrundlaget skal således ses i lyset af de effektiviserings- og besparelsetiltag, som er iværksat i 2010 og 2011 og som løber ind i 2012.

I budgetaftalen 2011-2014 blev udgifter til færdigbehandlede borgeres liggedag reduceret med 2,0 mio. kr. i 2012 og 1,0 mio. kr. i overslagsårene og udgifter til kommunallæger reduceret med og 3,0 mio. kr. i 2012 og overslagsårene.

I forbindelse med Kommunalbestyrelsens beslutning om modgående besparelser i maj 2010 og modgående effektiviseringer i juni 2010 blev der indlagt besparelser på sundhedsbussen, visitation til døgnbehandling på misbrugsområdet og genoptræning i 2012 og overslagsårene.

Fra 2012 træder en ny finansieringsmodel for kommunal finansiering og medfinansiering i kraft. Modellen indebærer fjernelse af det kommunale grundbidrag, hvilket modsvares af stigning i den aktivitetsbestemte medfinansiering inden for somatisk stationær og ambulans behandling samt speciallægeydelse.

[Foreløbige beregninger af den nye model estimerer en merudgift for Lyngby-Taarbæk Kommune på 7-10 mio. kr. fra 2012. Kommunen rammes relativt hårdere end gennemsnittet på landsplan, da borgerne modtager mange ydelser i sundhedsvæsenet. Dette skyldes dels et generelt højt produktionsniveau i Region

Hovedstadens sundhedsvæsen, dels den store andel af ældre borgere i kommunen. Der kan blive tale om en overgangsordning i 2012, men dette vides først med lovens godkendelse i sommeren 2012].

4. Vision

Kommunalbestyrelsen vedtog i 2010 en sundhedsstrategi, som fastsætter den overordnede vision og mål for kommunens arbejde på sundhedsområdet i perioden 2011-2014.

Visionen for sundhed i Lyngby-Taarbæk Kommune er at styrke borgernes evne og muligheder for at træffe sunde valg, således at den enkelte borger lever et længere og bedre liv med mindre sygdom og højere livskvalitet.

Sundhedsstrategien skal bidrage til at sikre effektive, kvalificerede og sammenhængende indsatser på i det forebyggende sundhedsarbejde i kommunen.

5. Politiske målsætninger

Aktivitetsområdet er dels styret af den gældende lovgivning, dels af målsætningerne på de mange forskellige aktiviteter, som området omfatter. Der findes derfor kun politisk vedtagne målsætninger på nogle aktiviteter.

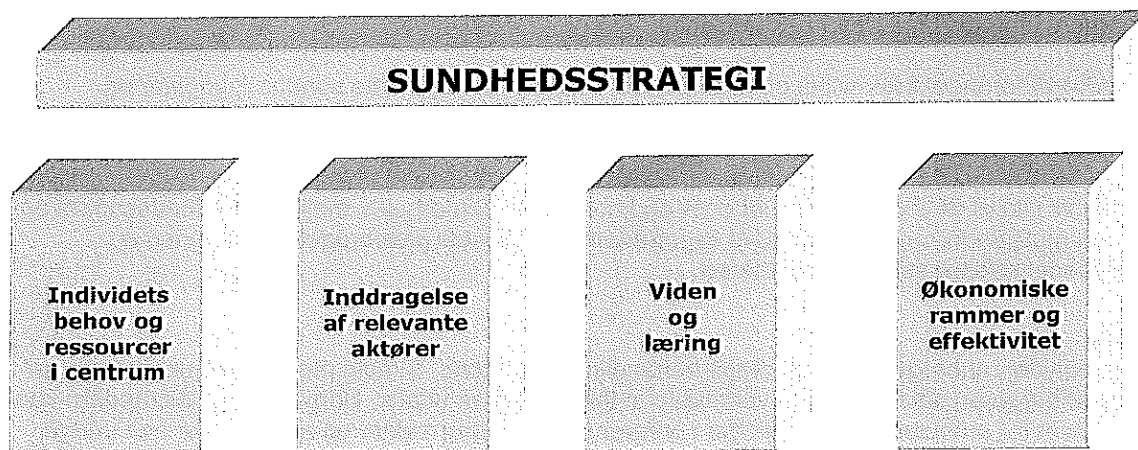
Genoptræning og vedligeholdelsestræning

Målsætningen for genoptrænings- og vedligeholdelsestræningen er borgeren oplever et højt kvalificeret, individuelt tilpasset og sammenhængende rehabiliterings- og genoptræningsforløb, og at borgeren i høj grad oplever, at målene for træningen bliver opfyldt.

Sundhedsstrategiens målsætninger

Lyngby-Taarbæk Kommunens sundhedsstrategi hviler på fire grundprincipper:

1. individets behov og ressourcer i centrum, 2. inddragelse af relevante aktører, 3. viden og læring, 4. økonomiske rammer og effektivitet. De fire principper er omsat til konkrete mål, målsætninger og handlinger i kommunens fagudvalg.



6. Perspektiver og udfordringer

Faglige udfordringer

- **Implementering af sundhedsstrategi**

Sundhedsstrategien lægger op til en tværorienteret koordineret indsats i det forebyggende sundhedsarbejde. Med udgangspunkt i blandt andet Sundhedsprofilen 2010, som beskriver kommunens væsentligste sundhedsudfordringer, skal fagudvalgene i perioden 2011-2013 udmønte strategien med

afsæt i prioriterede og strategiske udfordringer inden for fire fokusområder 1) kost, 2) bevægelse, 3) rusmidler og 4) kronisk sygdom.

Sundhedsprofilen dokumenterer, at de væsentligste sundhedsudfordringer i Lyngby-Taarbæk Kommune er relateret til 1) manglende bevægelse, 2) risikabelt alkoholforbrug og 3) usund kost og overvægt, som også er de primære risikofaktorer for udvikling af kronisk sygdom.

Der er en stigende andel af borgere i kommunen, som har stillesiddende arbejde. 52 pct. sidder stille mindst seks timer på deres arbejde hver dag, hvilket er 5 pct. mere end i 2008. Ca. hver tredje borger i kommunen har risikabel alkoholadfærd og er mest udbredt blandt de 16-24-årige og 55-64-årige.

37 pct. af kommunens borgere er moderat eller svært overvægtige, hvilket er en stigning på over 2,2 procentpoint siden 2008. Over halvdelen af alle borgere over 16 år lever med mindst én kronisk sygdom.

I forbindelse med udmøntningen af sundhedsstrategien vil kommunen have fokus på at udvikle indsatser, som kan imødegå de væsentlige sundhedsudfordringer i kommunen:

Forløbsprogrammet for hjerte/kar-sygdomme implementeres i kommunen i 2012 og er det tredje forløbsprogram efter type 2 diabetes og KOL, som implementeres i kommunen. Det er fortsat en udfordring at vurdere den økonomiske effekt af forløbsprogrammerne på reducerede udgifter til indlæggelser og genindlæggelser, idet evalueringen af det samlede regionale kronikerprogram endnu ikke er implementeret.

I samarbejde med klyngekommuner er det i Sundhedsaftalen beskrevet at undersøge muligheden for at iværksætte indsatser for KOL-patienter, som rækker ud over forløbsprogrammerne med det sigte at forebygge hyppige indlæggelser.

- **Sundhed og beskæftigelse**

Det eksisterer et naturligt interesseoverlap mellem udfordringer og målsætninger på beskæftigelses- og sundhedsområdet. Borgere uden for arbejdsmarkedet oplever oftere sygdom og har i højere grad en u hensigtsmæssig sundhedsadfærd sammenlignet med den generelle befolkning. Sammenhængen går begge veje, idet oplevelse af ledighed påvirker sundheden i en negativ retning, og dårligt helbred kan være en barriere i forhold til at opnå beskæftigelse.

Sygdom medfører forringet livskvalitet og er forbundet med øgede regionale sundhedsudgifter og kommunale pleje- og forsørgelsesudgifter. Målene om øget sundhed og øget beskæftigelse er derfor tæt forbundne i både et menneskeligt og økonomisk perspektiv.

Forvaltningen vil i løbet af 2012 etablere et øget og koordineret samarbejde mellem Sundhedscentret og Jobcentret, så mulighederne for at reducere sygefraværet og ressourceforbruget i kommunen og sundhedsvæsenet effektiviseres og optimeres.

- **Telemedicin**

Telemedicin betyder, at borgere kan modtage behandling på afstand. Simple medicinske undersøgelser kan foretages af borgeren selv i hjemmet ved hjælp af telemedicinsk udstyr. Udnyttelse af telemedicin kan reducere behovet for ambulante behandlinger i primær og sekundær sektor og afkorte eller helt undgå indlæggelser og kan derfor medvirke til at reducere kommunale plejeudgifter og medfinansieringsudgifter til det regionale sundhedsvæsen.

Telemedicinsk udstyr kan også være relevant i forbindelse med specialistvurdering og behandling. Eksempelvis foto af sår, der kan sendes digitalt til specialist til nærmere vurdering. Dette vil spare transport til lægen, evt. ventetid på besøg.

Der eksisterer imidlertid en udfordring i at undersøge samarbejds mulighederne mellem regionerne og kommunerne om anvendelsen af telemedicin, samt kortlægge snitfladerne mellem ansvaret for indlæggelse (stationær behandling på hospital), udlæggelse (behandling i hjemmet eksempelvis vha. telemedicin) og udskrivning.

Økonomiske udfordringer

- **Færdigbehandlede patienters liggedag på hospital**

I forbindelse med vedtagelse af budget 2011 blev der på kontoen for de færdigbehandlede sygehusindlagte indarbejdet en besparelse på 2,0 mio.kr. årligt i 2011 og 2012 samt en besparelse på 1,0 mio.kr. årligt i 2013 og 2014. Besparelserne medførte, at der var behov for en reduktion i forbruget af liggedage for færdigbehandlede sygehusindlagte borgere på 40 pct.

Antallet af liggedage har været jævnt faldende gennem 2010. En udvikling som fortsatte i 2011. Dette skyldes dels at den koordinerende funktion i 2010 har iværksat en stor handlingsplan for at opnå de vedtagne besparelser, dels har der i forbindelse med byggeriet på Solgården været et større antal midlertidige plejeboliger end normalt, som den koordinerende funktion har kunnet råde over.

Den iværksatte handlingsplan fortsætter uændret i 2011–2013. Frem til ultimo 2011 vil den koordinerende funktion fortsat have flere midlertidige plejeboliger at råde over grundet ombygninger på Områdecenter Møllebo. Antallet af midlertidige pladser forventes at falde til de normerede 50 pladser fra primo 2012.

- **Pres på kommunal genoptræning**

Aktiviteten knyttet til genoptræning er steget i 2010 sammenlignet med 2009. Det forventes, at den øgede efterspørgsel på genoptræning og vedligeholdelsestræning fortsat vil stige over de kommende år.

Flere specialiserede genoptræningsopgaver overgår fortsat fra hospital til kommuner, patienterne udskrives hurtigere efter endt behandling og antallet af ældre borgere med et større trænings- og genoptræningsbehov stiger. Hertil kommer, at der i fremtiden bliver flere borgere over 65 år samt at efterspørgslen på træningsydelse vil stige i takt med iværksættelsen af de nye forløbsprogrammer for hjerte/kar-patienter og demens.

Der ligger fortsat en udfordring i at skabe rammer for den vedligeholdende træning efter Serviceloven. Mængden af genoptræning af borgere med ret til genoptræning efter Sundhedsloven er steget markant på bekostning af fald i mængden af den vedligeholdende træning efter Serviceloven.

Nedprioritering af vedligeholdende træning vil på sigt medvirke til hurtigere tab af funktionsniveau, hvilket reducerer borgerens evne til at være aktiv og selvhjulpent. Dette medfører øgede udgifter til genoptræning, personlig pleje, praktisk hjælp og behandlinger i sundhedsvæsenet. Udfordringen rummer derfor dels et økonomisk perspektiv på længere sigt, dels perspektiver for borgernes sundhed og livskvalitet.

Som en del af den vedtagne strategi for konkurrenceudsættelse, er det besluttet, at det skal undersøges, hvorvidt genoptræning efter sundhedsloven § 140 kan konkurrenceudsættes. Det forventes, at processen startes op 1.4.2012 og er klar til drift pr. 1.4.2013. Der er i budget 2012 afsat 0,5 mio.kr. til konsulentbistand.

Genoptræning af borgere efter sygdom, operation m.v. omfatter godt halvdelen af de samlede udgifter til genoptræning.

- **Kommunal aktivitetsbestemt finansiering og medfinansiering**

Aktiviteten på det aktivitetsbestemte medfinansieringsområde har været forsat stigende i 2010. Stadig flere accelererede patientforløb bidrager til aktivitetsstigningen. Stigningen er største på det somatiske område (stationær og ambulat behandling), som også dækker størstedelen af aktiviteten.

Den stigende aktivitet giver anledning til at afdække mulighederne for at medvirke til, at færre borgere indlægges og genindlægges unødvendigt, således at sygehusudgifterne kan reduceres, hvor det er muligt. Særligt sundhedsudgifter relateret til ældre medicinske patienter er relevante at fokusere på. Potentialet er næppe stort på kort sigt men formodes at kunne betale sig på den lange bane, dels af hensyn til livskvaliteten for de ældre og af hensyn til de økonomiske byrder fra det regionale sundhedsvæsen.

Et udviklingsprojekt i regi af sundhedsaftalen omhandler en forstærket indsats for at forebygge indlæggelser og genindlæggelser i et samarbejde mellem Gentofte, Rudersdal og Lyngby-Taarbæk Kommune.

7. Kvalitetsmål

Aktivitets-område	Tema	Mål	Målemetode	Indsatser for målet	1. års status
Sundhed	Liggedage på hospital for færdigbehandlede borgere	Vi vil nedbringe antallet af liggedage, som færdigbehandlede borgere tilbringer på hospital fra 2363 i 2009 til 2118 i 2014 af hensyn til borgernes livskvalitet	Antallet af liggedage opgøres i Sundhedsstyrelsens elektroniske brugersstyringssystem. Udviklingen monitoreres løbende	Køb og etablering af et antal nye midlertidige plejeadsler øger kapaciteten til at hjemtage færdigbehandlede borgere.	Antallet af færdigbehandlede borgere liggedage har været faldende gennem 2010. I 2010 var der 34,1 pct. færre liggedage end i 2009.
	Sundhedsfremme og forebyggelse; overvægt	Vi ønsker at forebygge overvægt i Lyngby-Taarbæk Kommune. Målet er, at 60 % af de kursister, som gennemfører kost- og motionsgruppen kursusforløb, opnår et varigt vægttab	2 års opfølgning på Kost- og motionsgruppen med kontrolvejning	Deltagelse og gennemførelse af kost- og motionsgruppens 15 ugers kursusforløb. Derefter løbende opfølgning gennem 2 år	35 kursister gennemførte kost- og motionsgruppen i efterår 2010. Ved 2 års opfølgning mødte 8 kursister op. Heraf havde 3 kursister tabt sig, svarende til 8,5 % af gennemførte kursister. Målet videreføres til 2012.
	Forbedret indsats på Genoptræningsområdet	75 % af borgerne indlagt til døgnrehabilitering har ved udskrivelsen opnået de ved forventningsamtalen opsatte mål for træningen.	Manuel opgørelse		Manuel halvårsopgørelse i juni 2010, hvor der gives en status på målet.
	Sundhedsfremme og forebyggelse; rygning	Vi ønsker, at forebygge rygerelaterede sygdomme ved at støtte borgere i rygestop. Målet er, at 50 % af de kursister, som gennemfører et kommunalt rygestop kursus, er røgfrie efter 1 år	1 års opfølgning på rygestop kursus	Deltagelse og gennemførelse af 6 ugers rygestop kursus. Derefter løbende opfølgning ved 3 mdr., 6 mdr. og 1 år.	8 borgere gennemførte rygestopkursus i marts 2010. Ved 1. års opfølgning i marts 2011 var 4 borgere røgfrie. Målet er hermed indfriet.

Aktivitetsområde: Ældre**1. Beskrivelse af området**

Området omfatter:

- Hjemmehjælp i form af praktisk hjælp og personlig pleje, hjemmesygepleje, madservice, linnedservice
- Ældreboliger, plejeboliger og midlertidige pladser
- Aktivitetscentre for ældre
- Hjælpe midler, befordring, plejevederlag, helbredstillæg og personlige tillæg og boligydelse til pensionister.

2. Økonomisk driftsramme [opdateres jf. 1. anslåede regnskab til udvalgsmøde i juni]

Beskrivelse / mio. kr.	R09	B10	B11	BO12	BO13	BO14
Ældre fælleskonti	13,2	22,1	19,3	19,3	19,3	19,3
Frit valg	119,5	116,1	113,3	109,8	110,5	110,7
Køb og salg	19,4	12,9	16,0	15,0	15,0	15,0
Plejhjem og hjemmesygepleje	326,0	331,7	332,3	332,3	332,3	332,3
DKM	2,1	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8
Forebyggende indsats	11,4	10,0	7,6	7,6	7,6	7,6
Hjælpe midler m.v.	36,2	36,5	35,6	35,4	35,5	35,5
Ældreboliger	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Faste ejendomme	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Busdrift	3,2	4,1	3,0	3,0	3,0	3,0
Plejevederlag m.v.	0,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Rådgivning m.v.	2,9	3,5	3,2	3,2	3,2	3,2
Tilbud til voksne med særlige behov	16,1	9,4	16,4	16,4	16,4	16,4
Personlige tillæg	5,8	5,9	5,6	5,6	5,6	5,6
Boligyldelse	26,7	20,8	22,4	23,6	24,5	24,5
Øvrige sociale formål	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Aktivitetsområde Ældre i alt	584,9	577,0	579,0	575,5	577,1	577,4

2011 pris- og lønniveau.

Afrunding kan indebære, at summen af de enkelte poster afviger fra den angivne total.

3. Budgetgrundlag [opdateres efter 1. AR er lagt ind]

Ved vedtagelsen af Budget 2011 og blev det besluttet at gennemføre en række besparelser og effektiviseringer på ældreområdet. Budgettet fra 2010 til 2011 blev som følge heraf reduceret med i alt 19 mio. kr. fordelt på xx mio kr. til effektiviseringer, xx mio. kr. til delvise effektiviseringer og xx mio. kr. på besparelser.

Effektiviseringerne og besparelserne er fordelt på både relativt små og store reduktioner på hele ældreområdet. Herunder blandt andet besparelser på høreapparater på 0,7 mio. kr. og effektiviseringer ved brug af robotstøvsugere på 0,5 mio. kr.

På hjemmesygeplejen er der gennem LEAN projekt og indførelse af dosisdispenseret medicin indlagt budgetreduktioner på 1,85 mio. kr.

Budgetreduktionen på frit valgpuljen på ca. 5 mio. kr. udgøres af den samlede effekt ved indførelsen af "Differentieret rengøring" og projekterne "Træning før varig hjælp" og "Hjælp til selvhjælp".

I 2012 er budgettet reduceret med 5,1 mio. kr. i forhold til 2011 hovedsageligt som følge af stigende effekt af projekt "Hjælp til selvhjælp" og forventet konkurrenceudsættelse af et plejecenter.

De indlagte effektiviseringer og besparelser vil fortsat være i fokus i 2012 for at sikre at de besparelser og effektiviseringer, der blev hjemtaget i 2011, fortsat kan hjemtages i 2012.

Generelt er der, som følge af de styringsmæssige og økonomiske udfordringer budgetreduktionerne giver, konstant fokus på økonomistyring, dokumentation, monitorering samt effektivisering af alle dele af driften på ældreområdet.

I 2011 blev en ny budgetstyringsmodel af områdecentrene taget i brug. Modellen giver det enkelte områdecenter en højere grad af autonomi i økonomistyringen og et styrket incitament for budgetoverholdelse gennem mulighed for overførsel mellem budgetårene. Ligeledes blev budgetteringen af det enkelte områdecenter baseret på tildelingskriterier, der sikrer en sammenhæng mellem aktivitet og ressourcefordeling.

- For plejeboliger anvendes en budgetteringsmodel, der tager højde for alle udgifter forbundet med at drive en plejebolig – såvel decideret pleje som rammeomkostninger. Budgetteringsmodellen anvendes ved budgettering af plejehjemsdelen under Den Kommunale Leverandør, herunder også ved oprettelse af nye pladser.
- På frit valg-området anvendes en kapacitetstilpasningsmodel, der beregnes på grundlag af befolkningssammensætning, Den Kommunale Leverandørs (DKL) faktiske omkostninger og antallet af udførte timer.
- På hjemmesygeplejeområdet anvendes en budgetmodel med udgangspunkt i faktiske omkostninger og leverede sygeplejetimer. I 2012 overgår området til aktivitetsafregning.
- For Madservice er der lovmæssigt fastsat et prisloft for borgeren. Budgettet for DKM skal balancere inden for disse rammer. Firmaet KRAM varetager madservice til udeboende borgere, mens DKM fortsat leverer mad til beboere inde på centrene.

På de resterende områder er ressourcefordelingen baseret på politiske beslutninger. En del af disse områder er lov- og konsekvensbundne, hvor kommunen ikke har indflydelse på serviceniveauet, da dette er fastsat i lovgivningen. Der er tale om områder såsom betaling til og fra kommuner, store dele af hjælpemiddelområdet, plejevederlag, helbredstillæg og boligydelse. Inden for disse områder arbejdes der med særskilte prognose- og budgetstyringsmodeller

4. Vision

Visionen for ældreområdet i Lyngby-Taarbæk Kommune er som følger: "Lyngby-Taarbæk Kommune skaber rammerne for, at de ældre borgere kan leve et godt og trygt liv med trivsel og livskvalitet – og dermed få flest mulige gode år".

5. Politiske mål

Serviceniveauet på aktivitetsområde Ældre er foruden den gældende lovgivning styret af ældrepolitikens målsætninger, som indebærer at arbejdes for:

- at kommunens ældre borgere oplever høj grad af trivsel og livskvalitet
- at de ældre bevarer deres fysiske, psykiske og sociale funktioner længst muligt
- at der tilvejebringes et varieret udbud af boliger til ældre borgere med et særligt behov herfor
- at de ældre skal tilbydes det frie valg på så mange områder som muligt
- at der først og fremmest tages hånd om ældre borgere med et stort behov for støtte
- at samspillet omkring det frivillige sociale arbejde styrkes
- at kommunen fastholder og tiltrækker gode medarbejdere med stærk faglighed og interesse for ældre

Endvidere styres serviceniveauet mere konkret gennem de politisk fastsatte kvalitetsstandarder for praktisk og personlig hjælp og pleje samt det fastsatte rådighedsbeløb ved personlige tillæg.

6. Perspektiver og udfordringer

Faglige udfordringer

- **Ældrestrategien "Det gode ældreliv"**

Udviklingen og den sideløbende implementering af ældrestrategien "Det gode ældreliv" - fremtidens ældreservice i Lyngby-Taarbæk Kommune - er en af hovedindsatserne på ældreområdet i 2012. Strategien tager udgangspunkt i, at der gennem anvendelse af den nyeste viden inden for ældreområdet og velfærdsteknologi skal særligt fokus på forebyggelse, den enkelte ældres behov, sund aldring og hjælp til selvhjælp frem for passiv hjælp og omsorg.

Med det "gode ældre liv" som tema i Ældrestrategien ønsker Lyngby-Taarbæk Kommune fortsat at øge livskvaliteten for de ældre borgere i kommunen.

I Ældrestrategien er der defineret tre fokusområder, der skal være omdrejningspunkter for udviklingen af den fremtidige ældreservice i kommunen. Fokusområderne er: 1) Hjælp til selvhjælp, 2) Velfærdsteknologi og 3) Frivillige og civilsamfundet

På tværs af disse områder skal det undersøges:

- Hvad er det gode ældreliv (som borger i eget hjem og som beboer på et plejecenter)?
- Hvordan får vi omsat den viden vi har om ældres behov og ønsker til nye produkter, løsninger og services, der øger livskvaliteten og samtidig sikrer en effektiv organisation?
- Hvordan kan vi bedst skabe et samarbejde mellem offentlige og private virksomheder i udviklingen af nye services?

Ældrestrategien skal bidrage til at sikre, at Lyngby-Taarbæk Kommune fortsat kan yde høj kvalitet i produktionen af de serviceydelser, de ældre borgere efterspørger, inden for de økonomiske rammer og i klar forlængelse af de politiske målsætninger.

- **Hjælp til selvhjælp**

Forebyggelse medvirker til, at de ældre borgere kan leve et liv med mindre afhængighed af offentlige ydelser og med et højere funktionsniveau og livskvalitet. Mulighederne for mere hjælp til selvhjælp, hjælp inden pleje og højere grad af inddragelse af den ældre borger, inden der visiteres til varig pleje er derfor indsatsområder der indgår i ældrestrategien i naturlig forlængelse af de projekter der allerede er igangsat.

De to store indsatsområder inden for disse områder er projektet "træning før varig hjælp", "hjælp til selvhjælp" og indførelse af forløbsprogrammer.

"Træning før varig hjælp" er et projekt, hvor borgere, der står for at skulle visiteres første gang til hjemmehjælp tilbydes et intensivt træningsforløb over 12 uger, for i videst muligt omfang at gøre borgerne selvhjulpne igen.

Projekt "hjælp til selvhjælp" er en indsats hvor borgere visiteret til pleje gennem et træningsforløb i højere grad gøres selvhjulpne.

Forløbsprogrammer skal sikre sammenhæng mellem de forskellige sundhedsfaglige indsatser i et sygdomsforløb med patienten i centrum. Region Hovedstaden har udarbejdet de overordnede rammer og principper for forløbsprogrammer i regionen. Lyngby-Taarbæk Kommune har fået projektpenge på ca. 1,6 mio. kr. til delvis finansiering af gennemførelsen af forløbsprogrammer for Diabetes, KOL, hjerte-kar- og muskel- og skeletsygdomme.

På hjemmesygeplejeområdet er der etableret en sygeplejeklinik på områdecenter Møllebo, hvor borgere, der er tilstrækkeligt mobile, kan komme ned frem for at skulle afvente besøg af hjemmesygeplejersken. Sideløbende er der også indført maskinel dosisdispensering til borgere i eget hjem, hvilket øger sikkerheden for korrekt medicindosering og samtidig mindsker ressourceforbruget forbundet herved.

- **Frivillige og civilsamfundet**

I forlængelse af frivillighedsstrategien, ønsker ældreområdet at styrke rammerne og forudsætningerne for at frivillige i højere grad end førhen kan inddrages i indsatser under ældreplejen. Blandt andet tænkes

frivillige i øget grad at kunne fungere som besøgsvenner til ældre borgere, men forvaltningen vil også fokusere på, at frivillige, hvor det er hensigtsmæssigt, kan indtænkes i den kommunale opgavevaretagelse.

Det vil fortsat være en vigtig opgave, at være med til at sikre, at de "stærke" ældre har mulighed for at deltage i samfundslivets aktiviteter. Kommunen skal derfor facilitere og skabe rammerne herfor samt skabe grundlag for, at "stærke" ældre i højere grad end i dag, socialt kan hjælpe og støtte "svagere" ældre i hverdagen.

- **Velfærdsteknologi**

Ældreområdet er med i det tværkommunale samarbejde med Gladsaxe, Gentofte og Rudersdal Kommuner om velfærdsteknologi. Under dette samarbejde deltager Lyngby-Taarbæk Kommune i projekter om hhv. afprøvning af robotstøvsugere, arbejdsmiljøforbedrende teknologi til arbejdet med demensramte, mobil interaktiv træningsteknologi samt telemedicin hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og genoptræningen.

Der er igangsat arbejdsgrupper, som afdækker potentialer inden for forskellige teknologier f.eks. robotstøvsugere (som er implementeret på alle områdecentre), toiletrobotter, elektroniske nøgler mv.

Derudover er der etableret et nyt velfærdsteknologisk samarbejde med DTU, hvorunder studerende fra DTU undersøger aktuelle problemstillinger på ældreområdet i samarbejde med kommunens fagfolk. Ligeledes inviteres DTU til at deltage i forskellige udviklingsprojekter såsom det kommende arbejde med etablering af et forskningsplejehjem.

Hensigten med at indføre velfærdsteknologi er at mindske fysisk belastende opgaver for personalet og derved forhindre nedslidning og forebygge sygefravær. På længere sigt kan implementeringen af velfærdsteknologi hjælpe med til at håndtere fremtidig mangel på arbejdskraft og derved bidrage til fortsat at sikre et højt serviceniveau i Lyngby-Taarbæk Kommunes ældrepleje.

Ligeledes har velfærdsteknologi potentiale til at tilbyde ny og bedre kvalitet og services, der kan medvirke til at øge borgernes livskvalitet og eksempelvis undgå gentagende sygehusindlæggelser.

Styringsmæssige udfordringer

- **Effektiviseringer og videreudvikling af budget- og økonomistyringsværktøjer**

Forvaltningen benchmarker løbende nøgletal på tværs af områdecentrene vedrørende personaleforbrug, frit valg priser, døgnpriser på plejehjem, sygeplejeomkostninger, normering pr. plejehjemsplads m.m. Gennem analyse af nøgletallene udledes best practice. Dette bidrager til en ensartet kvantitativ service på tværs af områdecentrene, ligesom det giver mulighed for at definere besparelses- og effektiviseringspotentialer. Af samme grund er det benchmarkingen, der anvendes til at udmønte en del af den vedtagne besparelse i DKL fra 2010 og overslagsårene.

Mellemkommunalt køb og salg af plejeboliger og lignende omsorgsydelser er ikke udgifter, som kommunen kan regulere, men de prognoseværktøjer, der ligger i økonomistyringen, forbedres løbende. Dette gælder også for tilbud til voksne over 67 år med særligt behov, hvor samarbejdet mellem forvaltningerne ligeledes forbedres.

- **Bygning af nyt plejecenter**

Ved bygning af det nye plejecenter skal mulighederne for velfærdsteknologi indtænkes, ligesom det er vigtigt at tage hensyn til, at fremtidens ældre ønsker at kunne vælge mellem forskellige boformer, herunder bofællesskaber. Plejecenteret tænkes fremadrettet at kunne bruges som forskningsplejecenter hvor der i tæt samarbejde med beboerne og private aktører indsamles gode erfaringer med organisering og anvendelse af ny teknologi. Erfaringerne skal efterfølgende anvendes på resten af ældreområdet.

- **Konkurrenceudsættelse af et plejecenter**

Ved budgetaftalen for 2011 blev det besluttet, at der skal konkurrenceudsættes et plejecenter med efterfølgende eventuel udlicitering til følge.

[Analysen af mulighederne herved er påbegyndt april 2011 og fremligger august/september 2011. På baggrund heraf skrives afsnittet færdigt.]

7. Kvalitetsmål

Tema	Mål	Målemetode	Indsatser for målet	1. års status
"Aftalt tid" på frit valg-området	Medarbejderne i Den Kommunale Leverandør vil i 90 % af tilfældene komme hos borgeren til den aftalte tid. Niveaue i 2009 var 82 % ved Kommunens egenkontrol.	Telefonundersøgelse hos borgerne og indberetninger fra områderne	Lean projekt i Hjemmeplejen	[udestår]
Leverede timer i hjemmeplejen	Borgere, der modtager ydelser fra Den Kommunale Leverandørs hjemmepleje, får i gennemsnit leveret alle visiterede ydelser svarende til måltal 100. Niveaue i 2009 var 98,11. Tallet er korrigeret for indlagte borgere.	Antal leverede timer ift. antal visiterede timer for Den Kommunale Leverandør	Fokus på brugertidsprocent (tilsvarende mål) og sygefravær	[udestår]

NOTAT

om

Status på budgettilpasninger for 2011-14 på Social- og sundhedsudvalgets område

Budgetaftalen for 2011-14 blev godkendt den 24. september 2010. Budgetaftalen indeholder budgettilpasninger på i gennemsnit 70,7 mio.kr. pr. år for Lyngby-Taarbæk Kommune.

For Social- og Sundhedsudvalget indeholdte budgetaftalen budgettilpasninger på i gennemsnit 14,8 mio.kr. pr. år., hvilket er udover de allerede tidligere besluttede effektiviseringer og besparelser på gennemsnitlig 17,7 mio.kr. pr. år.

Fordelingen af budgettilpasningerne på de enkelte områder ses i tabel 1.

Tabel 1. Budgettilpasninger 2011-14 Social- og Sundhedsudvalget, mio.kr.

	2011	2012	2013	2014
Ældreområdet	-5,6	-7,8	-7,8	-7,8
Handicapområdet	-5,3	-5,7	-5,7	-5,7
Sundhedsområdet	-2,3	-2,5	-1,5	-1,5
I alt	-13,2	-16,0	-15,0	-15,0

For at sikre et stærkt fokus på budgetoverholdelsen i 2011 er der på det administrative niveau allerede udarbejdet et opfølgningsværktøj, som skal sikre at der løbende er fokus på budgettilpasninger.

Den fremadrettede opfølgning i udvalget vil ske i forbindelse med eventuelle afvigelser i de anslåede regnskaber samt hvis ikke budgettilpasningerne går planmæssigt.

I det følgende vil der blive givet en kort status på de for de enkelte politiske budgetpunkter på Social- og Sundhedsudvalgets område.

For de administrative budgetpunkter henvises der til nedenstående tabel 2, hvor der de enkelte initiativer går planmæssigt.

Tabel 2. Administrative budgettilpasninger

	2011	2012	2013	2014	Status
Ældreområdet					
Ophør med bevilling til udvalgte hjælpemidler	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	Grøn
Dosisdispensering	-0,35	-0,35	-0,35	-0,35	Grøn
Handicapområdet					
Takstreaktion på det specialiserede område	-2,0	-2,0	-2,0	-2,0	Grøn
Refusion særligt dyre enkeltsager	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	Grøn

Ungdomsuddannelse for unge	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5	Grøn
Tilskud til Limone	0,27	0,4	0,4	0,4	Grøn
Sundhedsområdet					
Justeret brug af kommunallæger	-0,2	-0,3	-0,3	-0,3	Grøn
Forventet effekt af forløbsprogrammer	-0,1	-0,15	-0,2	-0,2	Grøn
I alt	4,18	-4,2	-4,25	-4,25	Grøn

Ældreområdet

De største budgettilpasninger skal ske på ældreområdet, hvor der samlet set er budgettilpasninger på -4,95 mio.kr. i 2011 stigende til -6,95 mio.kr. i 2012-14, jf. tabel 3.

Tabel 3. Budgettilpasninger på ældreområdet

	2011	2012	2013	2014	Status
Træning før varig hjælp/træning i selvhjulpethed	-1,1	-3,1	-3,1	-3,1	Grøn
Ændret serviceniveau for borgere som modtager rengøring	-1,8	-1,8	-1,8	-1,8	Grøn
Sammenlægning af ældreklubber*	-0,5	-1,0	-1,0	-1,0	Grøn
Kompleks pleje	-0,8	-0,8	-0,8	-0,8	Grøn
Ændret fordeling af leverede ydelser på døgnet	-0,25	-0,25	-0,25	-0,25	Grøn
I alt	-4,95	-6,95	-6,95	-6,95	Grøn

*Anm. I forbindelse med budgetudfordrings sagen for 2011 er budgettilpasningen nedjusteret til halvårsvirkning for 2011.

Træning før varig hjælp/træning i selvhjulpethed (-1,1 mio.kr. i 2011 og -3,1 mio.kr. i 2012-14)

Budgettilpasningen er baseret på to initiativer:

A. Træning før varig hjælp (-1,1 mio. kr. i 2011-2014)

Visitation til hjemmepleje/plejecentre strammes. Initiativet er baseret på, at borgerne der første gang de søger om hjemmehjælp, bliver tilbudt et træningsforløb på op til 12 uger inden behovet for hjælp vurderes. Træningsforløbet skulle medføre, at borgerne bliver mere selvhjulpne.

Status: Initiativet forløber som planlagt og status ved 1. anslået regnskab for 2011 viser at den samlede effekt af differentieret rengøring og træning før varig hjælp giver en yderligere besparelse i 2011 på 2,1 mio. kr.

B. Træning i selvhjulpethed (-2,0 mio. kr. i 2012-2014)

Initiativet går ud på, at de ældre borgere skal modtage træning i selvhjulpethed, så de selv kan klare opgaver som at gå i bad, tage støttestrømper på mv.

Status: Identificering af aktuelle borgere til initiativet pågår som planlagt. Puljeansøgning til Socialministeriet er ikke imødegået, men der søges alternativ finansiering.

Ændret serviceniveau for borgere som modtager rengøring -1,8 mio.kr. i 2011-14)

Der udarbejdes nye visitationskriterier på rengøringsydelsen. I dag modtager omkring 2.200 borgere hjælp til rengøring og i gennemsnit modtager hver borger 60 minutters rengøring hver 14. dag.

Status: Initiativet forløber som planlagt og status ved 1. anslået regnskab for 2011 viser at den samlede effekt af differentieret rengøring og træning før varig hjælp giver en yderligere besparelse i 2011 på 2,1 mio. kr.

Sammenlægning af ældreklubber (-0,5 mio.kr. i 2011-14)

Samling af Lyngby Dagcenter og Lyngby ældre klub på Rustenborgvej.

Status: Sammenlægningen af klubberne er først gennemført ultimo april 2011, hvorfor besparelsen kun kan indhentes med halvårsvirkning svarende til -0,5 mio. kr. i 2011. Status for initiativet er godkendt af KMB 22. marts 2011 i forbindelse med budgetudfordringerne for 2011.

Kompleks pleje (større besparelser end forventet) (-0,8 mio.kr.)

Som følge af det modgående initiativ ved 1. budgetopfølgning 2010 omkring fælles visitationsgrundlag og fælles kvalitetsstandarder for kompleks pleje (sygepleje) er der vurderet der en yderligere besparelse af forslaget.

Status: Initiativet, der er en del af det overordnede projekt "Lean i hjemmesygeplejen", er implementeret, og kvalitetsstandarder for området forventes at træde i kraft medio maj 2011.

Ændret fordeling af leverede ydelser på døgnet (-0,25 mio.kr i 2011-14)

Den Kommunale Leverandør vil, hvor det er muligt, foretage en ændret fordeling på døgnet af de leverede ydelser, således at lidt flere timer - ved bedre planlægning - kan leveres i dag- eller aftentimerne i stedet for om natten.

Status: Omorganiseringen hos DKL som følge af initiativet er udmøntet primo marts 2011.

Handicapområdet

På handicapområdet er der samlet set politiske budgettilpasninger på -2,1 mio.kr. i 2011 stigende til -2,6 mio.kr. i 2012-14, jf. tabel 4.

Tabel 4. Budgettilpasninger på Handicapområdet

	2011	2012	2013	2014	Status
Lovændring betaling og handleansvar	-0,6	-1,1	-1,1	-1,1	Grøn
Behandling nedsat fysisk el. psykisk fkt.evne	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5	Grøn
Støtte til befordring – analyse	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4	Grøn
Præcisering af serviceniveau (§ 100-ydelser)	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	Grøn
Udvikl. af færdigheder til handicappede under 67 år	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5	Grøn
I alt	-2,1	-2,6	-2,6	-2,6	

Lovændring betaling og handleansvar (-0,6 mio.kr. i 2011 og 1,1 mio.kr. i 2012-14)

Det forventes at Lyngby-Taarbæk Kommune s hjemtagelse af handleansvaret i en række sager i andre kommuner kan bidrage til en effektivisering af området.

Status: Ultimo april 2011 er to sager revisiteret til andre tilbud, hvorved er opnået en gevinst på knap 0,4 mio. kr. i 2011. Det undersøges løbende og fortsat, hvorvidt det er muligt at finde alternative, mere effektive og billigere tilbud til de borgere, der i dag ikke er velplaceret. Det er forventningen, at yderligere sager kan revisiteres til hensigtsmæssige og billigere tilbud i løbet af 2011, således at den forventede besparelse på området kan indfries.

Behandling nedsat fysisk el. psykisk funktionsevne (-0,5 mio.kr. i 2011-14)

Serviceniveauet for betaling af behandling til borgere med varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsniveau skærpes, således at det præciseres at der ikke kan bevilges behandling, hvis der allerede findes et behandlingstilbud i offentlig regi.

Status: Ultimo april 2011 er forbruget vedr. tilbud om behandling efter § 102 reduceret svarende til et forventet helårsforbrug i 2011 på 0,8 mio. kr. mod et forbrug i 2010 på 1,5 mio. kr.

Støtte til befordring – analyse (-0,4 mio.kr. i 2011-14)

Der skal fastlægges serviceniveau for støtte til befordring efter servicelovens § 117 og § 105

Status: Social- og Sundhedsudvalget godkendte i november 2010 kvalitetsstandard og serviceniveau for støtte til individuel befordring efter § 117. Endvidere godkendt udvalget i april 2011 kvalitetsstandard og serviceniveau for dagtilbud, herunder befordring efter § 105.

Bevillinger om individuel kørsel efter § 117 samt efter § 105 sker i dag efter de politisk vedtagne kvalitetsstandarder. Der forventes et samlet forbrug på 0,8 mio. kr. i 2011, hvilket er 0,5 mio. kr. mindre end i 2010. På Social- og Sundhedsudvalgsmødet den 2. maj 2011 blev det besluttet at fjerne "kan"- kørsel til handicappede efter §117, hvilket giver en samlet besparelse på 0,35 mio.kr. i 2011.

Præcisering af serviceniveau (§ 100-ydelse) (-0,1 mio.kr. i 2011-14)

Der skal udarbejdes serviceniveau for støtte til merudgifter efter servicelovens § 100.

Status: Social- og Sundhedsudvalget godkendte i efteråret 2010 serviceniveau for støtte til merudgifter efter servicelovens § 100. Arbejdsgang for bevilling af støtte til merudgifter efter § 100 er implementeret. Det er forventningen, at besparelsen på 0,1 mio. kr. vil blive indfriet.

Udvikling af færdigheder til handicappede under 67 år (-0,5 mio.kr. i 2011-14)

Eksisterende serviceniveau for støtte efter servicelovens § 85 (støtte i eget hjem) skal skærpes. Det forventes at skærpelsen kan bidrage til en besparelse fra 2011.

Status: Kommunens egne sociale tilbud indgår som leverandører af socialpædagogisk bistand – udvikling af færdigheder til handicappede efter servicelovens § 85, hvorved det forventes, at en revisitation af sagerne i forhold til leverandørsiden vil bidrage til at indfri budgetreduktionen på 0,5 mio. kr. Hertil kommer, at der fortsat arbejdes med en revisitation af sager i forhold til det politisk vedtagne serviceniveau for bevilling af tilbud efter servicelovens § 85.

Status på området viser, at nye sager visiteres efter politisk vedtaget serviceniveau og eksisterende sager er ved at blive gennemgået og revisiteret efter gældende serviceniveau. Samtidig er en række borgere visiteret til socialpædagogisk bistand hos kommunens egne sociale tilbud

(Slotsvænget, Chr. X's Allé samt Strandberg). Det er forventningen, at brugen af egne sociale tilbud samt færre visiterede time giver en besparelse på 0,5 mio. kr.

Sundhedsområdet

På Sundhedsområdet er der samlet set budgettilpasninger på -2,0 mio.kr. i 2011 stigende til -1 mio. kr. i 2013-14, jf. tabel 5.

Tabel 5. Budgettilpasninger på Sundhedsområdet

	2011	2012	2013	2014	Status
Reduktion i udgifter til færdigbehandlede set i relation til aktivitetsbestemt medfinansiering	-2,0	-2,0	-1,0	-1,0	Grøn
I alt	-2,0	-2,0	-1,0	-1,0	

Reduktion i udgifter til færdigbehandlede set i relation til aktivitetsbestemt medfinansiering

Forslaget indeholder tre delelementer: Reduktion af antallet af sengedage for somatisk færdigbehandlede patienter, reduktion af antallet af sengedage for psykiatrisk færdigbehandlede patienter og et forstærket fokus på igangværende aktiviteter, der kan reducere kommunens udgifter til aktivitetsbestemt medfinansiering.

Status: Samlet set er der med effektiviseringerne budget til ca. 1.000 færdigbehandlede indlæggelsesdage. På den baggrund er der lavet en prognose for forbruget over året, der tager hensyn til erfaringerne for variation i forbruget over et kalenderår.

Social- og Sundhedsforvaltningen har igangsat en række initiativer for at imødekomme effektiviseringen. Status efter april måned er, at antallet af indlæggelsesdage er ca. 270 færdigbehandlede indlæggelsesdage under prognosen for hele året. Effektiviseringen forventes derfor imødekommet.

Kvalitetsstandard for voksenspecialundervisning

Lovgrundlag for ydelsen	Lov om specialundervisning for voksne. Indholdet i ydelserne er nærmere fastlagt i bekendtgørelse nr. 378 af 28. april 2006. I øvrigt henvises til vejledning af 2. juli 2009 om Specialundervisning for voksne.
Hvem kan modtage ydelsen?	Borgere over den undervisningspligtige alder (efter folkeskolens 9. klasse) med fysisk eller psykisk handicap, der som følge af deres funktionsnedsættelse har behov for en særlig tilrettelagt undervisning og rådgivning. <ul style="list-style-type: none"> • Voksne med bevægevanskeligheder • Voksne med synsnedsættelse • Voksne med tale-, stemme - og sprogproblemer • Voksne med hørenedsættelse • Voksne med erhvervet hjerneskade • Voksne med personlighedsmæssige, psykiatriske, psykiske og sociale vanskeligheder • Voksne med psykiske udviklingshæmning/generelle indlæringsvanskeligheder samt <ul style="list-style-type: none"> • Pårørende til borgere, der har fået varigt nedsat funktionstab.
Hvad er formålet med ydelsen?	Specialundervisningen skal afhjælpe eller begrænse virkningerne af borgerens funktionsnedsættelse og forbedre borgerens mulighed for at benytte kompenserende strategier, metoder og hjælpemidler, der øger borgerens mulighed for aktiv deltagelse i samfundslivet. Ved kompenserende specialundervisning forstås et tilbud om en tidsbegrænset, fremadskridende, målrettet undervisning, der skal være tilrettelagt og tilpasset den enkeltes forudsætninger, færdigheder og behov.
Hvilke aktiviteter kan fx indgå i ydelsen	Kompenserende specialundervisning for voksne dækker over en række forskellige undervisningsaktiviteter. Hovedaktiviteten består i, at borgeren modtager særligt tilrettelagt undervisning, herunder evt. fagundervisning eller kommunikationsundervisning. Der kan ydes specialpædagogisk bistand, hvis det er nødvendigt, for at borgeren kan få udbytte af undervisningen, ligesom der kan gives rådgivning og vejledning af deltageren. Undervisningsmaterialer og tekniske hjælpemidler, der er nødvendige, stilles gratis til rådighed. Befordring ydes efter behov over denne lovgivning. Transporten arrangeres af undervisningsudbyder.
Hvad indgår ikke i ydelsen?	Tilbud om specialundervisning gives ikke hvis: <ul style="list-style-type: none"> - lignende tilbud kan dækkes efter anden lovgivning (LAB, SEL, Sundhedsloven, etc.) - formålet er at vedligeholde borgerens funktionsniveau - tilbuddet alene handler om instruktion i forbindelse med brug af hjælpemidler Der gives ikke tilbud om specialundervisning til personer, der er indlagt på sygehuse.
Visitation	Forud for igangsættelsen af et undervisningsforløb vil der blive foretaget en udredning af borgerens behov for kompenserende specialundervisning. Kommunalbestyrelsen er forpligtet til at betale udredning, uanset om Lyngby-Taarbæk Kommune efterfølgende bevilger voksenspecialundervisning.

	Herefter udfærdiger udbyderen af undervisningen en undervisningsplan i samråd med borgeren, hvori mål, udviklingssigte, indhold og omfang beskrives. I planen skal der gøres rede for mulighederne for progression, idet der ikke kan gives tilbud om specialundervisning, hvis formålet alene er at vedligeholde funktionsniveauet.
Hvilke kriterier indgår for tildeling af ydelsen?	Der skal forud for visitation til specialundervisning foreligge: <ul style="list-style-type: none"> • En anmodning om specialundervisning • En afdækning af den enkelte borgers behov og forudsætninger • En udredning om undervisning og vejledning om, hvordan lærer borgeren at kompensere for sin funktionsnedsættelse, eller om et andet tilbud er mere relevant
Ydelsens omfang (hyppighed)	Omfang og varighed kan variere alt afhængigt af den enkeltes behov og funktionsniveau. Undervisningen bliver individuelt tilrettelagt og kan foregå på hold eller individuelt. Periode og timetal tildeles efter behov. Der tildeles undervisning i maksimalt et halvt år ad gangen, hvorefter der evt. kan revideres efter evaluering.
Hvad koster ydelsen for borgerne?	Der er ingen egenbetaling.
Hvordan følges op på ydelsen?	Underviser eller udbyder af undervisningen skal fremsende evalueringsrapport ved undervisningsforløbet ophør. Evalueringen skal forholde sig til den enkelte borgers udbytte af undervisningen, og progression i forløbet.
Særlige bemærkninger	Specialundervisning for voksne kan ikke være prøveforberedende undervisning eller uddannelse.

2. Voksne med bevægevanskeligheder

Hvem leverer ydelsen?	Bl.a. SUKA og AOF
Hvem kan modtage ydelsen?	Voksne med betydelige muskel- og skelet-lidelser med heraf følgende bevægeproblemer forårsaget af kroniske og progredierende neurologiske lidelser, hjerneskader eller lammelser. Det skal samtidig skønnes, at undervisningen vil kunne begrænse eller afhjælpe følgerne af funktionsnedsættelsen.
Hvem kan ikke modtage ydelsen?	<ul style="list-style-type: none">• Borgere med ny-erhvervet funktionstab – hvor der er tilbud om genoptræningsforløb• Andre borgere med tilbud om genoptræningsforløb
Hvad er formålet med ydelsen?	At afgrænse eller afhjælpe følgerne af funktionsnedsættelsen.
Hvad undervises der i?	Undervisningen omfatter i overvejende grad kompenserende specialundervisning, hvor det handler om at "lære at" leve med handicappet.
Hvad indgår ikke i undervisningen?	- Fysisk og kognitiv genoptræning. - Instruktions og oplæring i brug af hjælpemidler.
Omfang af ydelsen?	Tilbydes typisk i relativt få lektioner i afgrænsede tidsforløb
Hvordan følges op på ydelsen?	Underviser eller udbyder af undervisningen skal fremsende evalueringsrapport ved undervisningsforløbet ophør. Evalueringen skal forholde sig til den enkelte borgers udbytte af undervisningen, og progression i forløbet.
Særlige bemærkninger	

3. Voksne med synsnedsettelse

Hvem leverer ydelsen?	Kommunikationscentret, Region Hovedstaden, Dansk Blindesamfund samt Blindes Oplysningsforbund i Storkøbenhavn.
Hvem kan modtage ydelsen?	Voksne med synsnedsettelse. Pårørende til borgere med synsnedsettelse.
Hvem kan ikke modtage ydelsen?	
Hvad er formålet med ydelsen?	At kompensere for følgerne af en synsnedsettelse og lære at leve med handicappet. At øge selvtilliden og skabe nye handlemuligheder med henblik på at opnå større grad af selvaktivitet og aktiv deltagelse i samfundslivet.
Hvad undervises der i?	Undervisningen omfatter blandt andet <ul style="list-style-type: none"> - kommunikation - anvendelse af kommunikationshjælpemidler og kommunikationsprogrammer - mobilitytræning - undervisning i almindelig daglig livsførelse samt - anvendelse af informationsteknologi <p>Der kan også gives kompenserende undervisning i forhold til tekstsproglige vanskeligheder, der har tilknytning til synsnedsettelsen.</p> <p>Det store hundeførerkursus via Dansk Blindesamfund., herunder træning i at kunne bruge en førerhund.</p> <p>Der kan tilbydes nyblindekurser og pårørendekurser.</p>
Hvad indgår ikke i ydelsen?	
Omfang af ydelsen?	Kurstilbud med relativt få lektioner og i tidsbegrænsede forløb. Ofte er den kompenserende specialundervisning suppleret med hensyntagende undervisning og med specialpædagogisk bistand.
Hvordan følges op på ydelsen?	Underviser eller udbyder af undervisningen skal fremsende evalueringsrapport ved undervisningsforløbets ophør. Evalueringen skal forholde sig til den enkelte borgers udbytte af undervisningen, og progression i forløbet.
Særlige bemærkninger	

4. Voksne med tale-, stemme - og sprogproblemer

Hvem leverer ydelsen?	Kommunikationscentret, Region Hovedstaden, Kommunikationscentret i Hillerød samt Center for Specialundervisning i Københavns Kommune
Hvem kan modtage ydelsen?	<p>Voksne med tale- og sprogvanskeligheder omfatter personer med:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stammeligeligheder - stemmeproblemer - udtaleproblemer og sprogproblemer <p>Det kan f.eks. være voksne med afasi på grund af en hjerneskade eller neurologisk sygdom eller mennesker med stammen samt strubeløse.</p> <p>Problemerne skal have et omfang, hvor der er tale om en funktionsnedsættelse, der giver væsentlige begrænsninger i den pågældendes livsførelse, herunder eventuel beskæftigelse.</p> <p>Specialpædagogisk bistand i form af rådgivning og vejledning samt information og undervisning af pårørende kan udgøre et centralt element i det specialpædagogiske tilbud.</p>
Hvem kan ikke modtage ydelsen?	Borgere med ny-opstået funktionstab hvor der er tilbud om genoptræning.
Hvad er formålet med ydelsen?	At afhjælpe de mentale og psykiske følger efter en funktionsnedsættelse.
Hvad undervises der i?	<p>Undervisning handler om at "lære at" leve med funktionstab, lære at begå sig socialt og kunne deltage aktivt i samfundslivet.</p> <p>Specialpædagogisk bistand i form af rådgivning og vejledning samt information og undervisning af pårørende kan udgøre et centralt element.</p> <p>Tager afsæt i den konkrete funktionsnedsættelse.</p>
Hvad undervises der ikke i?	
Omfang af ydelsen?	Specialundervisningen gives både i tidsmæssigt afgrænsede forløb og med relativt få lektioner og i mere intensive forløb med et større antal lektioner.
Hvordan følges op på ydelsen?	Underviser eller udbyder af undervisningen skal fremsende evalueringsrapport ved undervisningsforløbet ophør. Evalueringen skal forholde sig til den enkelte borgers udbytte af undervisningen, og progression i forløbet.
Særlige bemærkninger	

5. Voksne med hørenedsættelse

Hvem leverer ydelsen?	Kommunikationscentret, Region Hovedstaden
Hvem kan modtage ydelsen?	Voksne med hørenedsættelse, herunder hørehæmmede, døve og døvblevne.
Hvem kan ikke modtage ydelsen?	
Hvad er formålet med ydelsen?	At borgeren tilegner sig mestringsstrategier i forbindelse med tinnitus og hyperacusis (nedsat tolerance for almindelige dagligdags lyde, lydoverfølsomhed) samt Morbus Menière.
Hvad undervises der i?	<p>Undervisningen tager udgangspunkt i den ændring, som belastningen medfører i forhold til aktiviteter og deltagelse i dagligdagen, både i hjemmet og i samfundslivet, herunder tilknytning til arbejdsmarked/uddannelse.</p> <p>Der kan undervises i:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kommunikation - anvendelse af tegnsprog - anvendelse af anden nonverbal/verbal kommunikation <p>Specialundervisningen kan ligeledes handle om at lære at bruge høreapparater og høretekniske hjælpemidler.</p> <p>Specialundervisning af pårørende samt rådgivning og vejledning er ofte anvendte støtteformer.</p>
Hvad indgår ikke i undervisningen?	- Instruktion i anvendelse af høreapparater.
Omfang af ydelsen?	<p>Afgrænsede forløb både tids- og timemæssigt.</p> <p>Før døvblevne kan der være behov for mere intensive kursusforløb, fordi der er tale om en ændret livssituation med en ny kommunikation.</p>
Hvordan følges op på ydelsen?	Underviser eller udbyder af undervisningen skal fremsende evalueringsrapport ved undervisningsforløbet ophør. Evalueringen skal forholde sig til den enkelte borgers udbytte af undervisningen, og progression i forløbet.
Særlige bemærkninger	<p>Sager vedr. undervisning i at anvende høretekniske hjælpemidler, samt undervisning i mestringsstrategier i forbindelse med tinnitus og hyperacusis behandles i Socialcenteret.</p> <p>Instruktion i anvendelse af høreapparater bevilges i Ældreservice.</p>

6. Voksne med erhvervet hjerneskade

Hvem leverer ydelsen?	Center for Hjerneskade, Kommunikationscentret, Region Hovedstaden samt Kommunikationscentret i Hillerød.
Hvem kan modtage ydelsen?	Voksne med erhvervede hjerneskader, som medfører kognitive vanskeligheder og kommunikationsvanskeligheder, der ofte er kombineret med andre problemer, som f.eks. bevægeproblemer og personlighedsmæssige problemer.
Hvem kan ikke modtage undervisningen?	- Borgere, der har tilbud om et genoptræningsforløb
Hvad er formålet med ydelsen?	At lære at leve med funktionsnedsættelsen, erkende egne begrænsninger og lære at mestre de nye livsvilkår. Desuden lære at kompensere for hjerneskadens følger med hensyn til koncentrationsproblemer, isolation, hukommelsesproblemer, social adfærd samt syns- og orienteringsproblemer.
Hvad undervises der i?	Gennem undervisning at lære at leve med følgerne af en hjerneskade. Det kan handle om: <ul style="list-style-type: none"> - nye indlæringsstrategier - opøvelse af nye funktionsmåder og - hjælp til selverkendelse - kommunikationsundervisning - kompenserende undervisning i forhold til tekstsproglige vanskeligheder, der har tilknytning til den erhvervede hjerneskade <p>Råd og vejledning samt specialundervisning af pårørende udgør en væsentlig del af den samlede specialundervisning for senhjerneskadede.</p>
Hvad indgår ikke i undervisningen?	- Genoptræning - Instruktion i hjælpemidler
Omfang af ydelsen?	Undervisningen strækker sig ofte over længerevarende forløb med undervisning flere gange om ugen. Der kan dog også være tale om intensive undervisningsforløb på fuld tid. Undervisningen foregår ofte som holdundervisning.
Hvordan følges op på ydelsen?	Underviser eller udbyder af undervisningen skal fremsende evalueringsrapport ved undervisningsforløbet ophør. Evalueringen skal forholde sig til den enkelte borgers udbytte af undervisningen, og progression i forløbet.
Særlige bemærkninger	Der kan være behov for, at undervisningen suppleres og følges op af tilbud efter anden lovgivning.

7. Voksne med personlighedsmæssige psykiatriske, psykiske og sociale vanskeligheder

Hvem leverer ydelsen?	Kommunikationscentret, Region Hovedstaden.
Hvem kan modtage ydelsen?	Målgruppen omfatter voksne med diagnosticerede sindslidelser, autismspektrumforstyrrelser, ADHD eller tilsvarende lidelser.
Hvem kan ikke modtage ydelsen?	<ul style="list-style-type: none"> - Borgere i botilbud - Borgere, der modtager anden lignende hjælp, herunder praktisk hjælp og/eller socialpædagogisk støtte i hjemmet - Borgere i en ungdomsuddannelse for unge med særlige behov
Hvad er formålet med ydelsen?	<p>At lære strategier og teknikker, der giver bedre forudsætninger for at deltage i eksempelvis anden undervisning eller for at klare et aktivt og selvstændigt hverdagsliv.</p> <p>At kompensere for handicappet.</p>
Hvad undervises der i?	<p>Undervisning i:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kommunikationsundervisning - mestringsstrategier for social adfærd og personlig fremtræden - konflikthåndtering og problemløsning - nye strategier og værktøjer for hukommelse og koncentration - strukturering - kognitive strategier til ændring af negative tanker og mønstre samt - opøvelse i støtte til deltagelse i ordinære undervisnings- og uddannelsesforløb.
Hvad indgår ikke i undervisningen?	
Omfang af ydelsen?	Undervisning foregår normalt på hold og oftest med relativt få lektioner pr. uge i længerevarende forløb.
Hvordan følges op på ydelsen?	Underviser eller udbyder af undervisningen skal fremsende evalueringsrapport ved undervisningsforløbet ophør. Evalueringen skal forholde sig til den enkelte borgers udbytte af undervisningen, og progression i forløbet.
Særlige bemærkninger	

8. Voksne med psykiske udviklingshæmning/generelle indlæringsvanskeligheder

Hvem leverer ydelsen?	SUKA og Egedammen i Hillerød.
Hvem kan modtage ydelsen?	Udviklingshæmmede borgere på grund af medfødt eller tidligt erhvervet udviklingshandicap.
Hvem kan ikke modtage ydelsen?	<ul style="list-style-type: none">- Borgere i botilbud- Borgere, der modtager socialpædagogisk støtte i eget hjem (§ 85)
Hvad er formålet med ydelsen?	Undervisningen har til formål at kompensere for: <ul style="list-style-type: none">- begrænsninger i almen viden, herunder evne til syntesedannelse- vanskeligheder med overblik, planlægning og strukturering
Hvad undervises der i?	<p>Undervisningen skal give borgeren nye kompetencer og handlemuligheder, der kan anvendes i hverdagen, eventuelt i forbindelse med beskæftigelse.</p> <p>Undervisningen skal også bidrage til at afhjælpe vanskeligheder vedrørende kommunikation og begrænsninger i sociale kompetencer, der kan have et lavt selvværd og social isolation som følgevirkning.</p> <p>Der kan gives undervisning i IT og internetbaserede løsninger.</p> <p>Undervisningens mål og indhold bliver tilrettelagt på baggrund af relevante oplysninger og aftales sammen med deltageren, eventuelt med inddragelse af pårørende eller en kontaktperson.</p>
Hvad indgår ikke i undervisningen?	
Omfang af ydelsen?	Korterevarende forløb, ofte holdundervisning.
Hvordan følges op på ydelsen?	Underviser eller udbyder af undervisningen skal fremsende evalueringsrapport ved undervisningsforløbet ophør. Evalueringen skal forholde sig til den enkelte borgers udbytte af undervisningen, og progression i forløbet.
Særlige bemærkninger	

Lyngby-Taarbæk Kommunes strategi for udvikling flerlægepraksisser

Hvorfor flerlægepraksisser?

Udviklingen i almen praksis går i retning af etablering af større praksisser, hvor flere læger deler faciliteter og/eller patienter. Der er blandt flere læger ønske om, at solopraksisser slås sammen til større lægehuse. Baggrunden herfor er at sikre en større grad af fagligt fællesskab, hvilket ikke mindst er et ønske blandt den kommende generation af praktiserende læger. Flerlægepraksisser danner grundlag for en øget kvalitetsudvikling i almen praksis, hvor flere læger kan lave intern sparring og faglig udvikling.

Med kommunalreformen fik kommunerne flere og udvidede opgaver på sundhedsområdet. Det gælder især ansvar for sundhedsfremme og forebyggelse samt genoptræning. Det giver flere og udvidede snitflader mellem kommunen og almen praksis. Lyngby-Taarbæk Kommune har derfor fået en endnu større tilskyndelse til at understøtte tilstrækkelige og fagligt velfungerende almene praksisser i kommunen.

Det er en proces som almen praksis og kommunen er fælles om. Strategien baserer sig på, at almen praksis er et liberalt erhverv, hvorfor almen praksis også selv har ansvar for sikre udvikling på området. Lyngby-Taarbæk Kommunes rolle er at understøtte arbejdet samt være fleksibel og imødekommende omkring de forhold, hvor kommunen har udviklings- og planlægningsmæssige aktiviteter.

Lyngby-Taarbæk Kommunes generelle fokus

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker at understøtte de praktiserende læger i udviklingen af flerlægepraksisser. Det er en fælles interesse at sikre en velfungerende og stærk almen praksis.

Lyngby-Taarbæk Kommune opstiller derfor med denne strategi de retningslinjer og målsætninger, der er styrende for kommunens indsats til at imødekomme mulighederne for flere flerlægepraksisser.

Målsætninger for indsatsen

Strategien baserer sig på fem ben, der er retningsgivende for kommunens rolle i det videre indsats på området.

Geografisk placering

Det er en målsætning for Lyngby-Taarbæk Kommune, at borgerne skal have let adgang til almen praksis. Der understøttes derfor en geografisk spredning af flerlægepraksisser omkring alle kommunens lokalområder:

- Lyngby
- Sorgenfri
- Virum
- Lundtofte
- Fortunbyen
- Taarbæk

Borgerne må ikke have længere end 15 km til deres praktiserende læge. Som udgangspunkt er dette ikke en udfordring for Lyngby-Taarbæk Kommune. I forbindelse med flytning af praksis kan det dog give udfordringer, da det kan medvirke til at begrænse hvor langt en praksis kan flyttes. Hertil kommer, at lægerne har en tilknytning til det område

deres praksis er placeret i, herunder den patientgruppe de har. Ved etablering af flerlægepraksisser bør det derfor tilstræbes, at almen praksis har mulighed for at blive i det lokalområde, hvor de i dag har praksis.

Infrastruktur

Det er en målsætning for Lyngby-Taarbæk Kommune, at borgerne sikres adgang til de praktiserende læger via offentlige transportmidler.

Infrastrukturen er afgørende for, hvor der søges placeringer af almen praksis. Det gælder dels offentlig transport, dels parkeringspladser ved praksis. I Kommuneplan 2009 er det en målsætning, at funktioner med mange besøgende placeres i stationsnære områder, så tilgængeligheden gøres lettere. Den samme målsætning gør sig gældende i forhold til lægehuse, så de søges etableret i sammenhæng med stationer og/eller adgang via busser. Etableringen af den nye letbane skal indgå i planlægningen her.

Bilag 1 viser de områder i Kommuneplanen, der er stationsnære.

Bygninger og adgang

Det er en målsætning for Lyngby-Taarbæk Kommune, at alle almene praksisser er tilgængelige for alle borgere, via fx niveaufri adgang.

Der er få formelle krav til etablering af en lægepraksis, hvilket gør, at de kan placeres fleksibelt i forskellige typer af lokaler. Ifølge embedslægeinstitutionen er der ingen specielle krav, foruden de krav Arbejdstilsynet opstiller for alle arbejdspladser. Størrelsen af en praksis er omkring 75-100 kvadratmeter pr. læge. Ved mange læger i et lægehus vil størrelsesbehovet kunne falde lidt, da man vil kunne dele fælles faciliteter.

Kommunalt nybyggeri

Det er en målsætning for Lyngby-Taarbæk Kommune, at det ved kommunalt nybyggeri afklares, om det er relevant og muligt at integrere lokaler til flerlægepraksisser.

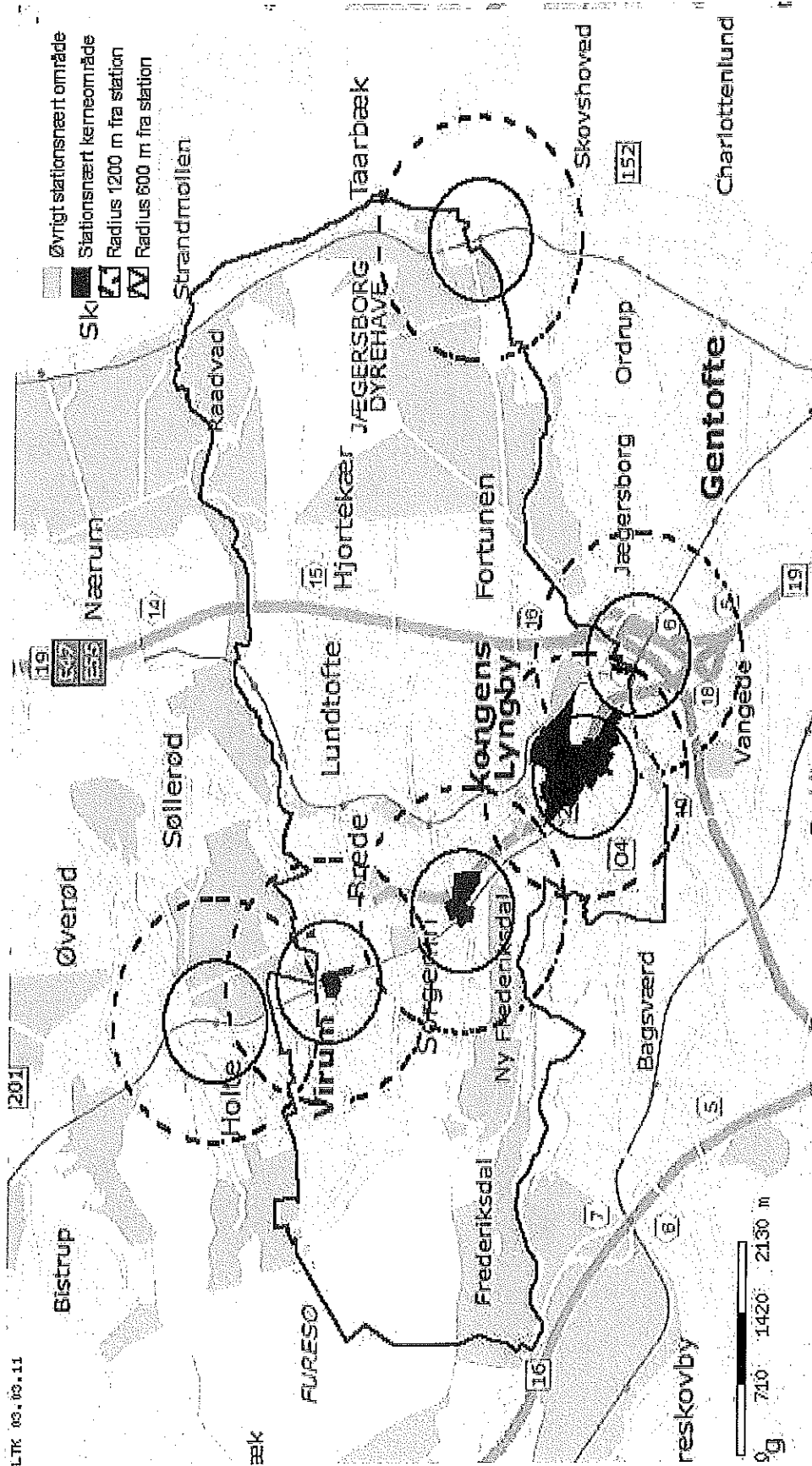
Lyngby-Taarbæk Kommune foretager løbende i forskellige typer af byggeri. Etablering af lægepraksisser søges integreret i forbindelse med kommunalt nybyggeri, fx når der anlægges nye plejehjem, skoler og lignende. Der findes dog restriktioner i forhold til ikke at tilbyde lokalerne på et konkurrenceforvridende grundlag.

Fysisk/geografisk planlægning

Lyngby-Taarbæk Kommune søger at tilpasse lokalplaner i det omfang det er forsvarligt, ikke er konkurrenceforvridende og ikke strider imod andre planlægningsmæssige målsætninger. Det gælder dels i udarbejdelsen af konkrete lokal- og kommuneplaner, dels ved konkrete ansøgninger fra almen praksis.

Almen praksis er et liberalt erhverv og kan kun etableres i områder, der er afsat hertil. Kommunen søger at være fleksibel i forhold til at lave ændringer/dispensationer, så almen praksis kan få adgang til lokaler, der ikke er afsat til dette formål. Der er tidligere lavet sådanne fleksible løsninger.

Bilag 1.Stationsnære områder



Social og sundhedsudvalget 18/5-11
 Sag nr. 6
 Bilag nr. 2

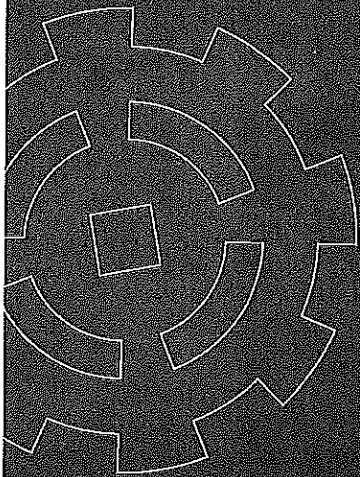
18/5-11

Social- og Sundhedsforvaltningen
April 2011

Sundhedsforvaltningen
Social- og Sundhedsforvaltningen
Bilagsnr. 1

Virksomhedsberetning Den Kommunale Tandpleje

2010



LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE

Indholdsfortegnelse

Forord	2
Sammenfatning	3
Tandplejens opgaver	4
Status	4
Økonomi og regnskab	5
Indsatsområder	6
Fortsat høj grad af faglighed	6
Indsatsområde 1: Bevare og styrke tandsundheden	6
Indsatsområde 1: Den evidensbaserede indsats	12
Indsatsområde 1: Ændret tilrettelæggelse af behovsbestemte intervaller.....	13
Indsatsområde 1: Erosioner/syreskader.....	14
Specialtandplejen, omsorgstandpleje og tandplejetilbud til udsatte voksne	15
Indsatsområde 2: Specialtandplejen.....	15
Indsatsområde 2: Omsorgstandplejen	16
Tandregulering	17
Konsulentvirksomhed i tandplejespørgsmål	17
Organisatoriske rammer for tandplejen, herunder digitalisering	18
Indsatsområde 3: Tandplejens struktur og organisering.....	18
Indsatsområde 3: Digitalisering af Tandplejen	19
Personalepolitiske spørgsmål, herunder kompetenceudvikling og arbejdsmiljø	20
Indsatsområde 3: Arbejdsmiljø og sygefravær.....	20
Arbejdsmiljøindsatsen	21
Indsatsområde 3: Kompetenceudvikling	21
Perspektiver for 2011	23
Konsolidering og styrkelse: Temaer og indsatser	23
Udvikling: Temaer og indsatser	24
Tandplejens vision, hovedmål og strategier	25
Bilag	26

Forord

Tandplejen har fra 1999 indtil udgangen af 2010 været kontraktstyret. Det indebærer, at Tandplejens virksomhed de seneste fire år har været styret af en resultatkontrakt, som var gældende fra 2007 til udgangen af 2010. Den vision der er vedtaget for Tandplejen i denne periode er:

- At fremme og fastholde tandsundheden hos den enkelte bruger
- At have tilfredse brugere
- At være en attraktiv arbejdsplads, der kan fastholde og rekruttere dygtige medarbejdere

I erkendelse af, at et dygtigt personale er den vigtigste ressource, har visionen tre ben. Den lovbestemte opgave, fremme af tandsundheden og de tilfredse brugere nås kun, hvis Tandplejen har kompetente ansatte. De indsatsområder, der er besluttet i kontraktperioden afspejler derfor denne sammenhæng:

- Fortsat høj grad af faglighed
- Specialtandplejen, omsorgstandplejen og tandplejetilbud til udsatte voksne
- Organisatoriske rammer for Tandplejen, herunder digitalisering
- Personalepolitiske spørgsmål, herunder kompetenceudvikling og arbejdsmiljø

Valg af strategier målretter de veje vi går for at nå vores mål, og de værdier, der styrer os i hverdagen. Værdierne er færdselsregler for de ansatte og de holdninger, der skal styre vores faglige virke.

- Tandplejen arbejder målrettet for at fjerne ulighed i sundhed ved en behovsorienteret indsats
- Tandplejen arbejder på et sundhedsfremmende og forebyggende grundlag
- Tandplejen søger at motivere brugerne til en egenindsats for en livslang effekt
- Tandplejen ønsker på de indre linier at udøve en personalepolitik, der muliggør en personlig og faglig udvikling hos alle og en samarbejdsform, der bygger på gensidig tillid og respekt
- Tandplejen søger at sikre et godt arbejdsmiljø og god trivsel på arbejdspladsen for at fastholde dygtige medarbejdere

Vi møder stor brugertilfredshed og overvejende positive reaktioner fra forældre og pårørende. Det er et vigtigt succeskriterium og vores kerneydelse er at levere kvalitet i tandplejetilbuddet inden for den ressourcemæssige ramme, der bevilges og således, at der opnås mest mulig value for money. Behovsorientering og Leon-princippet (lavest effektive omkostningsniveau) er derfor nøgleord.

Jeg påskønner og anerkender derfor, at vi har gode og dygtige medarbejdere som bidrager med kvalitetsbevidsthed og stort engagement.

Annelise Bastholm
April 2011

Sammenfatning

Denne virksomhedsberetning er den afsluttende afrapportering på de mål og indsatsområder, som var beskrevet i resultatkontrakten, som var gældende fra 2007 til udgangen af 2010.

Tandplejen har haft en produktivitetsforbedring i perioden, idet børnetallet pr. tandlæge er steget fra ca. 1500 børn pr. behandlingstidslæge i børne- og ungdomstandplejen til nu ca. 1800 børn pr. tandlæge. Stigningen skyldes nedskæringer i Tandplejens budget i perioden og deraf følgende effektiviseringer.

Tandsundheden hos børn og unge i Lyngby-Taarbæk kommune er meget fin og bliver stadig forbedret. Nyeste undersøgelser viser således, at de kommunale tandplejer, der opnår de bedste tandsundhedsresultater, er kendetegnet ved at have større fokus på målsætninger og forebyggelse med udgangspunkt i en løbende faglig opdatering og ved et stærkt og stabilt lederskab.

Tandplejen har i perioden arbejdet med sine kerneopgaver: børne- og ungdomstandpleje og omsorgs- og specialtandpleje. De fire indsatsområder har herudover været: 1. Fortsat høj grad af faglighed, 2. Omsorgs- og specialtandplejen m.v., 3. Organisatoriske rammer for tandplejen, herunder digitalisering, 4. Personalepolitiske spørgsmål, herunder kompetenceudvikling og arbejdsmiljø.

Analysen af tandsundheden hos børn og unge i Lyngby-Taarbæk kommune er foretaget på baggrund af indberetning af tandsundhedsstatus på alle børn fra 2-18 år for 2010.

Specialtandplejen er som en ny kommunal opgave blevet organiseret og styret og det opsøgende arbejde og visitationen er tilrettelagt i et samarbejde med fagpersoner på tværs af sektorer. Der har i 2010 været tilmeldt 97 patienter til tilbuddet.

Omsorgstandplejen varetages på områdecentrene i indrettede tandklinikker. I forbindelse med ombygning af områdecenter er der indrettet ny tandklinik og omsorgstandplejen indgår ligeledes i fremtidige anlæg i ældreomsorgen.

Til indsatsområdet vedr. Tandplejens struktur og organisering er udgiften til en analyse ikke blevet fremmet ved budget-forhandlingerne i kontraktperioden. Sundhedsudvalget vedtog derfor i 2008 at tage indsatsområdet ud af Tandplejens kontrakt. Der er dog i kontraktperioden sket strukturændringer og sammenlægning af tandklinikker som følge af budgetreduktioner og arbejdsmiljøforhold. Der er taget skridt til at afprøve en ændret ledelsesstruktur med fælles ledelse på to klinikker.

I kontraktperioden er de sidste faser af digitalisering af Tandplejens administration og røntgen gennemført. Journalføringen er digitaliseret og alle patientjournaler er nu elektroniske. Det vurderes at det har bidraget til en kvalitetsudvikling og givet muligheder for kollegial sparring i dagligdagen.

Der har i det forløbne år været sat fokus på sygefraværet. For at mindske sygefraværet har MED-udvalget peget på, at man kan tale om nærvær i stedet for fravær, man kan fokusere på kulturen på arbejdspladsen, man kan fokusere på delegering af ansvar og kompetence og give medarbejderne faglige og personlige udviklingsmuligheder. Med denne værdibaserede tilgang blev der sat fokus på emnet på en personale dag.

Indsatsområdet vedr. kompetenceudvikling er varetaget dels ved delegering og videndeling i dagligdagen, dels ved afholdelse af en række interne kurser og temadage for det samlede personale med faglige emner og ved afholdelse af en to-dages konference med tilskud fra puljen til kompetenceudvikling inden for temaet sundhedspædagogik. De konkrete resultater er en personalegruppe med en opdateret faglig viden og en høj kvalitetsbevidsthed.

Tandplejens opgaver

Status

Pr. 1. januar 2011 omfattede det kommunale tandplejetilbud i alt 11.250 børn og unge fra 0-18 år samt ca. 600 brugere i omsorgstandplejen. P.t. er 97 borgere fra Lyngby-Taarbæk kommune tilmeldt specialtandplejen, heraf 12 børn og unge.

Med bestemmelserne om valgfrihed og fleksibilitet har forældre til børn mellem 0 og 15 år mulighed for at vælge praktiserende tandlæge med et tilskud på 65% af udgifterne til behandlingen efter aftale med den kommunale tandpleje. For unge på 16 og 17 år ydes der 100 % refusion af udgifterne. Kommunen skal også her indgå aftale med den praktiserende tandlæge om overførsel af tandplejeforpligtelsen.

Ved redaktionens slutning havde 58 børn og unge mellem 0 og 15 år valgt praktiserende tandlæge, hvilket svarer til 6 promille af målgruppen. Af disse børn er der indgået kommunal aftale med praktiserende specialtandlæge om tandreguleringsbehandling af 16 børn. For de 16 og 17-årige valgte i alt 62 unge, svarende til under 5% af årgangene, praktiserende tandlæge.

Der er endvidere i lovgivningen mulighed for at vælge tandplejetilbuddet over kommunegrænsen. Andre kommuners tandpleje kan dog afvise at modtage børn og unge af kapacitetsmæssige grunde, en mulighed Lyngby-Taarbæk kommunes tandpleje benytter, såfremt barnet har behov for tandregulering. I 2010 benyttede 96 børn fra Lyngby-Taarbæk kommune sig af muligheden for at tilmelde sig anden kommune med refusion herfra, mens vi havde indgået aftale om behandling af 128 børn fra andre kommuner. Tallet afspejler bl.a. skoletilhørsforhold.

Målgruppen for omsorgstandpleje er personer, der bor på plejecentre. Herudover er omsorgstandpleje et tilbud til personer, der bor i eget hjem/ældrebolig eller lignende med mange hjælpeforanstaltninger, der reelt kan ligestilles med plejehjemsbeboere. Loven sigter mod personer med varigt funktionstab, hvis egenomsorg er stærkt begrænset. Der foretages således en visitation i den kommunale ældreomsorg. Deltagelse i omsorgstandplejeordningen er frivillig og beboerne har valgmuligheder. Kommunalbestyrelsen har besluttet, at der skal opkræves en egenbetaling på 445 kr. i 2010 for tilslutning til tandplejen, uanset omfang af behandlingen.

Specialtandpleje er et specialiseret tandplejetilbud, der skal tilbydes borgere, der ikke kan benytte de almindelige tandplejetilbud i omsorgstandplejen eller i voksentandplejen, f.eks. sindslidende, udviklingshæmmede med flere, visse personer med cerebral parese, autisme, og personer med meget betydelig og varig funktionsnedsættelse, eksempelvis hårdt ramte sclerosepatienter. Her i kommunen bor en stor del af disse borgere på institutioner eller er tilknyttet distriktspsykiatrien.

Lyngby-Taarbæk kommune løser opgaven ved en aftale med Gentofte kommune om, at de udfører specialtandplejeopgaven på en specialklinik på institutionen på Bank-Mikkelsens Vej mod et årligt gennemsnitsbeløb pr. tilmeldt borger. Taksten for 2010 udgjorde kr. 8.425. Tandplejen opkræver en egenbetaling på maksimalt kr. 1.625 årligt efter regler fra ministeriet. I 2010 var 97 borgere fra Lyngby-Taarbæk kommune tilmeldt specialtandplejen.

Tandplejen varetager konsulentfunktioner vedrørende tandbehandling af borgere, der modtager kontanthjælp via de sociale love eller personlige tillæg til tandbehandling via pensionslovgivningen. Overtandlægen varetager faglig rådgivning af Socialforvaltningen i tandplejespørgsmål. Faglig vurdering af behandlingsoverslag vedrørende tandbehandling fra praktiserende tandlæger foretages af overtandlægen i samarbejde med en praktiserende tandlæge udpeget til et primærkommunalt kontaktudvalg, Primko.

Her skønnes over nødvendigheden af den forslåede behandling, om behandlingen er af uopsættelig karakter, og om der findes billigere fagligt forsvarlige løsninger.

Der blev i 2010 sagsbehandlet i alt 112 sager. Af indstillingen til bevilling fremgik en reduktion på overslagene på 46%.

Økonomi og regnskab

Den kommunale tandpleje omfattede i januar 2010 i alt 11.700 børn og unge fra 0-18 år. Der var tilknyttet ca. 600 omsorgstandplejepatienter, men her med en stor tilgang af nye patienter og afgang, hvilket giver en reelt større opgave.

Tandplejens opgaver er opdelt i to budgetområder: børn og unge, (inkl. fritvalgsordninger) og omsorgs- og specialtandpleje. Den økonomiske nettoramme for aktivitetsområderne udgør følgende beløb:

- Børne- og ungdomstandpleje 15.521 mio. kr.
- Omsorgs- og specialtandpleje 1.992 mio. kr.

Regnskabsresultatet fordeler sig på hovedposterne således:

Budget 2010-beløb i hele tusinde	Bevilling i alt	Regnskab	Afvigelse
Kommunale tandpleje i alt	17.347	17.874	527-
Fordeling:			
Børne- og ungdomstandplejen	15.521	16.262	741-
Omsorgs- og specialtandplejen	U: 1.992 I: 166	U: 1.828 I: 216	164 50

Mindreforbruget vedr. omsorgstandplejen skyldes, at dele af lønudgiften er bogført under børne- og ungdomstandplejen, hvilket også forklarer en del af merforbruget her. Implementeringen af budgetnedskæringer måtte ske ved afskedigelsen af en tandlæge og kunne på grund af særlige omstændigheder ikke få helårseffekt i 2010, hvilket forklarer ca. halvdelen af beløbet for afvigelsen. Barselsorlov, udgifter til barselsvikarer og stillingskift har medvirket til det øvrige merforbrug på lønkontoen. Øvrigt merforbrug på driften er finansieret inden for egne budgetrammer.

Indsatsområder

Fortsat høj grad af faglighed

Indsatsområde 1: Bevare og styrke tandsundheden	
Hvad var målet?	<ul style="list-style-type: none"> ➔ At tandsundheden hos børn og unge skal bevares og styrkes. ➔ At Tandplejen opstiller udviklingsmål og strategier for tandsundheden for de forskellige målgrupper. Der opstilles tandsundhedsmål for aldersgrupperne 6-, 9-, 15-, og 17-årige. For de 12-årige opstilles mål for holdnings-, videns- og adfærdsmål vedrørende tandbørstning og mundhygiejne. Dette måles ved årlige opgørelser via indberetningen af tandsundhedsdata til Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske register samt en samlet evaluering ved udløb af kontraktperioden. Resultaterne vedrørende de 12-årige måles i forbindelse med et undervisningsforløb. De konkrete mål er opgjort i DMFS og defs-tal fremgår af tabel 1.
Hvad har vi realiseret?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ At tandsundheden hos børn og unge er bevaret og styrket. Der ses for alle målgrupper (6-, 9-, 15-, og 17-årige) en tydeligt øget andel af cariesfrie børn/unge dels fra år 2000 til 2005, dels igen fra år 2005 til 2010. ✓ For de 12-årige ses, at cariesforekomsten er ca. det halve af cariesforekomsten hos 12-årige på landsplan (fig. 2). Men i 11-12-årsalderen overgiver forældrene oftest ansvaret for tandsundhed til børnene selv, og modsat det generelle cariesbillede i LTK, så er denne aldersgruppe stagneret i cariesforekomst de sidste 10 år. ✓ De konkrete resultater opgjort i DMFS og defs-tal fremgår af figurerne 1 og 2 (LTK sammenholdt med Regionen samt hele landet for mælketænder samt blivende tænder) og figurerne 3 og 4 (cariesforekomst i LTK år 2000, 2005 og 2010, mælketænder og blivende tænder). ✓ Cariesdebut er i både mælketandsæt og blivende tandsæt udskudt hen over disse 10 år. Hvor børnene i LTK i gennemsnit havde udviklet én flade med caries i mælketandsættet som knap 6-årige i år 2000, så var de i 2010 syv år gamle, før de nåede samme cariesniveau. ✓ For blivende tænder ses tilsvarende, at i år 2000 var de unge 14 år gamle, før de i gennemsnit havde udviklet én flade med caries i de blivende tænder mod en alder på 16 år i 2010 før de havde samme niveau af caries. ✓ Når de som 18-årige i år 2010 forlod Lyngby-Taarbæk Kommunale Tandpleje, så er det med et af landets flotteste gennemsnit hvad tandsundhed angår. De havde i gennemsnit to flader med caries mod landsgennemsnittet på lidt over fire flader. I år 2000 havde 18-årige i gennemsnit tre flader med caries mod to flader i år 2010, hvilket er et markant fald i cariesforekomst.

Organisering og opfølgning

Analysen af tandsundheden hos børn og unge i Lyngby-Taarbæk kommune er foretaget på baggrund af indberetning af tandsundhedsstatus på alle børn fra 2-18 år for året 2010. Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR) udsender hvert år

disse data i tabeller til den enkelte kommune. Herudover modtages en regionstotal samt en landstotal. Disse oplysninger er sammenfattet og anskueliggjort i nedenstående tabeller og figurer.

Resultaterne bearbejdes i såvel tandlæge- og tandplejergruppen som i den samlede personalegruppe som led i evalueringen af Tandplejens og dermed medarbejdernes indsats, og dermed i evalueringen af Tandplejens effektivitet.

En evaluering af målopfyldelsen efter kontraktperioden 2007-2010 viser således, at vi for næsten alle aldersgrupperne har opfyldt resultatkravene for perioden.

Tabel 1.

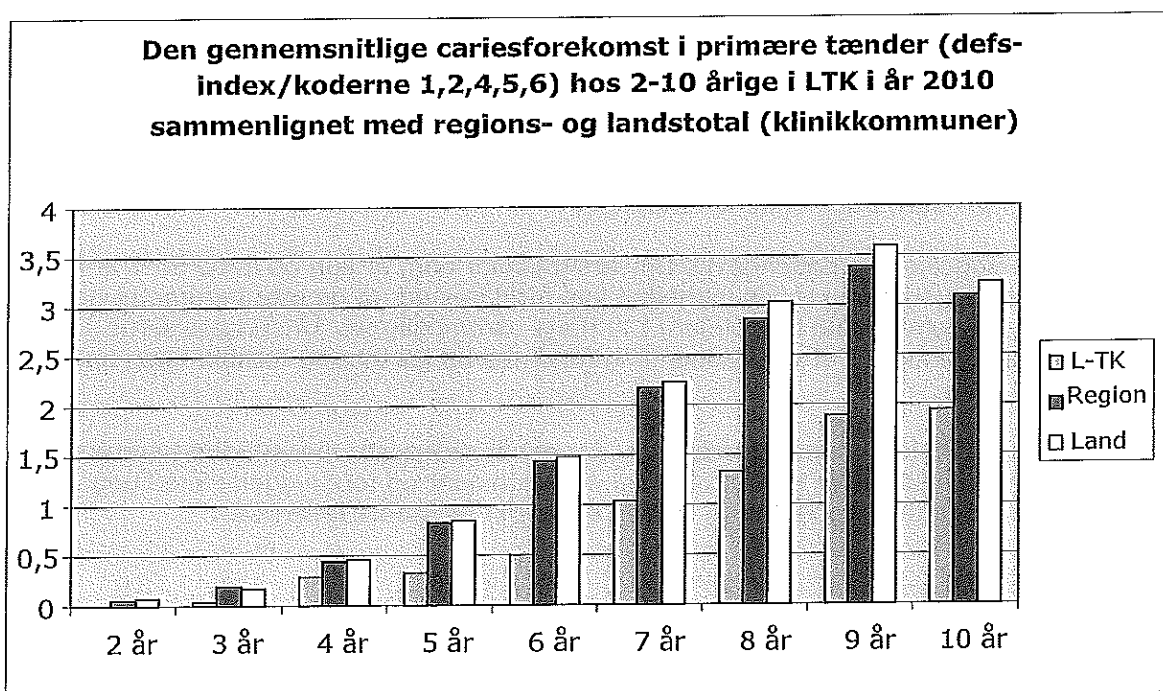
	Resultatkrav 2010	Resultat 2010
Cariesfri børn i pct.		
6-årige	80	88
9-årige	94	94
15-årige	70	71
17-årige	55	51

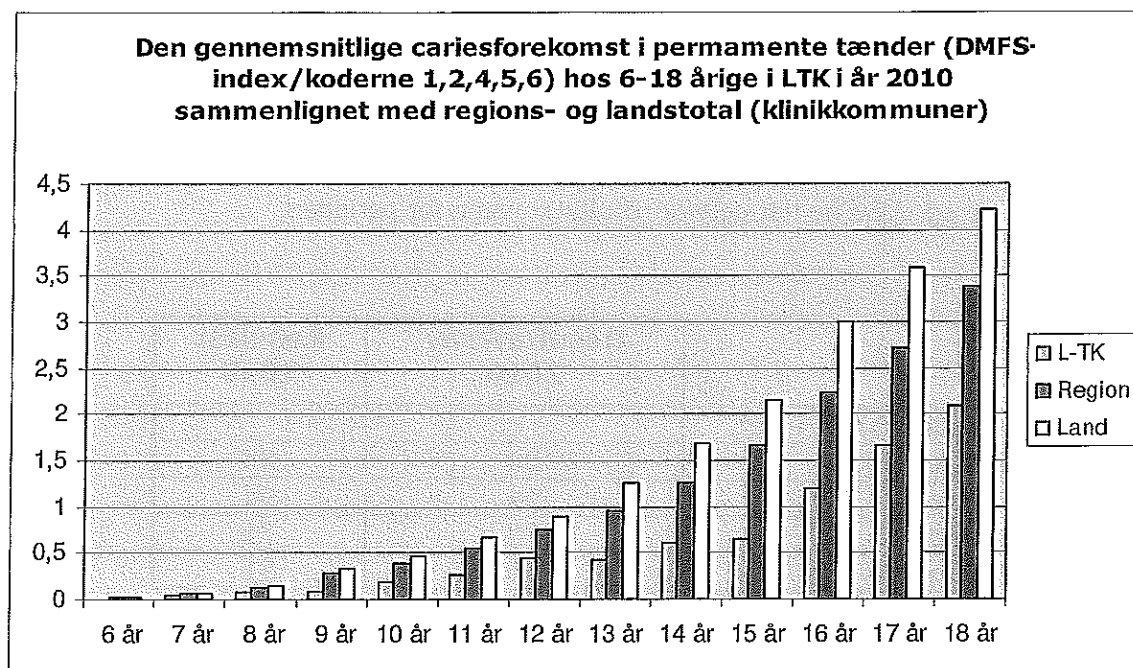
Tandsundheden er god i Lyngby-Taarbæk kommune. På alle alderstrin er den bedre end såvel regions- som landsgennemsnittet, og såvel tandsundheden for småbørnsgruppen som for skolebørnene er generelt steget de seneste år.

Figureerne her viser, hvordan tandsundheden i Lyngby-Taarbæk kommune ser ud sammenlignet med Region Hovedstaden og Danmark som helhed.

Den første figur viser resultaterne for tandsundheden i mælketænder (primære tænder), den anden for de blivende tænder (permanente tænder).

Figur 1.



Figur 2.

I figur 1 og 2 ses, at Lyngby-Taarbæk kommune har en fin tandsundhed såvel sammenholdt med Regionen som hele landet.

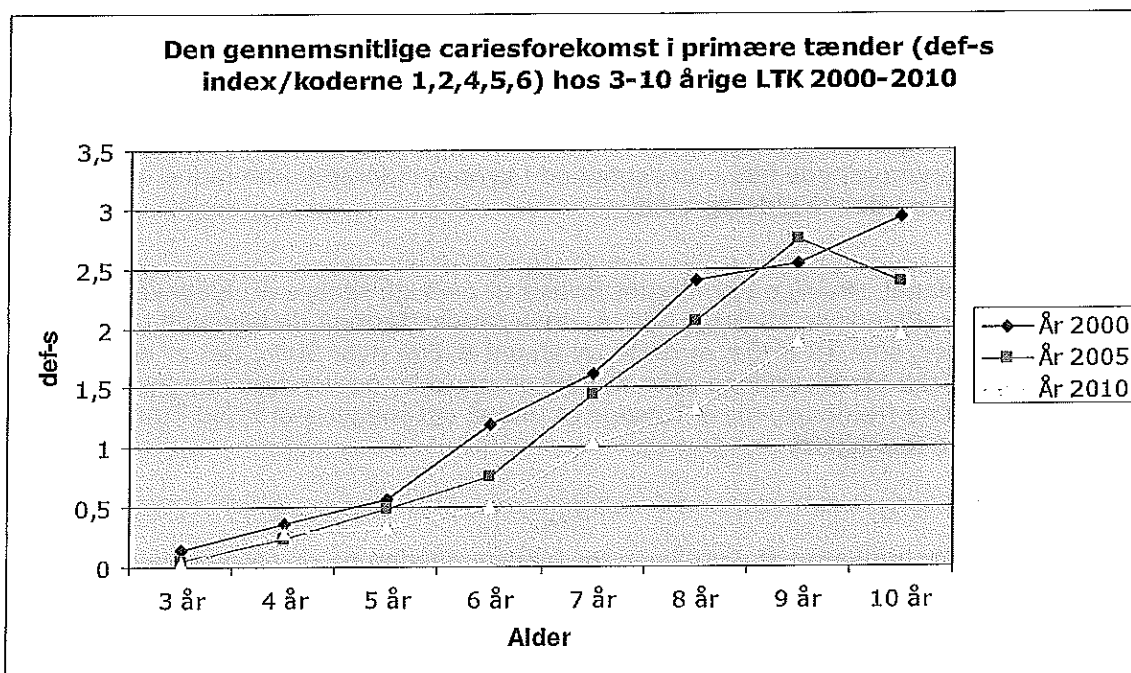
Tandsundheden blandt børn og unge i Lyngby-Taarbæk kommune er meget god. Fra litteraturen er det velkendt, at en række forhold påvirker ikke blot tandsundhed, men sundhed mere generelt:

- Fluorindholdet i drikkevandet (det er kendt, at fluor nedsætter hastigheden hvormed et cariesangreb udvikler sig)
- Moderens uddannelse
- Familiens årsindtægt
- Etnisk oprindelse
- Tandplejens størrelse (tandsundheden påvirkes i positiv retning i større tandplejer)
- Antal ansatte i Tandplejen pr. barn
- Antal børn pr. tandlæge
- Prisen pr. barn i den enkelte tandpleje.

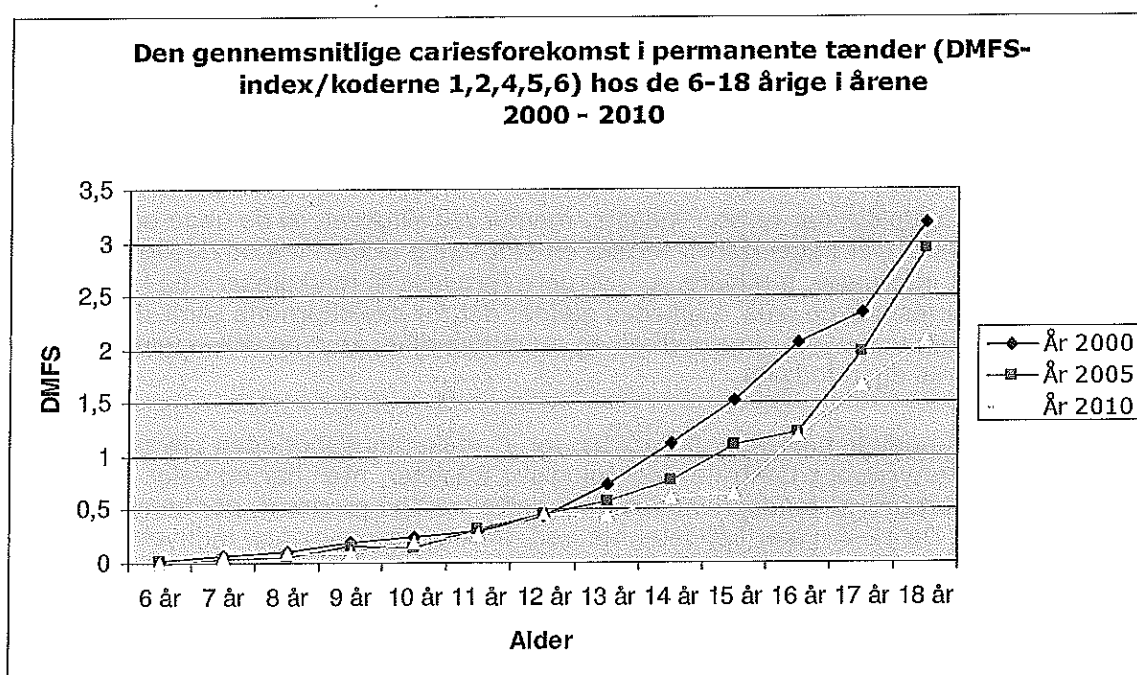
Nyeste undersøgelser fra Københavns Universitet viser dog, at kun op imod 50% af den interkommunale variation i tandsundheden kan forklares ud fra de otte parametre nævnt ovenfor, når de kommunale tandplejer i Danmark sammenlignes. Undersøgelserne peger på, at den resterende del af variationen kan forklares ud fra interne forhold i den enkelte tandpleje.

Det viser sig, at de kommunale tandplejer, der opnår de bedste tandsundhedsresultater, er kendetegnet ved at have større fokus på målsætninger og forebyggelse med udgangspunkt i en løbende faglig opdatering og ved et stærkt og stabilt lederskab.

Figur 3.



Figur 4.



Af figur 3 og 4 fremgår, at der overordnet ses et fald i cariesforekomst i både mælketænder (figur 3) og blivende tænder (figur 4) fra år 2000 til 2005 og igen fra 2005 til 2010. Hos førskolebørn er cariesforekomsten i denne 10-årsperiode faldet med ca. 30%, hvilket er bemærkelsesværdigt det fine udgangspunkt taget i betragtning.

Udfordringen i mælketandsættet består i at mindske andelen af helt små førskolebørn med caries samt at få mindsket den bratte stigning i caries i mælketænderne, som ses

hos 6-7-årige og 8-9-årige (figur 3). Hos førskolebørnene er det caries på tyggefladerne, der præger billedet og hos skolebørnene er det alt overvejende caries på tændernes naboflader.

I det blivende tandsæt ses udfordringen ved de 11-12-årige, som selv skal til at tage vare på tænderne uden forældrehjælp og samtidig får lommepenge og kan købe slik og læskedrikke. Det overordnede fald i tandsundhed i Lyngby-Taarbæk kommune over de sidste 10 år ses ikke i denne aldersgruppe.

Tandsundheden blandt 18-årige er markant forbedret over de senere år, alligevel er der store udfordringer. Blandt de 15-årige har ca. 30% carieserfaring i de blivende tænder. Allerede tre år efter, som 18-årige, er dette tal steget til lige over 50%. Det er et meget voldsomt og stort tab i tandsundhed over så kort en periode, og der skal lægges yderligere indsats i årene fremover, for at forsøge at undgå det meget store fald i tandsundhed hos vore store teenagere.

Indsats

I forbindelse med formulering af delmålene for tandsundheden på de forskellige alderstrin vedtog den samlede personalegruppe en vifte af virkemidler og muligheder for indsats i forhold til aldersgrupperne 6-, 9-, 12-, 15-, og 17-årige. For de 6-årige går mulighederne for at påvirke tandsundheden overvejende gennem forældrene, men også faglige værktøjer til fastlæggelse af behovskriterier indgår.

Det forhold at tandplejen har klinikker på kommunens skoler giver mulighed for den tætte kontakt og forebyggende indsats over for skolebørnene. Vi har derimod ikke den samme tætte kontakt til forældrene til skolebørn, som vi har til småbørnsforældrene, så vi er i høj grad afhængige af, at skolebørnene selv klarer at bevare sunde tænder. Det faktum, at de helt unge teenagere har stadig flere lommepenge til rådighed, har lov at forlade skolen i frikvartererne, og det generelt stigende forbrug af slik og sodavand gør det imidlertid vanskeligere for Tandplejen, og er således et vigtigt indsatsområde.

Den kommunale Tandpleje gør en stor indsats, men vi ser alligevel, at de unge udvikler caries i teenageårene. Der ligger derfor fortsat en stor faglig udfordring og daglig arbejdsopgave i at informere, motivere og instruere forældre til førskolebørn og i forsøg på at nedbringe caries hos de små. Ligeledes gælder det for skolebørnene samt de unge indtil de 18-årige om viden om tandsundhed og mundhygiejne, kost og drikkevaner og betydningen af deres egen indsats.

Den kommunale Tandpleje har en lang tradition for at måle tandsundheden via indberetninger til Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register, men har nu valgt at supplere denne monitorering af tandsundheden med dette særlige program, der henvender sig til de 12-årige. De 12-årige er kendetegnet ved, at forældre har ringe indflydelse på tandbørstevaner. De unge har ofte egne penge, og styrer derfor også selv i højere grad indtag af mellemmåltider, og udsættes derved for flere risikofaktorer i forhold til at bevare de sunde tænder.

Som et eksempel på en forebyggende indsats kan fremhæves mål og virkemidler for indsatsen over for de 12-årige. Programmet er bygget op omkring et teoretisk forløb og et praktisk forløb, hvor der undervises i tandsygdommes årsager og forebyggelse samtidigt med at der gives intensiv tandbørsteundervisning. Den enkeltes holdning, viden og adfærd samt evne til at børste tænder evalueres løbende.

Holdningsmål: (hvad de skal finde naturligt og være bevidst om)

- Naturligt med rene tænder
- Bevidst om eget ansvar for tandbørstning

Vidensmål: (hvad de skal vide)

- Kende sammenhænge
- Gnubbemetoden
- Forskel mellem ren/uren mund/tænder
- Tandskifte og 12-års tand
- Årsager til syreskader

Adfærdsmål: (hvad de skal gøre)

- Tandbørstning 2 x dagligt ved hjælp af gnubbemetoden
- Vand ved tørst, mælk/vand ved måltiderne

Hygiejnemål: (hvilket mål sætter vi op)

- De 12-årige skal have rene tænder og sund gingiva

Registreres ved:

- Plaqueindex
- Gingivaindex
- Spørgeskema

Muligheder for at påvirke – Virkemidler:

- Udnytte deres fokus på udseende (evt. i gruppesamtaler)
- De skal selv være med til at "opdage" nødvendigheden af god mundhygiejne
- Farvetabletter
- Mere målrettet information om f.eks. tegnene på gingivitis
- Forældreinddragelse (individuel, direkte kontakt)
- Udnyttelse af Intranet, skolernes hjemmeside

Erfaringer og resultater er opgjort og viser, at 90% af børnene består testen efter undervisningsprogrammerne, når disse evalueres.

Lyngby-Taarbæk kommunes Tandpleje er med i et forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekt (SEAL-projektet), udført i samarbejde med en række kommunale tandplejer og Tandlægeskolen, Københavns Universitet. Studiet tager sigte på at undersøge, om tænder med caries, der under normale omstændigheder skulle være boret i, kan behandles med lakeringer. Projektet viser at 88% af behandlingerne er vellykkede efter to år, og projektet vil følge børnene og de unge i endnu tre år. Det er således lovende perspektiver og det er et eksempel på en kvalitetsudvikling, som kommer brugerne til gavn og på sigt være til stor gavn for tandsundheden. Projektet er også et eksempel på et samarbejde mellem de kommunale tandplejer og Tandlægeskolen, der er inspirerende.

Mål: Den evidensbaserede indsats

På baggrund af vanskeligheder med at fastholde tandsundheden hos førskolebørnene blev kvalitetsudvikling af småbørnstandplejen et særligt indsatsområde for sidste kontraktperiode. Indsatsen er videreført i den aktuelle kontraktperiode.

Indsatsområde 1: Den evidensbaserede indsats	
Hvad var målet?	<ul style="list-style-type: none"> ➤ At styrke den evidensbaserede tilgang til tilrettelæggelsen af behovstandplejen, herunder valg af intervaller og indsats. Den evidensbaserede model for småbørnstandplejen videreføres med henblik på at opnå mest mulig sundhed for de givne ressourcer. I arbejdet med evidensbaseret tandpleje ligger endvidere en kompetenceudvikling hos de ansatte, idet modellen er udviklet til at kombinere den enkelte behandlers eget erfaringsgrundlag som kliniker, det tilgængelige videnskabelige bevis for effekt og patientens ønsker og forudsætninger. ➤ At der afrapporteres om udvikling af metoder. ➤ At resultaterne opgøres i de årlige virksomhedsberetninger i en samlet evaluering ved udløb af kontraktperioden.
Hvad har vi realiseret?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ At udvikle og styrke den faglige baggrund for den enkelte behandler ✓ At tilrettelægge intervallerne med dokumenterede metoder ✓ At ressourcerne anvendes der hvor behovet er størst ✓ At have opnået en større andel af cariesfrie småbørn

Indsats

Tandplejen udviklede en evidensbaseret småbørnstandplejemodel, der kombinerer den enkelte behandlers eget erfaringsgrundlag som kliniker, den tilgængelige videnskabelige evidens og patientens ønsker og forudsætninger. Programmet kombinerer information om bl.a. kost, sukker, mellemmåltider og suttevaner med tandbørsteinstruktion og vejledning i valg af tandbørste og tandpasta. Alle børn skal ifølge programmet undersøges i 2½ års alderen og igen som 3-årige. Det individuelle undersøgelsesinterval skal herefter fastlægges på grundlag af en række i litteraturen beskrevne faktorer, der vides at have betydning for risikoen for at barnet udvikler caries, herunder både kliniske, sundhedsmæssige og sociale indikatorer.

Organisering og opfølgning

Programmet har vist sig at være anvendeligt, og det har uden tvivl styrket indsatsen overfor småbørnsgruppen. I 2009 er programmet justeret med henblik på at styrke kvalitetsudviklingen af det samlede småbørnstandplejetilbud. Effekten måles i tal for procentandelen af cariesfrie 6-årige. Ved udgangen af 2010 er målet på 80%, som før beskrevet, nået. Men for de småbørn, der får caries i mælketænder, er der fortsat en indsats at gøre.

Mål: Ændret tilrettelæggelse af behovsbestemte intervaller

Tandplejen har de seneste 20 år tilrettelagt sin virksomhed behovsorienteret, således at undersøgelsesintervallerne er fastlagt på baggrund af individuelle behov. Intervaller på 6 måneder for alle er derfor historie, og er videreudviklet til intervaller på 6, 12 og 18 mdr., som var udgangspunktet for perioden 2007-10.

Indsatsområde 1: Ændret tilrettelæggelse af behovsbestemte intervaller	
Hvad var målet?	<p>⇒ At Tandplejen i kontraktperioden fastlægger de behovsorienterede undersøgelsesintervaller målrettet brugernes forskellige behov. I takt med at tandsundheden blandt børn og unge er blevet markant forbedret igennem de seneste årtier, lægger Sundhedsstyrelsen op til, at intervallerne mellem undersøgelserne generelt bliver længere end tidligere med skyldig hensyntagen til lokale sundhedsmæssige, demografiske og sociale forskelle, samt til det forhold, at cariesprogressionen i det primære tandsæt er hurtigere end i det permanente tandsæt.</p> <p>⇒ At Tandplejen i kontraktperioden, med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger og med en tandlægefaglig vurdering af tandsundheden blandt Lyngby-Taarbæks børn og unge, afprøver undersøgelsesintervaller på 6, 12 og 18 måneder.</p>
Hvad har vi realiseret?	<p>✓ At tandplejere og tandlæger med større faglig sikkerhed anvender både 12-måneders intervallet og et interval på 15 måneder</p> <p>✓ At der nu er formuleret faglige retningslinier for hvilke aldersgrupper, der med mindre risiko kan have intervaller på 18 måneder mellem de regelmæssige eftersyn.</p>

Indsats

Tandplejen har i 2007 udarbejdet retningslinier for valg af 3 forskellige intervallængder: 6 måneder, 12 måneder og 18 måneder. 2008 var således det første kalenderår, hvor de nye intervaller blev søgt implementeret. Disse retningslinier er nu revideret.

Organisering og opfølgning

I hvilket omfang, de forskellige intervaller anvendes, kan ses via den elektroniske aftalebog. Analyser viser, at intervallængden på 18 mdr. ikke er anvendt så hyppigt, hvorfor der er igangsat en indsats for at facilitere dette og øge den faglige sikkerhed. Der hersker bl.a. utryghed hos forældrene, hvis der går for lang tid mellem de regelmæssige tandeftersyn.

Den ressourcemæssige gevinst, som bør kunne høstes ved de længere intervaller er udgangspunktet for den forøgelse af børnetallet fra 1500 børn pr. tandlæge til ca. 1800 børn pr. tandlæge, som er resultatet af en besparelse på Tandplejens budget i 2009, og som er implementeret. Imidlertid har det højere børnetal pr. tandlæge og de færre tandlægeressourcer rykket intervallerne på flere klinikker til at nærme sig et gennemsnit på 15 måneder, hvorfor fremtidige mål skal afspejle dette.

Mål: Erosioner/syreskader

Indsatsområde 1: Erosioner/syreskader	
Hvad var målet?	<p>⇒ At der rettes øget opmærksomhed mod erosioner/syreskader på børn og unges tænder i kontraktperioden.</p> <p>⇒ At omfanget kortlægges og at der sættes ind med forebyggende programmer. Baggrunden er, at der ses et større og større antal børn og unge, som har syreskader. Disse skader opstår på tænderne, når man drikker store mængder syreholdige drikke, typisk sodavand, gennem lange perioder. Disse syreskader lader sig vanskeligt reparere, og kan på langt sigt i voksenlivet medføre betydelige udgifter til avanceret tandbehandling som porcelænskroner eller guld kroner.</p>
Hvad har vi realiseret?	<p>✓ At indføre standardiseret registrering af erosioner i vores SCOR-system. Såvel tilstedeværelse af erosion som alvorlighedsgrad registreres nu helt rutinemæssigt ved hver klinisk undersøgelse på børn med blivende tænder. I journalen følger en kort beskrivelse af lokalisation og karakter af skaderne, anamnese, information til den unge samt beskrivelse af eventuel restorativ behandling.</p> <p>✓ Der udarbejdes dokumentation og opbygges database i form af, at der systematisk fremstilles kliniske fotos samt studiemodeller af tænderne hos de unge, der har alvorlige erosionsskader. Formålet hermed er dokumentation og sammenligningsobjekt til brug ved vurdering af eventuel forværring eller standsning af skaderne over tid hos den enkelte for at hjælpe det enkelte unge menneske med syreskader på tænderne.</p> <p>✓ Herudover samles resultaterne for tandplejen som helhed i en database. Formålet med dette er at have redskab til ressourcestyring inden for dette område samt opbygge faglige viden om omfanget af disse skader og deres alvorlighedsgrad og progressionsmønster hos vores unge i Lyngby-Taarbæk kommune.</p> <p>✓ De konkrete resultater opgøres i SCOR samt i databasen første gang i januar 2012.</p>

Indsats

Arbejdet med den daglige registrering af erosioner i SCOR og journalen på klinikken samt ved kliniske fotos og studiemodeller af de børn/unge med alvorlige erosionsskader er fuldt implementeret.

Et nationalt erosionsindex er under udarbejdelse og Lyngby-Taarbæk kommunes tandpleje står centralt i dette arbejde. Lyngby-Taarbæk er første kommune i landet til at indføre systematisk klinisk fotografering og fremstilling af studiemodeller i forbindelse med alvorlige erosionsskader hos unge.

Denne arbejdsgang giver en meget høj kvalitet i arbejdet med tidlig indgriben samt forebyggelse af yderligere skader og viden om progression af opståede skader både for den enkelte og generelt.

Der er tale om et arbejde i to spor. Dels at øge kvaliteten omkring forebyggelse, opsporing, registrering og tidlig behandling samt opfølgning hos den enkelte unge i tandplejen i Lyngby-Taarbæk kommune, dels viden omkring disse ting generelt, idet der opbygges database over resultaterne.

Specialtandplejen, omsorgstandpleje og tandplejetilbud til udsatte voksne

Specialtandplejen

Specialtandpleje er et specialiseret tandplejetilbud, der skal tilbydes sindslidende, udviklingshæmmede m.fl. og personer med meget betydelig og varig funktionsnedsættelse, der ikke kan benytte de almindelige tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, praksistandplejen eller i omsorgstandplejen.

Indsatsområde 2: Specialtandplejen	
Hvad var målet?	<p>⇒ Specialtandplejen skal som en ny kommunal opgave organiseres og styres, herunder skal det opsøgende arbejde og visitationen tilrettelægges i et samarbejde med fagpersoner på tværs af sektorer. Der ligger en konkret udfordring og et indsatsområde i opgaven med at afgrænse målgruppen, der skal have tilbuddet, vurderingen af de individuelle behov, herunder snitfladen til omsorgstandplejetilbuddet og en vurdering af en eventuelt ændret opgavefordeling mellem omsorgstandpleje og specialtandpleje.</p> <p>⇒ At overføre patienter fra den ressourcekrævende specialtandpleje til omsorgstandplejen og foretage budgetoverførsel svarende til den gennemsnitlige udgift i omsorgstandplejen. Såfremt antallet af patienter tilmeldt specialtandplejen herved bliver mindre end forudsat i budgettet, beholder Tandplejen 50% af mindreforbruget (det vil sige provenuet).</p>
Hvad har vi realiseret?	<p>✓ At der er indgået en aftale med Gentofte kommune, som har overtaget specialtandklinikken på Bank-Mikkelsens Vej, om behandling af specialtandplejepatienter fra Lyngby-Taarbæk kommune.</p> <p>✓ At visitation og henvisning samt godkendelse af aftaler er tilrettelagt i en smidig procedure til gavn for patienterne</p> <p>✓ At administrativ og økonomisk styring, herunder opkrævning af egenbetaling er tilrettelagt i effektive arbejdsgange</p> <p>✓ De konkrete resultater er en afgrænsning af målgruppen, og der er ikke hjemtaget patienter fra specialtandplejen til omsorgstandplejen</p>

Indsats

Der har i 2010 været tilmeldt 97 patienter til specialtandplejen, hvilket udgør en stigning i forhold til 2009. Stigningen kan dels begrundes i større viden om tilbuddet, dels i at driften af flere institutioner for psykisk syge er overtaget af Lyngby-Taarbæk kommune.

Lyngby-Taarbæk kommune har indgået aftale med Gentofte kommune om driften af specialtandplejen, der har hovedsæde på Bank-Mikkelsens Vej i Gentofte. Der er herudover indgået en rammeaftale med Region Sjælland om enkelte borgere bosiddende på institutioner i denne region.

Organisering og opfølgning

Nye patienter, der ønskes tilmeldt specialtandplejen, bliver visiteret af specialtandplejens leder og godkendes til tilbuddet af overtandlægen. Den enkelte patient vil typisk blive henvist fra praktiserende læge eller tandlæge, den kommunale tandpleje eller fagprofessionelle på patientens botilbud.

Gentofte kommune har besluttet at opkræve betaling efter en abonnementsordning, hvor den enkelte betalingskommune betaler en fast årlig takst pr. patient, som er tilmeldt specialtandplejen. Prisen er udregnet efter den model, som KKR har udmeldt, og blev for 2010 kr. 8.425 pr. år pr. tilmeldt patient. To gange årligt fremsender Specialtandplejen en oversigt over ydelser og takster for den forebyggende og behandlende tandpleje for hver enkelt patient omfattet af specialtandplejen. For de ydelser, som der ydes tilskud til i medfør af § 65 i Sundhedsloven, opkræver Tandplejen egenbetaling svarende til patientens egenbetaling i praksistandplejen. Beløbet kan maksimalt udgøre 1.625 kr. årligt i 2010.

Omsorgstandplejen

Ca. 600 ældre er omfattet af omsorgstandplejen. Den seneste opgørelse viser, at langt hovedparten af disse har egne tænder, et tal der har været stigende. Det indebærer, at opgaven med tandbehandling og bevarelse af resttandsættet er stor og krævende over for en gruppe af ældre med stærkt nedsat egenomsorg.

Indsatsområde 2: Omsorgstandplejen	
Hvad var målet?	<ul style="list-style-type: none"> ➔ At omsorgstandplejen medvirker til at fremme de ældres samlede sundhed og trivsel ved at søge at bevare tyggefunktion samt behandle symptomer og smertevoldende tilstande i tænder og mundhulen. ➔ At der gennemføres i kontraktperioden en brugertilfredshedsundersøgelse for såvel omsorgstandplejepatienterne/ pårørende som personale på 3 – 4 områdecentre. Evaluering af resultatkravet sker ved indsamling af kvalitative data vedrørende brugertilfredsheden. Omsorgstandplejetilbuddet har eksisteret i snart 20 år og det ønskes afdækket, om tilbuddet opfylder brugernes forventninger og behov. Brugertilfredshedsundersøgelsen afholdes inden for Tandplejens egen økonomiske ramme.
Hvad har vi realiseret?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ At gennemføre et systematisk tilrettelagt tandplejetilbud til målgruppen. ✓ At gennemføre regelmæssige undersøgelser, forebyggende indsats samt nødvendig gennemførlig tand- og protesebehandling på målgruppen. ✓ Der har ikke været ressourcer til at gennemføre en brugertilfredshedsundersøgelse. Tilbagemeldinger fra beboere, pårørende og personale tegner dog et billede af stor tilfredshed med ordningen.

Indsats

Tandplejens mål for denne gruppe tager sigte på: Regelmæssig undersøgelse, rådgivning om renhold af tænder og proteser, forebyggelse af tandsygdomme og lidelser i mundhulen og behandling af symptomer og smertevoldende tilstande i tænder og mundhulen.

I omsorgstandplejen tages der først og fremmest hensyn til den enkeltes ønsker og behov samt de realistiske muligheder for at gennemføre en behandling. Generne ved en

given behandling må aldrig overstige gevinsten ved denne. Tandplejepersonalet møder af og til en manglende forståelse herfor hos de pårørende, som ofte udviser større forventninger til nyfremstilling af proteser og andre krævende tandbehandlinger, som vil være urealistiske at gennemføre.

Organisering og opfølgning

Tandplejen tilrettelægger omsorgstandplejen som et systematisk og dækkende tilbud, der når hele målgruppen med et regelmæssigt tandplejetilbud. Vi anvender et tandplejeteam til løsning af opgaven, som består af både tandlæger, tandplejere og klinikassistenten, der kommer på områdecentren efter et fast aftalt skema. Der er på fem af kommunens områdecentre etableret stationære klinikfaciliteter, mens lokalcentre betjenes med mobilt tandlægeudstyr. Der er etableret ny klinik på Baunehøj i forbindelse med ombygningen af dette områdecener. Beboere fra Bredebo transporteres som en midlertidig ordning, indtil nye bygninger står færdige, med ledsagelse af plejepersonale til tandbehandling på den tilknyttede filialtandklinik. Der er etableret gode samarbejdsrelationer til det øvrige plejepersonale.

Der opkræves en årlig egenbetaling, som i 2010 udgjorde 445 kr. pr. borger.

Tandregulering

Ved det normale tandeftersyn bliver også tændernes frembrud og stilling kontrolleret. I løbet af skoletiden, normalt på 5. klassetrin for piger og på 6. klassetrin for drenge, bliver alle børn undersøgt af specialtandlægen. Børn og unge får tilbud om tandregulering, hvis de har tandstillingsfejl, der giver risiko for fysiske skader eller uheldig udvikling af sammenbidet. Tandplejen følger Sundhedsstyrelsens regelsæt, som nøje beskriver hvilke tandstillingsfejl, som berettiger til et tilbud om tandregulering i Den kommunale Tandpleje.

I Lyngby-Taarbæk kommune har visitation efter disse retningslinier i en årrække betydet, at ca. 30% af børnene får tilbud om tandregulering. Manglende kapacitet kan således ikke begrunde et afslag. Der blev i 2010 igangsat ca. 250 nye tandreguleringsbehandlinger, hvilket var et stort antal, der til dels skyldtes ophobet behov af børn på venteliste. Det gav et stort arbejdspress, som kun kunne gennemføres ved effektiv planlægning og rationelle arbejdsgange. For at sikre kapacitet til at gennemføre behandlingerne og dermed nedbringe ventetiden og dermed mindske udgifterne til valg af praktiserende specialtandlæge tilførtes yderligere tandplejertimer til reguleringsklinikken i 2010.

Igangsættelsen af det store antal nye behandlinger øgede udgifterne til apparatur og materialer, hvilket blev finansieret af bl.a. valg af svensk leverandør af apparatur til en billigere pris. Der søges løbende at opnå gevinst ved forhandling af rabatter og lavere pris.

Ved afslutningen af tandreguleringsbehandlinger bliver der foretaget en brugerundersøgelse med et spørgeskema til anonym besvarelse. I 2010 modtog klinikken i alt 116 besvarelser retur. Heraf svarede 112, at de er meget tilfredse eller tilfredse med tandstillingen, og 115 har fundet det meget rart eller rart at komme på klinikken. Langt størstedelen finder ligeledes, at de har fået gode forklaringer på behandlingen undervejs. Der er i spørgeskemaerne endvidere givet en række positive kommentarer.

Konsulentvirksomhed i tandplejespørgsmål

Tandplejens faglige rådgivning i sager om tilskud til tandpleje skal i et samarbejde med lokalområdet privatpraktiserende tandlæger resultere i billigere forsvarlige løsninger, der som helhed giver en mindre årlig udgift. De kommunale udgifter nedbringes herved betragteligt.

I 2010 blev der foretaget sagsbehandling på i alt 112 sager for Social- og Sundhedsforvaltningen i spørgsmål om tilskud til tandpleje efter sociallovgivningen og pensionslovgivningen. Heraf blev 37 sager behandlet efter klinisk konsultation i Primkoudvalget under medvirken af praktiserende tandlæge.

Der var samlet ansøgt om kr. 3,1 mio. kr. til tandbehandling i disse sager. Af indstillingen fra overtandlægen er der anbefalet tandbehandling til et samlet beløb på 1,7 mio. kr. hvilket udgør en reduktion på behandlingsoverslagene på 1,4 mio. kr. hvilket angivet i % svarer til en besparelse på 46%.

Organisatoriske rammer for tandplejen, herunder digitalisering

Tandplejens struktur og organisering

Indsatsområde 3: Tandplejens struktur og organisering	
Hvad var målet?	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Der udarbejdes i kontraktperioden en analyse af Tandplejens struktur og organisering. Formålet med analysen er at belyse fordele og ulemper ved den nuværende struktur set i forhold til en eventuel organisationsændring af Tandplejen. I analysen skal indgå følgende overordnede temaer: ➔ Økonomiske overvejelser i forhold til dels en effektiv anvendelse af ressourcerne, dels vurderinger af investeringsbehovet. ➔ Personalemæssige overvejelser i forhold til faglig udvikling og sårbarhed ved sygdom. ➔ Hensynet til brugerne herunder tilgængelighed. ➔ Udefrakommende forhold som frit valg, demografi, kommunalreform mv. ➔ Der udarbejdes en konsulentrapport af en ekstern leverandør. ➔ Finansiering af en ekstern konsulentundersøgelse forelægges til politisk drøftelse. Undersøgelsen skal afdække fordele og ulemper ved den nuværende organisering af Tandplejen, samt udarbejde et forslag til, hvordan Tandplejen organisatorisk kan udvikles. Forslaget skal indeholde et overslag over de økonomiske konsekvenser ved en omorganisering, herunder en costbenefitanalyse af henholdsvis nuværende anlægsinvesteringer og de forventede anlægsinvesteringer ved omorganisering af Tandplejen.
Hvad har vi realiseret?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Udgiften til analysen er ikke blevet fremmet ved budgetforhandlingerne i kontraktperioden og Sundhedsudvalget vedtog derfor i 2008 at tage indsatsområdet ud af Tandplejens kontrakt. ✓ Der er sket strukturændringer og sammenlægning af tandklinikker som følge af budgetreduktioner og arbejdsmiljøforhold i kontraktperioden. ✓ Der er taget skridt til at afprøve en ændret ledelsesstruktur med fælles ledelse på to klinikker.

Organisering og opfølgning

Imidlertid har vedtagne besparelser på Tandplejens budget 2009 bevirket, at der er taget skridt til en strukturændring. I forbindelse med nedlæggelse af en tandlægestilling og en klinikassistentstilling er der som konsekvens heraf etableret eet klinikdistrikt med Virum skoles tandklinik som behandlingsklinik og opretholdelse af en undersøgelses- og profylakseklínik for skolebørn på Hummeltofteskolen. Det betyder samtidigt, at personale-teamene er slået sammen under ledelse af en distriktsleder. Løsningen har fungeret siden 2009, og erfaringerne viser, at løsningen kan fungere for brugere og personale. Ulempen for personalet er, at man skal betjene to arbejdssteder og effektiviteten bliver stadig belastet af mange udeblivelser fra børn og unge fra Hummeltofteskolen til aftalte tider på tandklinikken på Virum skole.

Lindegårdsskolens bygningsmæssige ændringer og stabilisering mod stærk vind skabte nogle arbejdsmiljømæssige konsekvenser for Tandplejens virke på skolen. Det blev på den baggrund besluttet, at Lindegårdsskolens tandklinik kun opretholdes som undersøgelses- og profylakseklínik for skolebørnene. Konsekvensen er, at ikke skolesøgende børn fra distriktet, dvs. førskolebørn og unge, der har forladt folkeskolen, fra 2009 får tilbudt tandbehandling fra Centralklinikken på Toftebæksvej 8, hvor personalet er tilknyttet. Tandplejen er til stede på Lindegårdsskolens tandklinik hver uge efter et skema, som gøres tilgængeligt for skolen. Der medgår ikke ekstra undervisningstid for skolebørnene med de undtagelser, der kan være for børn, der skal gennemgå større tandbehandlinger på Centralklinikken på Toftebæksvej 8. Tandbehandling på Centralklinikken forudsætter forældreledsagelse med de mindre børn.

2009 og 10 har været indkøringsperiode for denne løsning, og erfaringerne med denne strukturændring viser, at effektiviteten er presset af mange udeblivelser fra børn fra Lindegårdsskolen til tandbehandling på Centralklinikken.

Den endelige udmøntning af besparelsen i budgettet for 2009 nødvendiggjorde afskedigelsen af en tandlæge i 2010. Der blev samtidigt taget skridt til at nedlægge en filiallederstilling og ændre ledelsesstrukturen for Kongevejens skoles og Trongårdsskolens tandklinik med fælles klinikleder. Dette har foreløbigt fungeret som et pilotprojekt i et år og bliver evalueret.

Digitalisering af Tandplejen

Indsatsområde 3: Digitalisering af Tandplejen	
Hvad var målet?	<p>➔ I kontraktperioden gennemføres de sidste faser af digitalisering af Tandplejens administration og røntgen. Det afprøves i hvilken grad de elektroniske administrative systemer rummer mulighed for effektivisering af de administrative arbejdsgange. Det analyseres i hvilken grad elektronisk journalføring og implementering af digital røntgen kan medvirke til at styrke mulighederne for kollegial sparring. Forbedring af det fysiske arbejdsmiljø med implementering af digital røntgen analyseres.</p>
Hvad har vi realiseret?	<p>✓ At journalføringen er digitaliseret og alle patientjournaler nu er elektroniske.</p> <p>✓ At røntgenoptagelser er digitaliseret og lagret elektronisk som en del af journalen.</p> <p>✓ At alle journaloplysninger dermed er tilgængelige på alle klinikker i Tandplejens netværk, hvilket betyder at alle brugere kan modtage nødbehandling og rådgivning ved kontakt til vagtbærende klinik i ferieperioder.</p>

	✓	At Tandplejens administration nu er digitaliseret og data tilgængelige i et netværk.
	✓	Det vurderes at det har bidraget til en kvalitetsudvikling og givet muligheder for kollegial sparring i dagligdagen

Organisering og opfølgning

Efter en indkørringsperiode med svigt i den underliggende kapacitet og netværk kan de nye muligheder for at arbejde på tværs af klinikker bidrage til fleksibilitet for både ansatte og brugere og give muligheder for faglig sparring. Så på trods af de centrale problemer med IT-driften vurderes det, at digitalisering af Tandplejens virksomhed har bidraget til en effektivisering.

Der er også en kvalitetsudvikling i de nye muligheder, der er for at indhente faglig sparring fra specialister på regionens kæbekirurgiske afdeling ved at sende et digitalt røntgen til en konsultation via pc'er, en mulighed som anvendes af vores tandlæger, når særlige patienttilfælde skal vurderes og behandlingsplanlægges.

Personalepolitiske spørgsmål, herunder kompetenceudvikling og arbejdsmiljø

Arbejdsmiljø og sygefravær

I sammenhæng med ovennævnte arbejdes med kompetenceudvikling, specialisering og vidensdeling på tværs af klinikker og faggrupper, herunder styrkelse af det tværfaglige samarbejde med andet sundhedsfagligt personale. Dette forudsætter en hverdag med et godt psykisk arbejdsmiljø, som bliver påvirket af et for stort sygefravær.

Indsatsområde 3: Arbejdsmiljø og sygefravær		
Hvad var målet?	➔	Med henblik på at styrke effektiviteten og arbejdsglæden sættes i kontraktperioden fokus på det psykiske arbejdsmiljø og sygefraværet. En analyse af sygefraværet renses for langtidssygdom kan rette opmærksomheden mod det korte fravær med enkelt dage med stor hyppighed, som har store afledte konsekvenser for kollegerne.
Hvad har vi realiseret?	✓	Udarbejdelse af en grundig analyse af sygefraværet, opdelt på langtidsfravær og det korte fraværs fordeling på ugedage og fordeling på personalekategorier (klinikassistenter, tandplejere og tandlæger).
	✓	Fokus på det psykiske arbejdsmiljø på personalemøder, APV og ved konfliktløsning.
	✓	Udarbejdelse af reviderede interne retningslinier for sygefravær i Tandplejen, herunder dokumentation, anmeldelse, opfølgning m.v.
	✓	Afholdelse af trivselssamtaler efter retningslinier i kommunens personalepolitik.
	✓	De konkrete resultater viste et fald fra 2009 til 2010 i sygefraværet uden langtidsfravær for alle tre personalegrupper.
	✓	Langtidssygefraværet var fordelt på tre medarbejdere, hvoraf den ene fik en § 56 aftale i 2010.

Organisering og opfølgning sygefravær

Der gennemføres trivselssamtaler med medarbejdere, der har mange sygeperioder eller mere end 15 dages sygefravær på et år. Disse samtaler kan afdække problemstillinger og munder ofte ud i handlingsplaner for den enkelte og for arbejdspladsen.

Tandplejens MED-udvalg har drøftet en analyse af sygefraværet for 2010. MED-udvalget drøftede herunder, hvad der kan gøres af tiltag for at mindske sygefraværet. Man kan tale om nærvær i stedet for fravær, man kan fokusere på kulturen på arbejdspladsen, man kan fokusere på delegering af ansvar og kompetence og give medarbejderne faglige og personlige udviklingsmuligheder på arbejdspladsen.

Med denne værdibaserede tilgang blev der sat fokus på emnet på en personaledag.

Lyngby-Taarbæk kommune betragter sygefravær som et fælles anliggende, der berører såvel den sygemeldte og dennes familie som kollegerne på arbejdspladsen. Også ved Tandplejen har alle en fælles interesse i, at der gøres en vedvarende indsats for at begrænse sygefraværet.

Arbejds miljøindsatsen

Arbejds miljøindsatsen er en del af MED-udvalgets område og varetages her i samarbejde med Tandplejens sikkerhedsleder (nu arbejdsleder i arbejdsmiljøorganisationen) og den valgte sikkerhedsrepræsentant. Tandplejens samarbejds- og sikkerhedsorganisation er nu fremover gjort enstrengt og dermed er sikkerhedsgruppen nedlagt.

Der er i 2010 foretaget en APV-undersøgelse af alle klinikker. Tandplejen udarbejdede hertil sit eget skemamateriale til kortlægning af arbejdsmiljøet i Tandplejen. Spørgsmålene er målrettet arbejdsområdet og omfatter emner som indeklima, ergonomi, det kemiske arbejdsmiljø, det psykiske arbejdsmiljø, herunder krav i arbejdet, samarbejde og kommunikation, lederevaluering og overordnet trivsel. Handleplanerne har været behandlet i MED-udvalget.

I kontraktperioden er der etableret hæve-sænkeborde på alle klinikker som en forbedring af de ergonomiske rammer. Der er endvidere afholdt to kurser i ergonomi på tandklinikker, begge med praktiske øvelser til personlig opfølgning i dagligdagen. Der ydes konsulentstøtte, hvis enkelte medarbejdere får fysiske symptomer i nakke og skuldre ved arbejdet. Opmærksomhed rettes mod at forebygge dette. I 2010 måtte Tandplejen skride til afsked af en tandlæge, som efter en længere sygefraværsperiode på grund af symptomer i nakke og skulder ikke mere var i stand til at genoptage sit arbejde som tandlæge.

Der blev i 2010 indberettet to arbejdsulykker til Arbejdsskadestyrelsen, stikskader i forbindelse med tandbehandling af smittebærende patient. Instruks til skadeprotokol blev i den forbindelse udsendt.

Indsatsområde 3: Kompetenceudvikling	
Hvad var målet?	<ul style="list-style-type: none"> ➤ I kontraktperioden arbejder Tandplejen med kompetenceudvikling, specialisering og vidensdeling på tværs af klinikker og faggrupper, herunder styrkelse af det tværfaglige samarbejde med andet sundhedsfagligt personale. ➤ Såfremt den indtægtsdækkede virksomhed i Tandplejen overstiger det budgetterede beløb, kan dele af den overskydende indtægt anvendes til kompetenceudvikling af medarbejderne i Tandplejen.

Hvad har vi realiseret?	✓	Delegering og videndeling i dagligdagen
	✓	Afholdelse af en række interne kurser og temadage for det samlede personale med faglige emner
	✓	Afholdelse af en to-dages konference med tilskud fra puljen til kompetenceudvikling inden for temaet sundhedspædagogik, værtdiafklaring vedr. sundhedsbegreber og pædagogiske metoder
	✓	Kompetenceudvikling ved deltagelse i eksterne faglige kurser
	✓	De konkrete resultater er en personalegruppe med en opdateret faglig viden og en høj kvalitetsbevidsthed

Organisering og opfølgning

Tandplejen har i kontraktperioden på temadage og kurser afholdt internt i Tandplejen for det samlede personale haft en stor faglig bredde i emnerne.

Vi har arbejdet med sundhedspædagogik, værtdiafklaring om sundhedsbegreber og pædagogiske opfattelser, og hvordan man udvikler pædagogisk kompetence samtidigt med, at man holder fast i sin kliniske faglighed. Tandplejen har søgt puljen til kompetenceudvikling til temaet refleksiv sundhedspædagogik med udgangspunkt i deltagernes værdier. Tandplejen iværksatte på personalekonference i 2010 en uddannelse i sundhedspædagogik målrettet alle personalegrupper. Tandplejens medarbejdere har et stort behov for en kompetenceudvikling på området, hvis vi skal fokusere mere på en dialog med patienterne om, hvilke værdier de har, og inddrage dem, så de på et kvalificeret grundlag kan beslutte at gøre en indsats for at bevare tænderne sunde. Det skal handle om sundhed og livskvalitet, men det kan ikke overføres, hverken fra ét menneske til et andet eller fra én kontekst til en anden. Derfor må vi afklare sundhedsopfattelser.

Vi har også sat fokus på børn i særlige vanskeligheder, børn med sammenhængende syndromer som autisme, ADHD, Tourette og OCD. Børn som frembyder særlige behandlingsvanskeligheder, og som kræver en særlig indsigt. Det kan handle om kommunikative problematikker, om opmærksomhedsforstyrrelser og sociale funktionsnedsættelser. Der er i den forbindelse knyttet en tværfaglig kontakt til den specialafdeling som Hummeltofteskolen har til disse børn.

Vi har sat fokus på Barnets reform og bestemmelser om tavshedspligt og underretningspligt, og de forpligtelser, der påhviler os som ansatte med hyppig kontakt til alle børn og unge i kommunen.

Vi har trukket på kompetente forskere og undervisere fra Tandlægeskolen til emner som initial caries og behandling af tandtraumer. Vi har kompetenceudviklet inden for emnet erosioner (syreskader på tænder) inden for diagnostik, registrering og profylakse.

Ud over de interne kurser og temadage med fagligt indhold, har der været en stor interesse for og vilje til at søge deltagelse i eksterne kurser i alle tre faggrupper.

I kontraktperioden har de sidste af vores 1. klinikassistenter gennemført specialefaget på kommunomuddannelsen i administration og formidling. Dette er et konkret eksempel på en kompetenceudvikling for en hel personalegruppe. I Tandplejens administration har en fuldmægtig gennemført to specialefag i personaleforhold og personaleadministration.

Tandplejen har taget skridt til en styrkelse af det tværfaglige samarbejde med sundhedsplejen. Imidlertid har forvaltningsstrukturen og den forskellige placering vist sig at være en barriere for en samordnet forebyggende indsats.

Perspektiver for 2011

Tandplejens resultatkontrakt udløb ved udgangen af 2010 og er ikke afløst af en ny kontrakt, idet der pågår overvejelser centralt vedr. de fremtidige styreformer i kommunens virksomhed. Denne virksomhedsberetning danner derfor også afsæt for en virksomhedsplan for indeværende år.

Perspektiverne for indsatsen i 2011 repræsenterer både noget kendt og noget nyt. En del af indsatsen bygger videre på kerneopgaverne og en udvikling og styrkelse heraf. Der er brug for en konsolidering efter en betydelig effektivisering og reduktion af såvel tandlægestillinger som klinikassistentstillinger samt nedskæringer i administrationen. I forbindelse med afsked af tandlæge er der vakant stilling i en periode for at afholde udgifter ved stillingsskift og efter nedlæggelsen af en klinikassistentstilling skal en række administrative opgaver lægges på nye hænder i en effektiviseringsproces.

På en fælles personaledag blev der fremlagt en opsamling af tandsundhedsresultaterne og indsatsområderne. Dette dannede afsæt for valg af emner for fremtidige indsatsområder. Med hovedvægten på en videreførelse og styrkelse af Tandplejens kerneopgaver, herunder de personalepolitiske og arbejdsmiljømæssige vilkår på de indre linier, blev der formuleret en række indsatser, som skal fokuseres på i 2011. Hertil kommer en række udviklingstemaer og indsatser.

Konsolidering og styrkelse: Temaer og indsatser

Bevare og styrke tandsundheden

- ⇒ Nye mål for nedbringelse af caries udarbejdes.
- ⇒ Indsats for forbedring af mundhygiejne hos visse grupper.
- ⇒ Øget samarbejde med forældre til skolebørn med fokus på de 12-årige.

Styrkelse af samarbejdet med sundhedsplejen og aktiviteter i mødregrupperne

- ⇒ Etablere kontakt med alle nybagte forældre med en forebyggende indsats.
- ⇒ Søge at nå grupper med særlige behov for støtte og indsats.

Behovsstyring og ændrede intervaller

- ⇒ Indføre 15 måneder som et standardinterval mellem de regelmæssige undersøgelser.
- ⇒ En fortsat behovsorienteret virksomhed, således at intervallerne er fastlagt på baggrund af individuelle behov på 12, 15 eller 18 måneder.

Omsorgstandplejen, styrkelse af undervisningen af plejepersonalet

- ⇒ Udarbejdelse af nyt undervisningsmateriale, der kan anvendes i en travl hverdag til plejepersonalet.
- ⇒ Udarbejdelse af informationsmateriale til beboere og pårørende.
- ⇒ Integre omsorgstandplejen i fremtidige plejehjemsbyggeriers serviceafsnit.

Fortsat fokus på kompetenceudvikling

- ⇒ Videndeling og delegering i det daglige arbejde på tandklinikkerne.
- ⇒ Løbende faglig ajourføring og efteruddannelse både ved interne kurser og ekstern kursusdeltagelse.

Øge medejerskabet til én samlet tandpleje som arbejdsplads

- ⇒ Fælles aktiviteter med fokus på både det faglige og det sociale.
- ⇒ Styrke opfattelsen af den fælles opgave med fokus på helheden.
- ⇒ Dække kollegaer ind ved sygdom og fravær.

Udvikling: Temaer og indsatser

IT-løsninger til forbedring af kommunikation og opsøgende arbejde

- Sms-service som reminder ved indkaldelser til tandeftersyn.
- Brug af skoleintra ved kommunikation med lærerne, skolebørn og forældre.
- Drage nytte af perspektiverne i øget brug af nettet og kommunens hjemmeside.

Sundhed på arbejdspladsen

- I bestræbelser for at nedbringe sygefravær sættes fokus på nærvær i stedet for fravær, den positive historie og anerkendelsen.
- Flere medarbejderaktiviteter med fokus på motion og samvær, løbeklub, øvelser, træningsprogrammer m.v.
- Ergonomi og gode arbejdsstillinger i dagligdagen.

Med ovennævnte afsæt vil Tandplejen fortsætte sine bestræbelser på at være en dynamisk arbejdsplads for de ansatte og være til gavn for brugerne med fokus på brugertilfredshed.

Tandplejens vision, hovedmål og strategier

Det fremadrettede arbejde i Den kommunale Tandpleje tager udgangspunkt i Tandplejens vision, der går på tre ben, som det ene vores ønske om at fremme og fastholde tandsundheden hos den enkelte borger, som det andet at have tilfredse borgere og som det tredje ben at være en attraktiv arbejdsplads, der kan fastholde og rekruttere dygtige medarbejdere.

Balancen herimellem er det, der kendetegner vores kvalitet.

Tandplejen har formuleret følgende hovedmål inden for de forskellige virksomhedsområder:

- Tandplejetilbuddet skal være af høj kvalitet og tilrettelægges, så der opnås mest mulig sundhed for de midler, der afsættes
- Børne- og ungdomstandplejen arbejder for, at børn og unge kan have en god tandsundhed hele livet ved at motivere til gode tandplejevaner og en varig sundhedsfremmende adfærd
- Omsorgstænderne medvirker til at fremme brugerens samlede sundhed og trivsel gennem regelmæssige undersøgelser, forebyggelse af tandsygdomme og lidelser i mundhulen samt behandling af symptomer og smertevoldende tilstande i tænder og mundhule
- Den kommunale Tandpleje skal løse tandplejeopgaver inden for rammerne af den øvrige tandplejelovgivning, herunder specialtandplejen, som i forbindelse med strukturreformen overgår til kommunen
- Den kommunale Tandplejes organisation, viden og færdigheder nyttiggøres ved tilrettelæggelse og udførelse af generelt sundhedsfremmende aktiviteter i et formaliseret tværfagligt samarbejde

Strategierne for vores virksomhed beskriver midlerne, måden vi arbejder på, de værdier vi baserer vores indsats på, om man vil. Det er strategier, som er nærværende for den enkelte medarbejder og som hele tandplejepersonalet har medejerskab til.

- Tandplejen arbejder målrettet for at fjerne ulighed i sundhed ved en behovsorienteret indsats
- Tandplejen arbejder på et sundhedsfremmende og forebyggende grundlag
- Tandplejen søger at motivere brugerne til en egenindsats for en livslang effekt
- Tandplejen ønsker på de indre linier at udøve en personalepolitik, der muliggør en personlig og faglig udvikling hos alle og en samarbejdsform, der bygger på gensidig tillid og respekt
- Tandplejen søger at sikre et godt arbejdsmiljø og god trivsel på arbejdspladsen for at fastholde dygtige medarbejdere

Bilag

Resultatkontrakt for Tandplejen 1.01.2007 til 31.12.2010

Tandsundhedsstatistikker 2010, tabelmateriale

Cariesudviklingen i Lyngby-Taarbæk kommune, PowerPoint præsentation

**Driftsoverenskomst
mellem
Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune
og
den selvejende institution Lyngby Ældrecenter**

1. Parterne

Denne driftsoverenskomst er indgået mellem Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune og bestyrelsen for den selvejende institution Lyngby Ældrecenter om vilkår for det kommunale driftstilskud til Lyngby Ældrecenter.

2. Forudsætninger for driftsoverenskomsten

Driftsoverenskomsten er udformet med hjemmel i Servicelovens § 79 om generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte.

Driftsoverenskomsten tager udgangspunkt i de af kommunen vedtagne budgetter og politikker på social-, sundheds- og ældreområdet.

Kommunen kan til enhver tid træffe afgørelser, der har betydning for de mål og rammer, hvorpå driftsoverenskomsten hviler. Ved uenighed er kommunens afgørelse gældende.

3. Fysiske rammer

Lyngby Ældrecenter har til huse på Rustenborgvej 1C, 2800 Kongens Lyngby.

4. Formål

Lyngby Ældrecenter er en selvejende institution, som har til formål at drive dagcentervirksomhed for pensionister og efterlønsmodtagere i Lyngby-Taarbæk Kommune

Lyngby Ældrecenter udøver sin virksomhed med det formål at hjælpe pensionister og efterlønsmodtagere til at klare sig bedst og længst muligt i eget hjem som sunde, livsglade og aktive borgere af samfundet.

5. Målgruppe

Ældrecentrets målgruppe er pensionister og efterlønsmodtagere i Lyngby-Taarbæk Kommune. Centrets aktiviteter er baseret på et medlemstal på ca. 500 medlemmer ved driftsoverenskomstens indgåelse.

6. Aktivitet og kapacitet

Lyngby Ældrecenters formål har et overordnet forebyggende sigte i forhold til at fremme og opretholde medlemmernes fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau.

Lyngby Ældrecenters formål opnås ved at tilbyde medlemmerne:

- sociale tilbud og derigennem sikre sociale netværk og livskvalitet med henblik på at imødegå ensomhed og isolation og tab af livsmod
- fysisk træning og dermed evnen til fysisk at kunne klare sig længst muligt i eget hjem
- aktiviteter med henblik på at understøtte muligheden for udvikling af kreative mål og interesser

Aktiviteterne sammensættes efter medlemmernes ønsker, behov og formåen.

Som led i formålsopfyldelsen indgår, at Lyngby Ældrecenter efter mulighederne benytter frivillige hjælpere til forskellige opgaver, såsom undervisning, kontoradministration, praktisk hjælp ved arrangementer, ture og rejser m.v.

Udvikling af centret herunder aktiviteter kan aftales løbende mellem Ældrecentret og Ældreservice.

7. Gensidig orientering

Lederen af Ældreservice og lederen af Lyngby Ældrecenter er forpligtede til et løbende samarbejde, samt gensidigt at informere hinanden, hvis der sker væsentlige ændringer i driftsoverenskomstens forudsætninger eller andre forhold, der på væsentlig måde ændrer mulighederne for at overholde driftsoverenskomsten.

Lyngby Ældrecenter indgår i løbende drøftelser med kommunen vedrørende nærværende driftsoverenskomst og om behovet for ændringer i tilbuddet, herunder målgruppen.

Lyngby Ældrecenter er forpligtiget til at levere alt materiale, som kommunen forespørger inden for rimelig tid.

8. Status

Der afholdes årligt 2 statusmøder mellem lederen af Lyngby Ældrecenter og Ældrechefen.

I forbindelse med årets første statusmøde drøftes budget og regnskabstal, og der udarbejdes en årlig allonge til driftsoverenskomsten med beskrivelse af mål og indsatser for året.

Lyngby Ældrecenter fremsender årligt status på aktiviteter og medlemstal med en beskrivelse af tilgang/afgang medlemstal. Status opgøres med cpr. nr. og navn på medlemmer. Status aflægges årligt i forbindelse med regnskabsaflæggelse og andet statusmøde.

9. Løn- og ansættelsesvilkår

Centrets leder ansættes og afskediges af bestyrelsen. Ansættelse af leder kræver godkendelse af Kommunalbestyrelsen.

Lyngby Ældrecenters leder varetager den daglige ledelse og drift. Lederen ansætter selv sit personale inden for de rammer, der er fastsat i det godkendte budget.

Løn- og andre ansættelsesvilkår for Lyngby Ældrecenters personale skal fastsættes efter forhandling med de respektive faglige organisationer.

Beregning og udbetaling af lønninger sker ved Lyngby Ældrecenters foranstaltning over institutionens regnskab.

10. Driftstilskud og regnskab

10.1. Driftstilskud

Det årlige driftstilskud udgør 1.688.188 kr. pr. år (2011). Driftstilskuddet udbetales månedsvis forud. Driftstilskuddet udbetales på baggrund af kommunens vedtagne budget for Lyngby Ældrecenter.

Såfremt centret oppebærer ekstra indtægter, kan udgifterne forøges tilsvarende.

10.2. Regnskab

Bogholderi og regnskabsførelse varetages af Lyngby Ældrecenter. Bestyrelsen skal indsende centrets regnskab til kommunens godkendelse inden for en af kommunen fastsat frist. Centrets regnskab optages i kommunens regnskab og et eventuelt mer- eller mindreforbrug afregnes snarest muligt i det efterfølgende regnskabsår, dog senest i april.

Regnskabet udarbejdes efter de til enhver tid fastsatte retningslinjer fra kommunen og revisi- on samt almindelig god regnskabsførelse.

Regnskabet skal være revideret af en af bestyrelsen godkendt revisor.

10.3. Overførselsadgang

Lyngby Ældrecenter følger de til en hver tid gældende regler for overførselsadgang i kommunen, dog således at eventuelt mer- eller mindreforbrug reguleres i det efterfølgende års budget. Således vil det efterfølgende års budget blive reduceret ved et merforbrug og forøget ved et mindreforbrug. Som udgangspunkt vil det fulde mer- eller mindreforbrug blive reguleret i det efterfølgende års budget, dog kan et væsentligt mindreforbrug blive helt eller delvis ind- draget, såfremt mindreforbruget ikke kan forklares ud fra faktiske, objektive forhold.

11. Ekstraordinære udgifter og indtægter

Indgåelse af aftaler, der medfører ekstraordinære udgifter, f.eks. til udvidelse eller forbedringer af ejendom, ekstraordinær vedligeholdelse eller indkøb af inventar eller andre usædvanlige udgifter, kræver forudgående godkendelse fra kommunen. Tilsvarende gør sig gældende ved forhold, som medfører ekstraordinære færre udgifter eller øgede indtægter.

Der arbejdes i øjeblikket (maj 2011) på at udforme en lejekontrakt for Rustenborgvej 1C.

12. Optagelse af lån

Lyngby Ældrecenter kan ikke uden kommunens forudgående samtykke træffe beslutning om optagelse eller overtagelse af lån, ej heller ved mellemregning med andre institutioner, eller ændringer i lånevilkår, forpligte sig ved kautioner eller anden økonomisk garanti eller foretage ændringer af vilkår for eventuelle eksisterende garantiforpligtelser eller lignende.

Lyngby Ældrecenter hæfter efter gældende dansk rets almindelige regler med sin kapital for alle institutionen påhvilende forpligtelser.

13. Indkøb og Udbud

Lyngby Ældrecenter er omfattet af retningslinjer for indkøb og udbud samt underliggende vilkår for indkøb og udbud af varer, tjenesteydelser og bygge- og anlægsopgaver.

14. Vedtægter

Den selvejende institution Lyngby Ældrecenter driver dagcentervirksomhed i overensstemmelse med nærværende driftsoverenskomst og vedtægterne for Lyngby Ældrecenter, som er godkendt af Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Ændring af vedtægter og beslutning om Lyngby Ældrecenters opløsning kan kun ske med tilslutning af mindst 4 bestyrelsesmedlemmer på 2 af hinanden afholdte bestyrelsesmøder med mindst 8 dages mellemrum, jf. § 12 i vedtægterne for Lyngby Ældrecenter.

Vedtægtsændringer kræver desuden godkendelse af kommunens forvaltning.

15. Gældende love og overenskomster

Lyngby Ældrecenter skal til enhver tid overholde gældende love og bekendtgørelser m.v.

16. Opsigelse

Nærværende driftsoverenskomsten kan opsiges af begge parter med 6 måneders varsel til den 1. i en måned. I tilfælde af misligholdelse fra Lyngby Ældrecenters side kan aftalen ophæves uden varsel.

Nærværende driftsoverenskomst træder i kraft, når tiltrædelse fra Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune og Lyngby Ældrecenters bestyrelse foreligger.

For den selvejende institution
Lyngby Ældrecenter

For Lyngby-Taarbæk Kommune,
Kommunalbestyrelsen

den 2011

den 2011

NOTAT

om

eventuelt friplejeboliger på det frikøbte areal ved Trongårdsskolen - forhold omkring tilbagekøbsklausul, lokalplan og tidsplan

Baggrund:

Baggrunden for dette notat er en henvendelse fra IDUN Antroposofiske Pleje- og Seniorboliger, som i samarbejde med OK-Fonden ønsker at opføre et plejecenter med 40-60 friplejeboliger samt 15-20 seniorboliger i Lyngby-Taarbæk Kommune, såfremt kommunen er interesseret heri.

OK - Fonden vil i givet fald stå for selve byggeriet og også den senere administration med IDUN som ejere. Plejecentret ville så blive det første i Danmark, som bliver drevet efter antroposofiske principper.

Fordelen for Lyngby- Taarbæk Kommune er bl.a. at der med et sådant tilbud, vil blive større valgfrihed for borgere, der bor på plejehjem, ligesom plejehjem drevet efter andre principper, har været en inspiration for den samlede ældrepleje i LTK. Der vil være besparelser på anlægsøkonomien jf. nedenfor.

Typer af plejeboliger:

Generelt kan plejeboliger opføres som støttet byggeri af såvel almene boligorganisationer, selvejende organisationer og kommuner. Drift af selvejende institutioners plejeboliger bygger typisk på en driftsoverenskomst med kommunen.

Friplejebolig er en plejebolig med særskilt lovgivning. Formålet med friplejeloven er at give private mulighed for at etablere og drive friplejeboliger i konkurrence med de kommunale tilbud. Samtidig skal loven give borgerne flere valgmuligheder. Socialministeriet udbyder årligt en kvote af boliger, og de certificerede leverandører, som er billigst, opnår andel i kvoten. Andelen i kvoten genudbydes af Socialministeriet efter 10 år.

Friplejehjem er typisk selvejende non-profit institutioner, der ikke har driftsoverenskomst med en kommune i modsætning til de fleste selvejende plejehjem i Danmark.

Det betyder, at plejehjemmet ikke er underlagt de restriktioner en driftsoverenskomst giver, og at plejehjemmet således er mere frit stillet med hensyn til den daglige drift. Yderligere samarbejde, om anvisning, kan aftales med kommunen.

I januar 2005 blev de eksisterende friplejehjem lovliggjort gennem en bekendtgørelse.

Forvaltningen forudsætter at såfremt der etableres friplejeboliger, vil kommunen have et ønske om en samarbejdsaftale, som bl.a. kan skitsere samarbejde om visitation, samarbejde med øvrige ældrepleje, kvalitetssikring m.v.

En friplejeleverandør skal være satificeret af Servicestyrelsen under Socialministeriet til at levere praktisk og personlig hjælp jf. §§ 83 og 87 i Serviceloven.

Afregningen af driften sker efter tre takster, der tager udgangspunkt i den enkelte behovs plejetyngde.

Der er i perioden siden lovgivningens tilblivelse meddelt tilsagn til opførelse af i alt 435 friplejeboliger efter kvote A med tilsagn om offentlig støtte, med en fordeling på henholdsvis 114, 193 og senest 98 boliger i 2010. Geografisk er boligerne fordelt på alle landets fem regioner med flest i henholdsvis Syddanmark og Sjælland. Der foregår et særskilt arbejde omkring revision af taksterne og takstmodellen.

Socialministeriet udbyder én gang årligt en kvote for friplejeboliger og tildeling sker til de ansøgere, der kan drive friplejeboliger til den laveste gennemsnitlige døgnpris. Kvoten ligger omkring sommer 2011 og at udgør 225 friplejeboliger ved nyopførelse. Det er forvaltningens vurdering, at det i givet fald ikke kan nås at søge kvoten i 2011 jf. nedenstående redegørelse.

Friplejeboliger i Lyngby-Taarbæk Kommune:

Ved opførelse af friplejeboliger på det frikøbte areal ved Trongårdsskolen er der følgende tre problemstillinger, som gør sig gældende i forhold til kvoten for 2011.

En ansøger - in casu IDUN - skal søge kvoten i Socialministeriet, hvorefter der kan opnås betinget tilsagn.

Kvoten for 2011 er endnu ikke udmeldt, men forventes at ligge i august. Efter tildeling af kvote skal ansøger indsende skema A inden for 6 uger – og i tilknytning hertil skal ansøgeren bl.a.:

- Dokumenterer at eje eller have indgået en aftale om køb af den grund, hvor friplejeboligerne skal etableres,
- erklærer, at der ikke er tilbagekøbsklausul på den grund, hvor friplejeboligerne skal etableres og
- indsender projektmateriale svarende til et dispositionsforslag for etableringen af friplejeboligerne i form af nybyggeri
- projektmateriale, svarende til et dispositionsforslag.

Som det fremgår af ovenstående, skal IDUN købe grunden og allerede på ansøgningstidspunktet erklære, at der ikke tilbagekøbsklausul på grunden.

For det frikøbte areal gælder, at Lyngby-Taarbæk Kommune har betalt tillægskøbesum til København, således at det er muligt at opføre boliger på arealet. Herudover er der en tilbagekøbsklausul, som skal frikøbes, før der kan opføres friplejeboliger af IDUN, som skal købe grunden.

Ifølge Juridisk Kontor som bl.a. har erfaring fra frikøb af tilbagekøbsklausul på Lyngbygårdsvej, hvor bofællesskabet Lyngvang blev opført af OK-fonden, forventes forhandlingerne med København at tage forholdsvis lang tid, ligesom man vurderer, ligesom rammerne for en lokalplan skal være afklarede i den forbindelse.

Alt i alt vurderes det ikke at kunne nås frem til ansøgningstidspunktet i 2011. Der må i givet fald sigtes på en ansøgning i 2012.

Lokalplansforhold:

Der skal udarbejdes kommune-/lokalplan for området generelt set. For så vidt angår opførelse af friplejeboliger skal, der senest ved fremlæggelse af skema A, være udarbejdet og politisk godkendt en kommuneplan for området. Det er muligt senere at udarbejde en mere detaljeret lokalplan for selve byggeriet.

Tidsplan

Tidsplanen for opførelse af friplejeboliger vil skulle omfatte udarbejdelse af byggeprogram, projektering, lokalplan, licitation og politisk behandling af støttesagens skema A, B og C.

Da, der kun kan søges én gang årligt, ville en tidsplan for projektet med kvoteansøgning i 2012 kunne se således ud:

- Sommeren 2011: politisk stillingtagen til ønske om friplejeboliger
- Forhandling af frikøb af tilbagekøbsklausul med Københavns Kommune kan foregå fra sommer 2011
- Projektmateriale svarende til et dispositionsforslag skal udarbejdes inden kvoteansøgningen, dvs. fra sommer 2011 til sommeren 2012 (hvilket giver muligheder for at indgå et samarbejde omkring byggeriet, herunder f.eks. at inddrage borgere, DTU eller andre i udarbejdelsen af projektet)
- Kommuneplan for området evt. en egentlig lokalplan for byggeriet, herunder offentlig høring, kan udarbejdes fra sommeren 2011 og frem til politisk godkendelse,
- Projektforslag, forprojektering, byggeprogram mv. og skema A kan udarbejdes fra sommeren 2011 til sommeren 2012, idet skema A skal fremlægges senest 6 uger efter bevilling af kvote i september 2012
- Skema B skal senest godkendes politisk ni måneder efter skema A, men såfremt projektering, myndigbehandling, materiale til udbud mv. startes op tidligt i forløbet, vil et skema B kunne godkendes umiddelbart efter skema A
- Udførelse af byggeri vil således kunne foretages fra efteråret 2012 og forventes at vare 12-15 måneder frem til efteråret 2013.

Økonomi:

I relation til **anlægsøkonomien** er friplejeboliger at sammenligne med almene plejeboliger, dog med den undtagelse, at kommunen ikke skal indskyde grundkapital (14 %). Ved opførelse af friplejeboliger har kommunen således ingen anlægsudgifter (hverken til grundkapital, servicearealer eller montering af boligerne), jf. de i budgettet afsatte midler hertil.

Der kan bygges op til rammebeløbet for almene boliger, svarende til, når kommunen eller almene boligorganisationer bygger almene boliger.

Borgernes husleje bliver således sammenlignelig med en almen plejebolig i kommunalt regi.

Der vil blive tale om udgift til **frikøb af tilbagekøbsklausul**.

Normalt har kommunen **anvisningsretten** til alle plejeboliger, som opføres som støttet byggeri. Dette gælder ikke for friplejeboliger. IDUN har dog foreløbig tilkendegivet at man ønsker at indgå en aftale om, at kommunen får anvisningsretten til 40 af friplejeboligerne, hvilket også medfører, at kommunen bærer risikoen for tomgangsleje, mens IDUN selv ønsker anvisningen til de sidste 20 af de 60 friplejeboliger. De 40 boliger svarer til den politisk godkendte analyse af behovet for fremtidige plejeboliger, som lå på 40-50 boliger, når alle borgere skal kunne tilbydes en tidssvarende almen plejebolig.

For så vidt angår **driftsudgifterne** i friplejeboligen, skal kommunen betale for ophold i friplejeboliger jf. statslige fastsatte maksimalpriser, som findes i et Plejebenhovs Relateret Modulsy-

stem (PRM). Der afregnes efter tre takster afhængigt af beboerens plejebenhov. En foreløbig usikker beregning på baggrund af den generelle takst for friplejeboliger viser, at merudgifter i forhold til kommunal drift. Dette vil blive kvalificeret i det kommende arbejde.

Lisbet van de Louw

Notat
Om antroposofi

1. Baggrund

Den selvejende institution IDON Antroposofiske Pleje- og Seniorboliger (fremover: Den selvejende institution) har i samarbejde med OK-Fonden et ønske om at opføre et plejecenter med friplejeboliger samt seniorboliger i Lyngby-Taarbæk Kommune. OK - Fonden står for selve byggeriet og den senere administration i givet fald bliver Den Selvejende institution og plejecentret bliver det første i Danmark, som udelukkende bliver drevet efter antroposofiske principper.

2. Om Antroposofi

Antroposofi er en videnskabelig og kunstnerisk bevægelse som bygger på en bestemt indsigt: At mennesket i sit inderste væsen er et åndsvæsen, og at det i sin helhed består af legeme, sjæl og ånd. Benævnelsen antroposofi er sammensat af de græske ord anthropos (menneske) og sofia (visdom eller kundskab), – og betyder således visdom eller kundskab om mennesket. Antroposofiske Pleje- og Seniorboliger er inspireret af Rudolf Steiners ideer til pædagogik og ældrepleje, og hensigten er at skabe et ældrecenter, som ”vi selv kunne tænke os at bo i, når vi bliver ældre”. Det skal være et center der imødekommer:

- At ældre har et grundlæggende behov for kærlig omsorg og pleje
- Har stor glæde af musiske og kunstneriske aktiviteter i deres nærhed
- Har glæde af hjemlig atmosfære, hvor skellet mellem beboer og medarbejder udviskes
- Har behov for individuelle hensyn – også på de små ting i hverdagen

Konkret betyder det bla. at den medicinske behandling vil blive suppleret med stimulering af beboernes sanser i mange dimensioner. I antroposofisk behandling arbejdes med en række terapier, der er udarbejdet fra kunstnerisk virksomhed, såsom musik-, male-, og sprogterapi etc. En fremtrædende plads har den terapeutiske eurytmi, der er udviklet ud fra bevægelses-kunsten eurytmi. Men det drejer sig også om sansestimulering i form af massage, aromaterapi, højtlesning, musik og sang.

Hensigten er at fastholde og forstærke hver enkelt beboers ressourcer og evner – bla. vha. personale der involverer sig. Man betragter mere medarbejdere som mennesker, der er til stede end ansatte på arbejde.

Den selvejende institution ønsker, at plejehjemmet udover de 40 - 60 boliger skal indeholde terapi, økologisk café og mulighed for kurtilbud til alle. Både som en del af ”grundpakken” og som tilkøbsmulighed.

Den selvejende institution Antroposofiske Pleje- og Seniorboliger lægger vægt på at der er tale om bæredygtigt byggeri med en arkitektonisk og æstetisk udformning tilpasset beboernes trivsel og bygningens funktion.

Byggeriet vil i givet fald blive gennemført i et samarbejde med Lyngby-Taarbæk Kommune, således at politikere, forvaltning, seniorråd mv. vil blive inddraget.

Foreningen udtrykker interesse for at indgå i et samarbejde også med andre – eksempelvis DTU i relation til at bygge både energioptimalt og støjsvagt og også hvad angår indtænkning af velfærdsteknologi.

Der findes på nuværende tidspunkt ingen antroposofiske plejehjem i Danmark, men principperne om at sætte borgerens behov i centrum og at skabe en hjemlig atmosfære er centrale på alle landets plejehjem. Der arbejdes ligeledes i stigende grad med sansestimulering, særligt i relation til demente borgere (erindringsstuer, sansehaver osv).

I Sverige er der for 10 år siden opført et antroposofisk plejehjem i Ystad med 32 pladser incl. en demensenhed (www.vigsangar.se). Driften af plejehjemmet har netop været i udbud i overensstemmelse med den svenske lovgivning og her har man genvundet opgaven i konkurrence med en håndfuld konkurrenter.

3. Om OK - Fonden

OK - Fonden er en non-profit fond og har således ikke til formål at skabe formue. Fonden er hverken bundet af politiske eller religiøse særinteresser. Formålet er at arbejde for at forbedre forhold og livskvalitet for ældre, handicappede og svage grupper i bredeste forstand.

”OK-Fonden ønsker at være velkomne”. Deres samarbejdspartnere skal ønske at arbejde sammen med os – og omvendt. Alt samarbejde skal være ligeværdigt og baseret på tillid. Ønsket er at levere kvalitet, idet indsatsen og de resultaterne der skaber, skal afspejle at kvalitet er målet.

OK-Fonden blev oprindelig stiftet af Arne Ginge med det formål at støtte oprettelsen og videreførelsen af OK-Klubber i Danmark. Skønt OK-Klubberne i dag drives uafhængigt af OK-Fonden, er der dog stadigvæk et nært bånd og samarbejde via Landsorganisationen af OK-Klubber i Danmark.

Gennem de år OK-Fonden har eksisteret, er Fondens aktiviteter blevet betydeligt udvidet inden for områderne: omsorg og pleje af ældre og handicappede; nybygning, ombygning og administration af almene plejeboliger, almene ældreboliger, almene ældrevenlige andelsboliger, understøttede ældrevenlige boliger og almene seniorbofællesskaber.

Fondens primære virkeområde i dag er plejehjemsdrift. Den driver 12 plejehjem landet over, dog mest koncentreret omkring hovedstadsområdet. Der leveres hjemmepleje i Vejle og fra 2011 på Frederiksberg.

Fonden tilbyder endvidere byggeherrerådgivning og -administration via deres byggeafdeling.

23-NOV '10 13:49

Social og sundhedsudvalget 18/5-11
Sag nr. 14
Bilag nr. 1

Rådhuset
Lyngby-Tårnbæk Kommune
Att: Borgmester Søren P. Rasmussen
Lyngby Torv
2800 Kgs. Lyngby

Oprettes
- til Kulturudvalget

24 NOV 2010

2800 Kgs. Lyngby

U/A

2/11-11 Virum, 22. November 2010

Vedr. ansøgning til boligsociale aktiviteter

I forbindelse med etablering af 3 ungdomsklubber i boligforeningen Lundtofteparken, ansøges hermed om tilskud på

Kr. 35.000,00

Beløbet vil blive anvendt til opstart af klubberne, herunder indkøb i forbindelse med planlagte aktiviteter, forplejning og daglig drift. Indeholdt i planlagte aktiviteter indgår også transportomkostninger til henholdsvis børn og frivillige i forbindelse med udflugter, afholdelse af sportsaktiviteter mv.

Med venlig hilsen

Ruth Jensen

Ruth Jensen
LyngbyGuiderne
Snerlevej 6
2800 Lyngby
lyngbyguiderne@yahoo.dk

Michèle Krarup

Michèle Krarup
Økonomiansvarlig
Holmevej 34
2830 Virum
mejke@tiscali.dk

KMB. SEKR.			
BOR.		P.AFD	
KMD		ØKO	
VICEKMD.		TEK	
INFO		B-F	X
JUR.		SOC	X
BN.KT		BIB	
INDKØB		GRUPPE	
IT			

NOTAT

om

Høringssvar vedr. Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient – ”Styrket indsats for den ældre medicinske patient, 2011”.

Sundhedsstyrelsen har i brev af 6.4.2011 anmodet om Lyngby-Taarbæk kommunes svar på høring af styrelsens faglige oplæg til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient – ”Styrket indsats for den ældre medicinske patient, 2011”.

Der henvises til det i sagen vedlagte faglige oplæg.

Det faglige oplæg er udarbejdet på baggrund af et bredt ønske om at sikre kvalitet og sammenhæng i de ældre medicinske patienters forløb.

Målet med det faglige oplæg er at belyse og komme med anbefalinger der kan:

- skabe sammenhæng i patientforløbet på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse
- reducere antallet af (gen)indlæggelser for de ældre medicinske patienter
- understøtte øget patientinddragelse
- afdække best practice og ved hjælp af videndeling og implementering understøtte ensartet kvalitet på tværs af landet.

Det faglige oplæg består af i alt 24 forskellige anbefalinger indenfor:

- Værktøjer til tidlig opsporing og beslutningsstøtte
- Iværksættelse af forebyggende indsatser og tidlig opsporing
- Uddannelse og kompetencer
- Det rette tilbud på det rette sted
- Sammenhæng i patientforløbet
- Medicin
- Forskning og videndeling

Forvaltningen har udarbejdet et høringssvar som er sendt til Sundhedsstyrelsen. Høringssvaret er udsendt til medlemmerne med dette notat.

Idet tidsfristen har været kort og ikke har kunnet nå en politisk godkendelse før høringsfristens udløb er høringssvaret fremsendt med forbehold.

Høringssvaret tilkendegiver at Lyngby-Taarbæk kommune generelt kan tilslutte sig anbefalingerne og kommunen indgår gerne i fora med henblik på at igangsætte vidensspredning og -deling samt forskning målrettet den ældre medicinske patient.

Det påpeges i svaret, at udvikling af værktøjer til tidlig opsporing kræver tidlig inddragelse af kommuner og praktiserende læger for at sikre den fornødne tid til implementeringsprocesserne. Ligesom det påpeges, at der forinden endelig stillingtagen til iværksættelse, skal foretages de nødvendige forhandlinger i relation til finansiering af indsatserne.

Susanne Hansen



Dato: 14.04.2011

Ref.: SUH

J.-nr.:

Sundhedsstyrelsen
Det Borgernære Sundhedsvæsen
Att: konst. chef Jean Hald Jensen
Islands Brygge 67
2300 Kbh. s.

Høringssvar fra Lyngby-Taarbæk Kommune vedr.

"Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient – "Styrket indsats for den ældre medicinske patient, 2011".

Lyngby-Taarbæk kommune kan samlet set tilslutte sig Sundhedsstyrelsens oplæg, som består af i alt 24 forskellige anbefalinger indenfor:

- Værktøjer til tidlig opsporing og beslutningsstøtte
- Iværksættelse af forebyggende indsatser og tidlig opsporing
- Uddannelse og kompetencer
- Det rette tilbud på det rette sted
- Sammenhæng i patientforløbet
- Medicin
- Forskning og videndeling

Lyngby-Taarbæk kommune ser frem til et øget fokus omkring den ældre medicinske patient, så kvalitet og sammenhæng i de ældre medicinske patienters forløb i højere grad kan tilgodeses samt at der skabes mulighed for at udnytte sundhedsvæsenets samlede ressourcer bedst muligt.

Det skal bemærkes, at

- I forbindelse med udvikling af værktøjer til tidlig opsporing og beslutningsstøtte kræves det at kommunerne/praktiserende læger tidligt inddrages i beslutningsprocesserne vedrørende implementeringen af de nationale retningslinjer for at sikre at der glives den fornødne tid til implementeringsprocesserne.
- Såfremt det konkluderes, at der i fremtiden bør løses flere og nye sub-akutte/akutte opgaver i kommunalt regi end svarende til praksis i dag, kræver det, at der foretages de nødvendige beregninger af de økonomiske konsekvenser for kommunerne, som med anbefalingen i fremtiden vil skulle løse opgaver, som i dag finder sted i regi af regionerne.

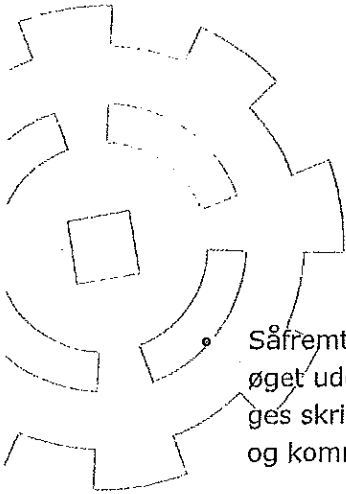
Social- og Sundhedsforvaltningen

Administrationsbygningen
Toftøbæksvej 12
2800 Kgs. Lyngby

Tlf. 45 97 30 00

Fax. 45 97 33 59

suh@ltk.dk
www.ltk.dk



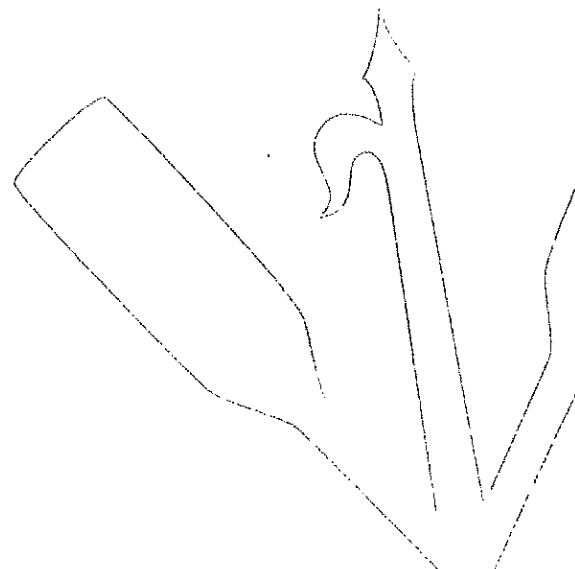
- Såfremt de økonomiske beregninger viser, at anbefalingerne medfører øget udgifter for kommunerne, skal der forinden implementering tages skridt til forhandlinger om udligning af udgifter mellem regionerne og kommunerne.

Lyngby-Taarbæk kommune ser frem til et øget fokus på forskning og videndeling på området og indgår gerne i fora med henblik på at igangsætte videnspredning og -deling samt forskning målrettet den ældre medicinske patient.

Social- og sundhedsudvalget har grundet høringsfristen ikke nået at behandle forvaltningens svar. Høringssvaret fremsendes i forventning om en politisk godkendelse den 18. maj 2011.

Venlig hilsen

Rene Rasmussen
Kst. Socialdirektør



YNGBY-TAARBÆK KOMMUNE
Social- og Sundhedsforvaltningen
Socialcenter

Journalnr. :
Dato : 13.04.2011
Skrevet af : col /3387

NOTAT
Om
Forventet øget udgift til enkeltperson

Der er i forbindelse med 1. anslået regnskab lagt en forventet merudgift på i alt 3,9 mio. kr. vedrørende en enkeltperson ind på området vedrørende "Pleje og omsorg og forebyggende indsats", og 1,5 mio. kr. i overslagsårene. Der er tale om et foreløbigt og usikkert skøn, da den fremadrettede ydelse skal vurderes i henhold til Lyngby-Taarbæk Kommunes kvalitetsstandarder.

Udgiften dækker kommunens andel af den samlede udgift til en borgers hjemmerespiratorordning for 2009 - 2011, som indtil videre finansieres 100 % af Region Hovedstaden på grund af uoverensstemmelse om fordelingen af udgiften imellem region og kommune. Opgaven varetages af en privat leverandør som Regionen har indgået aftale med.

Det handler om en borger, som bor i en anden kommune, og hvor Lyngby-Taarbæk Kommune er betalingsansvarlig. Den anden kommune har indtil januar 2011 været handleansvarlig og Lyngby-Taarbæk Kommune er først i forbindelse med gennemgangen af de sager, hvor handleansvaret er blevet hjemtaget til Lyngby-Taarbæk Kommune, blevet bekendt med, at der i løbet af 2011 vil komme en udgift fremadrettet samt at spørgsmålet om betaling bagud fra januar 2009 skal afklares.

Den anden kommune har i 2010 været i forhandling med regionen om fordelingen af udgiften til respiratorordningen uden at kunne nå til enighed. Lyngby-Taarbæk Kommune har ikke haft kendskab til eller været inddraget i forhandlingen.

Der er tale om en svært handicappet borger som siden 2006 har boet udenfor Lyngby-Taarbæk Kommune. Borgeren er af Lyngby-Taarbæk Kommune blevet visiteret til et botilbud i henhold til Serviceloven, og Lyngby-Taarbæk Kommune har i den forbindelse afgivet handleansvaret, som lovgivningen på daværende tidspunkt foreskrev, men har samtidig afgivet betalingstilsagn til den nye opholdskommune.

Borgeren fik i forbindelse med udskrivning fra hospital januar 2009 etableret respiratorordning i hjemmet. En sådan ordning kræver fuld personaledekning 24 timer i døgnet. Herudover er borgeren, som følge af sit handicap, berettiget til hjælp i form af massiv pleje, rengøring, ledsagelse, merudgifter, hjælpemidler, mv. Lyngby-Taarbæk Kommune har afholdt disse udgifter i forbindelse med den mellemkommunale refusionsforpligtelse og disse udgifter har dermed hele tiden været kendte. I alt har disse beløbet sig til 1,1 mio.kr. i 2009.

Hjemmerespiratorbehandling har hjemmel i Sundhedsloven og bevilges i hospitalssektoren, mens pleje, rengøring, mv. har hjemmel i Serviceloven og bevilges af kommunen - (I dette tilfælde den anden kommune).

For at der ikke skal være to hjælpere i hjemmet samtidigt, kan respiratorhjælperen efter aftale mellem region og kommune udføre nogle plejeopgaver og anden praktisk bistand hos brugeren. Kommunen bliver således medfinansierende på hjemmerespiratorordningen. Region og kommune skal, jævnfør cirkulære fra 1993, dele udgiften til de overlappende timer. Opnås der ikke enighed om udgiftsfordelingen mellem region og kommune, vil dette kunne resultere i, at borgeren får to eller flere hjælpere de timer i døgnnet, hvor pleje og praktisk bistand skal udføres. Dette kan medføre øgede udgifter for både kommune og region.

Sagsforløbet siden borgeren flyttede fra Lyngby-Taarbæk Kommune i 2006, er ved at blive gennemgået, med henblik på vurdering af om alle forhold er opfyldt, for at kunne opretholde betalingstilsagnet.

Herudover er der arrangeret møde med Region Hovedstaden med henblik på at drøfte respiratorordningen. Her skal det afklares, hvilke forhold der ligger til grund for aftalen med den private leverandør og hvad aftalen konkret indeholder, med henblik på kvalitetssikring af ydelsen. Derudover skal aftale om fordelingen af udgiften til respiratorordningen drøftes. Det skal forinden mødet afklares, om det kan svare sig økonomisk at afslå at indgå i aftale om samfinansiering af respiratorordningen, med henblik på i stedet at yde fuld hjemmepleje, mv. finansieret af L-TK. Herunder om det i øvrigt i den konkrete situation er fordelagtigt for L-TK samt om der er juridiske problemstillinger forbundet med det.

Foreløbigt skønnes – med usikkerhed og på baggrund af tidligere kommunes bevillingsniveau samt førend der er indgået en aftale med regionen – skønnes en samlet ekstra udgift i 2011 for Lyngby-Taarbæk Kommune for årene 2009-2011 på 3,9 mio. kr. incl. Statsrefusion og ca. 1,5 mio kr. i overslagsårene.

Charlotte Olsen

