



# ALLERØD KOMMUNE

## Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

### Møde nr. 10

Mødet blev holdt onsdag den 29. oktober 2014 på Rådhuset i Mødelokale C.  
Mødet begyndte kl. 07:30 og sluttede kl. 11:30.

Medlemmer: Formand - Birgitte A. Rasmussen (V), Næstformand - Poul Albrechtsen (O),  
Gurli Nielsen (C), Henriette Gedde (A), Olav B. Christensen (V)

1. Bemærkninger til dagsordenen .....	1
2. Meddelelser .....	2
3. Status for Digital Post og svage IT brugere .....	3
4. Økonomi ældreområdet (genoptaget) .....	6
5. Rammepapir økonomiaftalen somatik 2014/2015 .....	9
6. Ændring af tilsynspolitik for leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp .....	12
7. Budgetanalyse - anvendelse og organisering af vikarer .....	14

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****1. Bemærkninger til dagsordenen**

Sagsnr.: 13/18827

**Punkttype** -**Tema** -**Sagsbeskrivelse** -**Administrationens  
forslag** -**Afledte  
konsekvenser** -**Økonomi og  
finansiering** -**Dialog/høring** -**Bilag** Nej

---

**Beslutning** Til efterretning.  
**Sundheds- og**  
**Velfærdsudvalget**  
**2014-2017 den 29-**  
**10-2014****Fraværende** Ingen

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****2. Meddelelser**

Sagsnr.: 13/18778

**Punkttype** -

**Tema**

- Høringsvar afsendt til adm. del af Sundhedsaftale III
- Invitation til stormøde vedr. almen praksisplan den 17. november 2014, kl. 16.30-20.00, Mogens Dahl Koncertsal, Snorregade 22, 2300 København
- Invitation til Frivilligrådets Årsmøde den 19. november 2014, kl. 9.00-16.00 Dansehallerne, Pasteursvej 20, 1799 København V.

**Sagsbeskrivelse** -**Administrationens forslag** -**Afledte konsekvenser** -**Økonomi og finansiering** -**Dialog/høring** -**Bilag** Nej**Beslutning  
Sundheds- og  
Velfærdsudvalget  
2014-2017 den 29-  
10-2014**

---

Til efterretning, idet der også blev orienteret om at materialet til mødet den 26. november 2014 forventes at blive omfangsrigt.

**Fraværende**

Ingen

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****3. Status for Digital Post og svage IT brugere**

Sagsnr.: 14/11796

**Punkttype** Orientering

**Tema** Sundheds- og Velfærdsudvalget blev på mødet den 6. august 2014 indledende orienteret om at Allerød Kommune har etableret et projekt, som skal sikre indførelse af digital post pr. 1. november 2014. Projektet følger de overordnede nationale anbefalinger på området. Der gives en kort status på, hvilke aktiviteter projektet har gennemført til dags dato og hvilke aktiviteter der forventes efter den 1. november 2014.

**Sagsbeskrivelse** Projektet ”digital post” har siden maj 2014 haft fokus på at gøre borgere og medarbejdere klar til at efterleve Regeringens vision om at effektivisere den offentlige sektor via digitale løsninger.

Konkret betyder det, at alle borgere over 15 år skal have en obligatorisk digital postkasse, og at Allerød Kommune skal omlægge papirforsendelser til digitale breve.

**Projektgruppen har iværksat følgende tiltag i perioden:**

- Vejledning omkring digital post til borgere er varetaget af Borgerservice
- Fritagelsesansøgninger er behandlet i Borgerservice
- Fælles kommunalt event om digital post i både Allerød midtby og Lyngby midtby
- Åbent hus arrangement på rådhuset med mulighed for vejledning om digital post
- Tilbud om hjemmebesøg hos borgere, der ikke kan møde personligt på Rådhuset
- Orienteringsmøder på botilbud for beboere og pårørende
- Orienteringsmøder på væresteder, klubber samt til støttepersoner og andre relevante samarbejdspersoner
- Præcisering af indhold i arbejdsopgaver for alle mentorer og støttepersoner omkring fokus på digital post
- Orienteringsmøder for ældre og pårørende på kommunens plejecentre – efterfølgende administrativ gennemgang af status for

- digital post for alle beboere
- Undervisning af medarbejdere omkring forsendelse af digitale breve
  - Tilbud til politikere om brug af selvbetjeningsløsninger og digital post
  - Samarbejde med bibliotekerne
  - Samarbejde med Senior IT om udstedelse af NemID ved fast fremmøde i deres lokale med medarbejder fra Borgerservice
  - Opstart af ”unge digitale ambassadører” (praktikanter og kontorelever) underviser + 15 årige på skoler omkring NemID og Digital Post
  - Annoncering på kommunens hjemmeside, Facebook og Allerød Nyt

Forvaltningen har udarbejdet en opgørelse over status på arbejdet med oprettelse af en digital postkasse til borgere i Allerød Kommune, som er vedlagt som bilag.

Oversigten viser, at der i uge 40, 2014 er i alt 12.442 personer tilmeldt Digital Post, hvilket svarer til 64,4 % af den samlede befolkning i målgruppen. Andelen som er tilmeldt Digital Post er hermed på nuværende tidspunkt den højeste i regionen.

51 personer er midlertidigt fritagne, hvilket betyder at fritagelsen for ordningen udløber den 1. november 2016 og endelig er 863 personer permanent fritaget ordningen på nuværende tidspunkt.

Det betyder samlet set, at andelen, som er permanent fritagne på nuværende tidspunkt udgør 4,5 % af den samlede befolkning i målgruppen og at andelen af midlertidigt fritagne udgør 0,3 % af den samlede befolkning i målgruppen i Allerød Kommune.

Styregruppen for projektet vil tage stilling til projektets videre arbejde efter den 1. november 2014.

**Administrationens forslag**

Forvaltningen anbefaler, at udvalget tager orienteringen til efterretning.

**Afledte konsekvenser**

-

**Økonomi og finansiering** -

**Dialog/høring** Ældreråd og handicapråd

**Bilag** Notat status på Digital Post uge 40

**Beslutning** Udvalget tog orienteringen til efterretning.

**Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 29-10-2014** Der forelå høringssvar fra Ældrerådet, taget til efterretning.

**Fraværende** Ingen

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****4. Økonomi ældreområdet (genoptaget)**

Sagsnr.: 14/13533

**Punkttype** Orientering**Tema** Udvalget orienteres om baggrunden for den økonomiske udvikling på ældreområdet med fokus på aktivitetsøgning og budgetmæssige forudsætninger for de seneste regnskabsår og de kommende budgetår.**Sagsbeskrivelse** Forvaltningen har udarbejdet et notat vedrørende den demografiske, økonomiske samt den faglige udvikling på ældreområdet.

Den demografiske udvikling i Allerød viser på baggrund af befolkningsprognosen en stadig vækst i antallet af personer over 70 år, såvel i antal som i andel af befolkningen de kommende år. I absolutte tal er der i perioden 2004 til 2014 sket en stigning i antallet af +75 årige borgere med 772 personer, mens der i perioden 2014 til 2024 forventes en stigning på 1.348 personer i samme aldersgruppe. Tilgangen i aldersgruppen er således ca. dobbelt så stor de kommende 10 år, som i de foregående 10 år.

De seneste årtiers udvikling med fokus på forebyggelse betyder, at flere har taget ansvar for egen sundhed. Mange ældre lever et godt liv baseret på den sunde aldring. Alligevel er der stadig en tæt sammenhæng mellem alder og udvikling af sygdom. Dermed vil en større andel af ældre betyde, at flere borgere har brug for pleje og omsorg, ligesom data viser, at behovet for ydelser; praktisk hjælp, personlig pleje, hjælpemidler og træning hos den enkelte er større end tidligere, således får flere et større antal ydelser.

Den økonomiske- og budgetmæssige udvikling på ældreområdet for perioden 2011 (regnskab) til 2018 (budgetforslag) svarer til den demografiske vækst i ældrebefolkningen (+75 år) i samme periode.

Den faglige- og organisatoriske udvikling er primært defineret af lov og aftalekrav, her særligt udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen.

**Supplerende sagsbeskrivelse**

I forlængelse af udvalgets møde den 17. september 2014 blev der sendt supplerende spørgsmål til notatet. Forvaltningen har udarbejdet et supplerende notat, som er vedlagt som bilag, der adresserer de to



hovedtemaer i spørgsmålene.

1. Udvikling af antal visiterede timer ugentligt til borgere med mere end 18 timer/uge. Dette har betydning for regnskab 2014 og prognose 2015, men er der forklaringer fx nye visitationer, ændret praksis, manglende plejecenterpladser, ændring i sundhedsaftale etc.?
2. Udgiftsstigning plejecentre 10-15 % i 2014 sammenlignet med 2013 og 2012. Herunder øgede krav til plejeopgaver på plejecentrene – hvilke øgede krav er der tale om? Personaleforbrug, ratio sygeplejesker/assistenter/hjælpere samt opgaveløsning for alle, vikarforbrug, vakante stillinger, sygefravær etc.?

Notatet sammenfatter tre medvirkende årsager til stigningen i antallet af borgere, der modtager hjælp mere end 18 timer ugentligt: Lukning af plejecenterpladser i pavillon på Vestvej i tilknytning til Engholm Plejecenter, hvilket medførte at flere borgere skulle modtage pleje som hjemmeboende. Politisk beslutning om ændring af serviceniveau og endelig en stigning af antallet af terminale borgere i efteråret 2012.

I forhold til udgiftsstigningen på plejecentre vedrører det primært åbningen af Plejecenter Skovvang. Dernæst blev der tilført en øget normering til plejecentrene Mimosen, Lyngehus og Engholm i forbindelse med vedtagelse af budget 2014-2017. Endelig er det beskrevet, hvilke typer plejeopgaver som er nye som følge af opgaveglidning fra hospitalerne til kommunerne. Opgaverne intensiveres desuden på grund af hurtigere udskrivning efter hospitalsophold. Endelig er der udarbejdet en oversigt over sammensætningen af personale på plejecentrene pr. september 2014.

**Administrationens forslag**

Forvaltningen anbefaler, at udvalget tager orienteringen til efterretning.

**Afledte konsekvenser**

-

**Økonomi og finansiering**

-

**Dialog/høring**

Ældreråd og handicapråd

<b>Bilag</b>	Notat vedr ældreområdet aktivitetsøgning og budgetmæssige forudsætninger sep. 2014 Økonomi Ældreområdet - supplerende notat
<b>Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 17- 09-2014</b>	<hr/> Udvalget genoptager sagen på mødet den 29. oktober 2014. Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.
<b>Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 29- 10-2014</b>	Udvalget tog orienteringen til efterretning. Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.
<b>Fraværende</b>	Ingen

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****5. Rammepapir økonomiaftalen somatik 2014/2015**

Sagsnr.: 14/9580

**Punkttype** Orientering**Tema** Udvalget orienteres om indhold af rammepapir for somatik 2014/2015 og kommunens status for de enkelte områder. Rammepapiret beskriver kommunernes fælles rolle og udviklingen af det nære sundhedsvæsen 2014 -2015.**Sagsbeskrivelse** Rammepapiret er Det fælleskommunale Sundhedssekretariats beskrivelse af rammer og målsætninger for kommunerne i hovedstadsregionen. Rammepapiret beskriver kommunernes fælles rolle – og udviklingen af det nære sundhedsvæsen 2014 - 2015.

Det fælleskommunale Sundhedssekretariat er etableret og finansieret af kommunerne i hovedstadsregionen for at sikre styringsmuligheder og styringsgrundlag for kommunerne på området for udvikling af det nære sundhedsvæsen. Sekretariatet blev etableret i 2013 på baggrund af en beslutning i Kommunernes Landsforenings Kommune Kontaktråd (KKR). Formålet er at understøtte det fælles kommunale arbejde og styrke det politiske beslutningsgrundlag på sundhedsområdet.

Rammepapiret tager udgangspunkt i KLs udspil ”Det nære Sundhedsvæsen” og økonomiaftalerne mellem regeringen og KL. Rammepapiret beskriver de tværgående fokuspunkter i udviklingen af det nære sundhedsvæsen, med fokus på samarbejdet med hospitalerne, de praktiserende læger og borgerne. Desuden er der fokus på udvikling af et sundhedsvæsen med tæt kobling til kommunernes øvrige indsatser, borgerinddragelse, ulighed samt velfærdsteknologi. Endelig har rammepapiret fokus på dokumentation og effektmåling.

De strategiske målsætninger og konkrete indsatser spejler KL's sundhedsudspil og indholdet af Sundhedsaftale III. Tanken er, at kommunerne i stigende grad arbejder efter samme principper og mål og løfter arbejdet som en samlet kommunal sektor.

Følgende overordnede strategiske målsætninger for det nære sundhedsvæsen udgør rammen for de 29 kommuner i hovedstadsregionen.

Kommunerne skal udvikle det nære sundhedsvæsen så:

- Det fremmer alle borgeres sunde livsstil og forebygger sygdom

- Det støtter borgerne i at tage hånd om egen livssituation og udøve egenomsorg
- Borgeren er i centrum og der er fokus på den samlede livssituation.

Særlig fokus skal rettes mod følgende fire strategiske målsætningsområder for udviklingen af det nære sundhedsvæsen:

1. Forebyggelse og sundhedsfremme
2. Forebyggelse af (gen)indlæggelser
3. Kronisk sygdom
4. Dokumentation.

De strategiske målsætningsområder udmøntes i to typer indsatser:

- Indsatser som er forpligtende for alle kommuner ("skal"-indsatser)
- Indsatser som kan løftes af en enkelt kommune eller grupper af kommuner i samarbejde, for dermed at skabe viden i forhold til den fremadrettede udvikling ("kan"-indsatser)

Forvaltningen har i vedlagte bilag gennemgået status for de fire strategiske målsætningsområder for udviklingen af det nære sundhedsvæsen i Allerød Kommune.

Allerød opfylder de strategiske målsætningsområder på *skal* niveau i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme, forebyggelse af genindlæggelser, indsatser for kronisk sygdom, mens der fortsat og løbende er potentialer for indsatserne på dokumentationsområdet.

I forhold til de strategiske målsætningsområder på *kan* niveau, opfylder kommunen en række af indsatserne, men har stadig potentialer i forhold til forebyggelsespakker på udviklingsniveau, akutfunktioner, telemedicinske løsninger og dokumentation.

Forvaltningen vurderer, at det på baggrund af Sundhedsaftale III, bør prioriteres at udvikle en akutfunktion i 2015.

**Administrationens forslag**

Forvaltningen anbefaler, at udvalget tager orienteringen til efterretning.

**Afledte konsekvenser**

-

**Økonomi og finansiering**

-

**Dialog/høring**

Ældreråd og handicapråd

**Bilag** Revideret rammepapir for somatik - godkendt i KKR - Rammepapir  
2014 - 2015 -maj 2014 - endelig.pdf  
Notat status rammepapir

---

**Beslutning** Udvalget tog orienteringen til efterretning.  
**Sundheds- og**  
**Velfærdsudvalget** Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.  
**2014-2017 den 29-**  
**10-2014**

**Fraværende** Ingen

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****6. Ændring af tilsynspolitik for leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp**

Sagsnr.: 11/15684

**Punkttype**

Beslutning

**Tema**

Med henblik på indstilling til Økonomiudvalg og byråd anmodes udvalget om at tage stilling til Forvaltningens udkast til tilsynspolitik for tilbud efter lov om social service § 83, som er omfattet af reglerne om frit valg af leverandør efter lovens § 91. I praksis drejer det sig om individ orienteret tilsyn med leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp til hjemmeboende borgere og med samtlige plejecentre i Allerød Kommune.

**Sagsbeskrivelse**

I henhold til Lov om Social Service § 151 c, skal kommunalbestyrelsen udarbejde og offentliggøre en tilsynspolitik for tilbud efter § 83, som er omfattet af reglerne om frit valg af leverandør til personlig pleje og praktisk hjælp. Tilsynspolitikken skal indeholde kommunens procedure for udførelse af tilsyn med disse til bud og for opfølgning af tilsynene.

Byrådet skal mindst én gang årligt følge op på tilsynspolitikken, her under foretage de nødvendige justeringer.

Den nuværende tilsynspolitik omhandler uanmeldt og anmeldt tilsyn af hjemmeplejen og af private leverandører af personlig pleje, med over 10 borgere, og det er dermed nødvendigt at korrigere kommunens tilsynspolitik.

På baggrund af en ændring af Lov om Social Service, lov nr. 326 af 23. marts 2013, der omhandler kommunalbestyrelsens tilrettelæggelse af borgernes frie valg af leverandør af hjemmehjælp, besluttede Sundheds- og Velfærdsudvalget i 2013 at udbyde ydelserne på området for personlig pleje og praktisk hjælp hos de hjemmeboende borgere, der havde valgt privat leverandør.

Sundheds- og Velfærdsudvalget valgte en model, med i alt 3 leverandører, hvor den kommunale hjemmepleje er den ene, og hvor alle leverandører kan levere såvel personlig pleje, som praktisk hjælp. I forbindelse med valg af udbudsmodel skulle Forvaltningen:

- Opsige alle private leverandører med 6 måneders varsel

- Udarbejde revideret udbudsmateriale, der sikrer kvalitet, kommunikation og samarbejde om udviklingstiltag
- Sikre tilsyn af samtlige leverandører

Udbuddet er gennemført i 2014, og dermed er alle leverandører omfattet af uanmeldt og anmeldt tilsyn.

Rent praktisk er der tale om tilsyn hos yderligere én privat leverandør, end i 2013 og 2014. Tilsynene af plejecentrene er uændret

Forvaltningen har udarbejdet et forslag, til ny tilsynspolitik.

**Administrationens forslag**

Forvaltningen anbefaler, at Sundheds- og Velfærdsudvalget indstiller vedlagte udkast til tilsynspolitik godkendt i Økonomiudvalg og byråd, og at den årlige opfølgning på tilsynspolitikken fremover sker i Sundheds- og Velfærdsudvalget i sammenhæng med godkendelse af kvalitetsstandarderne.

**Afledte konsekvenser**

Samtlige leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp vil årligt modtage uanmeldt tilsyn af ekstern tilsynsleverandør, og deltage i anmeldt dialogbaseret tilsyn. Sundheds- og Velfærdsudvalget vil blive præsenteret for samtlige tilsynsrapporter.

**Økonomi og finansiering**

De uanmeldte tilsyn foretages på baggrund af et udbud, i dag ved BDO, Kommunernes revision A/S. Den estimerede udgift for et ekstra tilsyn er ca. 20.000 kr./år.

Udgiften afholdes inden for Ældre- og Sundheds samlede budget.

**Dialog/høring**

Ældreråd og handicapråd

**Bilag**

Ny Tilsynspolitik for personlig og praktisk hjælp 2014

**Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 29-10-2014**

---

Udvalget indstiller Forvaltningens forslag godkendt i Økonomiudvalget og byrådet.

Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.

**Fraværende**

Ingen

**SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017****7. Budgetanalyse - anvendelse og organisering af vikarer**

Sagsnr.: 13/18246

**Punkttype** Orientering

**Tema** Økonomiudvalget godkendte på møde den 21. januar 2014 kommissorium for budgetanalysen vedrørende anvendelse og organisering af vikarer i Allerød Kommune. På baggrund heraf har Forvaltningen udarbejdet analyse der forelægges til orientering for Økonomiudvalget.

**Sagsbeskrivelse** Byrådet har i budgetforliget 2014-1017 ønsket en analyse af anvendelse og organisering af vikarer i organisationen. Som opfølgning herpå har Forvaltningen udarbejdet samlet analyse af vikarområdet i Allerød Kommune. Følgende områder indgår i analysen:

- Sygefravær på hovedområder (afsnit 3)
- Refusioner og fraværspuljer (afsnit 4)
- Vikardækning på skoleområdet og sfo (afsnit 5)
- Vikardækning på dagtilbudsområdet (afsnit 6)
- Vikardækning på ældreområdet (afsnit 7)

Den samlede analyse er vedlagt som bilag til punktet. Analysen indgik som baggrundsmateriale til byrådets budgetseminar den 12. – 13. september 2014.

Analysen oversendes til orientering for relevante fagudvalg.

**Administrationens forslag** Forvaltningen anbefaler, at orienteringen tages til efterretning.

**Bilag** Vikaranalyse.pdf

**Beslutning**  
**Økonomiudvalget**  
**2014-2017 den 30-**  
**09-2014** Orienteringen taget til efterretning med 7 stemmer for. Imod stemte 2 medlemmer (John Køhler og Jesper Hammer).

John Køhler og Jesper Hammer har ønsket følgende mindretalsudtalelse ført til protokol:

”Analysen udgør ikke i tilstrækkelig grad et styringsgrundlag og



rækker ikke fremad. Bør kvalificeres yderligere.”

**Beslutning  
Sundheds- og  
Velfærdsudvalget  
2014-2017 den 29-  
10-2014**

Udvalget tog orienteringen til efterretning, idet udvalget får forelagt en sag om sygefravær på Ældreområdet i foråret 2015.

**Fraværende**

Ingen

Signeret af:

---

Birgitte A. Rasmussen  
*Formand*

---

Poul Albrechtsen  
*Næstformand*

---

Gurli Nielsen  
*Medlem*

---

Henriette Gedde  
*Medlem*

---

Olav B. Christensen  
*Medlem*

**Bilag: 3.1. Notat status på Digital Post uge 40**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 29. oktober 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 81850/14

# NOTAT

## Status på Digital Post i Allerød Kommune

Dato: 10. oktober 2014

Forvaltningen har i uge 40, 2014 trukket oplysninger om antal tilmeldte, permanent fritagne og midlertidigt fritagne til Digital Post i Allerød Kommune.

I henhold til vejledningen fra KL og Digitaliseringsstyrelsen vedrørende Digital Post er midlertidig fritagelse gældende fra registreringen til den 1. november 2016.

Status fremgår af tabellen nedenfor.

### Status på digital post i Allerød Kommune uge 40, 2014.

Aldersfordeling	Tilmeldte	Permanent fritagne	Midlertidigt fritagne
95 år +	5	12	0
85-94 år	85	176	5
75-84 år	631	361	12
65-74 år	2018	236	23
55-64 år	2481	47	3
45-54 år	3115	18	4
35-44 år	2391	5	1
25-34 år	844	6	1
15-24 år	1172	2	2
<b>I alt</b>	<b>12.442</b>	<b>863</b>	<b>51</b>

### Andel af tilmeldte ift. målgruppen i uge 40, 2014

	Andel af tilmeldte	Andel af ikke tilmeldte
<b>I alt</b>	<b>64,4 %</b>	<b>35,6 %</b>

### Andel af permanent fritagne i forhold til målgruppen i uge 40, 2014

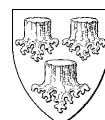
	Andel af ikke permanent fritagne	Permanent fritagne
<b>I alt</b>	<b>95,5 %</b>	<b>4,5 %</b>

### Andel af midlertidigt fritagne i forhold til målgruppen i uge 40, 2014

	Andel af ikke midlertidigt fritagne	Midlertidigt fritagne
<b>I alt</b>	<b>99,7 %</b>	<b>0,3 %</b>

### Andel af tilmeldte i Region Hovedstaden ift. målgruppen i uge 40, 2014

	Andel af tilmeldte	Andel af ikke tilmeldte
<b>I alt</b>	<b>58,1 %</b>	<b>41,9 %</b>



**Bilag: 4.1. Notat vedr ældreområdet aktivitetsøgning og budgetmæssige forudsætninger sep. 2014**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 29. oktober 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 82485/14

# NOTAT

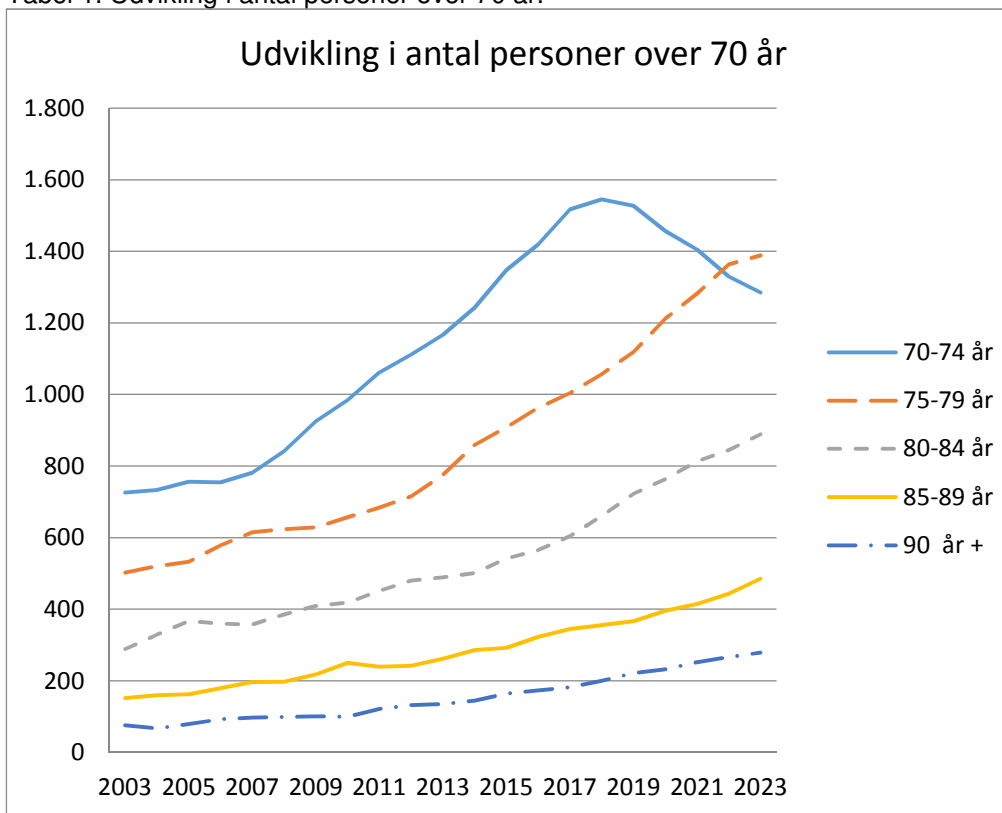
## Økonomi ældreområdet

Forvaltningen har udarbejdet et notat om udviklingen på ældreområdet med fokus på aktivitetsøgning og budgetmæssige forudsætninger for de seneste regnskabsår og de kommende budgetår.

## Den demografiske udvikling

På baggrund af befolkningsprognosen forventes en stadig vækst i antallet af personer over 70 år. Udviklingen ses i grafen herunder:

Tabel 1. Udvikling i antal personer over 70 år.



Antallet af personer i aldersgruppen fra 70-75 år forventes at stige frem mod 2018, hvorefter kurven knækker. Denne stagnation vil formentlig slå igennem i de øvrige aldersgrupper i de år, som ligger ud over den nuværende prognoseperiode.

Således må den demografiske effekt af de kommende års udvikling forventes at have betydning for antallet af ældre frem til år 2030.

Fra 2004 til 2014 blev der flere ældre i Allerød Kommune. I 2004 var der 1.076 personer, som var 75 år eller derover. Med et samlet befolkningstal i kommunen på 23.425 svarer det til 4,6 % af indbyggerne. I 2014 er antallet af personer på 75 år eller derover steget til 1.790, og det samlede befolkningstal i kommune er 24.171, hvorfor andelen af personer i aldersgruppen over 75 år er 7,4 %.

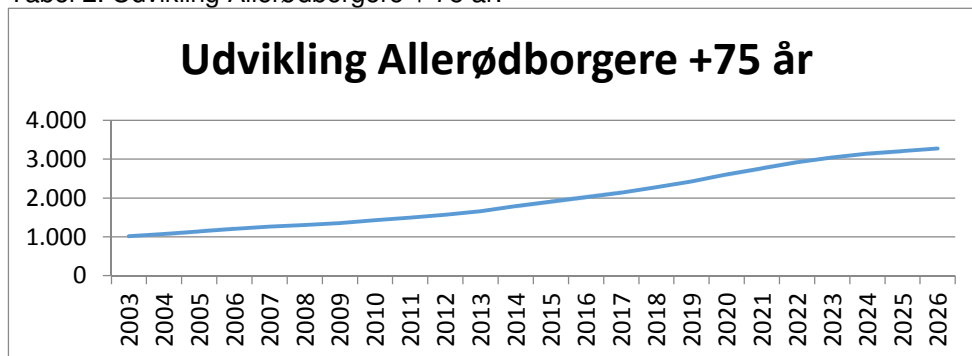
Udover at der bliver flere personer i aldersgruppen over 75 år, stiger gruppens samlede andel af befolkningstallet således også. I 2024 forventes på baggrund af



den nuværende prognose et samlet befolkningstal på 25.259. Antallet af personer over 75 år vil da udgøre 3.138, svarende til ca. 12,4 %

I absolutte tal er der i perioden 2004 til 2014 sket en stigning i antallet af +75 årige borgere med 772 personer. I perioden 2014 til 2024 forventes en stigning på 1.348 i samme aldersgruppe. Tilgangen i aldersgruppen er således ca. dobbelt så stor de kommende 10 år, som i de foregående 10 år.

Tabel 2. Udvikling Allerødborgere + 75 år.



Ovenstående graf fra seneste befolkningsprognose viser, at der sker en 3-dobling af antal borgere over 75 år i perioden 2003-2026. Fra godt 1.000 til godt 3.000 borgere.

De seneste årtiers udvikling med fokus på forebyggelse betyder, at flere har taget ansvar for egen sundhed. Mange ældre lever et godt liv baseret på den sunde aldring. Alligevel er der stadig en tæt sammenhæng mellem alder og udvikling af sygdom. Dermed vil en større andel af ældre betyde, at flere borgere har brug for pleje og omsorg, ligesom data viser, at behovet for ydelser; praktisk hjælp, personlig pleje, hjælpemidler og træning hos den enkelte er større end tidligere, således får flere et større antal ydelser.

## Udgiftsudviklingen på ældreområdet i Allerød

Nedenstående tabel 3 viser, faktiske henholdsvis forventede udgifter på hovedområder indenfor ældreområdet, for perioden 2011 – 2018. I afgrænsningen er der mindre udgiftsområder, der ikke er medtaget, ligesom der i de viste områder indgår udgifter, som vedrører andre aldersgrupper, her primært handicappede borgere.

Tabel 3. Faktiske henholdsvis forventede udgifter 2011 – 2018.

	Forbrug 2011	Forbrug 2012	Forbrug 2013	Korr. budg 2014	Forv. regnsk 2014	Adm budget forslag 2015	Adm budget forslag 2016	Adm budget forslag 2017	Adm budget forslag 2018
1.000 kr. PL: 2015									
<b>Udgifter hovedområder</b>	103.058	109.225	119.862	119.857	127.227	135.282	140.922	146.700	154.283
<b>Pleje i eget hjem:</b>									
Hjemmehjælp	27.087	31.818	37.262	34.265	39.988	43.162	47.728	52.669	58.967
Sygepleje	7.292	8.060	8.861	8.551	9.368	10.227	10.871	11.436	12.214
Terminalpleje	641	557	311	613	408	413	413	413	413
<b>Plejecenter (primært)</b>									
Allerød borgere udenbys	9.442	9.536	10.635	9.502	9.502	9.502	9.502	9.502	9.502
Udenbys borgere	-21.212	-22.637	-24.867	-27.750	-27.634	-28.919	-29.369	-29.867	-30.421
Plejecentre	67.354	69.706	75.248	83.322	82.135	87.060	87.060	87.060	87.060
Hjælpemidler	12.455	12.185	12.412	11.355	13.460	13.838	14.716	15.487	16.547



I tabel 4 ses den procentvise udvikling i perioden 2011 – 2018.

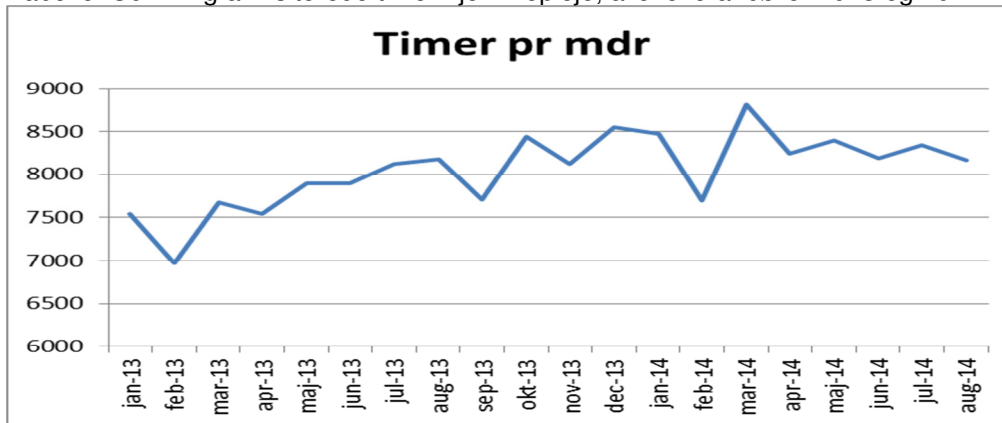
Til sammenligning er vist udviklingen i +75årige borgere, som er den gruppe, der modtager hovedparten af ydelser.

Tabel 4. Procentvis udvikling i perioden 2011 – 2018.

Vækst på ældreområdet	Regnsk 11 til Regnsk 12	Regnsk 12 til Regnsk 13	Regnsk 13 til Forv 14	Forv 14 til Budg forsl 15	Budg forsl 15 til Budg forsl 16	Budg forsl 16 til Budg forsl 17	Budg forsl 17 til Budg forsl 18	Vækst Regnsk 11 - Budg forsl 18	Gnsn pr år
Demografivækst +75 år	4,9%	5,9%	7,7%	6,5%	6,1%	5,5%	6,5%	52,0%	6,2%
<b>Økonomisk vækst på hovedområder:</b>									
Sammenvejet vækst	6,0%	9,7%	6,1%	6,3%	4,2%	4,1%	5,2%	49,7%	5,9%
<b>Pleje i eget hjem:</b>									
Hjemmehjælp	17,5%	17,1%	7,3%	7,9%	10,6%	10,4%	12,0%	117,7%	11,8%
Sygepleje	10,5%	9,9%	5,7%	9,2%	6,3%	5,2%	6,8%	67,5%	7,7%
Terminalpleje	-13,0%	-44,1%	31,2%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	-35,6%	-3,6%
<b>Plejecenter (primært)</b>									
Allerød borgere udenbys	1,0%	11,5%	-10,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,3%
Udenbys borgere	6,7%	9,9%	11,1%	4,7%	1,6%	1,7%	1,9%	43,4%	5,3%
Plejecentre	3,5%	7,9%	9,2%	6,0%	0,0%	0,0%	0,0%	29,3%	3,8%
Hjælpe midler	-2,2%	1,9%	8,4%	2,8%	6,3%	5,2%	6,8%	37,3%	4,2%

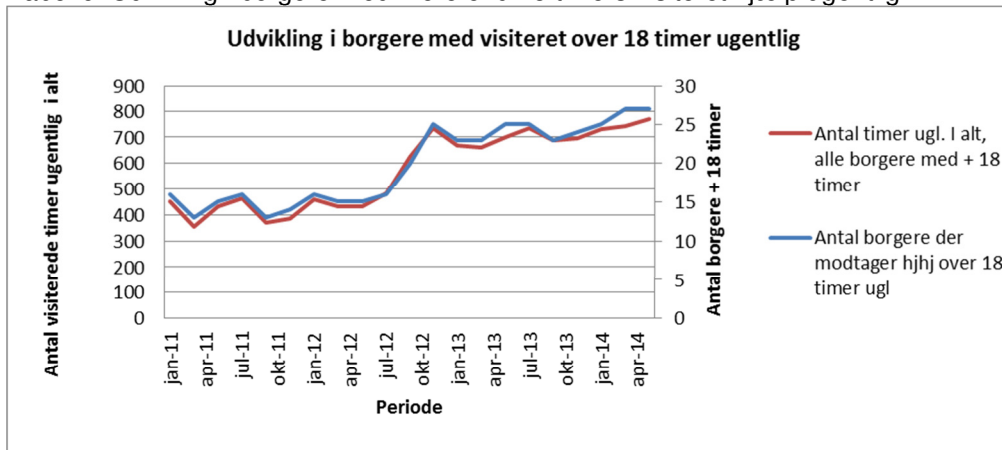
I tabel 5 og 6 ses eksempler på udviklingen. Her for visiterede timer til hjemmepleje pr. måned samt for antal borgere visiteret til mere end 18 timers hjælp ugentligt.

Tabel 5. Udvikling af visiterede timer hjemmepleje, alle leverandører 2013 og 2014



Det årlige udsving i februar knytter sig til at måneden har 28 dage.

Tabel 6. Udvikling i borgere med mere end 18 timers visiteret hjælp ugentlig





### **Særlige omstændigheder for budgetlægning for hjemmehjælp 2012 – 2014.**

Udgifterne til hjemmehjælp har historisk været fremskrevet med demografieffekten. I 2012 skete der imidlertid en uventet kraftig vækst i leverede timer fra august og frem. Konsekvensen blev en udgiftsstigning på 17,5 pct. hvilket var langt over den budgetterede demografiske effekt på 5 pct. Da ændringen kom sent på året, og først reelt kunne konstateres ved årets afslutning, kunne den ikke nå at blive indarbejdet i budget 2013.

Ved udarbejdelse af budget 2014, i foråret 2013, indgik det i vurderingen, at der var tale om en enkeltstående ekstra øgning, og at åbningen af plejecenter Skovvang i foråret 2013 ville dæmpe udgifterne til hjemmehjælp. Efterfølgende kunne det konstateres at disse forudsætninger ikke holdt, idet væksten i udgifterne i 2013 blev 17,1 pct. En konsekvens af den store vækst i 2013 er, at budget 2014 blev budgetlagt for lavt. Dette har medført, at der er indmeldt forventede merudgifter i budgetopfølgningen for 2014.

En anden konsekvens er, at udgangspunktet for budget 2015-18 er for lavt. Derfor, er der i det administrative budgetforslag for ovennævnte periode indarbejdet et opskrevet udgangspunkt, samt en øget fremskrivningstakt fremadrettet.

### **Udviklingen for det samlede ældreområde i perspektiv**

I budgetforslag 2015-2018 er der indlagt yderligere merudgifter. Årsagerne er dels ovennævnte vækst på hjemmehjælpsområdet, dels øgede krav til plejeopgaven på plejecentrene og dels et generelt demografibaseret pres på økonomien. Men set i perspektiv er den samlede udgiftsvækst på ældreområdet i perioden 2011 (regnskab) til 2018 (budgetforslag), ikke højere end den demografiske vækst i antal borgere over 75 år i samme periode. Dette beror på, at den høje vækst på hjemmeplejeudgifter udlignes af, at områder som plejecentre og hjælpemidler, i perioden har en lavere vækst end demografien tilskriver.

### **Faktorer der har indflydelse på fremskrivningen:**

Omfanget af pleje og andre ydelser på ældreområdet påvirkes af en række faktorer, her særligt:

- Antal borgere med behov er den væsentligste faktor
- Antallet af ydelser og tidsforbrug/ydelse pr. borger
- En del ydelser vedrører såvel ældre som handicappede. Demografien og behovet for pleje og andre ydelser udvikler sig ikke nødvendigvis parallelt med ældreområdets demografi
- Ændringer i kvalitetstandarder
- Hjælpemidler, da disse visiteres til en bredere gruppe borger og ikke udelukkende kan kobles til den demografiske udvikling
- Stort antal udenbys borgere på plejecentre
- Ca. 40 pct. af beboerne på Allerøds plejecentre er udenbys borgere, hvilket giver usikkerhed, når udvikling i behov for pladser skal estimeres. De faktiske udgifter dækkes dog stort set af betalingen fra de andre kommuner.
- Forbedrede sygehusbehandlinger og plejemuligheder i eget hjem er formentlig med til at give en forskydning i om, og hvornår borgere ønsker plejebolig.

Ovennævnte faktorer påvirker fremskrivningen af området. Udgiftsstigningen på 15 – 20 pct./år til hjemmepleje i årene 2012/2013 var som nævnt uventet. Uanset



usikkerheder vurderes det fortsat, at det bedste bud på fremskrivningsvariabel oftest vil være demografi for de +75/+80 årige.

I forhold til plejecenterområdet gør flere forhold sig gældende. Demografien med øgning af antallet af ældre borgere betyder et større behov for plejeboliger. Nye behandlingsmetoder og tilbud betyder, at de ældre lever længere, med mere sygdom og derfor har større behov for omsorg og pleje end tidligere. Endelig er der en stigende forventning og krav til kompetencer i omsorgen for den enkelte, dels fra borgere og pårørende, men også som et resultat af udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen, der gennem sundhedsaftalerne, har flyttet mange opgaver til kommunerne.

Samlet betyder disse forhold, at normering og personalesammensætning på plejecentrene er under pres. En rundspørge til en række kommuner i Nordsjælland viser, at Allerød umiddelbart ligger lavest i personalenormering pr/plads.

## **Fremskrivningsmetodik på enkeltområder:**

### **Hjemmehjælp:**

#### Historisk:

I en årrække fremskrevet med demografi.

Kvalitetstandardsændringer.

Uforudset vækst i 2012 og 2013 på årligt 15-20 pct., har vist at budgetlægning baseret på demografisk ikke har været tilstrækkelig.

#### Budget 2015 – 2018

I budgetforslag 2015-18 er indregnet en årlig vækst svarende til demografi +5 pct. Tillægget er et forsøg på balancere mellem demografisk vækst, og den konstaterede vækst i 2012/13. Fremskrivningen er desuden korrigeret for besparelse ved udbud private leverandører, effekt af rehabiliteringsindsats, besparelser i vikarftale, samt anslået effekt af øget antal plejehjemspladser med åbningen af de sidste 20 pladser på Skovvang.

### **Sygepleje:**

#### Historisk:

I en årrække fremskrevet med demografi.

De senere år har en årlig vækst på omkring 10 pct. betydet underbudgettering som efterfølgende har måttet rettes op. Årsag demografi samt øgede kompetencekrav og opgaveglidning fra sygehusene.

#### Budget 2015 – 2018

I budgetforslag 2015-18 er indregnet vækst svarende til demografien, idet der forventes udvidelse af adgangen til sygeplejeydelser på andre områder gennem fx udvidelse af akutområdet i forbindelse med Sundhedsaftale III. Dette er delvist finansieret af økonomaftalen mellem Regeringen og KL.

### **Plejecentre:**

#### Historisk:

De senere år er budgetterne alene justeret ved ændringer i kapacitet, eller ved politisk besluttede besparelser/forbedringer.

#### Budget 2015 – 2018

Samme metode samt evt. behovsanalyser med følgende politisk beslutning.

### **Hjælpebidler:**

#### Historisk:

De senere år er budgetterne justeret på baggrund af aktuel udvikling. At der ikke blot er fremskrevet med demografi skyldes, at hjælpemiddeludgifter ikke er så snævert bundet til borgergruppen +75 år, som de øvrige plejeudgifter.



Samtidig har nye indkøbsaftaler og opstrammede procedurer har været med til at holde udgiftsudviklingen i ro nogle år.

#### Budget 2015 – 2018

I 2014 konstateres et pres på udgifterne, formentlig primært demografisk begrundet. I budgetforslag 2015-18 er indregnet demografisk betinget vækst

#### **Udenbys borgere/Allerød borgere udenbys:**

Området omfatter ophold på plejecenter, hjemmepleje og hjælpemidler mm.. Væsentligste post er ophold på plejecenter.

Der er betydeligt flere udenbys borgere på plejecentre i Allerød, end der er Allerødborgere på andre kommuners plejecentre. Dette giver isoleret en nettoindtægt i afregning med andre kommuner. Denne indtægt indgår ikke Ældre- og Sundheds budget.

Ved plejecenter udvidelser og hjemmepleje regnes der med forholdsmæssig andel af udenbys borgere. Øvrige poster er primært vurderet på baggrund af erfaringen.

#### **Afsluttende kommentar**

Som det ses varierer udviklingen over årene, uden at der altid er tydelige årsagssammenhænge. De seneste års høje vækst på hjemmepleje, skyldes formentlig forskellige faktorer, her særligt et øget pres fra sygehusene, periodevis mangel på plejecenterpladser samt at nogle borgere har foretrukket massiv hjemmehjælp i hjemmet frem for en plejecenterplads.

Som det fremgår af tabel 4 med procentvis vækststudvikling, er udgiftsvæksten i budgetoverslagsårene lavere end demografivæksten. Det skyldes blandt andet, at der kun budgetlægges med vækst på plejecenterdelen, når der er konkrete udvidelser. Dette indebærer risiko for underbudgettering i år uden udvidelser, da den samlede vækst kan vise sig i forbruget af hjemmepleje og hjælpemidler.

Konkret forventes plejecenterkapaciteten fuldt anvendt senest ved årsskiftet 2014/2015. Med den foreliggende demografiske udvikling, må det forventes, at der fremadrettet kommer behov for flere plejeboliger. Disse er ikke indregnet i budgetterne for 2015 – 2018. SVU har til de kommende budgetforhandlinger anbefalet oprettelse af yderligere 10 demenspladser i 2015, årlig estimeret nettoudgift 1,6 mio.kr, samt at forvaltningen arbejder videre med et konkret forslag til etablering af 40 – 65 nye demensboliger frem mod 2018.

#### **Yderligere faktorer som påvirker udviklingen fremadrettet:**

##### **Det borgernære sundhedsvæsen**

Det borgernære sundhedsvæsen er en realitet, som stiller nye krav til det kommunale sundhedsvæsen, og skærper det kommunale ansvar i forhold til kompetencer, kvalitet og sammenhæng i de eksisterende opgaver. Dette gælder såvel kommunalt som på tværs af sektorer og i samarbejdet med hospitaler og de praktiserende læger. Sundhedsstyrelsen bidrager løbende til denne udvikling, ligesom Kommunernes Landsforening har beskrevet det strategiske indhold af udviklingen på området.

Ifølge sundhedsstyrelsen er de borgernære sundhedstilbud blandt andet karakteriseret ved at omfatte sundhedsaktiviteter tæt på borgerens hverdagsliv med afsæt i borgerens livssituation og nærmiljø, med borgeren som aktiv medskabere, at omfatte sundhedsfremme og forebyggelse, tidlig opsporing af sygdomstegn, udredning, behandling, pleje, genoptræning, rehabilitering og palliation.

Dette betyder, at det kommunale sundhedsvæsen, stilles over for øgning i antal og frekvens af tilbud på området, krav og forventning om løsning af opgaver med



større kompleksitet og højere tempo, udvidet kompetence og fleksibilitet i de kommunale tilbud.

### **Sundhedsaftalernes rammer, en del af sundhedsloven**

Sundhedsloven 2010 indeholder krav om et forpligtende samarbejde på sundhedsområdet med sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer og mellem Regionsrådet og kommunalbestyrelserne. Dette samarbejde reguleres gennem sundhedsaftalerne, idet indhold og ansvarsfordeling for opgaverne følger udviklingen af lov og regelstyring i regeringen.

Tendensen er, at arbejdet følger udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen og hospitalsplanerne, idet det styrende princip er, at opgaverne skal løses tæt på borgerne. I praksis betyder det opgaveglidning fra regioner til kommuner, og dermed flere borgere, der har brug for kommunale ydelser og flere komplicerede ydelser. Den udvikling vil blive mere tydelig med de nye forpligtende aftalerammer i Sundhedsaftale III, der skal godkendes i Sundhedsstyrelsen primo 2015.

I Sundhedsaftale III er de gennemgående politiske visioner:

At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen  
At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen  
At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed  
At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer

De overordnede temaer i den administrative del af sundhedsaftalen er forebyggelse, behandling og pleje, genoptræning samt rehabilitering, sundheds-it, aktivt og inddragende samarbejde med borgerne, lighed i sundhed samt nye og bedre samarbejdsformer.

Endelig er der i aftalen for kommunernes økonomi for 2014 mellem regeringen, KL og Danske Regioner fastsat følgende mål for den patientrettede forebyggelsesindsats:

- Færre uhensigtsmæssige indlæggelser
- Færre forebyggelige indlæggelser
- Færre uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser
- Færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene

### **Sammenhænge og praksis**

Med udgangspunkt i målene i aftalen for kommunernes økonomi for 2014, er der lagt yderligere pres på det kommunale sundhedsvæsens udvikling, når de aftalte mål skal indfries. Denne udvikling startede efter kommunalreformen og er øget gennem sundhedsaftalernes rammer de seneste år.

Forudsætningerne for at opnå de aftalte mål er et kommunalt sundhedsvæsen i vækst med fokus på kapacitet, effektivitet, fleksibilitet, kompetence – samt forebyggelse af indlæggelser.

Der forudsættes hurtig og fleksibel hjemtagning af borgere fra sygehusene, stærkere kompetencer der sikrer, at opgaven med at drage omsorg for mere komplekse syge borgere kan løses i kommunerne såvel i borgernes egen bolig og på plejecentrene. Der forudsættes oprettelse af flere midlertidige pladser, akut team og akutte pladser, som alternativ til indlæggelser, tidlig opsporing og indsats, når en borgers funktionsniveau ændrer sig samt mere og fagligt stærkere hjemmepleje. Opgaverne flytter og skal i stigende grad løses i kommunerne.



De nævnte forhold betyder stigende udgifter for kommunerne på ældre- og sundhedsområdet i de kommende år. Udgifter der ikke alene kan dækkes af de midler, der er indeholdt i økonomiaftalerne mellem Regeringen og KL for 2014 og 2015, hvorfor kommunens samlede økonomi vil blive belastet af udviklingen.

For kommunernes budgetter vil de stigende udgifter skulle dække ansættelse af mere personale, kompetenceudvikling, rekruttering af ansatte med særlige kompetencer, medicinsk udstyr, velfærdsteknologi og it, bygningskapacitet til etablering af fx akutpladser, træning, hjælpemidler mm

Udfordringerne stiller store krav om fokus på indsatser, der kan minimere udgifterne og skabe effektiviseringer i den kommende udvikling. Dette forudsætter ledelse og prioritering af området både politisk og administrativt.



**Bilag: 4.2. Økonomi Ældreområdet - supplerende notat**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 29. oktober 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 82434/14

# NOTAT

## Økonomi Ældreområdet – supplerende notat

Forvaltningen har på baggrund af supplerende spørgsmål fra Sundheds- og Velfærdsudvalget til notatet vedlagt som bilag til mødet den 17. september 2014 vedrørende økonomi på ældreområdet, belyst de rejste hovedtemaer:

- 1) Udvikling af antal visiterede timer ugentligt til borgere med mere end 18 timer/uge. Dette har betydning for regnskab 2014 og prognose 2015, men er der forklaringer fx nye visitationer, ændret praksis, manglende plejepladser, ændring i sundhedsaftale etc.?
- 2) Udgiftsstigning plejecentre 10 – 15% i 2014 sammenlignet med 2013 og 2012. Herunder øgede krav til plejeopgaver på plejecentrene – hvilke øgede krav er der tale om? Personaleforbrug, ratio sygeplejersker/assistenter/hjælpere samt opgaveløsning for alle, vikarforbrug, vakante stillinger, sygefravær etc.?

### Udvikling visiterede timer

Antallet af borgere med + 18 timers visiteret tid/uge er generelt stigende, men i efteråret 2012 skete en uventet og pludselig stigning. Forvaltningen vurderer, at en stor andel af stigningen kan forklares med ændringer i antallet af plejeboliger, re-visitiation af personlig pleje og praktisk hjælp – og enkelte borgeres konkrete forløb.

### Ændring i plejeboligerne i Allerød Kommune, 2012 og 2013

I marts 2012 blev Pavillon på Vestvej (anneks til Engholm) lukket og beboerne blev visiteret ind på de øvrige plejecentre. Skovvang åbnede i maj 2013.

Disse sammenfald medførte at nogle borgere ventede længere i hjemmet på den ønskede bolig, da borgere på midlertidig plads bliver prioriteret ved tildeling af plejeboliger.

Der blev ikke ændret på kriterierne til plejebolig.

### Re-visitiation af borgere til der er visiteret til bad og rengøring

I efteråret 2012 blev serviceniveauet for rengøring og bad ændret efter en politisk beslutning i byrådet. Re-visitiationen medførte at en mindre gruppe borgere, fik tilbudt bad 2 eller flere gange ugentligt, ligesom næsten alle visiterede borgere blev øget i tiden til praktisk hjælp. Alle borgere med +18 timers visiteret tid/uge har behov for hjælp til bad. Flere borgere blev visiteret til bad oftere end en gang ugentligt, og mange af disse borgere har to hjælpere, således at hjælpen og den visiterede tid øges væsentligt ved tilbud om ekstra bad.

### Påvirket af terminale borgere i en kortere periode.

En gennemgang med fokus på nye borgere med + 18 timer i efteråret 2012, viser at der i denne periode var flere terminale borgere end ellers. Disse borgere vil typisk have væsentligt behov for personlig pleje og omsorg. Dette kan have medført en synlig øgning i antallet af borgere med væsentligt hjælp i perioden.

### Udskrivelser

Der ses ikke væsentlig øgning i antal udskrivelser i efteråret 2012.

## Allerød Kommune

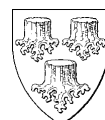
### Ældre og Sundhed

Allerød Rådhus  
Bjarkesvej 2  
3450 Allerød  
Tlf: 48 100 100  
kommunen@alleroed.dk  
www.alleroed.dk

Dato: 6. oktober 2014

Sagsnr. 14/13533

Sagsbehandler:  
Lisbeth Pedersen



### Udgiftsstigning, krav og personale på plejecentre

Udgiftsstigningen på plejecentrene er primært knyttet til åbning af Plejecenter Skovvang. Plejecenter Skovvang åbnede i maj 2013 med 40 pladser, mens der i 2014 dels er budgetteret med et helt års drifts samt åbning af de resterende 20 pladser.

Andre årsager til udgiftsstigningen er øget normering til plejecentrene Mimosen, Lyngehus og Engholm, dels på midlertidig gang, hvor tempo, faglige krav og øget kompleksitet hos borgerne forudsætter mere personale og øgede kompetencer, dels på basisnormeringerne, hvor de enkeltes beboeres behov for pleje og omsorg er mere komplekse og tager længere tid end tidligere. Disse tilretninger indgik i budgetforliget i 2013.

I forhold til øgede krav til opgaveløsningen på plejecentrene er dette en generel tendens som følge af en række faktorer. Dels sker udskrivningen af beboere i plejeboliger efter en hospitalsindlæggelse hurtigere end tidligere, dels følger der ofte plejeopgaver og behandling med, som forudsætter særlige kompetencer hos personalet fx i forhold til iltbehandling, anlæggelse af sonder til ernæring, avanceret sårbehandling, avanceret smertebehandling, behandling af meget medtagne borgere med lungesygdomme, skærpet indsats i forhold til væsketerapi, ernæring, forstoppelse og mobilisering.

Personalesammensætning på plejecentrene fremgår af nedenstående oversigt:

Procentfordeling personalegrupper i henhold til samlet personalebudget 1. sept. 2014 Plejecentre Allerød Kommune

Plejecenter	Ledere	Sygeplejersker	Assistent	Hjælpere	Andre	Vakant	I alt *
Mimosen	3,34	6,67	43,33	40,00	3,33	3,33	100
Engholm	3,05	11,59	24,39	51,23	6,10	2,44	98,8
Skovvang	2,40	9,10	72,60	-	10,90	5,00	100
Lyngehus	1,96	9,80	15,69	52,92	15,70	3,92	99,9

\*Difference skyldes afrundede procenttal

Opgaveløsning og fordeling af opgaver håndteres lokalt på det enkelte plejecenter/afdeling med fokus på kvalitetstandarder, kompetencer, fleksibilitet, kontinuitet og den mest effektive model/løsning. Det enkelte team arbejder tværfagligt og tæt sammen.





**Bilag: 5.1. Revideret rammepapir for somatik - godkendt i KKR - Rammepapir 2014 - 2015 -maj 2014 - endelig.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 29. oktober 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 47634/14

26. MAJ 2014

## Kommunernes fælles rolle – udviklingen af nære sundhedsvæsen i 2014 - 2015

*Fælles rammer og målsætninger for kommunerne i hovedstadsregionen*

Kommunerne har i en årrække haft en væsentlig rolle på sundhedsområdet, en rolle som ikke bliver mindre i fremtiden. I den fortsatte udvikling af det nære sundhedsvæsen er det afgørende, at kommunerne i fællesskab sætter dagsordenen ud fra fælles rammer og målsætninger. Kommunerne skal i fællesskab og lokalt arbejde med de sundhedsindsatser, der gavner borgerne bedst når de løses tæt på borgerne.

KL's udspil "Det nære sundhedsvæsen" skitserer strategien for etablering af et stærkt og nært sundhedsvæsen, der:

- Er borgernes indgang til sundhedsvæsenet
- Fremmer borgernes sunde livsstil og forebygger sygdom
- Forebygger indlæggelse gennem levering af almen og specialiseret sygepleje, genoptræning, rehabilitering og egentræning
- Understøtter behandlingen af borgeren i og nær borgerens eget hjem
- Understøtter borgernes mulighed for at tage hånd om egen sygdom gennem blandt andet brug af uddannelse og moderne teknologi
- Skaber sammenhæng mellem kommuner, almen praksis og sygehusvæsenet for at sikre sammenhæng i patientforløb
- Arbejder evidensbaseret og kvalitetsorienteret.

I økonomiaftalerne for 2013 og 2014 fik kommunerne et varigt økonomisk løfte til udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Kommunerne skal vise, at de kan løfte opgaven. Midlerne og de politiske intentioner skal omsættes til konkrete initiativer og resultater. Det skal være tydeligt, hvad midlerne anvendes til – til gavn for borgeren.

"Kommunernes fælles rolle – udviklingen af det nære sundhedsvæsen i 2014 - 2015" – i daglig tale kaldet "rammepapiret for somatik" – er anden generation af rammepapiret. Det første rammepapir blev godkendt i alle 29 kommuner i foråret 2013. Der er i foråret 2014 foretaget en opfølgning på rammepapiret for 2013, med udgangspunkt i spørgeskemadata fra KL og spørgeskemadata indsamlet af Embedsmandsudvalget for Sundhed. Med afsæt i opfølgningen er der foretaget en mindre revision af rammepapiret, hvor de indsatser som alle kommuner lever op til, er taget ud.

Der er endvidere i 2014 udviklet et rammepapir for psykiatri, som efter samme struktur beskriver fælles rammer og målsætninger for kommunernes arbejde på det psykiatriske område.

Rammepapiret for psykiatri gælder ligeledes for perioden 2014 og 2015.

## **Tværgående fokuspunkter i udviklingen af det nære sundhedsvæsen**

Kommunerne fungerer i tæt samspil med hospitaler og almen praksis/praksissektoren i sundhedstrekanten. I takt med at hospitalerne løser stadigt mere specialiserede opgaver varetager kommunerne i samarbejde med de praktiserende læger de nære sundhedsopgaver tæt på borgeren.

Samspillet mellem det specialiserede og det nære sundhedsvæsen skal understøttes og udbygges, så den enkelte borger får og oplever en sammenhængende og koordineret indsats. Kommunerne skal stille krav til samarbejdspartnerne om, at de er tilgængelige for kontakt og støtter kommunerne med specialsthjælp.

Det nære sundhedsvæsen har udgangspunkt i borgerens samlede situation. Kommunerne skal levere en tværfagligt sammenhængende indsats for borgerne. Indsatsen i det nære sundhedsvæsen skal kobles tæt med den øvrige kommunale indsats indenfor fx socialområdet, beskæftigelsesområdet mv.

Udviklingen af indsatser i det nære sundhedsvæsen stiller store krav til kommunerne. Kommunerne skal kunne sikre indsatser af høj kvalitet til alle borgere med behov og samtidig udnytte ressourcerne bedst muligt. Fremadrettet skal kommunerne etablere tværkommunale samarbejder, hvor det giver mening, for at skabe volumen i forhold til mere specialiserede opgaver og for at sikre de nødvendige kompetencer er til rådighed.

I udviklingen af det nære sundhedsvæsen er det væsentligt at inddrage borgernes egne ressourcer og civilsamfundets organisationer. Borgerne er ikke passive modtagere af sundhedsydelser, men aktive deltagere i kortere og længere forløb.

Kommunerne skal have fokus på ulighed i sundhed og via indsatserne nå alle grupper af borgere. Udfordringen er kompleks og kalder på kreative og innovative indsatser. En effektiv indsats kan dog give store sundhedsmæssige effekter, både til gavn for borgerene og for den kommunale økonomi.

En afgørende præmis for kommunernes arbejde med at udvikle det nære sundhedsvæsen og optimere ressourceanvendelsen er, at der er ensartet, sammenlignelig dokumentation og en konsekvent opfølgning på indsats og effekt. Kommunerne i Region Hovedstaden skal være med til at sætte emner på dagsordenen, der skal tages stilling til på nationalt niveau fx i forhold til dokumentationsindsatsen. Det forudsættes, at der nationalt udvikles fælles værktøjer til dokumentation og effektmåling til brug for kommunernes opfølgning. Dokumentations- og evalueringsindsatsen skal understøtte smidige tværsektorielle overgange for den enkelte borger og bidrage til at dokumentere aktivitet, effekt og evidens på sundhedsområdet. Det er desuden en forudsætning, at arbejdet med effektdokumentation understøttes af national lettilgængelig og opdateret evidens og best practice på sundhedsområdet.

KL har i forbindelse med udspillet om det nære sundhedsvæsen iværksat en række projekter og afklaringer på nationalt niveau, eksempelvis udvikling af en strategi for velfærdsteknologi. Det er vigtigt for at sikre et bedt muligt grundlag for udvikling af det nære sundhedsvæsen at den kommunale indsats sker i samspil med KL's udspil på sundhedsområdet.

## Strategiske målsætninger og konkrete indsatser

KL's sundhedsudspil baserer sig på, at kommunerne i stigende grad arbejder efter samme principper og mål og løfter arbejdet som en samlet kommunesektor. De 29 kommuner i hovedstadsregionen skal skabe en fælles platform for udviklingen af det nære sundhedsvæsen og bidrage til et solidt grundlag for KL til det videre arbejde. Arbejdet med de fælleskommunale principper og mål, skal løftes ind i det eksisterende samarbejde med regionen, særligt i forhold til de nye sundhedsaftaler.

En vigtig præmis i arbejdet er, at der er mange veje til samme mål. For at sikre det bedste og mest effektive resultat er det nødvendigt, at kommunerne enkeltvist har mulighed for at rette fokus på særlige lokale tiltag samtidig med, at området løftes i fællesskab mellem alle kommuner.

Følgende overordnede strategiske målsætninger for det nære sundhedsvæsen – på både det somatiske og psykiatriske område – udgør rammen for de 29 kommuner i hovedstadsregionen. Kommunerne skal udvikle det nære sundhedsvæsen så:

- *Det fremmer alle borgeres sunde livsstil og forebygger sygdom*
- *Det støtter borgerne i at tage hånd om egen livssituation og udøve egenomsorg*
- *Borgeren er i centrum og der er fokus på den samlede livssituation.*

Særlig fokus skal rettes mod følgende fire strategiske målsætningsområder for udviklingen af det nære sundhedsvæsen, hvor de konkrete indsatser, som følger neden for i papiret, er formuleret inden for:

1. Forebyggelse og sundhedsfremme
2. Forebyggelse af (gen)indlæggelser
3. Kronisk sygdom
4. Dokumentation.

De strategiske målsætningsområder udmøntes i to typer indsatser:

- Indsatser som er forpligtende for alle kommuner ("skal"-indsatser)
- Indsatser som kan løftes af en enkelt kommune eller grupper af kommuner i samarbejde, for dermed at skabe viden i forhold til den fremadrettede udvikling ("kan"-indsatser)

Der er under hvert område anført indsatser, der skal implementeres i 2014 - 2015 eller hvor implementeringen skal være påbegyndt i 2014 - 2015. Der er samtidig anført ideer til indsatser, der kan implementeres i 2014 - 2015 som pilotprojekter af en enkelt kommune eller flere kommuner i fællesskab.

KKR Hovedstaden opfordrer kommunerne til at byde ind på at være pilot-kommune på "kan"-indsatserne og hører også gerne om andre kommunale "kan"-indsatser inden for de strategiske målsætningsområder.

## Indsatser

### 1. Forebyggelse og sundhedsfremme

#### ***Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2014 - 2015***

- Kortlægning af kommunens egne indsatser, som forberedelse til implementering af de nationale forebyggelsespakker
- Med udgangspunkt i sundhedsprofilerne som prioriteringsværktøj udarbejder hver enkelt kommune en plan for trinvis implementering af de nationale forebyggelsespakker

#### ***Pilotprojekter som kan igangsættes i 2014 – 2015 - gerne som tværkommunale samarbejder***

- Udvikling af modeller for tværkommunalt samarbejde om udmøntning af forebyggelsespakkernes, fx tværkommunal alkoholforebyggelse
- Udviklingsprojekter om udmøntning af forebyggelsespakkernes udviklingsniveauer, fx tværkommunalt samarbejde på hygiejneområdet.

### 2. Forebyggelse af (gen)indlæggelser

#### ***Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2014 - 2015***

- Kommunerne skal have organiseret opfølgende hjemmebesøg med udgangspunkt i rammepapir fra KL og Danske Regioner om udmøntning af handlingsplan for den ældre medicinske patient
- Kommunerne skal, som del af implementeringsplanen for den ældre medicinske patient, implementere forløbskoordinering.
- Kommunerne skal systematisk arbejde med stratificering af genoptræningsplaner og kvalitetsudvikling, herunder tilpasning af organisering af træningsopgaven. Fx via:
  - Intern specialisering i teams/enheder
  - Tværfaglige indsatser
  - Tværkommunale samarbejder.
- Kommunerne skal forebygge indlæggelser gennem indsatser i ældreplejen med påvist effekt (fx tidlig opsporing/monitorering af tidlige tegn på faldende funktionsniveau, medicin håndtering, faldforebyggelse, kompetenceløft mv.). Dette skal eksempelvis ske via styrkelse af kompetencer og tidlig opsporing i følgende indsatser:
  - Uddannelse af specialister indenfor fx KOL, diabetes mv.
  - Etablering /udbredelse af koordinerende indsatser fx indenfor hjerneskade, demens mv.
  - KL's kompetenceprofil projekt inddrages i den fremtidige udvikling og rekruttering
  - Styrkelse af medarbejdernes kompetencer i forhold til tidlig opsporing af såvel kronisk sygdom som faldende funktionsniveau

- Implementere de screeningsværktøjer, der forventes udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen (fald, urinvejsinfektioner, ernæring mv.)
  - Samarbejde med almen praksis med henblik på tidlig opsporing af truende indlæggelser
  - Tværsektoriel forebyggelse af indlæggelser (i samarbejde med hospitaler).
- Kommunerne skal implementere Fælles Medicinkort (FMK)

***Pilotprojekter som kan igangsættes i 2014 – 2015 – gerne som tværkommunale samarbejder***

- Etablering af akutteams eller midlertidige døgnpladser med adgang til sygeplejefaglig kompetencer døgnet rundt for borgere med risiko for indlæggelse og borgere der har behov for intensiv pleje efter indlæggelse (fx etablering af ”tryghedshoteller”, akutpladser eller rehabiliterings-pladser)
- Udvikling af modeller for tværsektorielt samarbejde (shared care), fx via følgende indsatser: Tværgående akutteams mellem aktørerne i sundhedstrekanten, tværsektoriel udredningsenhed (TUE), geriatriske tilsyn, udgående AMA/sygeplejerske teams
- Udvikling af samarbejdet i med almen praksis/vagtlægefunktionen fx ved brug af subakutte tider, information til almen praksis om kommunernes alternative tilbud til indlæggelser og deres rolle ift. akutindsatser

### **3. Kronisk sygdom**

***Skal være implementeret/påbegyndt implementering i løbet af 2014 - 2015***

Alle kommuner har med sundhedsaftalen for 2011-2014 tilsluttet sig forløbsprogrammer for borgere med KOL og type 2 diabetes. Kommunerne er enige om, at forløbsprogrammer er den rigtige ramme for at tilrettelægge indsatsen til borgere med kronisk sygdom. Der er en klar opmærksomhed på at kommunerne er forskellige steder og har forskellige udgangspunkter for implementering af programmerne. I det fremadrettede arbejde skal der derfor være et klart fokus på at udvikle modeller for tværkommunale samarbejder om tilbud til kronikere, herunder tværdiagnostiske tilbud.

- Alle kommuner skal have implementeret forløbsprogrammer for demens og kræft<sup>1</sup> i 2014 - 2015
- Der udvikles modeller for tværdiagnostiske forløbsprogrammer, der kan rumme flere diagnoser for kronisk sygdom. Udviklingen kan ske tværkommunalt.

***Pilotprojekter som kan igangsættes i 2014 – 2015 - gerne som tværkommunale samarbejder***

- Implementering af forløbsprogram for lænde-ryg sygdomme

---

<sup>1</sup> Det er et nationalt krav at alle kommuner implementere forløbsprogram for kræft, der er givet midler til kræftområdet i 2013

- Øget samarbejde med almen praksis med henblik på tidlig opsporing af borgere med kronisk sygdom om rekruttering til forløbsprogrammer med det formål at mindske ulighed i sundhed, fx via fælles udvikling af opsporingsmetoder
- Etablering af forløb for sårbare borgere (herunder med psykisk sygdom, etniske grupper m. fl.)
- Udvikling af forløbskoordination
- Udvikling og implementering af telemedicinske løsninger
- Implementering af fælles nationale kliniske retningslinjer
- Udvikling af modeller hvor frivillige inddrages i forankring af fx motion og bevægelse efter borgeren har gennemgået forløbsprogram.

#### 4. Dokumentation

##### ***Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2014 - 2015***

- Kommunerne skal aktivt dokumentere og følge op på om indsatserne virker
- Alle kommuner skal arbejde systematisk med ledelsesinformation på sundhedsområdet og bringe informationen til anvendelse både politisk og administrativt
- Der udvælges 3-6 centrale indikatorer til opfølgning, som kommunerne forpligter sig til at benytte fremover med henblik på opfølgning i egen kommune og sammenligning af indsatser på tværs af kommuner
- Udviklingen af ledelsesinformationsgrundlaget skal ske i samarbejde med KL
- Kommunerne i Region Hovedstaden forudsætter at der på længere sigt nationalt udvikles fælles værktøjer til dokumentation og effektmåling til brug for kommunernes opfølgning.

##### ***Pilotprojekter som kan igangsættes i 2014 - 2015 - gerne som tværkommunale samarbejder***

- Pilotprojekt der arbejder med at forbedre dokumentationspraksis og – muligheder fx:
  - Hvorvidt akutteam og triage fører til færre indlæggelser
  - Optimering af brugen af registrerede data fra omsorgssystemer
  - Afdække borgernes oplevelse af sammenhæng mellem sektorerne
  - Bruge erfaringer (systematikken) fra rygestopdatabasen.

**Bilag: 5.2. Notat status rammepapir**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 29. oktober 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 78226/14



# NOTAT

## Rammepapir økonomiaftalen somatik 2014/2015

Forvaltningen har udarbejdet status for kommunens indsatser i forhold til rammepapiret.

### 1. Forebyggelse og sundhedsfremme

#### Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2014 - 2015

- Kortlægning af kommunens egne indsatser, som forberedelse til implementering af de nationale forebyggelsespakker
- Med udgangspunkt i sundhedsprofilerne som prioriteringsværktøj udarbejder hver enkelt kommune en plan for trinvis implementering af de nationale forebyggelsespakker

#### Pilotprojekter som kan igangsættes i 2014 – 2015 - gerne som tværkommunale samarbejder

- Udvikling af modeller for tværkommunalt samarbejde om udmøntning af forebyggelsespakker, fx tværkommunal alkoholforebyggelse
- Udviklingsprojekter om udmøntning af forebyggelsespakker på udviklingsniveauer, fx tværkommunalt samarbejde på hygiejneområdet.

*Vedrørende punkt 1 har Allerød Kommune opfyldt alle indsatser, dog har det alene været muligt at finde budgetmæssige rammer til at udmønte forebyggelsespakker på basisniveau.*

### 2. Forebyggelse af (gen)indlæggelser

#### Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2014 - 2015

- Kommunerne skal have organiseret opfølgende hjemmebesøg med udgangspunkt i rammepapir fra KL og Danske Regioner om udmøntning af handlingsplan for den ældre medicinske patient
- Kommunerne skal, som del af implementeringsplanen for den ældre medicinske patient, implementere forløbskoordinering.
- Kommunerne skal systematisk arbejde med stratificering af genoptræningsplaner og kvalitetsudvikling, herunder tilpasning af organisering af træningsopgaven.
- Kommunerne skal forebygge indlæggelser gennem indsatser i ældreplejen med påvist effekt (fx tidlig opsporing/monitorering af tidlige tegn på faldende funktionsniveau, medicin håndtering, faldforebyggelse, kompetenceløft mv.). Dette skal eksempelvis ske via styrkelse af kompetencer og tidlig opsporing i følgende indsatser:
  - Uddannelse af specialister indenfor fx KOL, diabetes mv.
  - Etablering /udbredelse af koordinerende indsatser fx indenfor hjernesygdom, demens mv.
  - KL's kompetenceprofil projekt inddrages i den fremtidige udvikling og rekruttering
  - Styrkelse af medarbejdernes kompetencer i forhold til tidlig opsporing af såvel kronisk sygdom som faldende funktionsniveau
  - Implementere de screeningsværktøjer, der forventes udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen (fald, urinvejsinfektioner, ernæring mv.)
  - Samarbejde med almen praksis med henblik på tidlig opsporing af truende indlæggelser
  - Tværsektoriel forebyggelse af indlæggelser (i samarbejde med hospitaler).
- Kommunerne skal implementere Fælles Medicinkort (FMK)

## Allerød Kommune

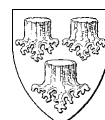
### Ældre og Sundhed

Allerød Rådhus  
Bjarkesvej 2  
3450 Allerød  
Tlf: 48 100 100  
kommunen@alleroed.dk  
www.alleroed.dk

Dato: 2. oktober 2014

Sagsnr. 14/9580

Sagsbehandler:  
Lisbeth Pedersen



## **Pilotprojekter som kan igangsættes i 2014 – 2015 – gerne som tværkommunale samarbejder**

- Etablering af akutteams eller midlertidige døgnpladser med adgang til sygeplejefaglig kompetencer døgnet rundt for borgere med risiko for indlæggelse og borgere der har behov for intensiv pleje efter indlæggelse (fx etablering af ”tryghedshoteller”, akutpladser eller rehabiliterings-pladser)
- Udvikling af modeller for tværsektorielt samarbejde (shared care), fx via følgende indsatser: Tværgående akutteams mellem aktørerne i sundhedstrekanten, tværsektoriel udredningsenhed (TUE), geriatriske tilsyn, udgående AMA/sygeplejerske teams
- Udvikling af samarbejdet med almen praksis/vagtlægefunktionen fx ved brug af subakutte tider, information til almen praksis om kommunernes alternative tilbud til indlæggelser og deres rolle ift. akutindsatser

*Vedrørende punkt 2 har Allerød Kommune gennemført opfølgende hjemmebesøg ved hjemmesygeplejerskerne efter udskrivelse i flere år. Hjemmesygeplejerskerne vurderer ved besøget om borgerens praktiserende læge skal involveres. Den supplerende § 2 aftale med opfølgende hjemmebesøg af praktiserende læge anvendes, når det er hensigtsmæssigt og muligt. Der er stadig et udviklingsfokus på at udbrede denne del af indsatsen, både i kommunen og hos de praktiserende læger.*

*Allerød Kommune har forløbskoordinering hos borgere der henvises til forløbsprogrammerne. Hos de øvrige borgere håndteres forløbskoordinationen i et samarbejde mellem visitationen og hjemmesygeplejen.*

*På træningsområdet arbejder Allerød Kommune med intern specialisering i bl.a. følgende teams/enheder: Neurologi, ekstremiteter, ryg, bækkenbund, KOL, hjerte, cancer og geriatri. I den konkrete træningsindsats stratificeres desuden i forhold til, hvilket kompetenceniveau der skal til for at løse træningsopgaven.*

*Der arbejdes løbende med kvalitetsudvikling af træningsindsatsen individuelt og på hold i forhold til kliniske retningslinjer, evidens og best practice. Der arbejdes løbende med tilpasning af træningsydelse til borgernes behov i forhold til f.eks. hold-fordeling og træningstidspunkter.*

*Allerød Kommune arbejder med tværfaglige indsatser bl.a. i forhold til den geriatriske borger, borgere i forløbsprogram og den hjerneskadede borger i erhvervsaktiv alder.*

*Terapeuterne i Genoptræningen i Allerød Kommune indgår i tværkommunal kompetenceudvikling. Der er ikke et tværkommunalt samarbejde i forhold til løsning af konkrete træningsopgaver.*

*Allerød Kommune arbejder systematisk med forebyggelse af indlæggelser med fokus på en række indsatser.*

*Allerød Kommune kompetenceudvikler specialister til de forskellige særlige forløb, men det er vanskeligt at arbejde med videreformidling af denne viden inden for de afsatte ressourcer.*

*I forhold til forløb på områderne indenfor hjerneskade og demens, er disse fuldt implementeret.*

*Der arbejdes med stærkt fokus i forhold til tidlig opsporing og triagering for at opspore sygdom og faldende funktionsniveau og derigennem forebygge indlæggelser.*



*Implementere af screeningsværktøjer mm er implementeret, så langt det er muligt i forhold til ressourcer og systemer. Næste skridt bliver den planlagte digitalisering, hvor redskaberne digitaliseres og integreres med den digitale skærmløsning og omsorgssystem ultimo 2014/primus 2015.*

*Samarbejde med almen praksis med henblik på tidlig opsporing af truende indlæggelser styrkes gennem dialog, møder og kommunal leverance af kliniske data. Der er dog et stadigt potentiale for forbedringer.*

*Samarbejde med hospitaler og andre i det tværsektorielle felt for at forebygge indlæggelser sker løbende. Det er dog vanskeligt at afsætte tilstrækkelige kommunale ressourcer til at indgå i de forskellige fora.*

*Allerød Kommune arbejder mod implementering af Fælles Medicinkort og drift primo 2015.*

*I forhold til de temaer, der er nævnt under pilotprojekter som **kan** igangsættes i 2014 – 2015 – gerne som tværkommunale samarbejder, er status følgende:*

*I forhold til etablering af akutteams eller midlertidige døgnpladser m.m. planlægger Forvaltningen en politisk sag vedrørende etablering af akut funktioner med sygeplejefaglige kompetencer i 2015.*

*I forhold til modeller for tværsektorielt samarbejde (shared care) deltager Forvaltningen i det indledende projektarbejde vedrørende en tværsektoriel udredningsenhed og samarbejder med de udgående teams.*

*I forhold til udvikling af samarbejdet med almen praksis/vagtlægefunktionen har Forvaltningen en løbende dialog med de praktiserende læger vedrørende udvikling af de forebyggende tiltag. Det opleves dog at udviklingen ofte begrænses af overenskomstmæssige forhold og lignende.*

### 3. Kronisk sygdom

#### **Skal være implementeret/påbegyndt implementering i løbet af 2014 - 2015**

Alle kommuner har med sundhedsaftalen for 2011-2014 tilsluttet sig forløbsprogrammer for borgere med KOL og type 2 diabetes. Kommunerne er enige om, at forløbsprogrammer er den rigtige ramme for at tilrettelægge indsatsen til borgere med kronisk sygdom. Der er en klar opmærksomhed på at kommunerne er forskellige steder og har forskellige udgangspunkter for implementering af programmerne. I det fremadrettede arbejde skal der derfor være et klart fokus på at udvikle modeller for tværkommunale samarbejder om tilbud til kronikere, herunder tværdiagnostiske tilbud.

- Alle kommuner skal have implementeret forløbsprogrammer for demens og kræft i 2014 - 2015
- Der udvikles modeller for tværdiagnostiske forløbsprogrammer, der kan rumme flere diagnoser for kronisk sygdom. Udviklingen kan ske tværkommunalt.

#### **Pilotprojekter som kan igangsættes i 2014 – 2015 - gerne som tværkommunale samarbejder**

- Implementering af forløbsprogram for lænderyg sygdomme  
Det er et nationalt krav at alle kommuner implementerer forløbsprogram for kræft, der er givet midler til kræftområdet i 2013
- Øget samarbejde med almen praksis med henblik på tidlig opsporing af borgere med kronisk sygdom om rekruttering til forløbsprogrammer med det formål at mindske ulighed i sundhed, fx via fælles udvikling af opsporingsmetoder
- Etablering af forløb for sårbare borgere (herunder med psykisk sygdom, etniske grupper m.fl.)
- Udvikling af forløbskoordination
- Udvikling og implementering af telemedicinske løsninger



- Implementering af fælles nationale kliniske retningslinjer
- Udvikling af modeller hvor frivillige inddrages i forankring af fx motion og bevægelse efter borgeren har gennemgået forløbsprogram.

*Vedrørende punkt 3 har Allerød Kommune opfyldt alle indsatser. Yderligere har Allerød Kommune implementeret / arbejder aktuelt med de nævnte udviklingsprojekter, dog med undtagelse af telemedicinske løsninger på kronikerområdet.*

#### 4. Dokumentation

##### **Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2014 - 2015**

- Kommunerne skal aktivt dokumentere og følge op på om indsatserne virker
- Alle kommuner skal arbejde systematisk med ledelsesinformation på sundhedsområdet og bringe informationen til anvendelse både politisk og administrativt
- Der udvælges 3-6 centrale indikatorer til opfølgning, som kommunerne forpligter sig til at benytte fremover med henblik på opfølgning i egen kommune og sammenligning af indsatser på tværs af kommuner
- Udviklingen af ledelsesinformationsgrundlaget skal ske i samarbejde med KL
- Kommunerne i Region Hovedstaden forudsætter at der på længere sigt nationalt udvikles fælles værktøjer til dokumentation og effektmåling til brug for kommunernes opfølgning.

##### **Pilotprojekter som kan igangsættes i 2014 - 2015 - gerne som tværkommunale samarbejder**

- Pilotprojekt der arbejder med at forbedre dokumentationspraksis og – muligheder fx:
  - Hvorvidt akutteam og triage fører til færre indlæggelser
  - Optimering af brugen af registrerede data fra omsorgssystemer
  - Afdække borgernes oplevelse af sammenhæng mellem sektorerne
  - Bruge erfaringer (systematikken) fra rygestopdatabasen

*Vedrørende punkt 4 følger Allerød Kommune op på indsatserne løbende og gennem evalueringer i forhold til opsatte mål og succeskriterier. Det er en kompleks opgave at sikre den nødvendige dokumentation og opfølgning, idet mange parametre har indflydelse på effekter.*

*Der arbejdes med udvikling af ledelsesinformation på sundhedsområdet til politisk niveau, idet analyse af medfinansieringsudgifter skal suppleres med løbende ledelsesinformation. Der udarbejdes ledelsesinformation om (gen)indlæggelser, uhensigtsmæssige indlæggelser m.v. på administrativt niveau, ligesom antallet af ventedage følges løbende.*

*Allerød Kommune er positiv overfor, at der udvælges 3-6 centrale indikatorer, og er enig i, at udviklingen af dette skal ske i sammenhæng med KL. Allerød kommune følger KLs sundhedsøkonomiske netværk, og ser blandt andet gerne her at processen omkring indikatorerne fremmes.*

*Allerød Kommune tilgår i FLIS projektet, hvor sundhedsområdet er et af de områder, hvor der i løbet af 2015 forventes information på tværs af kommunerne.*

*I forhold til de temaer, der er nævnt under pilotprojekter som kan igangsættes i 2014 – 2015 – gerne som tværkommunale samarbejder, er status følgende:*

*I mange sammenhænge, herunder kommunikationsaftaler og sundhedsaftaler indgår Allerød Kommune på tværs i forskellige indsatser for at sikre bedre dokumentation og effektmålinger, men har ikke selvstændige aktiviteter.*



**Bilag: 6.1. Ny Tilsynspolitik for personlig og praktisk hjælp 2014**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 29. oktober 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 78455/14

## **Tilsynspolitik for personlig pleje og praktisk hjælp i hjemmeplejen og på plejecentre i Allerød Kommune, 2014**

Allerød Byråd skal i henhold til § 151c i Lov om Social Service udarbejde og offentliggøre en tilsynspolitik for tilbud efter § 83: Personlig pleje og praktisk hjælp.

Allerød Byråd har vedtaget følgende tilsynspolitik for personlig pleje og praktisk hjælp i hjemmeplejen, herunder såvel kommunale som private leverandører, samt for tilsyn af plejecentrene.

Tilsynsopgaven er forankret i Visitationen i Ældre og Sundhed, som varetager kontrakter og aftaler med Frit Valgs leverandører, og har et tæt og formaliseret samarbejde med leverandørerne og med de kommunale plejecentre.

Allerød Byråd vil gennem tilsyn medvirke til at sikre kvalitet, faglighed, sikkerhed, tryghed og økonomisk ansvarlighed i hjemmeplejen hos såvel de kommunale som private leverandører.

Formålet er at føre tilsyn med, om opgaverne på ældreområdet løses i overensstemmelse med

- den gældende sociale lovgivning
- Allerød Kommunes vedtagne serviceniveau
- den konkrete afgørelse, der er truffet for den enkelte borger.

Det er et klart mål med tilsynsbesøgene, at de er baseret på dialog og læring. Der arbejdes med anerkendelse og værdier, herunder dialog med alle parter, hvilket giver mulighed for afklaring, indsigt og forståelse, så der herved indsamles og deles viden med henblik på gensidig læring og løsning af udfordringer eller indsatser.

De uanmeldte tilsyn udføres af en *ekstern tilsynsleverandør*. Denne er godkendt efter udbud på baggrund af kommunens kravspecifikation for tilsyn. Der afholdes årlige møder mellem den eksterne leverandør og Forvaltningen for at sikre indhold, metode og fokusområder.

Rammen for tilsynene er kontrakter, kvalitetsstandarder, samarbejde, vejledninger, anbefalinger for dokumentation, visitation samt særlige fokusområder, der aftales mellem den eksterne leverandør af tilsyn og Forvaltningen en gang årligt. Således tager tilsynene udgangspunkt i gennemgang af dokumentation og vejledninger samt dialog med borgere, evt. pårørende og de ansatte, såvel ledere som relevante medarbejdere.

### **Tilsynene hos samtlige leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp varetages af den eksterne tilsynsleverandør.**

Tilsynet udarbejder en rapport, som bliver forelagt Sundheds- og Velfærdsudvalget. Leverandørerne af pleje og praktisk hjælp udarbejder efter tilsynet en handleplan.

Forvaltningen er ansvarlig for at følge op på rapporten og handleplanerne ved et dialogbaseret anmeldt tilsyn, der sker minimum en gang årligt. Der gennemføres et anmeldt tilsyn fælles for alle plejecentre, og et for samtlige leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp.

Ved de anmeldte tilsyn tages der yderligere udgangspunkt i den generelle udvikling, resultaterne af de uanmeldte tilsyn samt det brede samarbejde mellem kommunens aktører på ældreområdet.

Tilsynene foretages minimum en gang årligt. Det er Forvaltningens ansvar at følge op og sikre, at formålet for tilsynet er opfyldt.

Forvaltningen varetager yderligere tilsyn og kvalitetsvurderinger ved stikprøver af dokumentation, igennem visitationssamarbejdet og ved økonomisk kontrol.

Modtager Forvaltningen klager over en leverandør, følges sagen op og vurderes med henblik på et uanmeldt tilsyn fra Forvaltningen. Derudover kan Forvaltningen foretage uanmeldte tilsyn hos leverandører og ved besøg hos borgere, for at følge op på konkrete sager eller fokusområder

Sundheds- og Velfærdsudvalget følger op på tilsynspolitikken en gang årligt i forbindelse med godkendelse af kvalitetsstandarderne på området. Opfølgningen sker i umiddelbar tilslutning til budgetvedtagelsen.

Tilsynspolitikken er redigeret pr. 06.10.2014 i forbindelse med en præsentation for byrådet i nuværende byrådsperiode

**Bilag: 7.1. Vikaranalyse.pdf**

**Udvalg:** Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

**Mødedato:** 29. oktober 2014 - Kl. 7:30

**Adgang:** Åben

**Bilagsnr:** 73359/14



## Vikaranalyse

### Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	1
2. Sammenfatning.....	2
3. Sygefravær.....	2
4. Refusioner og fraværspuljer i Allerød Kommune .....	3
4.1 Forslag om model for centrale puljer .....	3
4.2 Forslag om central styring af refusioner .....	4
5. Vikardækning på skoler og SFO .....	5
5.1 Skolerne .....	5
5.2 Sfo.....	6
6. Vikarforbrug på dagtilbudsområdet.....	6
6.1 Dagpleje.....	6
6.2 Daginstitutioner .....	6
6.3 Klubber .....	7
7. Vikarforbrug ældreområdet.....	7
7.1 Hjemmeplejen.....	8
7.2 Plejecentrene (Lyngehus, Engholm, Skovvang og Mimosen) .....	9
7.3 Aftaler med vikarbureauer .....	10
7.4 Løsningsforslag vedr. virksomheder på ældreområdet .....	12
7.5 Konklusion og anbefaling vedr. ældreområdet .....	14

### 1. Indledning

Byrådet har i budgetforliget 2014-1017 ønsket en analyse af anvendelse og organisering af vikarer i organisationen. Dette notat præsenterer resultatet af denne analyse.

Følgende områder indgår i analysen:

- Sygefravær på hovedområder, jf. afsnit 3
- Refusioner og fraværspuljer, jf. afsnit 4



- Vikardækning på skoleområdet og sfo, jf. afsnit 5
- Vikardækning på dagtilbudsområdet, jf. afsnit 6
- Vikardækning på ældreområdet, jf. afsnit 7

## 2. Sammenfatning

Arbejdsgruppen anbefaler sammenfattende følgende;

1. Central budgettering af puljer, jf. afsnit 4.1
2. Central styring af refusioner, jf. afsnit 4.2
3. Øget anvendelse af bruttonormeringer på ældreområdet, jf. afsnit 6.5
4. Fortsat fokus på nedbringelse af sygefravær

Ad 1 og 2: Det økonomiske potentiale forventes at være 1 mio. kr. Dette forslag er medtaget i statusnotat 3 under Direktionens forslag til budgetrektioner, jf. forslag 41).

Ad 3: I en alt andet lige betragtning er der et teoretisk potentiale på 0,4 mio. kr. i Hjemmeplejen. Der er stor usikkerhed vedr. beregningspotentialet, som blandt andet forudsætter, at der fremover slet ikke anvendes vikarbureau, hvilket ikke er realistisk. Der er i øvrigt en meget tæt korrelation mellem besparelsen på 0,5 mio. kr. vedr. forslag 31 i Direktionens forslag til budgetreduktioner i statusnotat 3.

Ad 4: Det økonomiske potentiale er ikke opgjort.

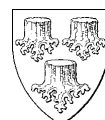
## 3. Sygefravær

Sygefravær kan have betydning for virksomhedernes vikarforbrug. Nedenfor vises sygefraværet for Allerød Kommune for seks hovedområder 2011-2013:

NY3-niveau	2011			2012			2013		
	Kalend erdage	Fravær i % (timer)	Ansatte	Kalend erdage	Fravær i % (timer)	Ansatte	Kalend erdage	Fravær i % (timer)	Ansatte
Borgerservice -	1.276	3,86%	103,42	903	3,04%	97,55	972	3,27%	95,66
Dagtilbud - Virksomheder	8.212	6,49%	392,99	7.492	6,16%	369,57	6.821	5,88%	354,28
Forvaltningens Løn	2.720	3,39%	262,38	2.902	3,21%	286,99	3.230	3,33%	288,23
Skole og Kultur -	9.762	4,82%	663,28	8.633	4,16%	664,10	8.307	4,17%	638,43
Teknik Og Drift -	1.201	4,38%	85,44	1.262	4,56%	81,37	1.876	6,15%	82,86
Ældre og Sundhed -	5.574	6,40%	303,86	7.297	7,55%	297,76	7.240	7,00%	308,19
Sum	28.745	5,13%	1.811,37	28.489	4,90%	1.797,35	28.446	4,89%	1.767,65

Kilde: Silkeborg Data (lønsystemet)

Generelt vil nedbringelse af sygefravær nedbringe udgiften til vikarudgifter eller give mulighed for et højere serviceniveau.



#### 4. Refusioner og fraværspuljer i Allerød Kommune

Ved barsel og sygefravær i mere end 28 dage yder medarbejderens hjemkommune dagpengerefusion svarende til dagpengesatsen. Refusionsindtægten tilfalder virksomheden/den pågældende afdeling i Forvaltningen.

Derudover er der i Allerød Kommune etableret følgende to centrale puljer i forbindelse med fravær:

##### **Barselpuljen**

Det er lovpligtigt at etablere en ordning, der sikrer 80 pct. refusion i forbindelse med barsel. I Allerød Kommune gives 100 pct. refusion af lønudgiften til ansatte, der er på barsel. Alle virksomheder og Forvaltningen er tilsluttet ordningen, og alle enheder bidrager med 0,8 pct. af lønbudgettet til ordningen.

##### **Sygefraværspuljen,**

Puljen er frivillig og lokalt besluttet. Alle virksomheder er tilsluttet puljen, bortset fra Park og Vej, Allerød Service samt Genoptræningen. Forvaltningen er heller ikke tilsluttet puljen. De medvirkende virksomheder bliver trukket af 0,7 % af lønsum. Puljen følger sygedagpengeperioden, således at der ved langtidssygdom (over 28 dage) udbetales et supplement til sygedagpengerefusionen. Der arbejdes med tre forskellige satser. Puljen justeres årligt, så næste års budget fastsættes ud fra forbruget det forgangne år. Puljen er en solidarisk ordning, som er etableret med henblik på at sikre alle virksomheder et rimeligt serviceniveau overfor borgerne ved langtidsfravær.

Begge puljer administreres, således at de i princippet skal "hvile i sig selv", hvilket sker ved en justering af bidragsprocenten.

Administration af de to centrale puljer, herunder indhentning af dagpengerefusion varetages af Personaleafdelingen.

I 2014 er der indhentet 5,6 mio. kr. af virksomhedernes og Forvaltningens lønbudgetter til barselpuljen og 3,7 mio. kr. til sygefraværspuljen. I 2014 blev bidragsprocenten ikke justeret, trods et overskud i 2013 på 1,8 mio. kr. Der forventes i 2014 et samlet mindreforbrug på ca. 1,2 mio. kr., hvilket dog afhænger af det faktiske fravær i den resterende del af året.

#### 4.1 Forslag om model for centrale puljer

Arbejdsgruppen forslår, at puljerne fremover budgetteres centralt, og at lønbudgetterne justeres i overensstemmelse med gældende bidragssatser for 2014. Herved tilføres kommunekassen det forventede mindreforbrug i 2015 og årene fremover. Konkret betyder dette at;

- Alle virksomheder, afdelinger og stabe bidrager med 0,8 pct. af lønbudgettet til en central barselpulje



- De virksomheder, som i dag deltager i sygefraværspuljen, bidrager med 0,7 pct. af lønbudgettet til den centrale sygefraværspulje. Ordningen gøres obligatorisk for de pågældende virksomheder
- Virksomhedernes og Forvaltningens lønbudgetter nedskrives permanentet en gang for alle i overensstemmelse med ovenstående.
- Samlet set overføres der i en alt andet lige betragtning ca. 5,6 mio. kr. fra virksomhedernes og Forvaltningens lønbudget en gang for alle.
- Heraf overføres 4,4 mio. kr. til et centralt budget under Personaleafdelingen, og de resterende 1,2 mio. kr. er en forventet overskud, der foreslås tilført kassebeholdningen. Overskuddet fremkommer ved at der i 2013 og 2014 har været indhentet flere penge til ordningen end, der har været behov for.
- Personaleafdelingen justerer herefter budgettet i forhold til gældende budgetforudsætninger, under- og overskud tilfalder kommunekassen

Forslaget indebærer en forventet mindreudgift på 1,2 mio. kr. i 2014, hvilket allerede er indarbejdet i forventet regnskab pr. 31. juni 2014. Mindreudgiften i 2015 vil under forudsætning om et uændret lønbudget og fraværsmønster ligge på samme niveau.

#### 4.2 Forslag om central styring af refusioner

Bogføring af indtægter for henholdsvis dagpenge/barselsrefusioner samt refusion fra diverse fleksjob ordninger samt fra vikarpulje sker i Personaleafdelingen, mens opfølgning sker hos den enkelte personaleleder.

Følgende forhold vanskeliggør den decentrale opfølgning for personalelederne:

- Måden indtægten konteres på i lønsystemet lønsystemet Silkeborg Data, gør at man ikke kan identificere, hvilken periode refusionen dækker
- Indtægten bogføres først på virksomhedens/afdelingens konto når den modtages i løn. Der kan være store forsinkelser på disse indtægter alt efter hvilken kommune den fraværende medarbejder har bopæl i. Dette vanskeliggør ikke alene budgetopfølgning, men kan også betyde forskydninger i indtægter, der berører regnskabsresultater og påvirker overførsler mellem årene
- Det kan ske at refusion af forskellige årsager ikke modtages i Allerød kommune. Én af årsagerne kan være, at medarbejderen ikke har underskrevet de papirer vedkommende har fået tilsendt af hjemkommunen. En anden kunne være at sygdom pga. graviditetsgener ikke anses for betydende for barnet, så refusion fra 1. sygedag ikke udbetales. Det vil sige, at den enkelte personaleleder ikke kan være sikker på at få den forventede refusion.

Personalelederne og budgetansvarlige opfatter den nuværende arbejdsopgave med at følge op på refusionerne som stor, kompleks og frustrerende, idet ordningen forudsætter, at hver enkelt personaleleder har stor indsigt i refusionsreglerne for at sikre, at alle refusioner indhentes. Som deraf følger har personaleledere og budgetansvarlige svært ved at følge op på deres lønbudgetter og forbrug. Ikke mindst fordi refusionerne ikke modtages i samme periode, som



de dækker, men oftest først mange måneder senere, og alle besidder ikke den nødvendige viden, som sikrer, at alle refusioner indhentes.

På denne baggrund foreslår arbejdsgruppen følgende;

- Ordningen vedr. refusioner styres og løses centralt i Personaleafdelingen
- Personaleafdelingen tilføres en opnormering på ca. ½ årsværk svarende til 0,2 mio. kr.
- Personaleafdelingen foretager den løbende bogføring af refusionsindtægter på virksomhedens/afdelingens konto, baseret på det fravær, der er registreret i lønsystemet
- Alle indtægter og udgifter i de enkelte lønbudgetter vil blive konteret i de perioder, som de svarer til, og personalelederne og de budgetansvarlige vil dermed kunne lave en bedre økonomiopfølgning på deres lønbudgetter, end de kan i dag.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at en central styring, som beskrevet ovenfor, vil indebære følgende fordele;

- Samtlige personaleledere og budgetansvarlige vil kunne spare tid til administration
- Minimering af usikkerheder omkring planlægning af evt. vikardækning
- Bedre økonomistyring
- Et centralt samlet overblik over refusionerne, og det kan sikres, at den medarbejder, som er ansvarlig for refusionerne har de rette kompetencer, så det sikres, at alle refusioner modtages

Det er arbejdsgruppens vurdering at der skal afsættes ½ årsværk til administration, svarende til en merudgift på ca. 0,2 mio. kr.

## **5. Vikardækning på skoler og SFO**

Analysen omfatter 6 folkeskoler og sfo samt 3 specialskoler og sfo.

### **5.1 Skolerne**

Skolerne tildeles ca. 3 pct. af lønsummen til vikardækning. Vikarbehovet på skolerne skyldes primært sygefravær, men der kan også være tale om planlagt fravær i forbindelse med møder, kurser og lignende. Hvis der er to lærere i en klasse vil lektionen oftest blive læst af en lærer, og i skolens ældste klasser, kan der gives fri.

Vikartimerne dækkes oftest af uuddannede tilkaldvikarer, som får besked samme dag. Det skyldes, at vikarbehovet er meget varierende hen over året. Ved mere end én til to dages fravær søger man i den udstrækning det kan lade sig gøre, at fastholde samme vikar på timerne for at sikre progressionen i undervisningen.



Da det er vanskeligt at sikre en fast indtjening for vikarer ved skolerne er det også svært at fastholde uddannede lærere.

Ved længere fravær eller barsel søger skolerne at dække timerne med uddannede lærere eller egne lærere. På nogle skoler er vikaropgaven ved planlagt fravær udlagt til de enkelte årgans- eller afdelingsteams.

Den nye læreroverenskomst, som trådte i kraft 1. august 2014 rummer flere muligheder på fleksibilitet, hvilket sandsynligvis vil påvirke vikardækningen på lærerområdet fremadrettet.

## **5.2 Sfo**

Vikarmidlerne i sfo bliver brugt på flere måder. Dels når der er stort sygefravær, eller når der er et stort antal børn. Vikarmidlerne bruges også til at hjælpe i spidsbelastninger som fx særlige arrangementer og i MiniSfo perioden, hvor der er et større personaleforbrug end resten af året. Der anvendes desuden vikarer i ferieperioden.

Der anvendes primært et tilkalderkorps af løst tilknyttede vikarer som i skolen. Endeligt er der nogle steder, hvor man indarbejder vikardækning i normering (bruttonormering), hvilket typisk er steder, hvor børnene ikke tåler nye ansigter, og det derfor alligevel ikke giver mening at sætte en ukendt voksen på opgaven. Der kan også være tale om at de ansatte har en pulje til vikartimer, som så læses efter behov gennem året.

## **6. Vikarforbrug på dagtilbudsområdet**

Virksomhederne på dagtilbudsområdet består af dagplejen, 13 daginstitutioner og 2 klubber.

### **6.1 Dagpleje**

Dagplejen har ikke et vikarbudget. Dagplejerne er ansat på 3-børns kontrakter, hvilket betyder, at dagplejerne får løn for 4 børn men fast har indskrevet 3 børn. Således har alle dagplejere en gæsteplads, som benyttes til gæsteplacering ved kollegers fravær. Aftalen omkring 3 børns kontrakterne er lavet således, at de første 110 gæsteplaceringer om året hos hver dagplejer er inkluderet i lønnen, mens der efter 110 gæsteplaceringer afregnes et vederlag på 420 kr. pr. gæsteplacering. Administrationen sker centralt i samarbejde med gruppelederen i hver dagplejegruppe.

### **6.2 Daginstitutioner**

Daginstitutionerne tildeles ca. 6 pct. af lønbudgettet til det faste personale til vikar.



Vikardækningen besluttet udelukkende decentralt, hvor de fleste daginstitutioner har "deres egne" tilkaldvikarer, som aflønnes på timebasis. Enkelte institutioner anvender deres vikarbudget til ansættelse af fastpersonale (bruttonormering).

Det er tidligere undersøgt, om det er relevant at etablere et centralt vikarkorps, men da en meget stor del af vikartimerne placeres i formiddagstimerne mellem kl. 9-12, vil det ikke være muligt at kunne tilbyde faste vikarer et timetal, som kan tiltrække medarbejdere.

### **6.3 Klubber**

Klubbernes vikarbudgetter tildeles efter samme principper som daginstitutionerne, og tildeles et vikarbudget på 4 pct. af lønsummen.

Vikarbudgettet disponeres udelukkende decentralt. Vikarmidlerne anvendes både til fast ansatte vikarer som til "løse" tilkaldvikarer, der aflønnes på timebasis.

## **7. Vikarforbrug ældreområdet**

Vikarforbruget på ældreområdet skal ses i sammenhæng med udfordringerne om at matche en øgede kompleksitet, der i stigende omfang præger udviklingen og opgaverne, som løses af seks selvstændige virksomheder med hver deres organisering, formål, opgavesæt, personalesammensætning, fysiske rammer og budget. De seks virksomheder er Hjemmeplejen, Genoptræning, Lyngehus, Mimosen, Skovvang og Engholm Plejecenter. Genoptræningen anvender en 100 pct. bruttonormering, og er derfor ikke omfattet af analysen af vikarforbrug. De fem øvrige virksomheder er døgninstitutioner, hvor der i varierende omfang anvendes vikarer. Nedenstående analyse omfatter disse fem virksomheder.

Nedenstående faktorer har særlig betydning for vikarforbruget i de fem virksomheder:

- Opgaver
- Vakance
- Sygefravær
- Budgettering
- Afløsning
- Kompetencer

Nedenfor gennemgås ovenstående faktorer for henholdsvis Hjemmeplejen og plejecentrene.



## 7.1 Hjemmeplejen

Hjemmeplejen er den virksomhed, der anvender flest vikarer. Nedenstående gælder såvel for hjemmeplejen som hjemmesygeplejen, med mindre andet særligt fremgår.

### Opgaver

Hjemmeplejens opgaver består i praktisk bistand og personlig pleje i forhold til hjemmeboende borgere. Opgaverne løses i borgerens hjem, d.v.s hovedsageligt for én borger ad gangen, er forbundet med tid til transport og skal langt overvejende løses på det aftalte tidspunkt og i det omfang de er visiteret. Få opgaver som fx rengøringsopgaver kan flyttes til andre tidspunkter.

Hjemmeplejen oplever en aktivitetsstigning; Dels en demografisk betinget vækst, og dels en vækst betinget af en opgaveglidning fra sygehuse til kommunerne. Derudover opleves store udsving i opgavemængde og opgavetyper, hvilket blandt andet skyldes, at borgerne udskrives fra sygehus til en betydelig pleje- og omsorgsopgave for hjemmeplejen, som skal løses med kort varsel ofte indenfor samme døgn.

Opgavemængden vurderes kontinuerligt, med fokus på hvorvidt det er tale en stabil øgning af opgaver, førend der ansættes faste medarbejdere.

### Vakance

Vakance opstår dels som følge af aktivitetsstigning og dels i forbindelse med en løbende personaleomsætning. Rekruttering af nye medarbejdere med de rette kompetencer forløber typisk over 2-3 mdr., hvor stillingen er vakant og opgaverne løses af vikarer. Da det er vigtigt at ansætte medarbejdere med de rette faglige og personlige kompetencer kan detteforlænge rekrutteringsperioden. Det har været særlig vanskeligt at rekruttere Social og Sundhedsassistenter.

### Sygefravær

Hjemmeplejen har i 2013 haft et sygefravær på 8 pct., hvoraf halvdelen bestod i korttidsfravær (mindre end 30 dage uden refusion). De væsentligste forklaringer på det høje sygefravær kan tilskrives organisationsændringer og fratrædelse af medarbejdere. Flere medarbejdere, hvor matchet mellem opgaver og kompetencer ikke har været godt, har i 2013 sygemeldt sig i opsigelsesperioden.

### Budgettering

For at kunne løse opgaverne indenfor budgettet, kalkulerer Hjemmeplejen i en ideel situation med at vikarer udgør ca. 10-15 pct. af personalet til dækning af ferie og sygefravær af kortere varighed. Reelt har forbruget dog de seneste år udgjort en større andel af det totale lønbudget, hvilket primært kan tilskrives stillingsvakancer og højt sygefravær.

### Afløsning

Hjemmeplejens social- og sundhedsassistenter udfører som udgangspunkt opgaver vedr. personlig pleje. Ved fravær/vakance eller øget opgavepres blandt hjemmesygeplejersker omlægges Social- og Sundhedsassistenternes arbejde imidlertid ofte til sygepleje af faglige hensyn. Herved mindskes brugen af vikarer i





sygeplejen, men øger vikarforbruget i Hjemmeplejen. Vikarer i sygeplejen udfører ca. 21 pct. af opgaverne, hvilket er markant mindre end for hjemmehjælpen.

Sammenfattende for Hjemmeplejen er forskellige løsninger for afløsning anvendt:

- Timelønnet personale 1,5 pct.
- Frivilligt ekstraarbejde af det faste personale 2,5 pct.
- Vikarbureau 35 pct.

### **Kompetencer**

Opgaverne på ældreområdet er gennem de seneste år blevet mere komplekse i takt med en opgaveglidning fra hospitalerne til kommunerne. Dermed er også kravene til medarbejdernes faglige kompetencer øget. Dette har bl.a. medført længere rekrutteringsprocesser for at ansætte medarbejdere med de rette kompetencer. Dette har været med til at øge anvendelse af vikarer, dels pga. længere vakanser og dels for at bemande afløse ved fravær med personale med de rette faglige kompetencer

## **7.2 Plejecentrene (Lyngehus, Engholm, Skovvang og Mimosen)**

Nedenfor gælder generelt for plejecentrenes vikardækning.

### **Opgaver**

Plejecentrene har et fast antal beboere, hvor der dog kan opstå akutte behov for en større bemanding i forbindelse med behov for ekstra "fast-vagt" til enkelte borgere eller større belastning/opgaver hos enkelte beboere, samt særlige kompetencer.

På de 11 midlertidige pladser på Engholm kan opgavemængden svinge en del, da der ofte er meget syge borgere med akutte behov, ligesom der kan være behov for særlige personalekompetencer.

### **Sygefravær**

Sygefraværet for plejecentrene samlet set udgjorde i 2013 9 pct., hvoraf 4,9 pct. var korttidsfravær.

### **Budgettering**

Plejecentrene anvender deres faste lønbudget fleksibelt til faste medarbejdere og afløsere i varierende grad.

De større plejecentre bruger en større andel af lønbudgettet til faste medarbejdere, dvs. at man anvender en bruttonormering, og derved har en indbygget afløsningskapacitet ved fravær.

### **Afløsning**

Plejecentrene anvender overvejende medarbejdere, som er ansat på timeløn, som kan tilkaldes efter behov, til afløsning. Herudover benyttes frivilligt ekstraarbejde af det faste personale. Der ses dog forskelle mellem plejecentrenes anvendelse af vikarbureauer. Skovvang har således i etableringsfasen anvendt vikarbureau i et større omfang end de øvrige plejecentre.



## Kompetencer

Opgaverne på ældreområdet er gennem de seneste år blevet mere komplekse i takt med en opgaveglidning fra hospitalerne til kommunerne. Dermed er også kravene til medarbejdernes faglige kompetencer øget. Dette har bl.a. medført længere rekrutteringsprocesser for at ansætte medarbejdere med de rette kompetencer.

### 7.3 Aftaler med vikarbureauer

Allerød Kommune har siden 2008 haft en aftale med SundVikar om levering af vikarer inden for alle plejefaggrupper. Prisen for vikarydelserne er oprindeligt opnået ved udbud i 2008. Aftalen blev genforhandlet og forlænget i 2013. Forlængelsen er sket efter, at Udbud og Indkøb indhentede priser fra Ballerup Kommune, der netop havde haft vikarydelserne i udbud (annonceret). Priserne lå på niveau med de priser Ballerup Kommune havde opnået efter annoncering. De tilbudte priser betyder, at Allerød Kommune opnår en betydelig årlig besparelse.

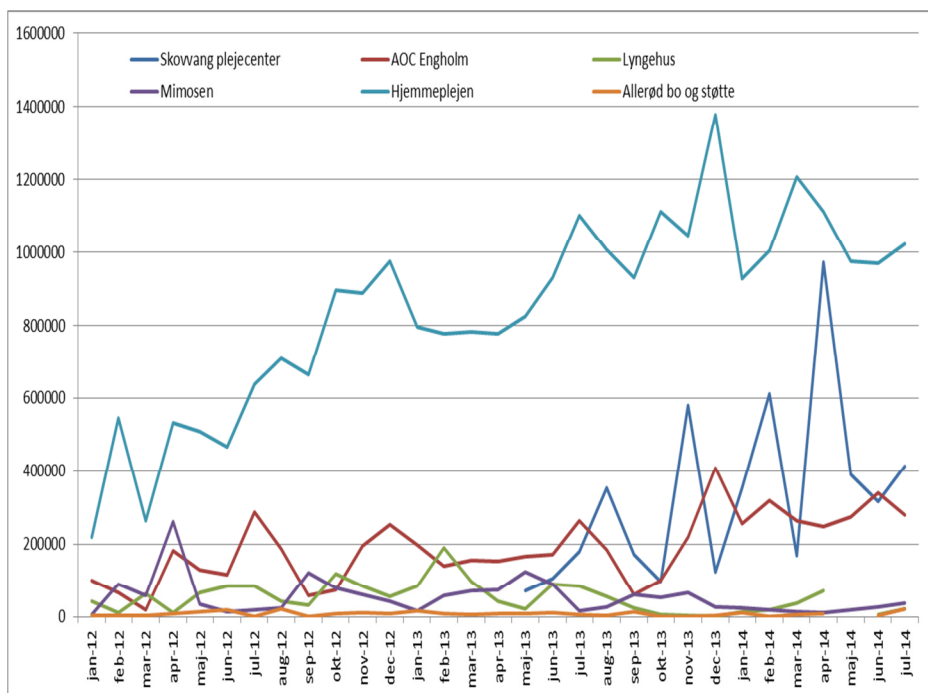
En sammenligning af vikarbureauets priser med Allerød Kommunes udgift til fastansat personale viser at:

- Leveres en hjemmehjælpstime (personlig pleje eller praktisk hjælp) af et vikarbureau, er meromkostningen (alt andet lige) i weekender og helligdage gennemsnitlig ca. 10 pct., mens det er udgiftsneutralt på hverdage.  
I 2013 svarer merudgiften til 380.000 kr.
- Leveres en sygeplejetime af et vikarbureau, er meromkostningen i weekender og helligdage gennemsnitlig ca. 5 pct., mens det er ca. 5 pct. billigere på hverdage.  
I 2013 svarer merudgiften til 30.000 kr.

Beregningen sker ud fra en alt andet lige betragtning, det vil blandt andet sige uændret sygefravær. I beregningen er taget højde for, at der for ansat personale vil være udgifter forbundet med uddannelse, møder, ferie, fravær osv., hvilket ikke er tilfældet for vikarer fra SundVikar.

Udgiften til Sundvikar jan 2012-juli 2014 fordeler sig på virksomheder på følgende måde;





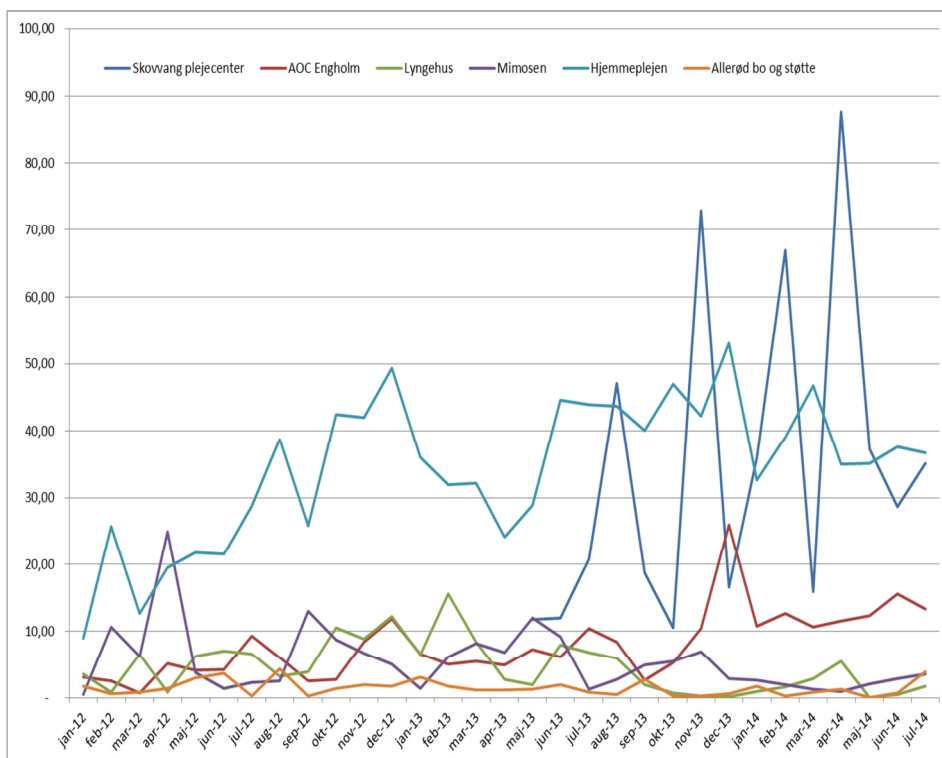
Kilde: Prisme (økonomisystemet)

Fra 2012 til 2013 ses en stigning i udgiften til Sundvikar på 58 pct. for hele kommunen under et. Lyngehus og Mimosens forbrug ligger stabilt i denne periode, mens der ses en stor stigning for Hjemmeplejen og Engholm. Skovvang Plejecenter er det plejecenter, der anvender vikarbureau mest, og der ses en stigning i forbrug siden åbningen i 2013. Lyngehus og Mimosen anvender stort set ikke SundVikar. Udviklingen de første syv måneder af 2014 sammenholdt med samme periode sidste år viser en stigning på Engholm på 59 pct. og en stigning i Hjemmeplejen på 20 pct.

Hjemmeplejen er den virksomhed, der anvender SundVikar mest, de fleste vikarer bruges i dagtimer, hverdage, hvor 2/3 af timeforbruget ligger.

Nedenfor illustreres forbruget af SundVikar i procent af lønudgiften (art 1) i perioden jan 2012 til juli 2014:





Kilde: Prisme (økonomisystemet)

Ovenstående viser, at forholdet mellem forbrug til SundVikar og lønforbruget er meget svingende. Samlet set over perioden udgør udgiften til Sundvikar 16 pct. af lønudgiften. Andelen har været stigende i perioden; 12 pct. i 2012, 17 pct. i 2013 og 20 pct. i de første 7 måneder af 2014. Hjemmeplejen og Skovvang har med en andel på 34 pct. det største forbrug målt i forhold til deres lønudgift. Stigningen har været størst på Skovvang.

#### 7.4 Løsningsforslag vedr. virksomheder på ældreområdet

For at begrænse og optimere vikarforbruget på ældreområdet ses følgende handlemuligheder:

##### Forslag 1: Fortsat et stærkt fokus på at minimere sygefravær

Ved en reduktion af sygefraværet falder behovet for vikarer/afløser i samme omfang. I overensstemmelse med Hovedudvalgets igangsatte indsatser i 2013, arbejdes videre med en reduktion af sygefraværet.

En reduktion i sygefraværet med fx 1 pct. vil for Hjemmeplejens vedkommende give en økonomisk besparelse på 0,1 mio. kr. årligt. For plejecentrene giver en reduktion i sygefraværet ikke en umiddelbar økonomisk besparelse, da plejecentrene har en større indbygget fleksibilitet i forhold til opgavetilrettelæggelsen.

##### Forslag 2: Bemandingsstrategi

For at virksomhederne skal kunne levere den ønskede service og kvalitet indenfor budgetrammen, skal personaleressourcerne anvendes effektivt. Derfor har der traditionelt været friholdt en del af budgettet til at ansætte vikarer ved fravær –



herunder ved benyttelse af vikarbureau. Ved ansættelse af flere faste medarbejdere, kan det faste personale dække diverse fravær, og vikarudgifterne kan minimeres. Dette giver mere kontinuitet i arbejdet og en højere kvalitet.

Til gengæld stiller det krav til de fastansatte medarbejders fleksibilitet i vagtplanlægningen, da bemanningen skal være passende i forhold til de aktuelle opgaver. Det kan bl.a. medføre omlægning af vagter eller afspadsring med kort varsel. Dette forudsætter en fokuseret ledelsesmæssig styring.

Der kan peges på følgende muligheder for bemandingsstrategier i virksomhederne:

- **Øget bruttobemanning**

Det anses for optimalt, at 85-90pct. af personalebehovet dækkes med fastansatte medarbejdere. Således vil der være en vikarpulje på 10-15pct. til afløsning for korttidsfravær (sygdom, kurser, midlertidige vakanser)

- **Medarbejdere i blandede vagter**

Som del af en ansættelse af en øget bruttobemanning kan ansætte flere medarbejdere i blandede vagter – dag – aften – nat, og derved at opnå en større fleksibilitet i medarbejderstaben.

- **Ansættelse på højere timenorm end planlagt**

For at øge den faste medarbejderstabs fleksibilitet, kan man ansætte og aflønne medarbejdere f.eks. til at arbejde 37 timer pr. uge, hvor kun fx ½-delen af timerne planlægges fast. De resterende timer står i en "timebank" og præsteres når virksomheden har behov for det.

- **Timelønnede medarbejdere (tilkaldevikarer)**

De enkelte virksomheder fortsætter deres bestræbelser på at ansætte flere timelønnede afløsere som tilkaldevikarer.

Det anslåede økonomiske potentiale ved ovenstående er 0,4 mio. kr. (jf. afsnit 7.3). Det forudsætter, at der kan rekrutteres og fastholdes medarbejdere med de rigtige kompetencer, samt at anvendelse af vikarbureau helt kan undgås, hvilket ikke vurderes realistisk. Potentialet ses udelukkende i Hjemmeplejen.

### **Forslag 3: Fælles afløserkorps**

I dag har de enkelte virksomheder ansat timelønnede medarbejdere som tilkaldevikarer. Hjemmeplejen har ansat meget få mens Plejecentrene har flere, men ikke et tilstrækkelig antal til at tilgodese afløsningsbehovet. De nuværende afløsere er knyttet til de enkelte virksomheder, hvor de kender beboerne, kolleger, regler og rutiner.

En løsningsmulighed er etablering af et fælles afløserkorps, som skal dække vikarbehovet på tværs af virksomhederne på ældreområdet. For at kunne give virksomhederne den nødvendige sikkerhed, skal et fælles internt afløserkorps have en størrelse, der i tilstrækkelig grad kan dække virksomhedernes behov. Dette kan etableres i form af fastansat personale og/eller et tilkaldekorps.

#### Medarbejdere/løn

Skal afløserkorpset dimensioneres til ca. 10 pct. af bruttonormeringen, skal der ansættes ca. 20 årsværk. Lønudgiften alene skønnes at kunne blive 1,8 mio. kr. lavere end udgiften til vikarbureauet.



### Administration

Etablering af fælles afløserkorps vil være forbundet med en administration, idet der skal rekrutteres, udvikles og vedligeholdes en medarbejderstab. Omkostninger ved administration afhænger af åbningstid (betjening af virksomheder). Ved samme serviceniveau som vikarbureauer estimeres en årlig omkostning til administration på 1.745.000 kr.

Samtidig vurderes der at være en hel del usikkerheder om, hvorvidt der ville kunne rekrutteres et tilstrækkeligt antal medarbejdere til korpset, samt hvorvidt dette kan udnyttes optimalt. Det er derfor arbejdsgruppens vurdering, at etableringen af et fast afløserkorps ikke har et økonomisk potentiale.

### **7.5 Konklusion og anbefaling vedr. ældreområdet**

Analysen af vikarforbruget på ældreområdet konkluderer, at anvendelse af vikarbureauer i højere grad udfordrer kvaliteten og kontinuiteten fremfor økonomien. Umiddelbart kan et fælles afløserkorps ikke anbefales, da det pga. kommunens størrelse ikke vurderes at vil kunne få en rentabel volumen.

Projektgruppen anbefaler at der arbejdes videre med:

- Indsatser til nedbringelse af sygefraværet
- Fortsat ledelsesfokus på opgavevaretagelsen, herunder kompetenceudvikling, fastholdelse og rekruttering
- En bemandingsstrategi der sikrer flest mulige fastansatte medarbejdere og dermed en højere grad af kontinuiteten i arbejdet
- En øget fokus på tværgående samarbejde

