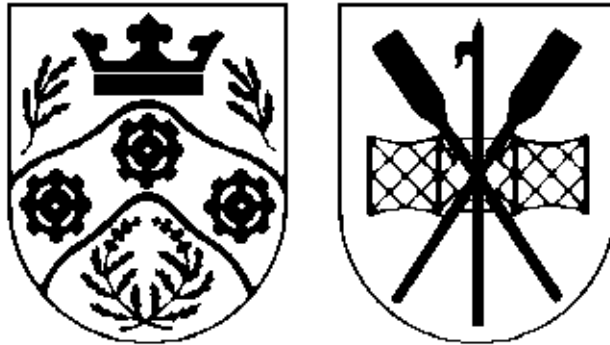


LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE



Social- og Sundhedsudvalget

Protokol

Onsdag den 11. september 2013 kl. 15:30
afholdt Social- og Sundhedsudvalget møde i Udvalgsværelse 1/Rådhus.

Medlemmerne var til stede, undtagen:
Jørn Moos (V) var fraværende

Endvidere deltog:
Direktør Søren Hansen
Direktør Ulla Agerskov under punkt 2
Centerchef Charlotte Bidsted under punkt 1
Centerchef Lone Nygaard Jensen under punkt 2
Udvalgssekretær Louise Angelo

INDHOLDSFORTEGNELSE

Sag nr:		Side:
01	Opfølgning på halvårsregnskab 2013 vedr. medfinansiering af sundhedsvæsenet .	3
02	Helhedsplan for socialpsykiatrien .	5
03	Meddelelser til udvalgets medlemmer - september 2013 .	8
04	Anmodning om sag på dagsordenen om implementering af ny organisation på ældreområdet .	9

1.

Opfølgning på halvårsregnskab 2013 vedr. medfinansiering af sundhedsvæsenet

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget bad den 21. august 2013 - i forbindelse med sagen om halvårsregnskab 2013 - om en opfølgning vedrørende medfinansiering af sundhedsvæsenet.

Baggrunden herfor var den løbende budgetopfølgning på sundhedsområdet i foråret/sommeren 2013, hvor der er konstateret et uventet merforbrug på knap 9 mio. kr. til kommunal medfinansiering af sundhedsområdet (afregnet for sygehusaktivitet, som er foregået i januar-juni 2013).

Sammenligner man Kommunens samlede medfinansieringsudgifter i perioden januar-juni 2013 med samme periode i 2012, ses et øget forbrug på 8,9 mio. kr. (løbende priser), hvilket svarer til en stigning på knapt 10 pct. I nabokommunerne Gentofte og Rudersdal er stigningen i samme periode kun henholdsvis 2,1 pct. og 3,5 pct. I Region Hovedstaden som helhed er stigningen på 4,7 pct.

Forvaltningen har i samarbejde med Region Hovedstaden derfor gennemført et analysearbejde om baggrunden for stigningen på den kommunale medfinansiering for Lyngby-Taarbæk Kommune.

Analysen færdiggøres primo september og forvaltningen vil herefter på Social- og Sundhedsudvalgets møde i september fremlægge konklusionerne.

Økonomiske konsekvenser

De økonomiske konsekvenser er håndteret i forbindelse med halvårsregnskabet for 2013.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at Social- og Sundhedsudvalget tager analysens konklusioner til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 11. september 2013

Taget til efterretning.

Jørn Moos (V) var fraværende

Notat af 9. september 2013 "Orientering af Social- og Sundhedsudvalget om Udredning af vækst i medfinansiering af sundhedsområdet" blev uddelt på mødet.

2.

Helhedsplan for socialpsykiatrien

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget besluttede i august 2013 at udsætte sagen med henblik på yderligere belysning af sagen i form af svar på udvalgsmedlemmernes spørgsmål. De indkomne spørgsmål og forvaltningens svar eftersendes som bilag til sagen. Sagen behandles igen på baggrund af svarene samt følgende:

Social- og Sundhedsudvalget besluttede i maj 2013 at sende socialpsykiatriens 3 modeller for helhedsplan i høring den 15. maj 2013, med høringsfrist den 24. juni 2013. Herudover havde de tre forstandere foretræde for Social- og Sundhedsudvalget på junimødet.

Den overordnede vision i helhedsplanen for socialpsykiatrien er at skabe rammer for paradigmet om recovery og rehabilitering, social inklusion og forebyggelse. De korte og langsigtede målsætninger er at være fremtidssikret og udviklingsorienteret i forhold til de tendenser, der er i samfundet.

Hørings svarene er fremkommet fra de høringsberettigede parter (bilag). De fleste hørings svar peger på model 2, mens de to selvejende institutioner har fremlagt en model 2½ som hørings svar. I hovedtræk går forslaget ud på, at Nettet varetager de samlede opgaver vedrørende § 104-tilbud (aktiviteter og samvær) og Kirsten Marie varetager samtlige opgaver vedrørende § 85 (socialpædagogisk støtte i borgerens eget hjem), at der sker en takststigning i forhold til de nye målgrupper, som de to selvejende institutioner skal modtage, og at der etableres et hus, hvor der er forskellige borgerrettede ydelser, som fx fremskudt sagsbehandling. Slotsvænget vil ifølge dette forslag alene varetage den traditionelle opgave omkring botilbud til borgere med længerevarende behov. Der er udarbejdet en økonomisk oversigt over forslaget (bilag)

Forvaltningen anbefaler model 2 af følgende grunde:

1. Bedre mulighed for faglig og økonomisk styring
2. Fokus på strategisk udvikling af området i overensstemmelse med tendenserne i samfundsudviklingen indenfor området.
3. Etablering af en ny Inklusions- og Recovery-enhed med ledelsesmæssig fokus på inklusionstanken og synergieffekten, og dermed eliminering af silotænkning
4. Mulighed for at leve op til de økonomiske forudsætninger i budgettet
5. Organisatorisk fleksibilitet og styrket faglighed i indsatsen.

Det er afgørende, at implementeringsprocessen planlægges, så alle parter får ejerskab til processen og derfor foreslås det, at implementeringen styres fra forvaltningen. Et af de første initiativer er planlægning og gennemførelse af en fælles kompetenceudvikling på tværs af myndighed og leverandører, så samtlige parter har fælles viden og fælles mål.

Ligeledes skal der i implementeringsprocessen tages højde for at omlægningen sker gradvis, så der skabes tryghed, både i relation til borgerne og medarbejderne. Dette indebærer, at de nuværende borgere bliver i deres respektive tilbud, medmindre der ved den årlige revisitering er ønske om at skifte leverandører.

Forvaltningen vil afrapportere en gang i kvartalet om fremdriften og eventuelle justeringer til Social- og Sundhedsudvalget.

Økonomiske konsekvenser

Differencen mellem model 2½ og det oprindelige tilpasningskrav i budgetaftalen for 2013-2016 er skønsmæssigt opgjort til 29,9 mio. kr. Til sammenligning er differencen mellem model 2 og det oprindelige tilpasningskrav 2,9 mio. kr.

Estimatet er baseret på samme forudsætninger, som lå til grund for de tre fremlagte modeller samt for forvaltningens faglige vurderinger, ved systematisk gennemgang af delelementerne i det fremsendte høringsvar. Der er i høringsvaret ikke fremkommet forslag om effektiviseringer og rationaliseringer, hvorfor det ikke har været muligt at vurdere et realistisk effektiviseringspotentiale i model 2½.

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at model 2 tages i anvendelse som grundlag for helhedsplanen.

Social- og Sundhedsudvalget den 21. august 2013

Beslutning om valg af model udsættes til næste møde, idet udvalget dog allerede nu præciserer, at der ikke, uanset valg af model kommer til at ske fysiske ændringer for de nuværende brugere af de eksisterende tilbud - socialpædagogisk støtte, værested/klubtilbud og beskæftigelsestilbuddene. Disse fortsætter uanset valg af model, hvorved der skabes tryghed for de nuværende brugere af tilbuddene. Udvalget er opmærksom på, at der naturligvis som følge af den lovpligtige opfølgning - og brugerens udvikling - kan ske ændringer i visiteringen til tilbud.

6 (C, F, V og O) stemte for.

1 (A) stemte imod, idet model 2 ikke bør indgå i den videre behandling af sagen.

Sagen blev dermed udsat.

De til mødet stillede spørgsmål, og evt. yderligere spørgsmål fra udvalgets medlemmer, besvares skriftligt i forbindelse med næste behandling af sagen.

Social- og Sundhedsudvalget den 11. september 2013

Anbefalet det reviderede udkast til helhedsplan for socialpsykiatrien (model af 10. september 2013), udsendt til udvalgets medlemmer, idet forvaltningen vender tilbage med en samlet beskrivelse, herunder en plan for implementering.

Jørn Moos (V) var fraværende

3.

Meddelelser til udvalgets medlemmer - september 2013

.

1. Sag om analyse vedrørende fattigdomsgrænse

Overblik over omfanget af opgaven ved en evt. udarbejdelse af en analyse af fattigdomsgrænse forelægges i oktober.

Social- og Sundhedsudvalget den 11. september 2013

Taget til efterretning.

Jørn Moos (V) var fraværende

4.

Anmodning om sag på dagsordenen om implementering af ny organisation på ældreområdet

.

Bodil Kornbek (A) har den 26. august 2013 anmodet om, at der som punkt på dagsordenen optages sag med følgende tekst:

"A ønsker en status på implementeringen af den nye organisation på ældreområdet, herunder hvordan de administrative ressourcer er fordelt."

Social- og Sundhedsudvalget den 11. september 2013
Forvaltningen forelægger en status i november 2013

Jørn Moos (V) var fraværende

Orientering af Social- og Sundhedsudvalget
om
Udredning af vækst i medfinansiering af sundhedsområdet

I kommunens halvårsregnskab for 2013 blev der rapporteret et uventet merforbrug på 9 mio. kr. vedr. medfinansieringen af det regionale sundhedsvæsen. Merforbruget vedrører udelukkende somatisk patientbehandling i hospitalsvæsnet (dvs. medicinsk og kirurgisk behandling).

I forlængelse heraf har forvaltningen i samarbejde med Region Hovedstaden foretaget en række analyser af aktivitetsvæksten, merforbruget og mulige fejlregistreringer. Kommunen og regionen drøftede udfordringerne på et møde den 27. august 2013. Nærværende notat refererer de væsentligste konklusioner fra denne udredning.

Generelt viser analysen, at en tredjedel af væksten i medfinansiering i 2013 skyldes 9 patienters behandling på regionens sygehuse. Den resterende del af væksten kan hovedsageligt forklares ved dels en dyrere afregning af visse diagnoser som følge af ændring i de statslige takster, dels en generel og delvis forventet vækststigning i sygesektoren, der ikke er taget højde for i Lyngby-Taarbæk Kommunes budgetlægning. Det er således, ud over den planlagte regionale vækst, vanskeligt at forudsige merforbruget på medfinansieringen af det regionale sundhedsvæsen – og størsteparten kan tilskrives faktorer, som Lyngby-Taarbæk Kommune hverken kan forudsige eller forebygge.

Overordnet tegner følgende hovedkonklusioner sig vedr. væksten i medfinansieringen for Lyngby-Taarbæk Kommune:

- **Medfinansieringen svinger årligt en del** både imellem hovedstadens kommuner og mellem årene for den enkelte kommune. I 2013 oplever særligt mange kommuner dog et øget udgiftspres. Afregningen bygger på **et komplekst takstsystem** med i alt 700 forskellige ”DRG-takster” for indlagte patientbehandlinger og 200 ”DAGS-takster” for ambulante behandling, som årligt ændres og fastlægges af staten. En del af kommunernes udsving år for år tilskrives derfor usikkerheder og **tilfældigheder i patienternes prissætning**.
- Stigningerne i Lyngby-Taarbæk i 2013 skyldes **ikke flere syge borgere, men at flere og flere patienter afregnes til ”gråzonetakster”**. Dette begreb dækker over, at visse ambulante behandlinger og indlæggelser afregnes med samme høje takst, nemlig ca. 14.000 kr., fremfor ca. 1.400 kr. for almindelig ”ambulanttakst”. Lyngby-Taarbæks borgere afregnes – i lighed med regionens andre kommuners borgere – i 2013 i langt højere grad end året før i dyre gråzone-grupper (ca. 14.000 kr.). Dette bidrager dermed som **en væsentlig forklaring på den generelle vækst i Lyngby-Taarbæks medfinansiering**, men forklarer ikke hvorfor Lyngby-Taarbæk har højere vækst end mange andre kommuner i regionen.
- Lyngby-Taarbæk Kommune har haft en stigning i antallet af forebyggelige indlæggelser blandt ældre borgere i første halvår af 2013, men denne patientgruppe er så lille, at det ikke kan forklare meget af stigningen i medfinansieringen. En supplerende analyse foretaget af Region Hovedstaden tyder generelt på, at **Lyngby-Taarbæks borgere i 2013 er be-**

handlet for mere alvorlige sygdomme, og at flere af de statsligt fastlagte takstændringer også forklarer væksten.

- I første halvår af 2013 har Lyngby-Taarbæk Kommune haft **9 særligt dyre enkeltsager** i det regionale sundhedsvæsen. Medfinansieringen af disse borgere udgjorde fra januar til maj måned 2,6 mio. kr., hvilket **svarer til godt en tredjedel af merforbruget**. Der er tale om tre borgere, som gennemgår hyppig dialysebehandling, og seks børn som behandles for kræft.
- **Regionen skal ifølge de årlige økonomiaftaler levere vækstrater på 2-3 procent.** Lyngby-Taarbæk Kommunes budgetlægning tager i dag ikke højde for denne planlagte vækst, men kommunens medfinansiering har de seneste år flere gange vist en vækst.

Region Hovedstaden har haft en noget højere vækstrate end de planlagte 2-3 procent i første halvdel af 2013 og forventer en merindtægt fra den kommunale medfinansiering på 200 mio. kr. i 2013. Regionens kommuner har i gennemsnit konstateret en vækstrate på ca. 5 procent i første halvdel af 2013, og der er følgelig taget initiativ til en drøftelse heraf i regi af KKR. Ifølge reglerne for medfinansieringen skal regionen efter årsopgørelsen deponere merindtægten hos staten, som herefter tilbagefører beløbet til kommunerne under ét via bloktilskudsnøglen. Til orientering viser en analyse foretaget af Tårnby Kommune, at de øvrige regioner ikke oplever samme vækstrate som Hovedstaden, hvorfor **Lyngby-Taarbæk forventes kompensert i meget lille grad herved.**

Regionen har hverken specifikt for Lyngby-Taarbæks borgere eller generelt en formodning om, at stigningerne i medfinansieringen skyldes fejlregistreringer af patienter. De lokale hospitalsafdelinger har ikke nogen tilskyndelse til opdrift, da medfinansieringen ikke kanaliseres direkte fra kommune til afdelingerne. Tværtimod modtager regionen midlerne, og korrigerer automatisk for pludselige værdistigninger i deres interne takststyringsmodel til hospitalerne. Hospitalerne kan således ikke "kode sig" til ekstra midler.

Besvarelse af medlemmerne af Social- og Sundhedsudvalgets spørgsmål på baggrund af SSU mødet 21. 08. 2013

Social- og Sundhedsudvalget
11. september 2013,
Bilag til sag 2 eftersendt

Spørgsmålsstiller	Spørgsmål	Forvaltningens svar
Gitte Westermann (V)	1) I høringssvar fra Nettet skriver man, at der ikke kan bygges videre på eksisterende erfaringer i model 2. Hvordan forestiller forvaltningen at man kan bygge videre på eksisterende erfaringer i model 2?	<p>Kirsten Marie og Nettet har gennem en årrække løst en række opgaver vedrørende socialpsykiatrisk støtte til borgere i eget hjem, og de har på den baggrund oparbejdet erfaring med at tilrettelægge indsatsen, så den understøtter borgerens mulighed for at mestre deres eget liv. Disse gode erfaringer skal videreføres og udbredes, så de kan komme alle borgere inden for målgruppen til gode. Det er i den forbindelse også et centralt element i helhedsplanen, at der skal være en fælles faglig forståelse på tværs af myndighed og udførerled af begreber som recovery og rehabilitering, og af, hvordan der skabes samarbejdsrum, hvor alle faggrupper bidrager til at skabe en helhedsorienteret, sammenhængende og fleksibel indsats over for den enkelte borger. Herigennem vil medarbejderne få tilvejebragt en fælles pulje af viden om, hvad der virker over for borgere med psykiske lidelser, og her vil Kirsten Marie og Nettet's erfaringer komme de øvrige medarbejdere på området til gode. Kompetenceudviklingsforløbet vil desuden sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - at alle faggrupper arbejder mod de samme mål for borgerens udvikling - at medarbejderne får øget forståelse for hinandens roller og faglighed - at der bliver forventningsafstemt i forhold til, hvad god kvalitet i indsatsen vil sige. <p>Det er dermed efter forvaltningens opfattelse heller ikke korrekt, at model 2 ikke giver mulighed for, at der bygges videre på de eksisterende erfaringer.</p>
Gitte Westermann (V)	2) Der står i samme høringssvar, at den ekspertise der er oparbejdet i Nettet og Kirsten Marie ikke fortsat kan komme de psykisk syge til gode, hvis opgaveløsningen alene centraliseres, som foreslået i model 2. Er	<p>Som nævnt ovenfor under 1) er det en helt afgørende forudsætning for at få skabt det kvalitetsløft, som helhedsplanen sigter mod, at der bliver skabt en fælles pulje af viden og fælles faglig forståelse. Dette gøres gennem fælles kompetenceudviklingsforløb på tværs af myndighed og udførerled. Dertil skal det understreges, at helhedsplanens model 2 ikke nødvendigvis omfatter en fysisk centralisering af tilbuddene. Dette er der ikke taget stilling til på nuværende tidspunkt.</p> <p>Helhedsplanen sigter derimod med oprettelsen af en fælles "Inklusions- og recoveryenhed" på at skabe helhed i udførerledet. Denne form for "centralisering" skal netop komme borgerne til gode, idet der med den større volumen får skabt en faglig og økonomisk bæredygtighed med fokus på:</p>

Besvarelse af medlemmerne af Social- og Sundhedsudvalgets spørgsmål på baggrund af SSU mødet 21. 08. 2013

	<p>det sådan at opgaveløsningen ALENE skal centraliseres, og dermed ikke komme de psykisk syge til gode?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En stærk ledelse, der kan udvikle fagligheden og skabe øget kvalitet i indsatsen. - Specialiserede medarbejdere, der har et indgående kendskab til de forskellige målgruppers kompleksitet, bl.a. fsva. depression, skizofreni, spiseforstyrrelser, mv. - Mulighed for en hurtigere regulering/tilpasning af indsatsen ved ændrede behov hos borgeren end det er tilfældet i dag.
<p>Gitte Westermann (V)</p>	<p>3) I samme høringsvar henvises til forskning, der viser at recoveryprocesser fremmest i miljøer så nær og i tæt samspil med det almene samfund, og der lægges op til at det ikke kan ske i model 2. Hvorfor er der ikke lige så tæt samspil med det almene samfund i model 2 som i model 2 en halv?</p>	<p>Forvaltningen er helt enig i, at recovery og rehabilitering bedst sker i tæt samspil med det almene samfund. Dette fremgår også af helhedsplanens kapitler om visioner og målsætninger for planen. Det er ikke forvaltningens opfattelse, at der er et tættere samspil mellem det almene samfund i model 2½ end i model 2. Den volumen, som det samlede aktivitets- og samværstilbud efter model 2 vil have, giver mulighed for langt flere udadrettede og mere differentierede aktiviteter, som kan målrettes forskellige målgruppers behov og ønsker, hvilket ikke er muligt i en mindre organisation. Man kan således forestille sig fx senior klubber, unge klubber, teater klubber, mv., ligesom størrelsen på aktivitetstilbuddet vil give gode muligheder for udvidede åbningstider til gavn for borgerne. Disse differentierede aktivitetsgrupper vil skabe gode muligheder for at etablere et tæt samarbejde med det almene samfund, idet det også skal understreges af caféen på Slotsvænget skal varetage den koordinerede del af indsatsen, mens selve aktiviteten ofte vil kunne ske i et tættere samspil med det almene samfund. Det skal ligeledes bemærkes, at grunden til, at forvaltningen har foreslået i første omgang at placere aktivitetstilbuddet på Slotsvængets café, er, at forvaltningen finder det hensigtsmæssigt at starte med at bevare det gode i det små, som caféen netop er tænkt som. Hertil kommer, at det ikke findes hensigtsmæssigt at foranledige anlægsudgifter, som det pt. er uafklaret, om det bliver behov for.</p>
<p>Gitte Westermann (V)</p>	<p>4) Jeg har brug for at forstå behovet for endnu et hus, som der foreslås i model 2 en halv, når der i forvejen er 3.</p>	<p>Forvaltningen har på nuværende tidspunkt ingen planer om et stort hus. Der er med model 2 netop lagt op til at bevare det gode i det små, jf. også ovenfor under 3). En evt. fysisk centralisering af den socialpsykiatriske støtte til borgere i eget hjem vil efter forvaltningens opfattelse skulle udvikles på et senere tidspunkt efter en grundig afdækning af en sådan centraliserings faglige og økonomiske bæredygtighed og i overensstemmelse med borgernes behov og ønsker. Hvis der ønskes en fysisk centralisering, vil der herudover skulle findes</p>

Besvarelse af medlemmerne af Social- og Sundhedsudvalgets spørgsmål på baggrund af SSU mødet 21. 08. 2013

		midler til evt. anlægsudgifter forbundet med en sådan centralisering.
Gitte Westermann (V)	5) I beskrivelsen af model 2½ står der, at det er en fordel at placere et nyt samværs- og aktivitetstilbud uafhængigt af botilbud, samtidig med at det foreslås, at aktivitetstilbuddet for eks kan placeret sammen med Hjorten. Jeg forstår ikke?	Hjorten er i dag et visiteret dagtilbud (som dog ligger dør om dør med botilbuddet Hjortholmsvej, som også drives af DSI Nettet). Grunden til, at forvaltningen har foreslået i første omgang at placere aktivitetstilbuddet på Slotsvængets café, er, at det ikke findes hensigtsmæssigt at foranledige anlægsudgifter, som vi pt. ikke ved, om vi får brug for. Der er ikke i model 2 taget stilling til den permanente placering af aktivitets- og samværstilbuddet.
Hans Henrik Madsen (SF)	6) Der mangler en mere grundig vurdering af samarbejdet med distriktpsykiatrien i helhedsplanen	Forvaltningen har løbende et stort fokus på at udvikle det lokale samarbejde med behandlingspsykiatrien. Forvaltningen deltager fx løbende i samordningsudvalget for psykiatrien i planområde 1 i Region Hovedstaden samt i de tilhørende undergrupper vedr. de specifikke målgrupper (børn, unge og voksne voksne, borgere med behov for særforanstaltninger, mv.) Derudover er der et tæt og intensivt samarbejde i den konkrete sagsbehandling om den enkelte borger. Forvaltningen vurderer i øvrigt, at der generelt set er et godt og tæt samarbejde med behandlingspsykiatrien, der er præget af gensidig respekt for hinandens roller og faglighed. Der kan lejlighedsvis være uhensigtsmæssigheder, og forvaltningen har derfor kontinuerligt fokus på at udvikle og forbedre samarbejdet. Fx er der fortsat stort fokus på, at indsatsen tilrettelægges i overensstemmelse med de udskrivnings- og koordineringsplaner, der udarbejdes for den enkelte borger.

Besvarelse af medlemmerne af Social- og Sundhedsudvalgets spørgsmål på baggrund af SSU mødet 21. 08. 2013

<p>Hans Henrik Madsen (SF)</p>	<p>7) Beskrivelsen af målgruppen er meget bred, og den burde kunne beskrives tydeligere</p>	<p>Forvaltningen håndterer den samlede målgruppe af mennesker med psykosociale problemer, og denne gruppe er meget differentieret, hvilket helhedsplanen også afspejler. Det er derfor ikke muligt at præcisere denne nærmere end beskrevet i helhedsplanens s. 12-13. I den konkrete sagsbehandling og i tilrettelæggelsen af indsatsen er det naturligvis afgørende, at medarbejderne har de tilstrækkelige kompetencer til at håndtere de forskellige målgrupper, herunder depressioner, skizofreni, spiseforstyrrelser, mv. De målgrupper, som har behov, som kommunen har udfordringer med at imødekomme, er nærmere beskrevet i helhedsplanens s. 14-22, der også opridser forslag til, hvordan udfordringerne kan håndteres.</p>
<p>Hans Henrik Madsen (SF)</p>	<p>8) Jeg er meget skeptisk overfor, at socialpsykiatrien ikke tager hensyn til diagnoser, men udelukkende funktionsniveau. Behandlingspsykiatriens vurderinger og anbefalinger bør også have stor indflydelse på den støtte, der gives til borgeren</p>	<p>Først og fremmest vil forvaltningen gerne understrege, at der i Voksenudredningsmetoden også skelnes mellem, hvilken diagnose borgeren har. Forvaltningen indhenter altid – med borgerens samtykke – oplysninger fra behandlingspsykiatrien om borgerens diagnose og behandlingsforløb, og disse oplysninger indgår i arbejdet med at vælge og tilrettelægge de rigtige foranstaltninger. Diagnose spiller således naturligvis også en rolle i forvaltningens sagsbehandling på dette område. Det er dog væsentligt at bemærke, at mange borgere med psykiatriske diagnoser lever et liv uden behov for foranstaltninger efter serviceloven. Følgende passus fremgår af Socialstyrelsens hjemmeside og er sigende for forvaltningens tilgang: "<i>At være ramt af en sindslidelse er ikke i sig selv ensbetydende med, at man er socialt udsat. Mange kommer sig helt eller delvist og lever et ganske almindeligt liv. Hvorvidt en person, der er ramt af en psykisk lidelse, oplever social udsathed, marginalisering eller udstødning, afhænger bl.a. af en række faktorer såsom personlighed, adfærd, socialt netværk, livsformen, misbrug, karakteren af den psykiske lidelse, adgangen til relevant støtte og behandling, omverdenens rummelighed og holdninger mv.</i>". Det er denne sidste gruppe, der er forvaltningens målgruppe, og derfor er det ikke diagnosen i sig selv, der udløser foranstaltninger efter serviceloven, men diagnosen indgår som et vigtigt element i forståelsen af borgerens funktionsevne og udsathed.</p>

Besvarelse af medlemmerne af Social- og Sundhedsudvalgets spørgsmål på baggrund af SSU mødet 21. 08. 2013

<p>Hans Henrik Madsen (SF)</p>	<p>9) Jeg er skeptisk overfor målsætningen om, at kommunen skal være selvforsynende på alle områder. Dette fører let til sub-optimering, og det er samfundsmæssigt uøkonomisk, at alle kommuner dækker alle områder.</p>	<p>Lyngby-Taarbæk Kommune skal ikke være selvforsynende på alle områder inden for socialpsykiatrien, og det er ikke hensigten med helhedsplanen at blive det. Der vil altid være borgere med så specialiserede behov, at kommunen ikke selv vil kunne tilbyde den rette indsats. Det er dog forvaltningens opfattelse, at det både af menneskelige og økonomiske hensyn bør være en målsætning at tilbyde flest mulige sindslidende et lokalt tilbud, så borgeren ikke behøver flytte mv. Dette er også i overensstemmelse med intentionerne i førtidspensionsreformen og det generelle paradigmeskifte, hvor der er et stærkt fokus på borgerens udvikling og inklusion i det almene samfund. Derudover skal det bemærkes, at borgeren har ret til frit valg af botilbud efter servicelovens § 108 - dog med de begrænsninger, der fremgår af lovgivningen og Ankestyrelsens praksis, herunder primært at tilbuddet skal være egnet til at imødekomme borgerens behov og at det ikke er væsentligt dyrere end det tilbud, kommunen har foreslået.</p>
<p>Hans Henrik Madsen (SF)</p>	<p>10) Det er fint, at det skrives, at borgeren er i centrum, men det er svært at se, at det er tilfældet i de tre modeller. Her er det paragraffer og institutioner, der er i centrum – og borgeren brikker, der flyttes rundt med.</p>	<p>At sætte borgeren i centrum for indsatsen er altid omdrejningspunktet for forvaltningens virke (og desuden lovgivningens målsætning). En væsentlig del af helhedsplanen skal dog i vidt omfang ses som en organisationsplan. Derfor er det også institutionerne, der står centralt i den del af helhedsplanen, der indeholder beskrivelsen af forslag til en organisering, der kan styrke kvaliteten i den indsats, borgerne møder. Dertil kommer, at helhedsplanens afsnit om visioner og målsætninger efter forvaltningens opfattelse netop skulle tydeliggøre, at borgeren i højere grad sættes i centrum.</p>
<p>Hans Henrik Madsen (SF)</p>	<p>11) Det er svært at se, hvordan den nye lovgivning kommer ind i billedet – herunder hvordan "én sagsbehandler" og ressourceforløb indgår.</p>	<p>Lovgivningen vedrørende ressourceforløb mv. foregår i jobcenterregi, hvor der er etableret et tværfagligt rehabiliteringsteam med repræsentanter fra det kliniske område og de forskellige relevante kommunale områder. CSI har en aktiv rolle/funktion i det rehabiliterende team og har derfor valgt at have en fast forankret person i teamet med det formål at kunne oparbejde en ekspertise i samt at kunne koordinere de langt mere fleksible forløb i en helhedsorienteret kontekst. Det skal dog også bemærkes, at erfaringerne fra "Brug for alle" og fra de rehabiliterende teams viser, at det pt. ikke er samme målgruppe, der er</p>

Besvarelse af medlemmerne af Social- og Sundhedsudvalgets spørgsmål på baggrund af SSU mødet 21. 08. 2013

		omfattet af helhedsplanen og af de rehabiliterende teams.
Hans Henrik Madsen (SF)	12) Udover sammenhængen med distriktpsychiatrien mangler en beskrivelse af sammenhængen og samarbejdet med socialområdet og ikke mindst jobcentret.	Helhedsplanen er en integreret del af det samlede socialområde, og der er derfor også en fælles tankegang i form af bl.a. det paradigmeskift, som præger hele socialområdet. Her er fokus på rehabilitering og recovery, på borgerens udvikling og forbedring frem for ren kompensation, og et centralt opmærksomhedspunkt er at få de forskellige relevante faggrupper og forvaltninger til at gå hånd i hånd om indsatsen. Jf. svaret på spm. 11 er der er et tæt og intensivt samarbejde med jobcentret.
Hans Henrik Madsen (SF)	13) Hvilke drøftelser har der været om en lokal samarbejdsaftale med distriktpsychiatrien – og hvad går drøftelserne/aftalen ud på?	Forvaltningen vurderer, at der generelt set er et godt og tæt samarbejde med behandlingspsykiatrien, der er præget af gensidig respekt for hinandens roller og faglighed. Der kan lejlighedsvis være uhensigtsmæssigheder, og forvaltningen har derfor kontinuerligt fokus på at udvikle og forbedre samarbejdet. Fx er der fortsat stort fokus på, at indsatsen tilrettelægges i overensstemmelse med de udskrivnings- og koordineringsplaner, der udarbejdes for den enkelte borger. Det er vigtigt, at sindslidende (og deres pårørende) oplever en sammenhæng i indsatsen, uanset om den sker i forskellige sektorer, herunder distriktpsychiatrien, praksissektoren eller i kommunalt regi. Det er således vigtigt, at indsatsen forløber effektivt, sammenhængende og uden afbrydelse, herunder også ved ind- og udskrivelse i forbindelse med psykiatrisk behandling. Det tværsektorielle samarbejde er centralt, og det er sundhedsaftalerne, som kommunerne indgår med regionen, der sætter den overordnede ramme for den tværgående indsats og samarbejdet. Disse rammer skal sikre den nødvendige sammenhæng i indsatsen for mennesker med sindslidelser, som både har behov for et psykiatrisk behandlingstilbud i regionerne og et socialpsykiatrisk tilbud i kommunalt regi. Der udarbejdes således 5 sundhedsaftaler (1 for hver regions kommuner) og ikke 98 selvstændige samarbejdsaftaler.

Besvarelse af medlemmerne af Social- og Sundhedsudvalgets spørgsmål på baggrund af SSU mødet 21. 08. 2013

		Forvaltningen har derudover løbende et stort fokus på at udvikle det lokale samarbejde med behandlingspsykiatrien. Forvaltningen deltager fx løbende i samordningsudvalget for psykiatrien i planområde 1 i Region Hovedstaden samt i de tilhørende undergrupper vedr. de specifikke målgrupper (børn, voksne, borgere med behov for særforanstaltninger, mv.).
Hans Henrik Madsen (SF)	14) I distriktpsychiatrien behandles borgeren ud fra de diagnoser, de har – og af folk med stor kendskab til de forskellige sygdomme. I socialpsykiatrien tages der ifølge oplægget kun hensyn til funktionsevne – og ikke til diagnoser –, og folk inddeles i grupper efter funktionsbestemte paragraffer. Hvordan sikres det, at der tages hensyn til distriktpsychiatriens viden om borgeren – herunder at der fx er stor forskel på, om en person er ramt af skizofreni eller depression?	Først og fremmest vil forvaltningen understrege, at der i Voksenudredningsmetoden også skelnes mellem, hvilken diagnose borgeren har. Forvaltningen indhenter altid – med borgerens samtykke – oplysninger fra behandlingspsykiatrien om borgerens diagnose og behandlingsforløb, og disse oplysninger indgår i arbejdet med at vælge og tilrettelægge de rigtige foranstaltninger. Diagnose spiller således naturligvis også en rolle i forvaltningens sagsbehandling på dette område. Det er dog væsentligt at bemærke, at mange borgere med psykiatriske diagnoser lever et liv uden behov for foranstaltninger efter serviceloven. Følgende passus fremgår af Socialstyrelsens hjemmeside og er sigende for forvaltningens tilgang: " <i>At være ramt af en sindslidelse er ikke i sig selv ensbetydende med, at man er socialt udsat. Mange kommer sig helt eller delvist og lever et ganske almindeligt liv. Hvorvidt en person, der er ramt af en psykisk lidelse, oplever social udsathed, marginalisering eller udstødning, afhænger bl.a. af en række faktorer såsom personlighed, adfærd, socialt netværk, livsformen, misbrug, karakteren af den psykiske lidelse, adgangen til relevant støtte og behandling, omverdenens rummelighed og holdninger mv.</i> ". Det er denne sidste gruppe, der er forvaltningens målgruppe, og derfor er det ikke diagnosen i sig selv, der udløser foranstaltninger efter serviceloven, men diagnosen indgår som et af mange elementer i forståelsen af borgerens funktionsevne og udsathed.
Hans Henrik Madsen (SF)	15) I høringsvarene gør Nettet og Kirsten Marie meget ud af at forklare, at sårbare borgere har	Det skal understreges, at helhedsplanens model 2 ikke nødvendigvis omfatter en fysisk centralisering af tilbuddene. Der er dermed heller ikke på nuværende tidspunkt taget stilling til oprettelsen af en evt. "stor enhed". Forvaltningen finder det dog vigtigt samtidig at pointere, at den større volumen, som det samlede aktivitets- og samværstilbud efter model 2 vil have, giver mulighed for

Besvarelse af medlemmerne af Social- og Sundhedsudvalgets spørgsmål på baggrund af SSU mødet 21. 08. 2013

	svært ved at fungere i store enheder. Mener forvaltningen, at dette er korrekt?	langt flere udadrettede og mere differentierede aktiviteter, som kan målrettes forskellige målgruppers behov og ønsker, hvilket ikke er muligt i en mindre organisation. Man kan således forestille sig fx seniorklubber, ungeklubber, teaterklubber, mv., ligesom størrelsen på aktivitetstilbuddet vil give gode muligheder for udvidede åbningstider til gavn for borgerne. Disse differentierede aktivitetsgrupper vil skabe gode muligheder for at etablere et tættere samarbejde med det almene samfund, der kan bidrage til borgernes recoveryproces. Det er derfor forvaltningens opfattelse, at model 2 bedst bidrager til at sikre, at psykisk sårbare borgere i Lyngby-Taarbæk får en fleksibel og individuelt tilrettelagt indsats af den højest mulige kvalitet, og som samlet set giver borgerne de bedste muligheder for psykisk bedring.
Hans Henrik Madsen (SF)	16) Der ønskes en oversigt over forvaltningens svar på alle de kritiske spørgsmål, der rejses af Nettet og Kirsten Marie – og hvordan/om der tages hensyn til indvendingerne.	Efter forvaltningens opfattelse rejser Kirsten Marie og Nettet i deres hørings svar følgende kritiske spørgsmål/indvendinger, der er besvaret nedenfor under a-g.
Hans Henrik Madsen (SF)	a) Model 2 vil betyde en uhensigtsmæssig centralisering.	Helhedsplanens model 2 omfatter ikke nødvendigvis en fysisk centralisering af tilbuddene. Dette er der ikke taget stilling til på nuværende tidspunkt. Se endvidere besvarelsen af spm. 2.
Hans Henrik Madsen (SF)	b) Model 2 vil betyde en manglende videreførelse af eksisterende ekspertise i forhold til de selvejende institutioners gode erfaringer med aktivitets- og væresteder	Gennem det foreslåede fælles kompetenceudviklingsforløb vil medarbejderne få tilvejebragt en fælles pulje af viden om, hvad der virker over for borgere med psykiske lidelser, og her vil Kirsten Marie og Nettet's erfaringer komme de øvrige medarbejdere på området til gode. Kompetenceudviklingsforløbet vil desuden sikre, at alle faggrupper arbejder mod de samme mål for borgerens udvikling, få øget forståelse for hinandens roller og faglighed, samt forventningsafstemt i forhold til, hvad god kvalitet i indsatsen vil sige. Se endvidere besvarelsen af spm. 1.

Besvarelse af medlemmerne af Social- og Sundhedsudvalgets spørgsmål på baggrund af SSU mødet 21. 08. 2013

	<p>samt tilbud om støtte i eget hjem.</p>	
<p>Hans Henrik Madsen (SF)</p>	<p>c) Der er stor fordel i at lade de samme fagpersoner varetage både § 85- og § 104-opgaver, idet det skaber mulighed for at få de svageste borgere ud af isolation og ind i et dagtilbud. Kirsten Marie har endvidere varetaget flere særligt udfordrende § 85-opgaver, som det ikke ville have været muligt at få løst andre steder i kommunen.</p>	<p>Forvaltningen anerkender den fleksibilitet og faglige omhu, som Kirsten Marie og Nettet har udvist i opgaveløsningen gennem årene. Forvaltningen er derudover enig i, at der for nogle brugere kan være fordele ved at lade de samme fagpersoner udføre både § 85- og § 104-opgaver, mens det i andre situationer ikke er hensigtsmæssigt. Det er dog forvaltningens opfattelse, at model 2 rummer gode muligheder for at skabe synergi og sammenhænge mellem de forskellige indsatsformer, fordi etableringen af en ny Inklusions- og Recovery-enhed med et stærkt ledelsesmæssigt fokus på inklusion, recovery og rehabilitering bidrager til eliminering af silotænkning og fremmer fleksibilitet og tilpasning af indsatsen til den enkelte borger. I øvrigt forstår forvaltningen den foreslåede model 2½ således, at Kirsten Marie vil skulle drive § 85-delen og Nettet § 104-delen. Det er derfor også forvaltningens opfattelse, at model 2½ ikke giver mulighed for at lade de samme medarbejdere løse § 85- og § 104-opgaver. Dette vil være muligt i model 2, der bl.a. derfor efter forvaltningens opfattelse giver bedre mulighed end model 2½ for at skabe synergi og sammenhæng mellem § 85 og § 104.</p>
<p>Hans Henrik Madsen (SF)</p>	<p>d) Det er uhensigtsmæssigt at placere et åbent aktivitets- og samværstilbud på et stort psykiatrisk botilbud – der skabes risiko for stigmatisering af brugerne af aktivitets- og samværstilbuddet.</p>	<p>Forvaltningen er enig i, at det altid skal overvejes nøje, hvor og hvordan man placerer indsatser med forskellige målgrupper, særligt når der er tale om psykisk skrøbelige borgere. Sådanne overvejelser, herunder også overvejelser om muligheden for adskillelse og opdeling af forskellige målgrupper, vil være en vigtig del af implementeringen af helhedsplanen. Det skal dog bemærkes, at forvaltningen ikke er bekendt med dokumentation for, at placeringen af dagtilbud på et botilbud i sig selv virker stigmatiserende på brugerne af dagtilbuddet, og forvaltningen ønsker også at understrege, at der ikke er taget endeligt stilling til den permanente placering af samværs- og aktivitetstilbuddet efter model 2. Det skal tillige bemærkes, at der i model 2½ er tale om en evt. placering af et aktivitets- og samværstilbud i umiddelbar nærhed til et botilbud, idet Kirsten Marie og Nettet i deres høringssvar omtaler Hjorten (der som tidligere nævnt ligger dør om dør med Hjortholmsvej) som mulig placering af</p>

Besvarelse af medlemmerne af Social- og Sundhedsudvalgets spørgsmål på baggrund af SSU mødet 21. 08. 2013

		"Huset" til § 85- og § 104.
Hans Henrik Madsen (SF)	e) De selvejende institutioners muligheder for at være aktive medspillere i opgaveløsningen øges, hvis de har en bredere opgaveportefølje, der giver grundlag for en mere robust økonomi.	Det skal indledningsvis bemærkes, at taksterne skal afspejle de faktiske udgifter til den opgave, som de selvejende institutioner løser for forvaltningen. Den pris, kommunen betaler de selvejende institutioner må således ikke bruges til at "dække huller" på andre foranstaltningstyper i institutionernes økonomi. Det er derudover forvaltningens opfattelse, at helhedsplanens model 2 bedst sikrer såvel høj kvalitet som effektiviseringsmuligheder ved at skabe helhed i udførerledet. Dermed er det også model 2, der giver de bedste muligheder for at leve op til de politisk vedtagne budgetforudsætninger.
Hans Henrik Madsen (SF)	f) Der er brug for fremskudte sagsbehandlere fra både CSI og Jobcentret på aktivitets- og samværstilbuddet	Det er forvaltningens opfattelse, at samarbejdet mellem jobcentret og CSI mest hensigtsmæssigt håndteres og optimeres i den daglige koordinerede sagsbehandling og i det rehabiliterende team, der har den samlede ekspertise i forhold til at sikre en koordineret og målrettet indsats på tværs af beskæftigelses, sundheds-, uddannelses- og socialsektoren mv. Forvaltningen vil ikke afvise, at det kunne være en god idé at have fremskudt sagsbehandling fra både CSI og jobcentret, men det vil være ressourcekrævende. Det er endvidere forvaltningens opfattelse, at fremskudt sagsbehandling skal målrettes de respektive målgrupper, og spørgsmålet er, om det pt. er jobcentrets målgruppe, der frekventerer et dagtilbud.
Hans Henrik Madsen (SF)	g) Der er brug for at få styrket forbindelserne på tværs af aktørerne i socialpsykiatrien, herunder med fælles koordinering, åben dialog og visitation.	Jf. lovgivningen er det myndighedssagsbehandleren, der har ansvaret for at visitere til ydelser, hvilket også revisionen har påpeget. Forvaltningen er dog enig i, at det er helt afgørende, at der et godt samarbejde og en god dialog mellem de forskellige aktører.

<p>Hans Henrik Madsen (SF)</p>	<p>17) Hvorfor er der så stor forskel på udgifterne til samarbejdet med distriktpsychiatrien i de tre modeller – og hvad går pengene i øvrigt til?</p>	<p>I alle tre modeller indgår en besparelse på 0,81 mio. kr. i budgetårene, der skyldes takstreduktionen på 2 pct., der er besluttet i KKR-regi. Dette beløb er dermed med i det samlede langsigtede sparemål for området. Derudover adskillede forskellige modeller sig som følger.</p> <p>Model 1 svarer til den eksisterende organisering, som der er i dag, hvor leverandørerne yder botilbud, dagtilbud og socialpædagogisk støtte, CSI's socialpædagogisk leverandørenhed for § 85, Akuttilbuddet samt de to beskyttede beskæftigelsestilbud bevares i den nuværende konstruktion.</p> <p>For at imødekomme behovet for øget koordinering på tværs og for øget fokus på recovery og forebyggelse, øges deltagelsen i det eksisterende formaliserede samarbejde med distriktpsychiatrien. Der ansættes en støtte og kontaktperson til personer med sindslidelse, til personer med et stof eller alkoholmisbrug og til personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig.</p> <p>Tabel 1</p> <table border="1" data-bbox="891 1086 2078 1409"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="891 1086 2078 1123">Model 1</th> </tr> <tr> <th data-bbox="891 1123 1800 1160"><i>Aktiviteter</i></th> <th data-bbox="1800 1123 2078 1160"><i>Provenu</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="891 1160 1800 1235"> Styrkelse af socialpsykiatrien og samarbejdet med distriktpsychiatrien, herunder: </td> <td data-bbox="1800 1160 2078 1235"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="891 1235 1800 1342"> <ul style="list-style-type: none"> - Ansættelse af opsøgende kontaktperson, der kan opspore borgere med psykiske lidelser, inden de får behov for foranstaltninger. </td> <td data-bbox="1800 1235 2078 1342"> 1,75 mio. kr. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="891 1342 1800 1409"> <ul style="list-style-type: none"> - Øget deltagelse i det formaliserede samarbejde via allokering af en medarbejder, der kan etablere et </td> <td data-bbox="1800 1342 2078 1409"> 0,60 mio. kr. I alt 2,35 mio. </td> </tr> </tbody> </table>	Model 1		<i>Aktiviteter</i>	<i>Provenu</i>	Styrkelse af socialpsykiatrien og samarbejdet med distriktpsychiatrien, herunder:		<ul style="list-style-type: none"> - Ansættelse af opsøgende kontaktperson, der kan opspore borgere med psykiske lidelser, inden de får behov for foranstaltninger. 	1,75 mio. kr.	<ul style="list-style-type: none"> - Øget deltagelse i det formaliserede samarbejde via allokering af en medarbejder, der kan etablere et 	0,60 mio. kr. I alt 2,35 mio.
Model 1												
<i>Aktiviteter</i>	<i>Provenu</i>											
Styrkelse af socialpsykiatrien og samarbejdet med distriktpsychiatrien, herunder:												
<ul style="list-style-type: none"> - Ansættelse af opsøgende kontaktperson, der kan opspore borgere med psykiske lidelser, inden de får behov for foranstaltninger. 	1,75 mio. kr.											
<ul style="list-style-type: none"> - Øget deltagelse i det formaliserede samarbejde via allokering af en medarbejder, der kan etablere et 	0,60 mio. kr. I alt 2,35 mio.											

Besvarelse af medlemmerne af Social- og Sundhedsudvalgets spørgsmål på baggrund af SSU mødet 21. 08. 2013

		tæt samarbejde med PC Ballerup.	kr.
		Kapacitetstilpasning , herunder <ul style="list-style-type: none"> - Genforhandling af driftsoverenskomster - Tilpasning af kapaciteten, da de to selvejende institutioner pt. har ledige pladser - Tidlig opsporing af borgere og boligsocial indsats 	-0,90 mio. kr. -3,00 mio. kr. -1,50 mio. kr. I alt -5,4 mio. kr.
		Samlet provenu i model 1 inkl. takstreduktion	-3,86 mio. kr.
<p>I model 2 investeres betydelige midler i at etablere en samlet organisering af den socialpsykiatriske støtte til borgere i eget hjem og i at sikre en tilbudsvifte, der understøtter borgerens recovery-proces.</p> <p>Model 2 skal imødekomme paradigmeskiftet indenfor psykiatrien om, at borgeren kan komme sig af en psykisk lidelse med en målrettet recovery og rehabiliterende sammenhængene indsats.</p> <p>Herunder er der særligt fokus på at skabe et stærkt fagligt miljø. En fremskudt og helhedsorienteret sagsbehandling tæt på borgeren. Samt en volumen i aktivitets- og samværstilbuddet, der giver mulighed for at tilpasse indsatsen til de enkelte borgeres behov. Intentionen i modellen er endvidere, at kunne håndtere en bredere målgruppe også i et uvisiteret dagtilbud, hvor borgeren der ikke modtager andre ydelser også kan komme. Hensigten er ligeledes, at kunne rumme nogen af de borgere, der efter førtidspensionsreformen skal have en koordineret rehabiliterende indsats, men ikke nødvendigvis er i målgruppen for de mere traditionelle ydelser indenfor det socialpsykiatriske område.</p> <p>Efter forvaltningens opfattelse vil en samlet organisering skabe såvel øget fleksibilitet i indsatsen, bedre styring, højere faglighed og optimering af medarbejderressourcerne – det er disse elementer, der på sigt vil give et betydeligt besparelspotentiale i modellen. Se også tabel 2 nedenfor.</p> <p>Tabel 2</p>			

Besvarelse af medlemmerne af Social- og Sundhedsudvalgets spørgsmål på baggrund af SSU mødet 21. 08. 2013

		Model 2	
		<i>Aktiviteter</i>	<i>Provenu</i>
		<p>Styrkelse af socialpsykiatrien og samarbejdet med distriktskykiatrien, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansættelse af afdelingsleder for samlet § 85-enhed - Ansættelse af medarbejder til fremskudt sagsbehandling - Etablering af værested (ansættelse af 5 pædagoger) - Ansættelse af opsøgende kontaktperson, der kan opspore borgere med psykiske lidelser, inden de får behov for foranstaltninger. - Øget koordineret samarbejde mellem distriktskykiatrien, jobcenter og ydelser (helhedsorienteret sagsbehandling) 	<p>2,05 mio. kr. 1,75 mio.kr. 6,00 mio. kr. 1,75 mio. kr. 1,50 mio. kr. I alt 13,05 mio. kr.</p>
		<p>Kapacitetstilpasning mv., herunder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Genforhandling af driftsoverenskomster - Tidlig opsporing af borgere og boligsocial indsats - Driftsoptimering og øget fleksibilitet i ydelserne pga. den samlede § 85-organisering - Helhedsorienteret sagsbehandling - Kapacitetstilpasning og anvendelse af lokale løsninger 	<p>-9,00 mio. kr. -1,50 mio. kr. -5,00 mio. kr. -2,25 mio. kr. -3,00 mio. kr. I alt -20,75 mio. kr.</p>
		Samlet provenu i model 2 inkl. Takstreduktion	-8,51
		<p>I model 3 sammenlægges hhv. de socialpædagogiske støttetilbud og samværs-/aktivitetstilbuddene på henholdsvis Kirsten Marie og Nettet. Ydelser er dermed som i dag fordelt på forskellige leverandører, hvilket medfører, at besparelspotentialet ikke er så stort som i model 2, da model 3 ikke i samme omfang fremmer fleksibilitet og faglig styring. Model 3 vil have en tendens til silotænkning og suboptimering. Flexibiliteten vil ikke i samme omfang som i model 2 være en mulighed og samtidig skal borgeren forhold sig til flere forskellige leverandører.</p>	
		<p>Se tabel 3 nedenfor.</p>	

Besvarelse af medlemmerne af Social- og Sundhedsudvalgets spørgsmål på baggrund af SSU mødet 21. 08. 2013

		<p>Tabel 3</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="891 231 2063 268">Model 3</th> </tr> <tr> <th data-bbox="891 268 1794 304"><i>Aktiviteter</i></th> <th data-bbox="1794 268 2063 304"><i>Provenu</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="891 304 1794 523"> <p>Styrkelse af socialpsykiatrien og samarbejdet med distriktpsikiatrien, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansættelse af afdelingsleder for samlet § 85-enhed - Ansættelse af opsøgende kontaktperson, der kan opspore borgere med psykiske lidelser, inden de får behov for foranstaltninger </td> <td data-bbox="1794 304 2063 523"> <p>2,05 mio. kr. 1,75 mio. kr. 3,8 mio. kr.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="891 523 1794 810"> <p>Kapacitetstilpasning mv., herunder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Driftsoptimering og øget fleksibilitet i ydelserne pga. den samlede § 85-organisering - Genforhandling af driftsoverenskomster - Tidlig opsporing af borgere og boligsocial indsats - Kapacitetstilpasning og anvendelse af lokale løsninger </td> <td data-bbox="1794 523 2063 810"> <p>-2,25 mio. kr. -0,90 mio. kr. -1,50 mio. kr. -3,00 mio. kr. I alt -7,65 mio. kr.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="891 810 1794 882"> <p>Samlet provenu i model 3 inkl. takstreduktion</p> </td> <td data-bbox="1794 810 2063 882"> <p>- 4,66 -</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Model 3		<i>Aktiviteter</i>	<i>Provenu</i>	<p>Styrkelse af socialpsykiatrien og samarbejdet med distriktpsikiatrien, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansættelse af afdelingsleder for samlet § 85-enhed - Ansættelse af opsøgende kontaktperson, der kan opspore borgere med psykiske lidelser, inden de får behov for foranstaltninger 	<p>2,05 mio. kr. 1,75 mio. kr. 3,8 mio. kr.</p>	<p>Kapacitetstilpasning mv., herunder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Driftsoptimering og øget fleksibilitet i ydelserne pga. den samlede § 85-organisering - Genforhandling af driftsoverenskomster - Tidlig opsporing af borgere og boligsocial indsats - Kapacitetstilpasning og anvendelse af lokale løsninger 	<p>-2,25 mio. kr. -0,90 mio. kr. -1,50 mio. kr. -3,00 mio. kr. I alt -7,65 mio. kr.</p>	<p>Samlet provenu i model 3 inkl. takstreduktion</p>	<p>- 4,66 -</p>
Model 3												
<i>Aktiviteter</i>	<i>Provenu</i>											
<p>Styrkelse af socialpsykiatrien og samarbejdet med distriktpsikiatrien, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansættelse af afdelingsleder for samlet § 85-enhed - Ansættelse af opsøgende kontaktperson, der kan opspore borgere med psykiske lidelser, inden de får behov for foranstaltninger 	<p>2,05 mio. kr. 1,75 mio. kr. 3,8 mio. kr.</p>											
<p>Kapacitetstilpasning mv., herunder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Driftsoptimering og øget fleksibilitet i ydelserne pga. den samlede § 85-organisering - Genforhandling af driftsoverenskomster - Tidlig opsporing af borgere og boligsocial indsats - Kapacitetstilpasning og anvendelse af lokale løsninger 	<p>-2,25 mio. kr. -0,90 mio. kr. -1,50 mio. kr. -3,00 mio. kr. I alt -7,65 mio. kr.</p>											
<p>Samlet provenu i model 3 inkl. takstreduktion</p>	<p>- 4,66 -</p>											
<p>Hans Henrik Madsen (SF)</p>	<p>18) Hvordan sikres det, at den nye lovgivning gennemføres – herunder en sagsbehandler per borger, ressourceforløb, etc.?</p>	<p>Lovgivningen vedrørende ressourceforløb mv. foregår i jobcenterregi, hvor der er etableret et tværfagligt rehabiliteringsteam med repræsentanter fra det kliniske område og de forskellige relevante kommunale områder. CSI har en aktiv rolle/funktion i det rehabiliterende team og har derfor valgt at have en fast forankret person i teamet med det formål at kunne oparbejde en ekspertise i samt at kunne koordinere de langt mere fleksible forløb i en helhedsorienteret kontekst. Det skal dog også bemærkes, at erfaringerne fra "Brug for alle" og fra de rehabiliterende teams viser, at det pt. ikke er samme målgruppe, der er omfattet af helhedsplanen og af de rehabiliterende teams.</p>										

Helhedsplan for socialpsykiatrien

På baggrund af forårets dialog om helhedsplanen for Socialpsykiatrien og de 2 selvejende institutionernes fremlæggelse af en alternativ model på Social- og Sundhedsudvalgsmødet den 21. august 2013, er forvaltningen blevet anmodet om at udarbejde en ny model.

Forvaltningen har derfor udarbejdet nedenstående model for en fremtidig organisering af det socialpsykiatriske område.

Det skal indledningsvis bemærkes, at hverken borgere eller medarbejdere vil blive flyttet mod deres vilje med den skitserede model.

Visionen for Socialpsykiatrien i Lyngby-Taarbæk Kommune er at skabe muligheder for, at borgere med sindslidelser - og nedsat funktionsniveau som følge deraf - har mulighed for at komme sig og opleve social inklusion.

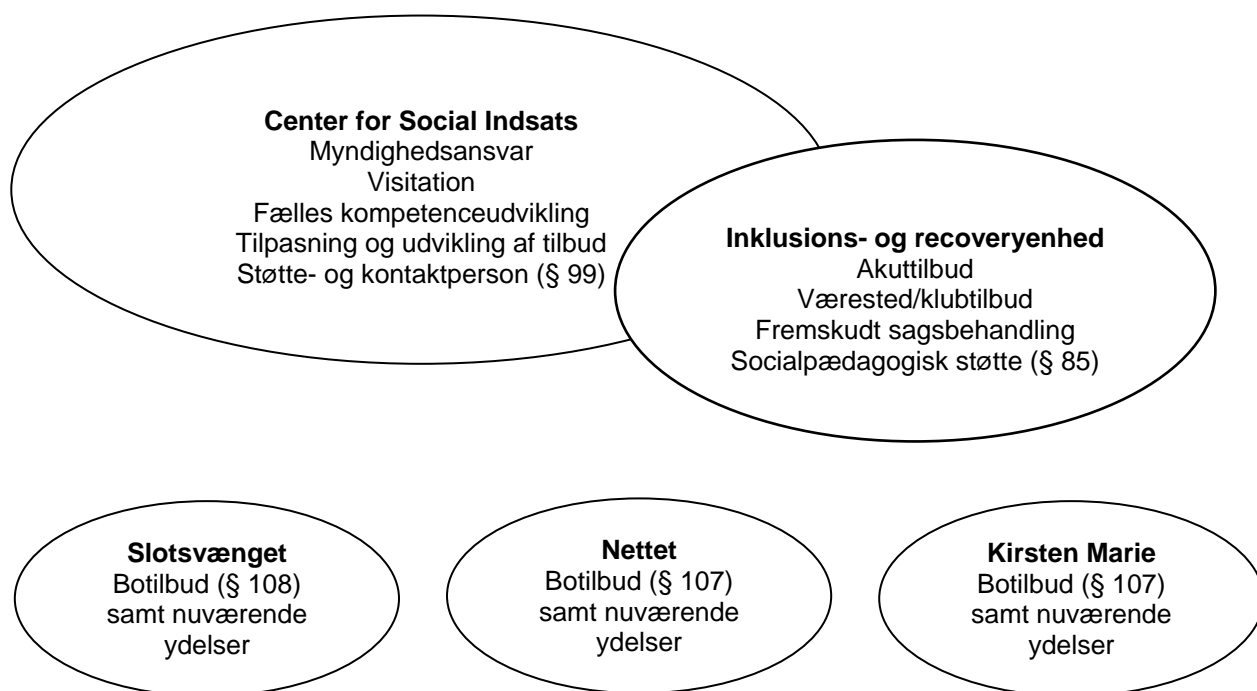
Visionen bygger på det paradigmeskifte, som pt. ses på hele socialområdet, hvor der er fokus på rehabilitering og recovery, samt på borgerens udvikling og forbedring frem for ren kompensation.

Der er efter forvaltningens opfattelse en række forudsætninger, der skal være opfyldt, for så vidt angår organiseringen af det socialpsykiatriske område i Lyngby-Taarbæk Kommune, for at intentionerne i recovery-tankegangen kan realiseres:

- At der sikres en tæt dialog mellem myndighedssagsbehandler og udførerled, så de forskellige professionelle omkring borgeren går hånd i hånd om indsatsen og sikrer en koordineret og helhedsorienteret indsats.
- At myndighedssagsbehandleren er den ansvarlige og besluttende instans i forhold til bevillingen, handleplanen (jf. SEL § 141) og den almindelige opfølgning. Jævnfør revisionens tidligere kritiske bemærkninger om at sikre denne rolle, opgave og ansvar hos myndighedssagsbehandleren.
- At indsatsen tilrettelægges fleksibelt, således at den er tilpasset den enkelte og hurtigt kan tilpasses ændringer hos borgeren.
- At der etableres fagligt og økonomisk bæredygtige enheder, der giver grundlag for solide medarbejderkompetencer og mulighed for differentiering af indsatsen i forhold til de forskellige målgrupper.
- At der er et velfungerende samarbejde med behandlings- og distriktpsykiatrien.

Den model, som forvaltningen foreslår (se figuren nedenfor), imødekommer disse ovenstående forudsætninger. Dermed vil denne organisering af indsatsen efter forvaltningens opfattelse bidrage til, at borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune med en psykisk lidelse på sigt vil have de bedste muligheder for en målrettet og sammenhængende rehabiliterende indsats.

Figur 1. Den foreslåede model



Nærmere præsentation af modellen

Slotsvænget, Nettet og Kirsten Marie

Efter den foreslåede model bevares Nettet, Kirsten Marie og Slotsvænget som botilbud efter hhv. § 107 og § 108.

Dertil kommer, at disse tre leverandører bevarer muligheden for at kunne levere de dagtilbudsydelser, som de leverer i dag, hvis myndighedssagsbehandleren finder, at det i det konkrete tilfælde vil være mest hensigtsmæssigt – fx fordi borgeren i forvejen har en tilknytning til et af stederne.

Hermed bevares også den nuværende mulighed for flow mellem forskellige ydelsestyper, fordi der kan bygges videre på etablerede pædagogiske relationer, hvilket kan gøre fx udflytning fra botilbud lettere, idet det er muligt fortsat at benytte dagtilbuddet i det tidligere botilbud, ligesom der kan etableres socialpædagogisk støtte fra kendte støtte- og kontaktpersoner. Det er dog forvaltningens opfattelse, at dette ikke skal ske i et nævneværdigt omfang, da der skal være et klart og tydeligt formål med visitering til et botilbud uanset varighed. Ovenstående skal kun praktiseres, hvor det er formålstjenligt for borgeren, da der kan være situationer, hvor det ikke giver mening, at borgeren efter udflytning bevarer tilknytningen til botilbuddet.

Samtidig bevares de særlige faglige miljøer og kompetencer, som er til stede på Slotsvænget, Nettet og Kirsten Marie, jf. dog afsnittet nedenfor om behovet for fælles kompetenceudvikling på tværs af myndigheds- og udførerled.

Inklusions- og recoveryenheden

Derudover oprettes en samlende Inklusions- og Recoveryenhed, der skal varetage hovedparten af den socialpædagogiske støtte til borgere i eget hjem. Der er tale om en selvstændig enhed med egen ledelse og administration.

Formålet med at oprette en samlet enhed er at skabe grundlag for et stærkt fagligt recovery-orienteret miljø med en ledelse, der kan udvikle fagligheden og skabe øget kvalitet i indsatsen. Enheden skal have specialiserede medarbejdere, der har et indgående kendskab til de forskellige målgruppers kompleksitet. Enheden skal ligeledes have et tæt samspil og samarbejde med myndighedsdelen, da visse dele af opgaverne er tæt knyttet til myndigheden såvel fagligt som økonomisk.

Den samlede enhed vil desuden få en volumen i aktivitets- og samværstilbuddet, der giver mulighed for at tilpasse indsatsen til de enkelte borgeres behov, herunder fx at lave senior klubber, unge klubber, teater klubber etc.. Dette vil også understøtte et tættere samspil med det almene samfund, idet den større volumen netop giver mulighed for flere differentierede og udadrettede aktiviteter, som kan bidrage til at øge borgerens inklusion og recoveryproces. Hertil skal også bemærkes, at den større volumen i aktivitetstilbuddet vil give mulighed for udvidede åbningstider til gavn for borgerne.

Organiseringen af støtten til borgere i eget hjem i en samlet enhed giver endvidere mulighed for at skabe synergi og sammenhæng i de forskellige ydelser, fx mellem § 85 og § 104, hvor der for nogle brugere kan være fordele i at lade de samme fagpersoner udføre opgaverne, mens det for andre ikke er hensigtsmæssigt.

Inklusions- og recoveryenheden skal også sikre en fremskudt og helhedsorienteret sagsbehandling tæt på borgeren. Den samlede enhed vil være et godt udgangspunkt for en fremskudt åben socialfaglig rådgivning og vejledning til både borgere, der henvender sig til akuttilbuddet, og til § 104-tilbuddets brugere. Der skal ikke finde egentlig sagsbehandling sted, idet dette henhører under Center for Social Indsats's ansvarsområde, jf. revisionens bemærkning, men problemer kan tages i opløbet via en kvalificeret rådgivning og vejledning eller borgerne kan guides videre for yderligere hjælp.

Formålet med Inklusions- og recoveryenheden er endvidere at skabe et tilbud, der kan håndtere en bredere målgruppe også i et uvisiteret dagtilbud, hvor borgere der ikke modtager andre ydelser også kan komme. Kombinationen af visiteret og uvisiteret tilbud gør ligeledes, at målgruppen kan variere og tilbuddene være mere differentierede og i takt med udviklingen i civilsamfundet.

Hensigten er ligeledes, at kunne rumme nogen af de borgere, der efter førtidspensionsreformen skal have en koordineret rehabiliterende indsats, men ikke nødvendigvis er i målgruppen for de mere traditionelle ydelser indenfor det socialpsykiatriske område.

Det skal bemærkes, at modellen kræver anlægsudgifter, idet der skal findes en fysisk placering til den nye Inklusions- og recoveryenhed.

Center for Social Indsats

Det er vigtigt at understrege, at myndighedsansvaret og visitationskompetencen entydigt fastholdes i Center for Social Indsats, men at centret naturligvis vil have en løbende og tæt dialog med leverandørerne på området og specifikt med Inklusions- og recoveryenheden.

Det er derudover stadig et centralt element i helhedsplanen, at der skal være en fælles faglig forståelse på tværs af myndighed og udførerled af begreber som recovery og rehabilitering, og af, hvordan der skabes samarbejdsrum, hvor alle faggrupper bidrager til at skabe en helhedsorienteret, sammenhængende og fleksibel indsats over for den enkelte borger. Center for Social Indsats vil derfor være ansvarlig for at sikre et fælles kompetenceudviklingsforløb, der skal sikre:

- at alle faggrupper arbejder mod de samme mål for borgerens udvikling
- at medarbejderne får en øget forståelse for hinandens roller og faglighed
- at der bliver forventningsafstemt i forhold til, hvad god kvalitet i indsatsen vil sige.

Center for Social Indsats har derudover det overordnede ansvar for at sikre et godt samarbejde med behandlingspsykiatrien, herunder også et tæt og intensivt samarbejde i den konkrete sagsbehandling om den enkelte borger.

Ovenstående model har en 1½-2-årig implementeringshorisont med afrapportering til Social- og sundhedsudvalget en gang i kvartalet.

Økonomi

Budgetforudsætninger for helhedsplanen er baseret på årene 2013-2016 med en krydsfinansiering, hvor omlægning/tilpasning af socialpsykiatrien skal krydsfinansieres med et styrket samarbejde med distriktpsychiatrien. Men da driftsoverenskomsterne for de 2 selvejende institutioner har et opsigelsesvarsel på henholdsvis ½ år og 1 år, og tiltagene i helhedsplanen ikke er effektueret for 2013 er der i modellen alene estimeret på 2014 og 2015.

I den tidligere opstillede model 2 er kapacitetstilpasningen på 15 % - 20 % af driftsoverenskomsterne på tværs af de forskellige ydelser i budgetperioden. Årsagen til denne reduktion er, at der gennem årene har været ledig kapacitet på de to selvejende institutioner og at tilbuddene i model 2 ikke længere skulle have haft mulighed for at yde socialpædagogisk støtte i det omfang, som de to selvejende institutioner gør i dag. Herudover har de 2 selvejende institutioner indtægtsdækket virksomhed, som ikke er opgjort.

De eksisterende driftsoverenskomster skal i den nye model, beskrevet ovenfor, fremadrettet gennemgås i forhold til kapacitet, indhold og opsigelsesvarsel, da det gennem tiderne har vist sig, at Lyngby-Taarbæk kommune ikke har haft behov for pladserne. Center for Økonomi og Personale vil udarbejde en model, hvor de to selvejende institutioner modtager en *grundbevilling* svarende til ca. 10 årsværk på bo-delen og dagtilbudsdelen. Aktiviteter herudover vil blive finansieret som en *aktivitetsbestemt ydelse* beregnet med en belægningsprocent på 95 %. Med afsæt i niveauet i 2013 skønnes en sådan model ved helårseffekt at give en samlet reduktion for begge institutioner og på tværs af døgn- og dagtilbud på godt -1,1 mio. kr..

Tabel 1. Den foreslåede model

Mio. kr./netto 2013 pl.	2014	2015
Genforhandling af driftsoverenskomsterne/kapacitetstilpasning (bo-delen)	-0,57	-1,13
Besparelse på LTK borgere i medfør af 2 % takstreduktion på Nette, Kirsten Marie og Slotsvænget. Jf. KKR	-0,27	-0,27
Tidlig opsporing af borgere og boligsocial indsats	-0,5	-0,5
Helhedsorienteret sagsbehandling	-0,75	-0,75
Effektiviseringer i alt	-2,08	-2,65
Inklusions- og recoveryenhed (leder)	0,6	0,6
Fremskudt sagsbehandling	0,5	0,5
Inklusions- og recoveryenhed (bedre koordineret indsats og fleksibilitet)		
Opsøgende støtte- og kontaktperson § 99	0,5	0,5
Styrkelse af det socialpsykiatriske område – koordineret samarbejde med distriktpsychiatrien, jobcentret og ydelser	0,5	0,5
Driftsudgifter til værested	0,3	0,3
Investeringer i alt	2,4	2,4
Resultat ialt	0,320	0,250

Tabel 2 – anlægsudgifter

	2014	2015
Anlægsudgifter	0,500	0,500

Den endelige fysiske placering skal findes indenfor den eksisterende bygningsmasse og anlægsudgifterne er et foreløbigt estimat i forbindelse med istandsættelse af bygningen. De eksakte anlægsudgifter vil første kunne estimeres, når den fysiske placering er besluttet. Anlægsudgifterne er ovenfor estimeret over en 2 årige periode, men anlægsperioden kan være kortere.

Hertil kommer en engangsudgift til fælles kompetenceudvikling, som endnu ikke er fastlagt, men som forudsættes afholdt indenfor rammen.