

ALLERØD KOMMUNE

Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Møde nr. 6

Mødet blev holdt onsdag den 28. maj 2014 på Rådhuset i Mødelokale C.
Mødet begyndte kl. 07:30 og sluttede kl. 11:40.

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

1. Bemærkninger til dagsordenen	1
2. Meddelelser	2
3. Subakut ambulans udredning	3
4. Strukturanalyse Ældre og Sundhed 2014	6
5. Dialogmøde med ældrerådet	9
6. Rekruttering og fastholdelse Ældre og Sundhed	11
7. Hverdagsrehabilitering status 2014	13
8. Afløsning i eget hjem opfølgning og evaluering af kvalitetsstandard	15
9. Sundhedsaftale III 2015 - 2018	17
10. Finanslov 2015 pulje til ældreområdet	19
11. Opsætning af hjertestartere i det åbne rum	21
12. Borgerbudgetter - erfaringer i Danmark	24
13. Effektiviseringskatalog	27

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
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 28-
05-2014**

Til efterretning

Fraværende

Ingen

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

Sagsnr.: 13/18778

Punkttype -**Tema**

- Høring om ændringer af Hospitals- og Psykiatriplan 2020
- Høring om praksisplan almen praksis 2014-2015
- UTH

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

Beslutning
Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 28-05-2014
Til efterretning.**Fraværende** Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**3. Subakut ambulans udredning**

Sagsnr.: 14/6804

Punkttype Orientering**Tema** Udvalget orienteres om projekt vedrørende etablering af Subakut Ambulant Udredning af ældre patienter med medicinske problemstillinger på Nordsjællands hospital, og de forventede konsekvenser for Allerød Kommune.**Sagsbeskrivelse** På baggrund af det store antal indlæggelser på regionens hospitaler omkring nytår og i foråret 2013, har Nordsjællands Hospital taget initiativ til et samarbejde med de nordlige kommuner med henblik på at reducere antallet af indlæggelser af ældre medicinske patienter.

Formålet er, at give en gruppe borgere med udvalgte diagnoser et ambulans og tværsektorielt koordineret behandlings- og plejetilbud, der patientmæssigt og ressourcemæssigt modsvarer borgerens behov på henvisningstidspunktet. Borgeren skal for at undgå indlæggelse, således tilbydes en akut udredning og et eventuelt behandlingsforløb, der umiddelbart kan fortsættes i hjemkommunen.

Inspireret af den tværsektorielle udredningsenhed, der er etableret som projekt på Bispebjerg Hospital i samarbejde med Københavns Kommune, har Nordsjælland Hospital og de nordlige kommuner, i samarbejde med praktiserende læger, forsøgt at beskrive en målgruppe for tilbuddet og omfanget af borgere der, på sigt, kan tilbydes et ændret tilbud. Den endelige projektbeskrivelse forventes efter sommer i år.

Tilbuddet kan få betydning for arbejdsgange internt på hospitalet og i den lægelige henvisningsprocedure, såvel som for arbejdsgange og kompetenceudvikling i kommunerne.

Der er nedsat en koordinationsgruppe for projektet, og til at bidrage med sparring og procesfacilitering undervejs i udviklingsforløbet, deltager MindLab, der er en tværoffentligt udviklingsenhed. Mindlab er finansieret af Økonomi- og Indenrigsministeriet, der i samarbejde med parterne på det offentlige arbejdsmarked, har igangsat projektet ”udvikling af nye styreformer”.

Samtlige nordlige kommuner, såvel som de kommunale lægekonsulenter, deltager i en følgegruppe.

Projektet er aktuelt igangsat i Halsnæs og Frederikssund Kommune, i samarbejde med Nordsjællands hospital i Frederikssund, og erfaringerne

herfra skal bidrage til at afklare målgruppen yderligere, samt afdække krav og nødvendige arbejdsgange på hospitaler og i kommunerne.

Det forventes, at de afledte konsekvenser ved udvidelse af ordningen til Allerød Kommune kan blive:

- Færre indlæggelser. Kommunen betaler op til 15.000 kr. pr. indlæggelse
- Færre følgesygdomme, hvis borgerne undgår indlæggelse
- Behov for øgede ressourcer til at varetage behandlingen af borgeren i eget hjem, og eventuelt øget efterspørgsel af midlertidige pladser
- Øgede sygeplejekompetencer/ressourcer til at behandle borgerne i egen bolig eller på midlertidig plads
- Ændret/særlig takst for Subakut Ambulant Udredning.

Der er en generel forventning om at de øvrige kommuner, herunder Allerød, vil indgå i projektet og implementering af Subakut Ambulant Udredning til efteråret 2014.

Allerød Kommune arbejder uændret med at forebygge indlæggelser, sideløbende med udviklingen i Subakut Ambulant Udredning.

Administrationens forslag	Forvaltningen anbefaler, at udvalget tager orienteringen til efterretning.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	<p>Det er endnu ikke mulighed for at beregne økonomi for ordningen. Men der kan forventes øget behov for kompetencer hos det sygeplejefaglige personale samt øgede brug af sygeplejerskeressourcer, men behovet kendes ikke aktuelt.</p> <p>Forvaltningen vil holde udvalget orienteret.</p>
Dialog/høring	Ældreråd og handicapråd
Bilag	Projektbeskrivelse Udvikling af subakut ambulat tilbud UDKAST
Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 28-	<hr/> <p>Udvalget tog orienteringen til efterretning.</p> <p>Der forelå høringssvar fra ældrerådet. Taget til efterretning.</p>

05-2014

Fraværende

Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**4. Strukturanalyse Ældre og Sundhed 2014**

Sagsnr.: 13/18873

Punkttype Beslutning**Tema** Udvalget præsenteres for, drøfter og prioriterer resultaterne af strukturanalysen på Ældre og Sundhedsområdet.

Repræsentanter fra Rambøll er inviteret til kl. 7.45 for at fremlægge resultaterne af analysen.

Under punktet deltager kommunens projektleder på strukturanalysen Randi Køhler.

Sagsbeskrivelse I budgetforlig 2014 - 2017 blev det besluttet, at der skulle udarbejdes en række undersøgelser og analyser forud for budgetlægningen for 2015 – 2018. Forvaltningen udarbejdede udkast til kommissorium for analysen på ældre- og sundhedsområdet. Kommissoriet blev godkendt på udvalgets møde den 8. januar 2014, og efterfølgende i økonomiudvalget den 21. januar 2014.

På baggrund af kommissoriet har Forvaltningen i samarbejde med Rambøll gennemført en strukturanalyse på ældre- og sundhedsområdet. Analysens resultater gennemgås på mødet, idet der tages udgangspunkt i konklusioner og anbefalinger.

Strukturanalysen fra Rambøll konkluderer:

At den overordnede struktur på sundheds- og ældreområdet overordnet set virker relativt velfungerende. Konceptet med selvstændige virksomheder giver høj grad af organisatorisk klarhed. Den indbyggede risiko ved en sådan virksomhedskultur er dog, at der bliver:

1) For meget silotænkning og for lidt synergi og tværfagligt samarbejde, fordi arbejdsdelingen bliver for skarp.

2) En overfokusering på de ydelser, som virksomhederne skal producere – og dermed en underfokusering på løbende at tilpasse disse ydelser til nye behov eller politiske ønsker.

Strukturanalysen indeholder i alt 10 hovedkonklusioner og anbefalinger, der direkte eller indirekte er rettet mod at minimere de overordnede risici ved virksomhedskulturen, og de svagheder som Rambøll vurderer, ældre- og sundhedsorganisation er præget af.

Rambøll vurderer de 10 hovedkonklusioner og anbefalinger, som værende de væsentligste potentialer. For at realisere disse kræver det for

nogle anbefalinger en dybere analyse forud for en evt. implementering, og for andre en prioritering i forhold til tidsmæssig og ressourcemæssig indsats.

Forvaltningen har systematisk gennemgået delelementerne i konklusionerne og anbefalingerne, og har vurderet anbefalingerne i forhold til proces og tidsplan:

De 10 hovedkonklusioner peger på følgende områder:

Konklusion 1: Organisatorisk placering af hjemmesygeplejen

Konklusion 2: Organisatorisk placering af midlertidige pladser og evt. akutpladser

Konklusion 3: Udnyttelse af terapeut-kompetencer

Konklusion 4: Fokus på ledelse

Konklusion 5: Relativt højt sygefravær – særligt blandt sosu-hjælpere

Konklusion 6: Relativt højt forbrug af vikarer – særligt i hjemmeplejen

Konklusion 7: Relativt meget vejtid og tid til planlægning i hjemmeplejen

Konklusion 8: Dokumentationsarbejdet opleves som tungt og tidskrævende

Konklusion 9: Dialog mellem visitation og virksomheder

Konklusion 10: Mere lokaledeling mellem hjemmepleje og genoptræning

Administrationens forslag

Forvaltningen anbefaler,

1. at udvalget drøfter og prioriterer konklusioner og anbefalinger, og
2. at Forvaltningen udarbejder en sag på baggrund af udvalgets prioriteringer, hvor estimat og behov for ressourcer til projektstyring/proceskonsulent til implementering af tiltag samt ressourcer til virksomhederne til at løfte specifikke analyse- og implementeringsopgaver fremgår, og
3. at de valgte konklusioner og anbefalinger realiseres indenfor en 12 måneders periode.

Afledte konsekvenser

Der er ikke foretaget en konkret vurdering af konsekvenserne, idet disse knytter sig til udvalgets prioriteringer.

Det kan dog forventes, at en gennemførelse af de beskrevne anbefalinger vil styrke ældre- og sundhedsområdet's organisering og drift frem mod de kommende års udvikling og krav til det borgernære sundhedsvæsen, herunder med et særligt fokus på udvikling af arbejdsgange og ydelser, der frigør flest mulige ressourcer set i lyset af den demografiske

udvikling med flere ældre i de kommende år.

Økonomi og finansiering

Der er ikke foretaget beregninger af økonomi og finansiering, idet disse områder vil blive beskrevet på baggrund af udvalgets prioriteringer, og indgå i en særskilt sag der forventes udarbejdet til udvalgets næste møde.

Dialog/høring

Ældreråd og handicapråd

Bilag

Strukturanalyse af ældre og sundhed Allerød 2014.pdf
Strukturanalyse Ældre og Sundhed 2014, procesresume.pdf
Samlet Høringsskema strukturanalyse Ældre og Sundhed 2014.pdf
Strukturanalyse Ældre og Sundhed forvaltningens gennemgang.pdf

**Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 28-
05-2014**

Udvalget besluttede, at Forvaltningen udarbejder en sagsfremstilling som fokuserer på konklusion 1, 2, 3, hvor der i konklusion 3 skal være skærpet fokus på integration af terapeuter på tværs af organisationen. Og konklusion 4 og 8 som opfølgning på indholdet i strukturanalysen og som input til effektiviseringskataloget. Udvalget ønsker også at fastholde fokus på sygefravær og vikarer på området ved at følge de generelle analyser som er under udarbejdelse i Forvaltningen.

Udvalget besluttede endvidere, at afholde et temamøde i forlængelse af et af udvalgmøderne i efteråret 2014, med henblik på den langsigtede plan for området.

Der forelå høringssvar fra ældrerådet. Taget til efterretning.

Fraværende

Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**5. Dialogmøde med ældrerådet**

Sagsnr.: 14/7590

Punkttype Orientering**Tema** Sundheds- og Velfærdsudvalget har på deres møde den 1. februar 2013 aftalt at afholde to dialogmøder om året med ældrerådet. Ældrerådet inviteres til dialog i forbindelse med udvalgets møde den 28. maj 2014.

Mødet afholdes i mødelokale H og Ældrerådet er inviteret til kl. 9.00-10.00

Sagsbeskrivelse Ældrerådet er inviteret til dialogmøde med Sundheds- og Velfærdsudvalget den 28. maj 2014. Mødet er det første dialogmøde med udvalget efter konstitueringen af byråd og ældreråd.

Temaet for mødet er derfor en generel introduktion og overordnet drøftelse af ældreområdet, hvor Ældrerådet har fremsendt ønske om dialog om følgende områder:

- Rehabilitering
- Akutpladser
- Demens og følgeordning
- Finanslovspulje 2015 afsat til ældreområdet
- Budget 2015-2018

Administrationens forslag Forvaltningen anbefaler, at orienteringen tages til efterretning.**Afledte konsekvenser** -**Økonomi og finansiering** -**Dialog/høring** -**Bilag** Nej**Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget** Udvalget tog orienteringen til efterretning, idet det blev aftalt at afholde et dialogmøde med ældrerådet i efteråret 2014.

2014-2017 den 28-
05-2014

Fraværende

Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**6. Rekruttering og fastholdelse Ældre og Sundhed**

Sagsnr.: 14/7430

Punkttype	Orientering
Tema	Udvalget orienteres om status vedrørende rekruttering og fastholdelse af personale i virksomhederne i Ældre og Sundhed.
Sagsbeskrivelse	Ældre og Sundheds organisering er opbygget som en forvaltningsenhed samt 6 decentrale selvstændige virksomheder:

- Plejecenter Engholm herunder aktiviteten og de midlertidige pladser
- Plejecenter Lyngehus herunder de socialpsykiatriske haveboliger samt 3 midlertidige sociale pladser
- Plejecenter Mimosen, der er demensboliger
- Plejecenter Skovvang
- Den kommunale hjemmepleje, herunder sygeplejen
- Den kommunale genoptræning

samt fra 1. april 2014 to godkendte private leverandører af praktisk hjælp og personlig pleje. Dertil kommer en række andre leverandører af tøjvask, madservice, indkøb m.m.

I de kommunale virksomheder er primært ansat sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og hjælpere samt enkelte andre personalegrupper. Desuden er der tilknyttet enkelte ufaglærte ansatte og personer i aktivering eller lignende ansættelsesforhold.

I genoptræningen er primært ansat fysio- og ergoterapeuter.

Rekruttering og fastholdelse af personale i det offentlige kommunale sundhedsvæsen har gennem mange år skiftet mellem perioder med god søgning og perioder, hvor der kun har været få ansøgere.

I takt med de seneste års udvikling med mere komplekse problemstillinger hos borgerne, tidligere udskrivninger fra hospitalerne, skærpede krav til kompetencer og dermed øgede antal vagter til personalet, er det Forvaltningens erfaring, at det igen kan være vanskeligt at rekruttere og fastholde kompetent personale i ældre og sundheds virksomheder.

Dette har blandt medført, at der i flere virksomheder i perioder har været, og stadig er et betydeligt forbrug af vikarer, enten som følge af, at der er vakante stillinger, eller at det ikke er lykkedes at besætte de ledige stillinger med den uddannelsesbaggrund og kompetence, der er en

forudsætning for at løse opgaverne. Dette udgør en særlig udfordring i hjemmeplejen og på de midlertidige pladser på plejecenter Engholm.

Problemstilling med vikarer på området indgår i den generelle vikaranalyse som er under udarbejdelse som opfølgning på byrådets budgetforlig 2014-2017.

En særlig udfordring opleves på plejecenter Skovvang, hvor personalesammensætningen efter en politisk beslutning i 2012/2013 alene er baseret på sygeplejersker og assistenter. Her kan det være vanskeligt at rekruttere tilstrækkeligt med ansøgere, hvorfor der i perioder må anvendes vikarer og hjælpere til afløsning.

Generelt har Forvaltningen fokus på at arbejde med udfordringerne, ligesom der er planlagt et temamøde i ledergruppen for at drøfte og skabe initiativer, der kan støtte de fremtidige rekrutterings og fastholdelsestiltag fx gennem øget fokus på funktioner og kompetencer, forventningsafstemning, målrettet annoncering.

Administrationens forslag	Forvaltningen anbefaler, at udvalget tager orienteringen til efterretning.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	-
Dialog/høring	Ældreråd og handicapråd.
Bilag	Nej
Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 28-05-2014	<hr/> Udvalget besluttede at genoptage sagen på mødet den 6. august 2014. Poul Albrechtsen (O) deltog ikke under punktets behandling. Der forelå høringssvar fra ældrerådet. Taget til efterretning.
Fraværende	Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**7. Hverdagsrehabilitering status 2014**

Sagsnr.: 12/9893

Punkttype Orientering**Tema** Udvalget orienteres om status for implementering af hverdagsrehabilitering, som opfølgning af den politiske beslutning fra budgetforhandlingerne i efteråret 2012.**Sagsbeskrivelse** Udvalget traf i juni 2012 beslutning om implementering af hverdagsrehabilitering i Allerød Kommune, idet forvaltningens forslag blev oversendt til budgetforhandlingerne 2013-2016. Ved budgetforhandlingerne blev implementeringen prioriteret og budgetteret til igangsættelse fra 2014. Hverdagsrehabilitering er nu sat i gang med start fra 1. april 2014.

Målet med hverdagsrehabilitering er, at indføre en ny tilgang til pleje og praktisk hjælp, en kulturændring fra passiv omsorg til aktiv deltagelse, ved at tage udgangspunkt i borgerens ressourcer og gøre borgere så selvhjulpne som muligt. Der vil således ske et skifte fra passiv hjælp til aktiv indsats.

Denne tilgang skal sikre borgerne en individuelt tilrettelagt rehabiliteringsindsats, og samtidig kommunen en bedre ressourceudnyttelse og en sundere økonomi på området.

Målgruppen er borgere, der har behov for hjælp eller pleje. Hverdagsrehabilitering vil være obligatorisk, og ikke et tilbud. Gruppen, der vurderes til hverdagsrehabilitering, er borgere, der henvender sig til kommunen med henblik på praktisk hjælp eller personlig pleje, idet visitationen fortsat vil ske på baggrund af en individuel vurdering.

Da hverdagsrehabilitering medfører en ny tankegang i forhold til pleje og omsorg, er det en forudsætning, at medarbejderne har de rette kompetencer til at kunne løfte opgaven. Der har derfor i marts 2014 foregået kompetenceudvikling af alle medarbejdere, ligesom der er afsat midler fra ældrepuljen til opfølgende kompetenceudvikling i efteråret 2014.

Udover kompetenceløft hos alle medarbejdere, er der ansat to rehabiliteringsterapeuter, der organisatorisk er tilknyttet hjemmeplejen, idet disse også vil støtte arbejdet hos de private leverandører fra september 2014.

Projektet er planlagt som en varig model for arbejdsgangen for

visitation, omsorg, pleje og hjælp i Allerød Kommune, hvor flere borgere vil få øget bevidsthed om vigtigheden af at anvende ressourcer og vedligeholde funktionsevnen.

Administrationens forslag Forvaltningen anbefaler, at udvalget tager orienteringen til efterretning.

Afledte konsekvenser Hverdagsrehabilitering forventes på sigt at kunne nedsætte behovet for indlæggelser.

Økonomi og finansiering Implementering af hverdagsrehabilitering kan holdes inden for det afsatte budget på i alt 717.000 kr. i 2014, idet der er planlagt yderligere kompetenceudvikling i efterår 2014 afholdt med midler fra ældre puljen.

Det er Forvaltningens forventning, at projektet får samlet positiv økonomisk effekt fra 2016, som forudsat i den oprindelige sag og budget.

Dialog/høring Ældreråd og handicapråd.

Bilag Projektbeskrivelse hverdagsrehabilitering 2014.pdf

Beslutning Udvalget tog orienteringen til efterretning.

Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 28-05-2014 Poul Albrechtsen (O) deltog ikke under punktets behandling.

Der forelå høringssvar fra ældrerådet. Taget til efterretning.

Fraværende Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**8. Afløsning i eget hjem opfølgning og evaluering af kvalitetsstandard**

Sagsnr.: 13/11111

Punkttype Orientering**Tema** Udvalget orienteres om opfølgning, evaluering og antal timer i den godkendte kvalitetsstandard til afløsning i eget hjem, i henhold til beslutningen på Sundheds- og Velfærdsudvalgets møde den 6. september 2013.**Sagsbeskrivelse** Udvalget godkendte på mødet den 6. september 2013 en ny kvalitetsstandard vedrørende afløsning i hjemmet. Sagen blev rejst på baggrund af en Principafgørelse fra Ankestyrelsen, hvori det fastslås, at afløsning i hjemmet kan gives i form af praktisk hjælp eller personlig pleje, og at afløsning i hjemmet kan gives selv om der ikke er, eller kan, bevilges personlig og praktisk hjælp i hjemmet.

I forbindelse med godkendelsen af den nye standard blev det besluttet, at såvel indhold som anvendelse skulle evalueres på udvalgets møde i maj 2014.

Siden ibrugtagningen af kvalitetsstandarden har denne været anvendt af i alt 2 borgere. Derudover er flere borgere orienteret om muligheden, når det har været vurderet, at det kunne aflaste en familie.

En enkelt borger har efterspurgt afløsning om aftenen, hvilket ikke indgår i kvalitetsstandarden.

I alt har der været brugt 7 timer i 2013, og foreløbigt 4 timer i 2014 til ordningen.

Der har ikke været bemærkninger eller klager relateret til kvalitetsstandarden. Kvalitetsstandarden indgår i den årlige revision af kvalitetsstandarder og vil som udgangspunkt ikke blive ændret i år.

Administrationens forslag Forvaltningen foreslår, at udvalget tager orienteringen til efterretning.**Afledte konsekvenser** -**Økonomi og finansiering** Udgiften afholdes inden for budgettet afsat til Ældre- og Sundhed

Dialog/høring Ældreråd og handicapråd.

Bilag Kvalitetsstandard for afløsning i eget hjem
Ankestyrelses afgørelse juli 2012.pdf

Beslutning Udvalget besluttede at genoptage sagen på mødet den 6. august 2014.
Sundheds- og
Velfærdsudvalget Poul Albrechtsen (O) deltog ikke under punktets behandling.
2014-2017 den 28-
05-2014 Der forelå høringssvar fra ældrerådet. Taget til efterretning.

Fraværende Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**9. Sundhedsaftale III 2015 - 2018**

Sagsnr.: 13/12857

Punkttype Beslutning**Tema** Udvalget anmodes om at tage stilling til høringssvar vedrørende Sundhedsaftale III 2015 – 2018**Sagsbeskrivelse** Der skal inden udgangen af januar 2015 være indgået en ny sundhedsaftale mellem regionen og kommunerne i Region Hovedstaden for perioden 2015 - 2018.

Sundhedsaftalen skal bestå af en politisk del og en administrativ del, der konkretiserer indholdet i den politiske aftaledel.

Sundhedskoordinationsudvalget for Region Hovedstaden, der arbejder med den nye sundhedsaftale, sender nu et udkast til sundhedsaftalens politiske del i høring.

Aftaleudkastet er udarbejdet på baggrund af den indledende politiske dialog, der har været i regionen og kommunerne. Der er lagt særligt vægt på, at aftalen skal bestå af få, klare politiske målsætninger. Samtidig skal der være fokus på de effekter, som borgeren skal opleve som følge af sundhedsaftalen.

Aftaleudkastet er bygget omkring fire overordnede visioner:

- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen
- At borgeren 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 indkomne tilbagemeldinger drøftes i Sundhedskoordinationsudvalget i september, hvor også et udkast til sundhedsaftalens administrative del drøftes.

Fra medio september til medio oktober 2014 planlægges en høring af Sundhedsaftalens administrative del. Det forventes at Sundhedskoordinationsudvalgets endelige godkendelse af udkastet til Sundhedsaftale 2015 – 2018 kan ske til november 2014.

Herefter skal aftalen godkendes i regionsrådet og i de enkelte kommunalbestyrelser.

Forvaltningen har udarbejdet et forslag til høringssvar.

Der er frist for eventuelle bemærkninger senest den 30. juni 2014.

Administrationens forslag	Forvaltningen anbefaler, at udvalget godkender høringssvaret.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	-
Dialog/høring	Ældreråd og Handicapråd
Bilag	Høring vedr. Sundhedsaftale 2015 – 2018 mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen - Bilag 1 - Høringsudkast politisk aftale.pdf - Kommunal proces for Sundhedsaftale III.pdf Inspirationsmateriale sundhedsaftale III Høringssvar udkast politisk del sundhedsaftale III
Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 28-05-2014	<hr/> Udvalget godkendte Forvaltningens forslag med de faldne bemærkninger til høringssvaret. Poul Albrechtsen (O) deltog ikke under punktets behandling. Der forelå høringssvar fra ældrerådet. Taget til efterretning.
Fraværende	Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**10. Finanslov 2015 pulje til ældreområdet**

Sagsnr.: 14/634

Punkttype Beslutning**Tema** Udvalget anmodes om at tage beslutning om prioritering af temaer til ansøgningen til ældrepuljen for 2015.**Sagsbeskrivelse** I forbindelse med Aftale om Finanslov for 2014 blev der afsat 1 mia. kr. årligt til en pulje til et permanent løft af indsatsen på det kommunale ældreområde. For Allerød Kommune er beløbet 4,2 mio. kr./årligt. De afsatte midler udmøntes til kommunerne for ét år af gangen.

Puljens målgruppe er ældre borgere, som har behov for hjælp. Det gælder både sårbare og udsatte ældre, der har et stort plejebehov og ældre, der med en målrettet rehabiliteringsindsats kan støttes til at klare sig selv.

Allerød Kommune har søgt og fået udmøntet det fulde beløb i alt 4,2 mio. kr. i 2014. Ansøgningen skete på baggrund af en politisk behandling på udvalgets møde d. 29. januar 2014.

På mødet besluttede udvalget at få belyst følgende emner frem mod ansøgningen for 2015:

- overvejelser om rengøring
- varmtvandsbassin
- hospice
- samarbejde med frivillige
- mad/ernæring i et bredere perspektiv
- normeringer på plejecenter
- velfærdsteknologi.

Forvaltningen har udarbejdet et notat til brug for de videre drøftelser, idet det skal bemærkes, at i alt 3.305.004 kr. af 2015 beløbet er anvendt til ansættelse af personale i 2014, personale der i henhold til den politiske beslutning skal fortsætte i 2015 og frem.

Således udgør det beløb, der kan ansøges om i 2015 i forhold til nye områder 894.966 kr.

Med afsæt i det disponible beløb for 2015 og Forvaltningens gennemgang af emnerne for ansøgningen til 2015, er det Forvaltningens vurdering, at normeringerne på plejecentrene må prioriteres højest.

Det er samtidig Forvaltningens vurdering, at det ikke er

hensigtsmæssigt, at gå videre med planer for varmtvandsbassin eller etablering af hospice i regi af ældrepuljen, idet det vurderes, at udgiften til disse emner er væsentligt højere end det beløb, der er afsat til kommunens andel af ældrepuljen, ligesom det er usikkert om emnerne opfylder kriterierne for puljens anvendelse.

Administrationens forslag	Forvaltningen anbefaler at: <ol style="list-style-type: none">1) udvalget drøfter og prioriterer de emner, der skal indgå i ansøgningen for ældrepuljen 2015 og2) udvalget prioriterer, at normeringer på plejecentre skal indgå i ansøgningen.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	Der er ikke foretaget konkrete økonomiske beregninger for de enkelte emner. Dette vil ske efterfølgende på baggrund af udvalgets beslutning.
Dialog/høring	Ældreråd og handicapråd
Bilag	Finanslov 2015 notat med temaer
Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 28-05-2014	<hr/> <p>Udvalget besluttede at genoptage sagen på mødet den 6. august 2014.</p> <p>Poul Albrechtsen (O) deltog ikke under punktets behandling.</p> <p>Der forelå høringssvar fra ældrerådet. Taget til efterretning.</p>
Fraværende	Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**11. Opsætning af hjertestartere i det åbne rum**

Sagsnr.: 14/7711

Punkttype Beslutning**Tema** På baggrund af konstitueringsaftalen for Allerød Byråd efter kommunalvalget den 19. november 2013, anmodes udvalget om at foretage indstilling til Økonomiudvalg og byråd om at opsætte af hjertestartere på åbne områder i Lillerød, Blovstrød og Lyng.**Sagsbeskrivelse** Aktuelt råder Allerød Kommune over 30 hjertestartere, der primært er opsat på strategiske steder, - typisk indendørs og på steder, hvor der færdes mange mennesker.

Konkret er der kun én kommunal hjertestarter tilgængelig for alle døgnet rundt og placeret i det åbne rum, - nemlig den, der er placeret på Kirkehavegård.

Forvaltningen har vurderet forhold, placering og udgifter ved opsætning af yderligere tre hjertestartere på åbne områder i de tre byområder.

Opsætning af kommunale hjertestartere i det åbne rum kan med fordel ske følgende steder:

- Lyng Bytorv
f.eks. på gavlen af Lyng Uggeløse
brugsforening lige ved hovedindgangen, hvilket
giver mulighed for at hente hjertestarteren både
fra Lyng Bytorv siden og fra Hillerødvej.
- Lillerød, v. Uglevang
På gavlen af boligblok lige ved rundkørsel ved
Frederiksborgvej og Banevang
- Blovstrød Allé / Sjælsø Allé
På gavlen af bygningen Sjælsø Allé 3

Med de tre placeringer er der dækning i forhold til områder i byområderne, hvor der færdes mange borgere. I forhold til bymidten i Lillerød skal det også bemærkes, at der ved Jyske Bank på hjørnet ved Frederiksborgvej 27 er placeret en privat hjertestarter som er tilgængeligt døgnet rundt.

Samtidig er Forvaltningen blevet oplyst, at DSB ved at planlægge en eventuel opsætning af hjertestarter med døgnadgang ved stationsområdet.

For at kunne opsætte hjertestartere udvendigt på bygninger med placering i det fri, kræver det opvarmede skabe og dermed afledte udgifter til strøm.

Priser og anslåede driftsudgifter pr. opsat hjertestarter ex. moms:

Anskaffelse:

Hjertestarter ZOLL AED plus incl. 1 sæt padz	9.950 kr.
Skab med varme og åbning ved tryk på nødknop	5.520 kr.
Opsætning og installation pr. stk. (Anslået pris)	2.000 kr.
Samlet ved tre hjertestartere	52.410 kr.

Afledt drift pr. år.

Driftudgifter til el pr. hjertestarter pr. år.	700 kr.
Eftersyn og vedligeholdelse løbende pr. år.	1.000 kr.
Samlet ved tre hjertestartere	5.100 kr.

Det skal bemærkes, at placering på de foreslåede steder vil kræve en godkendelse af bygningsejerne. Den forventede levetid på batterier og elektrode i hjertestarteren af den foreslåede type er ca. 5 år. Elektroden/padz koster ca. 2.000 kr. per hjertestarter.

Administrationens forslag	Forvaltningen anbefaler, at udvalget indstiller forslaget om opsætning af tre hjertestartere i det åbne rum godkendt i Økonomiudvalg og byråd.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	Anskaffelsen indarbejdes i det forventede regnskab for 2014 med finansiering fra Forvaltningens samlede budget. Afledt drift indarbejdes i budgetoplæg for 2015-2018.
Dialog/høring	Ældreråd og handicapråd
Bilag	Oversigt over kommunale hjertestartere maj 2014
Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 28-05-2014	Udvalget indstiller Forvaltningens forslag om opsætning af hjertestartere i det åbne rum godkendt i Økonomiudvalg og byråd. Poul Albrechtsen (O) deltog ikke under punktets behandling. Der forelå høringssvar fra ældrerådet. Taget til efterretning.

Fraværende

Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**12. Borgerbudgetter - erfaringer i Danmark**

Sagsnr.: 14/7938

Punkttype Beslutning

Tema Udvalget besluttede på mødet den 4. oktober 2013 at afvente mere uddybende erfaringer med borgerbudgetter i Danmark, idet puljen på 25.000 kr. blev videreført til 2014 med henblik på en samlet pulje på 50.000 kr. til et eventuelt pilotforsøg med borgerbudget i Allerød Kommune. Udvalget anmodes om at træffe beslutning om, hvorvidt der skal igangsættes et pilotforsøg med borgerbudget i Allerød Kommune.

Sagsbeskrivelse Borgerbudgetter er overordnet en metode, hvor det handler om at skabe mere direkte borgerdeltagelse og ejerskab til et afgrænset lokalområde typisk. Metoden er primært afprøvet i udlandet og i Danmark er der på nuværende tidspunkt kun meget få eksempler på deciderede borgerbudgetter.

Et borgerbudget betyder, at borgerne i et bestemt område reelt får mulighed om at gå sammen om et projekt og stemme om, hvilket borgerstyret initiativ som skal iværksættes. Metoden betyder, at politikere må afgive beslutningskompetencen i forhold til, hvilket initiativ der skal støttes. Dette er en væsentlig forskel fra puljestøttede aktiviteter. Forvaltningen har udarbejdet et notat med de seneste erfaringer med borgerbudgetter i Danmark som er vedlagt i bilag.

Generelt er erfaringerne, at inddragelse af et lokalsamfund kræver tid og gentagelse. Derudover viser det sig, at den økonomiske ramme for borgerbudgetter som er afsat øvrige steder i Danmark er væsentligt større end det som er afsat i Allerød Kommune. Dertil kommer, at der i forbindelse med en proces med borgerbudgetter må forventes et betydeligt administrativt ressourceforbrug til at gennemføre og understøtte en proces imod endelig afstemning og efterfølgende opfølgning i et bestemt område af kommunen, samt eventuel gentagelse af afstemning.

I Kolding Kommune har budgettet pt. været fastlagt til 150.000 kr. i 2013 og yderligere 150.000 kr. i 2014, derudover er anvendt ressourcer samt udviklingspuljer udover dette beløb på den administrative understøttelse af processen. I Hedensted Kommune er det samlede budget på 240.000 kr. i 2014, fordelt på 4 lokalområder af 60.000 kr. og et tilsvarende beløb forventes afsat i 2015. I Hedensted Kommune har det vist sig, at beløbet på 60.000 kr. har været tilstrækkeligt til at skabe lokalt engagement, men det har været centralt, at der har været flere

tiltag i gang på samme tid flere steder i kommunen. I Fredensborg Kommune er der afsat en pulje til medborgerskab på 250.000 kr.

På den baggrund har Forvaltningen opstillet følgende beslutningsforslag.

- 1) Planerne for udmøntning af borgerbudgetter indstilles, og det afsatte budget udmøntes i en ansøgningsrunde til at støtte nye frivillige initiativer i Allerød Kommune i efteråret 2014 indenfor den økonomiske ramme.
- 2) Planerne for borgerbudgetter oversendes til budgetforhandlingerne med henblik på at få afsat 100.000 kr. til et forløb med borgerbudget i byrådsregi i perioden 2015-2018
- 3) Der udmøntes en medborgerskabspulje på 50.000 kr. fx. i forbindelse med frivillighedsdagen, frivillig fredag den 26. september 2014.

Administrationens forslag Forvaltningen anbefaler, at udvalget godkender forslag 1

Afledte konsekvenser -

Økonomi og finansiering

- 1) Afholdes inden for rammen af det afsatte budget til frivilligt socialt arbejde i 2014
- 2) Der er i 2014 afsat en pulje på 50.000 kr. af § 18 midlerne til frivilligt socialt arbejde til dette formål. Der er ikke afsat yderligere budget i 2015-2018
- 3) Afholdes inden for rammen af det afsatte budget til frivilligt socialt arbejde i 2014.

Dialog/høring Ældreråd og handicapråd

Bilag Erfaringer med borgerbudgetter 2014.pdf

Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 28-05-2014 Udvalget besluttede at genoptage sagen på mødet den 6. august 2014.
Poul Albrechtsen (O) deltog ikke under punktets behandling.
Der forelå høringssvar fra ældrerådet. Taget til efterretning.

Fraværende

Ingen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**13. Effektiviseringskatalog**

Sagsnr.: 13/18373

Punkttype Beslutning**Tema** Fagudvalgene præsenteres for effektiviseringskataloget vedr. budget 2015 – 2018 og anmodes om at foretage en prioritering af effektiviseringstiltagene og supplere med nye forslag til effektiviseringer.**Sagsbeskrivelse** Budgetforliget for 2014-2017 indebærer, at kommunens driftsudgifter skal reduceres. Fra 2015 og frem er der budgetteret med årlige effektiviseringskrav på 8 mio. kr. hvert år, svarende til samlet set 8 mio. kr. i 2014, 16 mio. kr. i 2015 og 24 mio. kr. i 2017 og frem. Det svarer til et årligt effektiviseringskrav på 0,6 pct. af kommunens driftsudgifter.

I budgetstrategien har Økonomiudvalget vedtaget følgende proces:

- Økonomiudvalget præsenteres i maj 2014 for et effektiviseringskatalog på 8, 16 og 24 mio. kr.
- Økonomiudvalget tager i maj 2014 stilling til hvilke effektiviseringstiltag, fagudvalgene skal arbejde videre med. Samtidig tager Økonomiudvalget stilling til fordelingen af effektiviseringstiltagene på udvalgsniveau.
- Det videre arbejde med ideerne i effektiviseringskataloget sker herefter i fagudvalgene, idet tværgående initiativer forankres i Økonomiudvalget. I maj til august 2014 analyseres ideerne i mulighedskataloget, og fagudvalgene supplerer med nye forslag til effektivisering af driften.
- I august 2014 indstiller fagudvalgene en prioritering af effektiviseringstiltag, som oversendes til budgetforhandlingerne.

Økonomiudvalget besluttede på møde den 13. maj 2014, at effektiviseringstiltagene sendes til videre behandling i fagudvalgene, som foretager en prioritering af effektiviserings-tiltagene.

Vedhæftet som bilag er effektiviseringskatalog på udvalgets område.

Administrationens Forvaltningen anbefaler, at fagudvalgene supplerer med nye forslag til

forslag	effektiviseringer og foretager en prioritering af hvilke effektiviseringstiltag, der skal oversendes til budgetforhandlingerne.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	-
Dialog/høring	-
Bilag	SVU effektiviseringskatalog.pdf
Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 28- 05-2014	<hr/> <p>Udvalget besluttede at genoptage sagen på mødet den 6. august 2014.</p> <p>Poul Albrechtsen (O) deltog ikke under punktets behandling.</p> <p>Der forelå høringssvar fra ældrerådet. Taget til efterretning.</p>
Fraværende	Ingen

Signeret af:

Birgitte A. Rasmussen
Medlem

Gurli Nielsen
Medlem

Henriette Gedde
Medlem

Olav B. Christensen
Medlem

Poul Albrechtsen
Medlem

Bilag: 3.1. Projektbeskrivelse Udvikling af subakut ambulant tilbud UDKAST

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 28. maj 2014 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 38229/14

Styringslaboratorium: Udvikling af subakut ambulat tilbud

Projekt- og procesbeskrivelse

Baggrund

Nordsjællands Hospital har til tider haft store udfordringer med overbelægning, mens de tilhørende kommuner oplever at bruge for mange penge på uhensigtsmæssige indlæggelser. Derfor har hospitalet i samarbejde med de otte kommuner, der er tilknyttet Nordsjællands Hospital, taget initiativ til et udviklingsprojekt. Projektet har til formål at afklare og afprøve et subakut ambulat tilbud til relevante patienter som alternativ til akutte (gen)indlæggelser.

Tilbuddet afprøves først i lille skala på Frederikssund Hospital i samarbejde med de to nærliggende kommuner Frederikssund og Halsnæs. Tilbuddet tilpasses og afprøves siden i kommunerne; Hillerød, Gribskov, Hørsholm, Helsingør, Allerød og Fredensborg i løbet af efteråret 2014. Undervejs i projektforsløbet sættes fokus på udvikling af nye styrings- og samarbejdsmodeller, der muliggør nye samarbejdsrelationer på tværs af sektorer og fagskel.

Initiativet i Nordsjælland er udpeget af Økonomi- og Indenrigsministeriet som ét ud af tre styringslaboratorier, som gennemføres i 2014. Ministeriet har i samarbejde med parterne på det offentlige arbejdsmarked identificeret syv principper for modernisering af den offentlige sektor og igangsat projektet 'Udvikling af nye styreformers med fokus på tillid og samarbejde'. Formålet med projektet er at bringe principperne i spil i en række styringslaboratorier ud fra et ønske om at opbygge læring omkring, hvordan nytænkning af styringsformer kan bidrage til at øge effekten af en given udviklingsindsats.

I styringslaboratoriet ses på følgende styringsformer:

- styringsformen internt i en "velfærdsproducerende" organisation
- styringsrelationen mellem organisationen og den centrale kommunale- eller regionale forvaltning
- samspillet mellem den velfærdsproducerende organisation og øvrige organisationer/ forvaltningsområder, hvor et mere aktivt samspil og samarbejde kunne øge produktiviteten og/ eller øge effekten

Samarbejdet om et subakut tilbud er udvalgt som styringslaboratorium, fordi det er et ambitiøst udviklingsprojekt, som går på tværs af sektorer og fagligheder, er kendetegnet ved borgercentreret og effektorienteret tænkning og desuden udviser en åbenhed for at eksperimentere med helt nye tiltag.

I forlængelse af Ministeriets udpegning af projektet, er MindLab, en tværoffentlig udviklingsenhed, tilknyttet projektet. MindLab bidrager bl.a. med sparring, procesfacilite-

ring, interessenthåndtering og borgerinddragelse. MindLab har endvidere til opgave at sikre erfaringsopsamling på de styringsmæssige indsigter, der måtte komme undervejs i projektet (se også samarbejdsaftale, bilag 1). Derudover er KORA udpeget til at evaluere projektet af Ministeriet.

Formål og mål

Formålet med det subakutte ambulante udredningstilbud er at forbygge akutte indlæggelser, der kunne være undgået ved at tilbyde et alternativt subakut ambulante tilbud af samme høje kvalitet

Målsætningerne for det subakutte ambulante udredningstilbud er følgende:

- Et sammenhængende forløb med en klar behandlingsplan efter udskrivelse, der gør borgeren tryk og højner oplevelsen af kvalitet
- Øget fokus på forebyggende indsats, der sikrer at unødige indlæggelser undgås
- De rette ressourcer er allokert til de rette opgaver, så faglige kompetencer udnyttes optimalt
- Alle behandlingsparter føler sig trykke og har et tydeligt overblik over ansvarsområder og flow i arbejdsgange

Målgruppe

Projektets målgruppe er den ældre medicinske patient over 65 år med diagnoser som

- Urinvejsinfektion
- Obstipation
- Pneumoni
- Dehydratio
- Erysipilas

Borgeren har herunder behov for udredning og IV-behandling som en del af en samlet behandlingsplan.

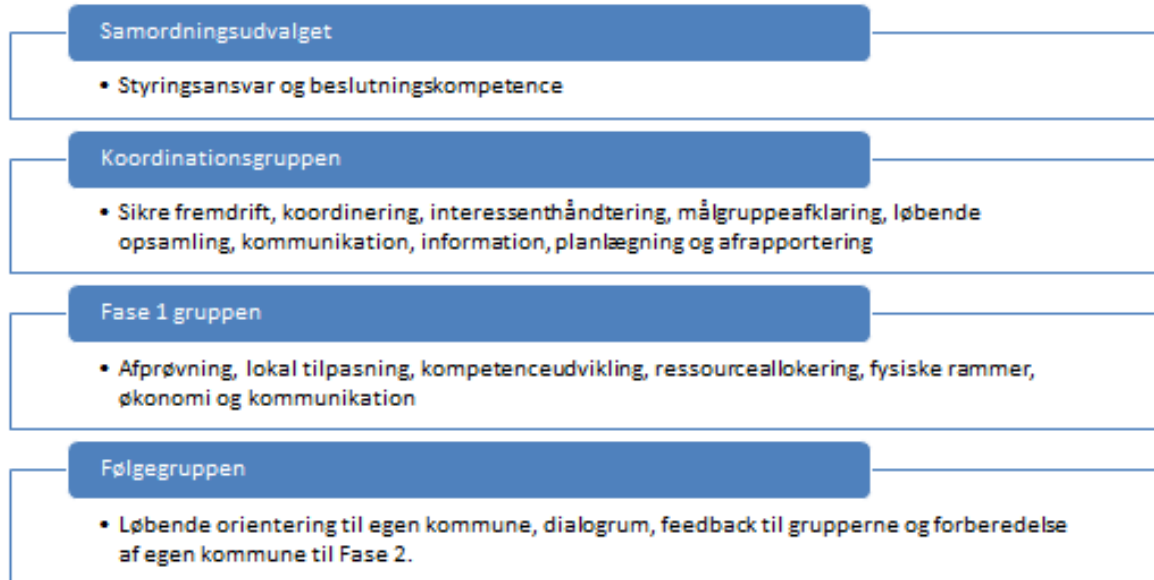
I projektet arbejdes løbende på opfølgning og justering af målgruppen efterhånden, som erfaringer med målgruppen og deres forløb i projektet indhentes.

Organisering

Udviklingsprojektet er organiseret med Samordningsudvalget, som projektejer med overordnet beslutningsansvar. Derudover er projektet organiseret ud fra følgende model:

Styringslaboratorium - Sub ambulans udredning

Organisering



Deltagere

Nordsjællands Hospital og tilhørende kommuner

Projektejer: Samordningsudvalget Nord (formandsskabet)

Projektledere/Koordinationsgruppen: Maj Thomsen, NOH, Berit Juhl Schau, Frederiksund Kommune og Susanne Samuelson, Fredensborg Kommune

Projektdeltagere: Tilhørende arbejdsgrupper (fase 1 gruppe og følgegruppe)

MindLab

Projektleder: Stine Schulze

Projektdeltagere: Jakob Schjørring og Anna Sofie Jakobsen

KORA

Projektansvarlig: Ulf Hjelmer

Projektmedarbejdere: Bente Bjørnholt og Kurt Houlberg

Metode

Projektet er kendetegnet ved løbende afprøvning og udvikling inden for den overordnede ramme.

Projektet deles op i 2 faser, hvorunder det først afprøves i lille skala (Fase 1) for derefter at blive udrullet i de øvrige kommuner (Fase 2). Undervejs i Fase 1 vil både hospitalets, kommunernes og almen praksis opgaver, organisering, ressourceforbrug og be-

hov for kompetenceudvikling mv. blive afklaret og beskrevet mhp. at de øvrige partnere kan forberede egen organisation til at løfte opgaverne, når fase 2 indledes (se også Flowdiagram, bilag 2). Ligeledes vil målgruppen og de økonomiske konsekvenser for hhv. hospitalet og kommunerne blive afdækket og beskrevet løbende i Fase 1 og 2. Der vil være mulighed for, at enkelte kommuner i Fase 2 kan tilslutte sig projektet efterhånden, som kommunen har ressourcer og kompetencer til at løfte opgaven.

Projektets Fase 1 og overgangen til Fase 2 indledes med workshop for alle involverede partnere. Endelig vil afslutningen af projektet blive markeret med en opsamlende event.

Tidsplan

Projektet gennemføres i 2014 efter følgende tidsplan:

Marts	Workshop 1.
April – August	Fase 1.
September	Workshop 2.
September – november	Fase 2
December	Afslutning
2014-15	Evaluering ved KORA

Leverancer

Fase 1 (NOH, Frederikssund og Halsnæs kommuner, Almen praksis)

- Projektledelse og projektdeltagelse
- Målgruppeafklaring
- Løbende justering og tilpasning af projektet
- Bidrage til evalueringen herunder analyse af økonomiske konsekvenser
- Afklaring af overgang og overdragelse af behandlingsansvaret mellem hospital og almen praksis
- Beskrivelse af opgaver, organisering og kompetencebehov hos plejepersonalet i kommunen i forbindelse med:
Forebyggelse af indlæggelse, fastholdelse af borgerne hjemme fremfor indlæggelse samt modtagelse og opfølgning på behandlingsplan efter, at borgerene har modtaget det subakutte ambulante tilbud.
- Afprøvning på Frederikssunds Hospital Fase 1 herunder udredning, iværksættelse af behandling og udarbejdelse af en behandlingsplan under et subakut ambulante forløb

Følgegruppen og Fase 2. (NOH, øvrige kommuner og Almen Praksis)

- Projektledelse og projektdeltagelse
- Forberedelse af kommunens ressourcer, organisering og kompetencer til at løfte opgaverne, som beskrevet i Fase 1
- Udrulning Fase 2 på Hillerød Hospital

- Løbende justering og tilpasning af projektet
- Bidrage til evalueringen

Evaluering

Ministeriet har indgået en aftale med KORA om evaluering af udviklingsprojektet. KORA vil udarbejde en evalueringsplan på baggrund af møder med MindLab, Koordinationsgruppen samt Samordningsudvalget. Der er lagt op til en evaluering af Styringslaboratoriets effekt på nedenstående parametre.



Bilag: 4.1. Strukturanalyse af ældre og sundhed Allerød 2014.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 28. maj 2014 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 38589/14

**STRUKTURANALYSE AF ÆLDRE OG SUNDHED
POTENTIALER OG MULIGHEDER**

STRUKTURANALYSE AF ÆLDRE OG SUNDHED POTENTIALER OG MULIGHEDER



Til
Allerød Kommune

Dato
16. april 2014

Rambøll
Hannemanns Allé 53
DK-2300 Copenhagen S
T +45 5161 1000
F +45 5161 1001
www.ramboll.dk

1. INDLEDNING

Denne rapport indeholder de hovedkonklusioner og anbefalinger, som er blevet til på baggrund af Rambølls strukturanalyse af Ældre & Sundhed i Allerød Kommune.

Formålet med analysen har været at undersøge mulige potentialer for, at Ældre & Sundhed kan skabe mere værdi for borgerne ved anderledes prioriteringer, organisering, arbejdsgange mv. Da der er tale om komplekse problemstillinger på et komplekst område, skal konklusioner og anbefalinger alene ses som rådgivning om, hvor forvaltningen kan prioritere det videre udviklingsarbejde – snarere end som endelige løsninger.

Rapporten bygger på en spørgeskemaundersøgelse om tidsforbrug blandt forvaltningens ledere, fokusgrupper med ledere og medarbejdere, arbejds møder med analysens projektgruppe samt analyse af en række økonomi- og aktivitetsdata, som forvaltningen har givet Rambøll adgang til i forbindelse med analysen.

I afsnit 2 beskrives de væsentligste konklusioner fra analysen, og i afsnit 3 gennemgås Rambølls anbefalinger til den videre indsats. Endelig indeholder bilag 1 en beskrivelse af den anvendte metode. Rambøll har desuden rapporteret mere detaljerede analyser og konklusioner i en særskilt tabelrapport, som er blevet drøftet på en række projekt- og styregruppemøder.

2. 10 HOVEDKONKLUSIONER

I dette og næste afsnit beskriver vi de væsentligste potentialer, som analysen peger på for ældre- og sundhedsområdet i Allerød Kommune. Realiseringen af potentialerne kræver dog en systematisk gennemgang af delelementerne i anbefalingerne og en ledelsesmæssig prioritering af anbefalingerne.

De potentialer, vi har taget med i denne rapport, er dem, hvor vi skønner, at sandsynligheden er størst for, at resultatet samlet set vil være positivt, når både konsekvenserne for kvaliteten og økonomien tages med i betragtning. Samtidig vil det dog være sådan, at nogle af potentialerne både vil have positive økonomiske og kvalitetsmæssige konsekvenser, mens andre primært vil give resultater på én af de to succesparametre.

Afsættet for konklusioner og anbefalinger er, at den overordnede struktur på sundheds- og ældreområdet overordnet set virker relativt velfungerende. Konceptet med selvstændige virksomheder giver høj grad af organisatorisk klarhed. Den indbyggede risiko ved en sådan virksomhedskultur er dog, at der bliver:

- 1) For meget silotænkning og for lidt synergi og tværfagligt samarbejde, fordi arbejdsdelingen bliver for skarp.
- 2) En overfokusering på de ydelser, som virksomhederne skal producere – og dermed en underfokusering på løbende at tilpasse disse ydelser til nye behov eller politiske ønsker.

Nedenstående konklusioner og anbefalinger er alle, direkte eller indirekte, rettet mod at minimere disse to indbyggede svagheder ved Ældre og Sundheds organisationsform.

Organisering og ledelse

Konklusion 1: Organisatorisk placering af hjemmesygeplejen

Sygeplejersker udgør en kritisk kompetence i fremtidens ældrepleje i Allerød Kommune. Deres kompetencer er i centrum i den forebyggende indsats, og den er central i indsatsen over for særligt de komplekse, ældremedicinske patienter, som der bliver flere og flere af.

Derfor er det kritisk, at hjemmesygeplejen fungerer så effektivt som muligt i Ældre og Sundhed. I denne sammenhæng er der visse indikationer på, at det ikke altid er tilfældet. Det ses rent talmæssigt ved, at vikarforbruget er højt i hjemmesygeplejen, og det ses ved, at sygeplejerskernes kompetencer i nogle tilfælde opleves at være bundet af, hvilken hjemmeplejeenhed de organisatorisk er knyttet til.

I dette lys kan det konkluderes, at det er tvivlsomt både økonomisk og kvalitetsmæssigt, om den nuværende organisering af hjemmesygeplejen, hvor sygeplejerskerne er organisatorisk delt ud i hver af de lokale hjemmeplejegrupper, er optimal.

Konklusion 2: Organisatorisk placering af midlertidige pladser og evt. akutpladser

Analysen viser, at der opleves udfordringer med den nuværende organisatoriske placering af de midlertidige pladser under plejecenter Engholm. Det opleves som vanskeligt at få tilrettelagt effektive arbejdsgange i forhold til disse pladser, herunder at få udnyttet forvaltningens kompetencer tværfagligt i forhold til borgerne på disse pladser.

På denne baggrund kan det konkluderes, at forvaltningen bør genoverveje den organisatoriske placering af de midlertidige pladser. I samme moment er det Rambølls vurdering, at pla-

cering af en fremtid akutenhed bør tænkes med, da det i høj grad vil være de samme sundhedsfaglige problemstillinger, disse borgere har – og dermed de samme kompetencer og indsatser, der er brug for. En samlet organisatorisk placering af midlertidige pladser og akutpladser vil dermed både rumme et økonomisk potentiale i forhold til personalenormeringer og vikarforbrug og et kvalitetsmæssigt potentiale i forhold til at etablere et stærkt fagligt miljø for assistenter og sygeplejersker omkring de sundhedsmæssige problemstillinger, der dominerer disse pladstyper.

Konklusion 3: Udnyttelse af terapeut-kompetencer

Analysen tyder på, at der generelt sker en moderat udnyttelse af terapeutkompetencerne i genoptræningsenheden. Det ses først og fremmest ved at den tid, som terapeuterne bruger direkte sammen med borgerne, er forholdsvis lav (samtidig med at normeringen af terapeuter per hold virker relativt høj), selvom der forekommer ventetider til genoptræningsforløb. Det ses desuden ved, at indsatsen i genoptræningsenheden forekommer relativt tværfagligt afsondret fra indsatsen i de øvrige dele af forvaltningen.

Terapeutkompetencer er særdeles kritiske for, at forvaltningen lykkes med et skift mod en mere rehabiliterende indsats. Derfor er det vigtigt, at terapeutkompetencerne anvendes effektivt både i genoptræningsenheden – og tværgående i forbindelse med indsatsen over for borgere, der modtager fx hjemme- og sygepleje fra forvaltningen.

På denne baggrund er det Rambølls vurdering, at det bør overvejes, hvordan terapeutkompetencerne kan udnyttes mere effektivt i forvaltningen, herunder hvordan den direkte borgertid kan øges, og hvordan det tværfaglige samarbejde med andre fagområder kan øges.

Konklusion 4: Fokus på ledelse

Analysen har ad flere veje tegnet et billede af, at faglig og strategisk ledelse er en disciplin, som fylder relativt lidt i forvaltningen.

For det første er det i forbindelse med dataindsamlingen blevet klart, at de enkelte virksomhedsledere og ledere i centralforvaltningen har relativt begrænsede data om forholdet mellem deres enheders forbrug og aktivitetsniveau. Det gør det som afsæt vanskeligt at lede og fordele opgaverne i enhederne hensigtsmæssigt, hvis ikke denne type viden er present.

For det andet er der betydelige udsving i, hvad lederne bruger deres tid på, samtidig med at lederne generelt efterspørger mere tid til faglig og strategisk ledelse – og mindre tid bundet i administrative opgaver (udfyldes nedenfor).

På denne baggrund vurderer Rambøll, at der er brug for mere fokus på, hvad ledelsesopgaven består i og mere understøttelse af, at lederne kan udfolde denne opgave.

Ressourceudnyttelse og arbejdsgange

Konklusion 5: Relativt højt sygefravær – særligt blandt sosu-hjælpere

Data fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor viser, at Allerød i 2012 havde et sygefravær væsentligt over gennemsnittet for gruppen "social- og sundhedspersonale". Data viser endvidere, at det først og fremmest er blandt kommunens sosu-hjælpere, at der var et sygefravær, der ligger væsentligt over landsgennemsnittet.

Samtidig vurderer flere ledere, at der ikke er tilstrækkeligt med ledelsesmæssigt fokus på fraværet i forvaltningen. Der efterspørges bl.a. en dialog om årsager til sygefravær, og der efterlyses flere letanvendelige opfølgingsværktøjer.

På den baggrund er det Rambølls vurdering, at der er brug for at følge med i, om Allerøds sygefravær – ind i 2013 og 2014 – fortsætter med at ligge væsentligt over landsgennemsnittet, og at det kan være hensigtsmæssigt med en ledelsesmæssig drøftelse af, hvordan der kan arbejdes målrettet for at nedbringe fraværet.

Konklusion 6: Relativt højt forbrug af vikarer – særligt i hjemmeplejen

Analysen viser, at brug af vikarer er særdeles udbredt i hjemmeplejen – på tværs af enheder og på tværs af dag-, aften- og nattevagter. I hjemmesygeplejen er der et relativt lavt forbrug af vikarer i dagvagterne, mens der er et betydeligt vikarforbrug i forbindelse med aften- og nattevagter.

Brug af vikarer har i hjemme- og sygeplejen et niveau, hvor det er sandsynligt, at det kan påvirke kvaliteten, da brug af vikarer kan være lig med større personaleudskiftning og større udsving i kompetencer. Samtidig opleves det af nogle ledere som en administrativ byrde at skulle varetage de logistiske opgaver i forbindelse med vikarerne. Endelig er vikarer generelt dyrere per leveret time end fastansatte og det ikke mindst i aften- og nattevagter, hvilke gør, at der også er et selvstændigt økonomisk argument for at holde vikarforbruget nede.

Rambøll vurderer derfor, at der ligger et potentiale i at fokusere på vikarforbruget.

Konklusion 7: Relativt meget vejtid og tid til planlægning i hjemmeplejen

I hjemmeplejen bruges der relativt mange årsværk på planlægning. Samtidig er vejtiden relativt høj – sammenlignet med andre kommuner, hvor vejtiden er lavest. Der bruges dermed forholdsvis mange arbejdstimer på at planlægge hjemmeplejens arbejde, samtidig med at en betydelig del af det udkørende personales arbejdsdag bruges på transport mellem borgerne.

Derfor vurderer Rambøll, at der muligvis er et potentiale i at få en mere effektiv ruteplanlægning ud af de planlægningsressourcer, der er afsat til opgaven.

Konklusion 8: Dokumentationsarbejdet opleves som tungt og tidskrævende

Analysen viser, at der i forvaltningen er meget tid og energi bundet i dokumentation, og at der ofte er tale om negative vurderinger af arbejdet med at dokumentere. Dokumentation er således den enkeltfaktor, som oftest nævnes i forhold til, hvad der tager tid i hverdagen, og hvor der er et effektiviseringspotentiale. Den u hensigtsmæssige tid, som vurderes at være bundet i dokumentation, opstår på mange måder: Det kan enten være i form af dokumentationskrav, der fører til "overdokumentation" eller "dobbeltdokumentation", tunge arbejds-gange eller tunge it-systemer.

Dokumentation tager tid væk fra borgerne, samtidig med at sundhedsfaglig dokumentation bør være et centralt redskab i indsatsen for at sikre høj faglighed og høj kvalitet i forvaltningen. Derfor er det Rambølls vurdering, at der ligger et betydeligt potentiale i at revurdere arbejdet med dokumentation i forvaltningen.

Konklusion 9: Dialog mellem visitation og virksomheder

Flere virksomheder oplever en uigennemsigtig og uflexibel dialog med visitationen. Det udspringer bl.a. af en oplevelse af, at dialog primært skal fungere på skrift, hvilket både tager meget tid – og er vanskeligt for nogle personalegrupper.

Rambøll vurderer på denne baggrund, at der er et potentiale i at revurdere arbejdsgangene mellem visitation og virksomheder – med afsæt i den enkelte borgers behov.

Konklusion 10: Mere lokaledeling mellem hjemmepleje og genoptræning

Endelig viser analysen, at der umiddelbart sker en forholdsvis fornuftig udnyttelse af lokaler i forvaltningen. Der er dog et potentiale i at etablere et tættere samarbejde mellem genoptræningen og hjemmeplejen om lokaler.

3. 10 ANBEFALINGER

Nedenfor følger Rambølls 10 anbefalinger til det videre arbejde med at optimere Ældre og Sundhed. Hver anbefaling knytter an til en af hovedkonklusionerne ovenfor.

Organisering og ledelse

Anbefaling 1: Hjemmesygepleje som tværgående, bydækkende kompetence

Det bør overvejes, om hjemmesygeplejen skal organiseres som en tværgående, bydækkende enhed – under hjemmeplejelederen. Det vil give mulighed for i højere grad at udnytte og udvikle sygeplejerskernes faglige specialer. Desuden vil det give mulighed for at benytte sygeplejerskerne mere fleksibelt i andre ydelsesområder, herunder midlertidige pladser og plejehjem. Desuden kunne det give et potentiale i forhold til at nedbringe vikarforbruget i aften- og nattesygeplejen.

Det har været overvejet, om hele sygeplejen, dvs. også sygeplejerskerne på plejecentre, bør samles i den samme enhed. Her er det dog vores oplevelse, at fordelene ved at have sygeplejersker lokalt opvejer ulemperne.

Som led i samlingen af hjemmesygeplejen bør det desuden overvejes nærmere, om der bør gennemføres et forsøg med en sygeplejeklinik for de borgere, der er mobile nok til at flytte sig til en sådan. Der vil endvidere være et potentiale i at tænke en sygeplejeklinik sammen med midlertidige pladser og akutpladser, se anbefaling nedenfor.

Anbefaling 2: Midlertidige pladser og akutpladser som del af hjemmeplejen

Det bør overvejes, om de midlertidige pladser, samt evt. fremtidige akutpladser, bør placeres organisatorisk i hjemmeplejen. Det vil give mulighed for øget sammenhæng i indsatsen over for de borgere, der er hjemmeboende og skal have hjemmepleje og/eller hjemmesygepleje før og efter ophold på de midlertidige pladser. For eksempel kan man forestille sig, at borgernes faste kontaktperson fra hjemmeplejen er tovholder på, eller deltager i, ind- og udslusningssamtaler i forbindelse med ophold på midlertidige pladser. Desuden vil en organisatorisk placering af midlertidige pladser sammen med hjemme- og sygepleje give bedre muligheder for at integrere sygeplejerskerne i arbejdet med borgerne på de midlertidige pladser.

Anbefaling 3: Bedre udnyttelse af terapeutkompetencer

Terapeuternes brugertidsprocenter i genoptræningsenheden er relativt lave. Samtidig er der i perioder med ventetider på genoptræning. Endvidere er terapeutfaglighed en kritisk kompetence i det pågående skift fra passiv til aktiv hjælp, hvilket gør det særligt vigtigt at få denne del af organisationen til at arbejde tæt sammen med hjemmepleje og plejecentre. Denne sammenhængskraft skal bl.a. sikre, at genoptræning tager udgangspunkt i de ydelser, som en borger modtager af fx hjemmeplejen – selvom træningen foregår i træningscentret og gennemføres af en terapeut.

Derfor er der grund til at overveje, dels om genoptræningsterapeuter kan bruges mere integreret i skiftet fra passiv til aktiv på tværs af virksomheder, dels hvordan terapeuternes tidsforbrug kan effektiviseres.

Anbefaling 4: Mere fokus på ledelse og styring

Analysen viser et behov for, at der sættes mere fokus på ledelse som disciplin i forvaltningen. Vi anbefaler på denne baggrund, at rammerne for at udøve ledelse drøftes, herunder:

- Hvilket ansvar der ligger i ledelsesrollen. Der bør skabes klarhed om, hvad ledelsesopgaven består af, og hvad der forventes af lederen.

- Hvilke oplysninger om omkostninger og aktiviteter det forventes, at lederen holder styr på, herunder hvem der skal tilvejebringe disse oplysninger.
- Hvordan lederne mest hensigtsmæssigt kan supporteres i forhold til administrative opgaver, herunder om der kan ske en klarere afgrænsning af de ledelsesmæssige opgaver, så opgaver i forbindelse med vikarer, bestilling af sengelinned, tøj og mad overgår til administrativt personale i virksomheden eller administrativt personale i forvaltningen. Det er dog i denne sammenhæng vigtigt, at der sker en tydelig forventningsafstemning. Desuden er det oplagt at benytte en eventuel specialisering til også at tilstræbe et fagligt løft – fx ved at den person, der skal stå for bestilling af mad, er ekspert i ernæring.

Ressourceudnyttelse og arbejds gange

Anbefaling 5: Reduktion af sygefravær

Ældre- og sundhedsområdet i Allerød Kommune havde målt i 2012-tal et højt sygefravær sammenlignet med andre kommuner. Forvaltningen måler systematisk på sygefraværet, og der bliver også fulgt op på sygefraværet, og de obligatoriske sygesamtaler bliver gennemført. Vi vil dog foreslå, at der bl.a. arbejdes mere med:

- Øget fokus fra toppen af forvaltningen på sygefravær, herunder opfølgning på om gældende politikker udledes og kommunikation om intern benchmark og bedst praksis (nærvær).
- Øget viden om årsager til nærvær og sygefravær, og hvilke indsatser der skal sættes ind med i forhold til forskellige typer af fravær.
- Flere støtteværktøjer til lederne – fx push-mails når der skal følges op på en medarbejders fravær.

Desuden vil Rambøll foreslå, at forvaltningen holde øje med, hvordan sygefraværet har udviklet sig i 2013 sammenlignet med andre kommuner, når disse tal er tilgængelige hos Kommunernes og Regionernes Løndatakontor (www.krl.dk).

Anbefaling 6: Reduktion af vikarforbruget

Analysen viser, at vikarforbruget er højt i hjemme- og sygeplejen. Det er en betydelig omkostning for enhederne og vil desuden kunne give kvalitetsproblemer i de tilfælde, hvor et kendskab til borgeren er en forudsætning for at yde hjælpen – eller hvor det ikke er muligt at få tilstrækkeligt kvalificerede vikarer.

Særligt for hjemme- og sygeplejens vedkommende bør det derfor overvejes, hvordan vikarforbruget kan reduceres. Herunder bør det undersøges nærmere, hvad der ligger bag det markant høje forbrug af vikarer i aften- og nattevagter. En mulighed er at oprette et internt vikarkorps, der fleksibelt "lukker huller" både i hjemmeplejen og på plejecentre. En anden mulighed er at skærpe kravene til, hvornår bemanning af vagter kan ske med andre end gruppen af fastansatte.

Anbefaling 7: Planlægning og vejtid i hjemmeplejen

Rambøll foreslår, at det undersøges nærmere, hvad der ligger til grund for det nuværende niveau for vejtid, og hvilke muligheder der er for at optimere planlægningen, herunder om der er mulighed for at øge udbyttet af de årsværk, der går til planlægning – fx med bedre systemunderstøttelse. I denne sammenhæng vil det være naturligt at se nærmere på, hvilke succeskriterier planlægningsfunktionen arbejder ud fra – og hvordan disse succeskriterier omsættes til konkrete prioriteringer.

Anbefaling 8: Eftersyn af krav og arbejds gange i forbindelse med dokumentationen

Fokusgrupper og projektgruppemøder har vist, at dokumentation opleves som en betydelig opgave inden for alle ydelsesområder.

Rambøll anbefaler derfor, at forvaltningen kritisk gennemgår de nuværende krav til dokumentation, herunder de krav der stilles i forbindelse med servicelov-tilsynet. Rambøll anbefaler endvidere, at arbejdsgangene i forbindelse med dokumentationen kortlægges og drøftes af medarbejdere og ledelse.

Anbefaling 9: Revurdering af arbejdsgangene mellem visitation og virksomheder

Samarbejdet mellem bestiller- og udførerleddet i forvaltningen opleves af nogle som relativt tungt, hvilket bl.a. skyldes, at arbejdsgangen primært opleves som skriftlig (via advis-systemet).

Det er kritisk for effektiviteten i plejen, at dette led fungerer optimalt. Derfor anbefaler Rambøll, at det overvejes, hvordan virksomhedernes behov for kommunikation bedre kan dækkes, herunder om der skal være udvidede muligheder for "ansigt til ansigt-tid" mellem visitation og virksomheder.

Anbefaling 10: Lokaleudnyttelse

Analysen tyder ikke på, at der er store gevinster at hente ved at optimere lokaleudnyttelsen generelt. Der kan dog være potentialer i, at genoptræningen og hjemmeplejen samarbejder, hvad angår lokaleudnyttelsen. Ligeledes kan der være potentialer i, at andre plejecentre indfører en model i stil med Lyngehus om lokaleudlejning uden for normal arbejdstid. Det kunne med fordel gøres med udgangspunkt i det dobbelte formål – både for at hente økonomiske gevinster og for at bekæmpe den stigende sociale isolation ved at skabe nem adgang for sociale klubber, festmuligheder m.m.

1.1 Oversigt over potentialer

Tabel 1 viser en oversigt over de væsentligste effektiviseringspotentialer, som er blevet identificeret i forbindelse med strukturanalysen. Flere af potentialerne er gensidigt afhængige. Eksempelvis vil lavere sygefravær medføre lavere vikarudgifter, og reduktion af møder kan øge den direkte brugertid. Potentialerne kan derfor ikke adskilles fuldstændigt, men giver et overblik over, hvilke gevinster der kan være ved at fokusere på de forskellige områder.

Tabel 1: Potentialeoversigt

Anbefaling	Afsæt (baseline)	Kvalitetsmæssigt potentiale
1: Hjemmesygepleje som tværgående, bydækkende kompetence	Oplevede geografiske bindinger på brug af sygeplejersker Højt vikarforbrug Stor efterspørgsel på sygeplejerskers faglighed	Lavere vikarforbrug og dermed højere kontinuitet i plejen Bedre udnyttelse af sygeplejerskekompetencer Udvikling af specialer
2: Midlertidige pladser og evt. akutpladser som del af hjemmeplejen	Nuværende placering af midlertidige pladser under Engholm virker ikke optimal	Øget sammenhæng i indsats over for borgere der har behov for hjemme-/sygepleje før eller efter ophold på midlertidige pladser Bedre mulighed for at integrere sygeplejersker i arbejdet med borgere på midlertidige pladser
3: Bedre udnyttelse af terapeutkompetencer	Terapeuterne i genoptræningsenheden har relativt lave brugertidsprocenter, samtidig med at der forekommer ventetider og generelt er efterspørgsel på terapeutkompetencer	Kortere ventetider Mere effektiv brug af terapeutkompetencer

Anbefaling	Afsæt (baseline)	Kvalitetsmæssigt potentiale
4: Mere fokus på ledelse og styring	Der er udfordringer i forhold til at styre ressourcer Ledere har kun i begrænset omfang data om centrale forhold vedrørende styring og ledelse på eget område Lederne anvender deres tid meget forskelligt	Mere klarhed over hvad ledelsesrollen består af, og hvad der forventes af lederen Mere tid til faglig og strategisk ledelse ved at der fjernes tid brugt på administration
5: Reduktion af sygefravær	Allerød har et sygefravær, der ligger højere end i resten af landet, og det vurderes derfor, at dette ved hjælp af forskellige tiltag burde kunne sænkes til landsgennemsnittet	Mere kontinuitet over for borgerne ved at de i højere grad møder det samme personale Højere trivsel Færre udgifter til vikarer
6: Reduktion af vikarforbruget	Der er et relativt højt vikarforbrug, særligt i hjemme- og sygeplejen	Mere kontinuitet over for borgerne ved at de i højere grad møder det samme personale Færre udgifter til vikarer
7: Planlægning og vejtid i hjemmeplejen	I hjemmeplejen bruges der omkring 15 pct. af det effektive antal årsværk på vejtid og 6 pct. på planlægning. Dermed går ca. en femtedel af arbejdstiden med planlægning og vejtid, hvilket skønnes at være relativt højt	Mere tid hos borgerne
8: Eftersyn af krav og arbejdsgange i forbindelse med dokumentationen	Dokumentation opleves som en stor og tidskrævende arbejdsopgave inden for alle områder Det virker som om, der er mere fokus på at bestå et tilsyn frem for at tænke på faglige hensyn	Frigørelse af medarbejdertid til mere værdiskabende opgaver Brug af dokumentation som løftestang til højere kvalitet
9: Revurdering af arbejdsgangene mellem visitation og virksomheder	Samarbejdet mellem visitation og virksomheder opleves ufleksibelt af nogle, hvilket bl.a. skyldes, at arbejdsgangen primært foregår skriftligt	Bedre kontakt mellem virksomheder og visitation – og dermed mere fleksibel tilpasning af ydelsestildeling til ændringer i borgerne behov
10: Lokaleudnyttelse	Der er eventuelt mulighed for øget lokaledeling mellem hjemmeplejen og genoptræningen samt udlejning af ledige lokaler til aktiviteter	Mere liv på plejecentrene Lavere udgifter til lokaler

BILAG A - METODE

Figuren nedenfor giver et overblik over aktiviteterne i de forskellige Faser i opgaven, og hvad der kommer ud af faserne.

Figur 1: Proces for opgaveløsning

Faser	1. PROJEKTOPSTART & MÅLSÆLTNING	2. BASELINE	3. POTENTIALE-VURDERING	3. LØSNINGER & HANDLEPLAN
Hovedaktiviteter	<ul style="list-style-type: none"> Opstartsmøde til afstemning af forventninger og mål med opgave Udarbejdelse af detaljeret projektplan og kommunikationsplan Definering af "to-be" målsætning for serviceniveau og KPI'er SG og PG Kobling til eksisterende tiltag (f.eks. Vision, politikker etc.) og forudsætninger for effektivisering og udvikling for projektet på kort og lang sigt Godkendelse af proces i SG 	<ul style="list-style-type: none"> Indsamling af nøgletal på serviceniveau, ressourcer, driftsøkonomi, bygningsmasse og produktivitet Kortlægning af opgaver, organisering, fokus i opgaven, strategi (interview og besøg) Benchmarking med andre kommuner Vurdering af udfordringer, muligheder og potentialer (workshops i PG) Etablering af baseline og foreløbige konklusioner Diskussion af statusanalyse (baseline) i SG 	<ul style="list-style-type: none"> Identificering af best practice eksempler og udviklingsmuligheder Rambølls potentialeanalyse og udvikling af foreløbige muligheder målsætning Kvalificering af foreløbige forslag indenfor succeskriterier (workshop i PG) Kvalificering og revidering af forslag Potentiale- og gevinstvurdering samt potentialeberegning med afsæt i principper Diskussion af potentialeanalyse i SG 	<ul style="list-style-type: none"> Endelig forslag udvikling af modeller for en effektiv indretning og organisering af ældreområdet Diskussion og validering af modeller (workshop i PG) Udarbejdelse af samlet rapport Afstemning med og godkendelse af rapport SG Forslag til implementeringsplan (tidsplan, aktiviteter, ressourcer og ansvarlig)
Leverancer	<ul style="list-style-type: none"> Klarhed på opgavemål og forventede resultater Projekt-, kommunikations- og tidsplan Kobling til eksisterende tiltag og målsætning for tiltag samt KPI'er 	<ul style="list-style-type: none"> Kortlægning af udfordringer, muligheder og potentialer Tværgående analyse Rapport - Statusanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> Transparens på potentialer til forbedringer Identificering af udfordringer, muligheder og best practice Rapport - Potentialeanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> Delrapport - Modeller Samlet rapport med med angivelse af forudsætning for realisering og konsekvenser Implementeringsplan

I de følgende afsnit præsenteres de enkelte Faser i analysen.

Fase 1: Projektstart og målsætning

I starten af fase 1 skete der en forventningsafstemning. Der blev udarbejdet en projektplan med angivelse af centrale datoer for gennemførelse af projektet. Derudover blev der som en del af projektstarten gennemført personlige interviews med sundhedschefen, den daglige leder af administrationen, lederen af visitationen og koordinatoren på forebyggelsesområdet.

Der har været nedsat en styregruppe, der løbende er blevet præsenteret for resultater og anbefalinger. Derudover blev der nedsat en projektgruppe, som har været med at give input og kvalificere analysens resultater undervejs.

Fase 2: Etablering af baseline

Formålet med fase 2 var at foretage dataindsamling for at kunne gennemføre delanalyserne. Dataindsamlingen og dataanalysen bestod af forskellige trin:

Tabel 2: Dataindsamlingen trin for trin

Trin	Indhold
Trin 1	Indsamling af data fra Allerød Kommune og andre kommuner
Trin 2	Gennemførelse af interview (gruppeinterview) med ledere og medarbejdere fra de seks virksomheder/enheder
Trin 3	Dataanalyse af nøgletal og datamateriale (interviewmateriale)
Trin 4	Gennemførelse af kortlægningsundersøgelse blandt lederne af virksomhederne
Trin 4	Udarbejdelse af statusanalyse og en skitse til forskellige udviklingsmuligheder
Trin 5	Udarbejdelse af diskussionsoplæg til arbejdsgruppen, hvor forskellige statusanalyser og udviklingsmuligheder blev præsenteret samt et draft på udviklingspotentialer. Udviklingsmulighederne og draft på potentialer vil både have betragtninger af principiel karakter og vil være specifik.

Der er blevet afholdt workshop med arbejdsgruppen, hvor statusanalyse og diskussionsoplægget blev gennemgået og diskuteret.

Følgende data er blevet anvendt:

Intern information fra Allerød Kommune

- Befolkningsprognose frem til 2026, fra Allerød Kommune
- Økonomital fra Allerød Kommune, Ældre og Sundhed, dataudtræk, 2013, 2014
- Input fra diskussioner i arbejdsgruppen
- Allerød Kommune, udbudsmateriale for udbud af hjemmehjælp, 2014
- Allerød Kommune, antal borgere visiteret til hjemmeplejen, udtræk fra 20.02.14
- Datamateriale fra hjemmeplejen i Allerød Kommune, materiale vedr. BTP-beregning
- Træningstimer i genoptræningen på borgerniveau, november 2013
- Beregnede ydelsestakster, genoptræningsområdet, fra Allerød Kommune, 2014
- Medarbejderdata fra Allerød Kommune, februar 2014
- Sygefraværdsdata
- Organisationsdiagram for Allerød Ældre og Sundhed
- Bygningsinformationer
- Oversigt over igangværende tværgående projekter
- Information om aflyste ydelser i hjemmeplejen.

Data fra kortlægningskema (lederne)

- Information om tid brugt på faste møder og arbejdsgrupper
- Ledernes tidsforbrug på forskellige opgaver
- Medarbejdernes tidsforbrug på forskellige opgaver
- Information om lokaleudnyttelse.

Eksternt data og information

- Danmarks Statistik (diverse udtræk)
- Ældre Sagen: "Ældre Sagens 14 krav til det gode plejehjem", 2011
- KORA: "Offentligt eller privat – pris og kvalitet skal i højsædet", 2012
- KL: "Nye ældre, nye muligheder", 2010
- Nationalt Videnscenter for Demens, 2009
- Sundhedsstyrelsen: Danskernes sundhed, Den nationale sundhedsprofil (2010 & 2013)
- Økonomi- og Indenrigsministeriets Kommunale Nøgletal (noegletal.dk), ældreudgifter (netto) per 65+ årig 2013
- Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, KRL, data for personalegruppen "social- og sundhedspersonale, kl"

Fase 3: Potentiale vurdering

Formålet med fase 3 var at analysere realistiske potentialer med afsæt i statusanalysen og samtidig præsentere skitser til modeller for udviklingen af ældreområdet, der skulle afspejle de væsentligste behov, strategier og prioriteringer i Allerød Kommune. De forskellige potentialer har taget afsæt i de formulerede forudsætninger fra fase 1, der bestemmer parametre og relevante beregninger. Potentialer er blevet diskuteret i arbejdsgruppen. På baggrund af feedback herfra blev analysen færdiggjort.

Fase 4: Løsninger

I sidste fase blev der foretaget en endelig analyse og udvikling af anbefalinger med angivelse af forskellige løsningsmuligheder. De udviklede anbefalinger er blevet vurderet i forhold til økonomiske konsekvenser. Dertil kommer konsekvensberegninger på de faglige og organisatoriske konsekvenser af modellerne. Alle modeller udsættes for såvel kvantitative som kvalitative vurderinger og vil bl.a. indeholde vurderinger af følgende elementer:

- Opnået besparelse, hvis muligt
- Anlægsinvestering eller teknologisk investering
- Organisatoriske konsekvenser
- Faglige konsekvenser
- Risikoanalyse

Afslutningsvis er der blevet udarbejdet en samlet rapport.

Bilag: 4.2. Strukturanalyse Ældre og Sundhed 2014, procesresume.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 28. maj 2014 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 38618/14

NOTAT

Strukturanalyse ældre og sundhedsområdet, procesresumé

I budgetforlig 2014 - 2017 blev det besluttet, at der skulle udarbejdes en række undersøgelser og analyser forud for budgetlægningen for 2015 – 2018.

På den baggrund udarbejdede forvaltningen et kommissorium for analysen på ældre og sundhedsområdet. Kommissoriet blev godkendt på udvalgets møde i januar 2014, og efterfølgende i økonomiudvalget.

På baggrund af det godkendte kommissorium har forvaltningen i samarbejde med Rambøll gennemført en strukturanalyse på ældre og sundhedsområdet. Analysens resultater er samlet i 10 konklusioner og anbefalinger.

Formålet med strukturanalysen på Ældre og Sundhedsområdet har været at gennemføre en analyse af strukturen med fokus på, om der kan etableres en mere effektiv struktur. Herunder se på hvilke potentialer, der er for at ændre på prioritering af arbejdsopgaverne, organiseringen, strukturen, tidsforbrug for medarbejderne og ledelsesstrukturen.

Succeskriterierne for analysen har været, at effektivitetspotentialer som udgangspunkt blev analyseret og vurderet ud fra følgende parametre: bygningsudnyttelse, organisering, ledelse, driftsoptimering, strategisk/værdi/retning, hvad organisationen skal kunne fremover, og mere effektivitet/kvalitet for pengene.

Det var en forventning, at:

- de foreslåede modeller kan understøtte organisationens evne til at håndtere udfordringerne på området 5 år frem
- processen af ledere og medarbejdere blev oplevet som værende åben og involverende
- de foreslåede modeller i relevant omfang inddrog og anvendte viden og inspiration fra virksomhederne
- de foreslåede modeller i relevant omfang havde fokus på borgernes indgang til kommunen, de rette tilbud, handlekraft, innovation og kvalitet, kompetencer og faglighed i arbejdet.

Strukturanalysen har været organiseret på baggrund af kommunens projektmodel med nedsættelse af en styregruppe og en projektgruppe. Sidstnævnte skulle særligt bidrage med at kvalificere og perspektivere Rambølls analyser og give oplæg til fremadrettet udvikling.

Projektet startede formelt op i uge 6, 2014 og herefter pågik indsamling af økonomiske nøgletal, og interview med ledere og medarbejdere fra de forskellige enheder og virksomheder. Derudover blev der udsendt et kortlægningsskema til lederne, hvor der blev spurgt ind til nuværende- som ønsket tidsforbrug, arbejdstilrettelæggelse, tidsforbrug på møder og arbejdsgrupper etc. Ligeledes har lederne været interviewet for at kvalificere svarene fra spørgeskemaet. Potentialerne og arbejdshypoteserne fra Rambøll er løbende blevet kvalificeret og udfoldet i projektgruppen, og har mundet ud i det endelige statusbillede, som danner baggrund for rapportens konklusioner og anbefalinger. Analysens endelige konklusioner og anbefalinger har været i høring blandt projektgruppen og ældre- og sundheds virksomhedsledere, med mulighed for at disse kunne kommentere resultatet.

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

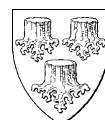
Allerød Rådhus
Bjarkesvej 2
3450 Allerød
Tlf: 48 100 100
kommunen@alleroed.dk
www.alleroed.dk

Dato: 9. maj 2014

Sagsnr. 13/18873

Sagsbehandler:
Lisbeth Pedersen

Direkte telefon: 48 100 210



Bilag: 4.3. Samlet Høringskema strukturanalyse Ældre og Sundhed 2014.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 28. maj 2014 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 38657/14

Høringsskema strukturanalysen Ældre og Sundhed 2014:

Nr:	Konklusion:	Anbefaling:
1	<p>Leder af hjemmeplejen: Selvom Hjemmesygeplejerskerne er forankret i de enkelte områder, fungerer de på tværs af hjemmeplejen, hele kommunen aften/nat og weekends. Dagarbejdet koordineres på tværs af områderne, hvor alle relevante ressourcer inddrages. Der er nylig igangsat en planlægning, hvor dagsygeplejerskerne også arbejder i aftenvagten.</p> <p>Vikarforbruget i hjemmesygeplejen har været højt i 2013 (21% af lønbudgettet). Baggrunden herfor er langt overvejende ubesatte stillinger i aften- og nattevagten. I dagtiden, hvor der er flest sygeplejersker, har vikarforbruget udgjort 8% af lønbudgettet. Jeg tænker at det ikke er korrekt at drage den konklusion, at vikarforbruget er en indikator på at organiseringen er ineffektiv. Tværtimod bevirker nuværende organisering at den tværfaglige gruppes ressourcer anvendes fleksibelt, d.v.s. at SSA i gruppen såvel løser pleje som sygeplejeopgaver efter behov. Herved mindskes vikarforbruget for sygeplejersker.</p> <p>Enkelte Hjemmesygeplejersker har specialfunktioner, som f.eks. sårpleje, KOL, inkontinens, palliation. Formålet med disse specialfunktioner/kompetencer er at udvikle fagområdet, vejlede andre sygeplejersker og påtage sig opgaver i forb. med forløbsprogrammer på tværs af kommunen. Det kan ikke forstås sådan, at det er f.x. sårplejersken, der udfører den krævende sårpleje i eget område, mens borgere i andre områder ikke får samme ekspertise. Hjemmesygeplejen er baseret på generalistsygeplejersker, der kan</p>	<p>Leder af hjemmeplejen: Hjemmesygeplejerskerne fungerer i dag tværgående i hele kommunen, og de specielle kompetencer anvendes på tværs. Deres forankring i de enkelte områder er afgørende vigtig for at fremme en tidlig opsporing af problemforhold hos borgerne (TRIAGE), som kræver et tæt samarbejde med hjælperne.</p> <p>En højere grad af udnyttelse af deres specielle faglige kompetencer</p> <p>Oprettelse af en sygeplejeklinik har længe været et ønske, og vil kunne rummes indenfor nuværende organisering.</p>

	<p>arbejde på et højt fagligt niveau, mens specialistfunktionen har et udviklende sigte. På samme måde er en sygeplejerske på Mimosen specialist i demens.</p> <p>Udover inkontinensfunktionen er der ikke afsat ressourcer til at påtage sig opgaver på plejecentrene.</p> <p>Medlem af projektgruppen: Der anføres at der er et højt vikarforbrug i hjemmesygeplejen. Et kig på data viser at der i de første 3 måneder har været en vikarbureauandel på 10-15 pct af fremmødetimer. Altovervejende aften/nat. Uden nat er procenten 4-9 pct. Mit spørgsmål er om dette er et højt forbrug, særligt når nat og tildels aften primært er medicintildeling/sårpleje mm.</p>	
2	Ingen kommentarer	Ingen kommentarer
3	<p>Leder af visitationen: Rambølls omtale af de terapeutiske kompetencer skaber tvivl om Rambøll har forstået, at den rehabiliterende indsats er funderet i hjemmeplejen, som udgangspunkt</p> <p>Rambøll omtaler træningen, og ikke de øvrige opgaver som genoptræningen løfter – eksempelvis hjælpemidler og arbejdsbetingende forhold med øvrige personalegrupper</p> <p>Leder af genoptræningen: Det fremgår, at terapeuternes direkte brugertid er forholdsvis lav. Hvilke kommuner er der sammenlignet med? Genoptræningsenheder er organiseret forskelligt i kommunerne og har forskellige målgrupper, opgavesæt og registreringer af data. Desuden er der forskellige metoder for udregning af A-A-tid. Hvordan er den direkte sammenlignelighed sikret?</p> <p>Normering af terapeuter pr. hold: denne vurdering må bero på en forkert tolkning af de data, der kan</p>	<p>Leder af genoptræningen: Terapeuterne genoptræner mange borgere, som ikke er visiteret til hjemmepleje. For alle borgere gælder det, at genoptræningen nødvendigvis må tage udgangspunkt i borgerens funktionsnedsættelse – men naturligvis kobles til borgerens evt. behov for hjælp og de dermed visiterede ydelser i Hjemmeplejen/plejecentret.</p>

	trækkes fra CSC. I træningsholdets CSC-kalender er tilknyttet et antal terapeuter. Dette er en brutto-gruppe og ikke en registrering af, hvor mange terapeuter, der aktuelt er på holdet en given dag. En sådan registrering kan udføres, hvis det ønskes, men det vil tage tid.	
4	Ingen kommentarer	Ingen kommentarer
5	Medlem af projektgruppen: Her anføres at allerød har landets højeste sygefravær. Jeg mener at nogen sagde at disse data var fejlbehæftede, og at vores sygefravær ikke er specielt højt? Det vil være ærgerligt at tage en større diskussion om dette, hvis problemet ikke er reelt?	Ingen kommentarer
6	Ingen kommentarer	Medlem af projektgruppen: Under kvalitetsmæssigt potentiale nævnes "færre udgifter til vikarer". Det er uklart for mig hvad der menes hermed. Det er en selvklar effekt af en reduktion af vikarforbruget. Om der er en økonomisk gevinst afhænger dog af andre faktorer, herunder sygefraværsomfang og personalekontinuitet. Om der tænkes på økonomisk gevinst er dog uklart for mig.
7	Ingen kommentarer	Medlem af projektgruppen: Under kvalitetsmæssigt potentiale nævnes "mere tid hos borgerne". Det er selvfølgelig en mulig effekt. Men det er lavere timepris (eller aktuelt tilpasning til aktuel timepris).
8	Leder af visitationen: Skal Rambølls konklusion, at "den uhensigtsmæssige tid, som vurderes at være bundet i dokumentation..." – forstås, som det ER uhensigtsmæssig tid. Kan man tænke sig, at der er en uhensigtsmæssig holdning, til opgaven? Og at der tales mere om opgaven, end den fylder?	Ingen kommentarer
9	Leder af visitationen: Det fremstår uklart hvem der refereres til, da visitation til hjælpemidler foretages af andre end visitationen. Virksomhederne kan hver dag træffe visitationen på telefonen Det er derfor uklart om arbejdsgangene skal revurderes – eller blot udbredes, og om det er	Ingen kommentarer

	<p>lokale arbejdsgange der opleves som forhindringer.</p> <p>Hvordan harmonerer en ansigt-til ansigtstid ml. visitatorerne og udførerne, med Rambølls kritik af stor tværfaglig mødeaktivitet og opgaver / aktiviteter, der ikke er brugertid?</p> <p>Det er uklart om de private leverandører, som er en stor del af visitationens samarbejdspartnere, er indtænkt i anbefalinger?</p>	
10	Ingen kommentarer	Ingen kommentarer
11	Ingen kommentarer	Ingen kommentarer
Øvrigt:	Ingen kommentarer	Ingen kommentarer

De øvrige der var indbudt til høring havde ingen kommentarer.

Bilag: 4.4. Strukturanalyse Ældre og Sundhed forvaltningens gennemgang.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 28. maj 2014 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 39810/14

NOTAT

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

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

Strukturanalyse Ældre og Sundhed

Forvaltningen har udarbejdet vedlagte gennemgang i forhold til analysens konklusioner og anbefalinger.

Konklusion og anbefaling nummer 1:

Organisatorisk placering af hjemmesygeplejen

Forvaltningen anbefaler, at der foretages en grundig konsekvensanalyse såvel økonomisk, kvalitetsmæssigt og fagligt i forhold til om denne anbefaling skal implementeres. Analysen kunne indeholde uddybende kvalitative interview med ledere i hjemmeplejen, og de sygeplejefagligt uddannede medarbejdere ansat i hjemmeplejen, således at de faglige perspektiver ved anbefalingen belyses. Økonomiske nøgletal kan inddrages fra egen såvel som andre sammenlignelige kommuner. Ligeledes kan der opstilles en procesplan for, hvordan en eventuel organisationsændring kunne foregå.

En etablering af en sygeplejeklinik har været et ønske igennem flere år, fra såvel borgere som ansatte. En uddybende analyse vil indeholde økonomiske og faglige konsekvenser af etablering af en sygeplejeklinik i den nuværende organisering og ved en ændret organisering. Ligeledes vil samspillet med akutfunktion, samt midlertidige og akutpladser skulle belyses.

Forvaltningen anbefaler, at en proceskonsulent varetager analyse og efterfølgende procesplan for implementering.

Konklusion og anbefaling nummer 2:

Organisatorisk placering af midlertidige pladser og evt. akutpladser

Organisatorisk ændring af de midlertidige pladser er allerede i Ældre- og Sundheds projektportefølje. Dette betyder, at anbefalingen forventes at kunne udføres indenfor den eksisterende økonomiske ramme.

Sammenhængen med anbefaling 1 skal dog belyses nærmere for at opnå optimal synergi. Ligeledes er etablering af akutfunktion et projekt som ældre og sundhed allerede arbejder med at analysere i forhold til organisering, fysisk placering, valg af kompetenceprofiler m.m. I det igangværende arbejde indgår en økonomiske vurdering af den fremtidige driftsøkonomi for en akutfunktion.

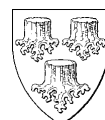
Forvaltningen anbefaler, at den samme proceskonsulent tilknyttes både anbefaling 1 og 2, for at der opnås optimal synergi og sammentænkning af eventuelle ændringer i organiseringen af sygeplejen, etablering af sygeplejeklinik, organisatorisk ændring af midlertidig plads og etablering af akutfunktion.

Dato: 9. maj 2014

Sagsnr. 13/18873

Sagsbehandler:
Lisbeth Pedersen/Randi Køhler

Direkte telefon: 48 100 201



Konklusion nummer 3:

Udnyttelse af terapeut-kompetencer

Forvaltningen anbefaler, at det undersøges om der ved ændrede arbejdsgange og koordinering kan optimeres i forhold til terapeuternes anvendelse af tid frem mod mere direkte brugertid. Derudover kan det undersøges om dokumentation kan gøres mere effektivt og smidigt for slutbrugerne ved hjælp af flere standarder, således at der kan frigives tid til direkte brugertid.

Forvaltningen anbefaler, at der tilknyttes støtte fra en proceskonsulent i forhold til analysearbejdet og implementering af eventuelle forandringer og et eventuelt udviklingsarbejde på genoptræningsområdet.

Genoptræningens udviklingsterapeuter er i samarbejde med forvaltningens udviklingskonsulent, påbegyndt planlægning af forandringstiltag, der kan støtte terapeuterne til at skabe større sammenhængskraft med resten af organisation, og som kan optimere forhold omkring, at genoptræningen tager udgangspunkt i de ydelser som borgeren modtager.

Forvaltningen anbefaler, at der sikres støtte fra en proceskonsulent i forhold til at sikre eventuelle forandringer, ressourcetilførsel til gennemførelse eller afsættelse af udviklingsterapeuternes tid til dette.

Konklusion og anbefaling nummer 4:

Fokus på ledelse

Fokus på ledelse såvel faglig som strategisk, er på dagsordenen i de allerede etablerede ledelsesfora. Yderligere er der planlagt opfølgning på strukturanalysens anbefalinger på to workshops/temadage for virksomhedslederne i november 2014. Fokus vil fremadrettet være på udvidelse og optimering af det personlige lederskab og strategisk ledelse. Forvaltningen vurderer derfor, at en realisering af anbefalingerne kan ske inden for den økonomiske ramme.

I disse ledelsesfora vil rammerne for ledelsesrummet blive debatteret og analyseret, sammen med arbejdet med at skabe klarhed over hvilke arbejdsopgaver, der ligger i ledelse.

Forvaltningen anbefaler, at udviklingsarbejdet på ledelsesområdet fortsætter som en integreret del i ledergruppens samarbejde, og sker inden for den eksisterende ramme og organisering.

Konklusion og anbefaling nummer 5:

Relativt højt sygefravær – særligt blandt sosu-hjælpere

Data som Rambøll har anvendt i analysen er baseret på tal fra 2012. Der vurderes, at der er behov for en revurdering af konklusion og anbefaling, når tal fra 2013 er tilgængelige, da der er usikkerhed om, hvorvidt sygefraværet vurderet ud fra nye tal fortsat er relativt højt. Dog vil der som led i arbejdet med anbefaling nummer 4 blive arbejdet med, hvordan lederne fortsat kan arbejde med medarbejdernes sygefravær, både i forhold til den personlige interaktion med medarbejderne, som på strategisk plan.

Forvaltningen anbefaler, at arbejdet med sygefravær fortsætter og følges tæt i forhold til indsatser og resultater, idet det forventes at kunne ske inden for den eksisterende ramme og organisering.



Konklusion og anbefaling nummer 6:

Relativt højt forbrug af vikarer – særligt i hjemmeplejen

Idet der aktuelt pågår en fælles vikaranalyse i hele kommunen, forslår forvaltningen, at rapportens anbefalinger indgår i denne.

Forvaltningen anbefaler, at anbefalingerne medtages i den fælles vikaranalyse for hele kommunen, idet sundheds- og ældreområdet deltager i dette arbejde. Forvaltningen vurderer på dette grundlag, at dette arbejde kan løses inden for den eksisterende ramme og organisering.

Konklusion og anbefaling nummer 7:

Relativt meget vejtid og tid til planlægning i hjemmeplejen

Forvaltningen anbefaler en analyse af følgende: succeskriterier der planlægges ruter efter, arbejdstilrettelæggelse, tidsforbrug på opgaver udover ruteplanlægning, arbejdsgange samt undersøgelse af tekniske muligheder for ruteplanlægning. Ligeledes bør der analyseres om en omlægning af arbejdstilrettelæggelsen kan minimere vejtiden.

Forvaltningen anbefaler, at analysen foretages af en proceskonsulent, og implementeres i samarbejde mellem denne og hjemmeplejen.

Konklusion og anbefaling nummer 8:

Dokumentationsarbejdet opleves som tungt og tidskrævende

Forvaltningen anbefaler en gennemgribende analyse af dokumentationen, hvor alle delelementer ses i en sammenhæng, og hvor særlige succeskriterier er genbrug af data og fælles journal for borgeren med fælles tværfaglige mål. Det vil i analysen være hensigtsmæssigt at blive inspireret af andre kommuner i forhold til krav og metode.

Ligeledes anbefaler forvaltningen at der skal være fokus på beskrivelse af arbejdsgange og effektivisering af dokumentationen med fælles standarder. Standarderne vil både kunne anvendes i kravspecifikationer frem mod et udbud af det elektroniske omsorgssystem og pege ind i dokumentationssproget Fælles Sprog 3, som er obligatorisk for kommunerne fra 2017. Desuden anbefaler forvaltningen, at der opstilles fremtidige modeller for arbejdet med udvikling af dokumentation.

Forvaltningen anbefaler, at analysen foretages af en proceskonsulent, og implementeres i samarbejde mellem denne og organisationen.

Konklusion og anbefaling nummer 9:

Dialog mellem visitation og virksomheder

Forvaltningen anbefaler, at arbejdsgangene gennemgås, eventuelt på en KLAR proces, og at det undersøges om bevillingskompetence af hjælpemidler kan fordeles anderledes, så det opleves som mindre tungt og mere effektivt for medarbejdere og borgere. Derudover bør der ses på, om en ændret arbejdsgang kan minimere skriftlig kommunikation mellem virksomheder og myndigheden.

Der anbefales, at undersøge fordele og ulemper ved personligt møde mellem udfører og myndighed.



Forvaltningen anbefaler, at en proceskonsulent støtter disse processer, men vurderer, at samarbejdsformerne kan tilpasses indenfor rammen.

Konklusion og anbefaling nummer 10.

Mere lokaledeling mellem hjemmepleje og genoptræning

Forvaltningen anbefaler, en kort analyse om der er gevinster at realisere ved disse anbefalinger. Analysen kan foretages indenfor rammen.



Bilag: 7.1. Projektbeskrivelse hverdagsrehabilitering 2014.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 28. maj 2014 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 38305/14

Projektbeskrivelse
Hverdagsrehabilitering
Allerød kommune

Indholdsfortegnelse

Baggrund:	3
Formål:.....	3
Rehabiliteringsdefinition:	3
Målgruppen:	4
Succeskriterier:	4
Organisering i projektperioden:	4
Rammer for projektet:.....	5
Organisering af hverdagsrehabiliteringen:.....	5
Risikovurdering:.....	6
Overordnet tids- og aktivitetsplan:	8
Planlægningsfasen:.....	8
Opstartsfasen:	8
Gennemførelsesfasen:.....	8
Opsamlingsfasen:	8
Kompetence udvikling:	9
Kommunikationsplan:.....	9
Borgerforløb:	10
Dokumentation:.....	12
Ydelser:	12
Evaluerings:	12

Bilag:

Bilag 1: Fordeling af arbejdsopgaver i projektet



Baggrund:

Den demografiske fremskrivning viser, at der i fremtiden er færre hænder til at håndtere flere borgere. Således vil antallet af borgere over 65 år stige, dertil kommer at borgerne kommer tidligere hjem fra sygehusene og flere borgere får kroniske sygdomme.

Samtidig viser forskningsresultater, at en ekstra indsats som er rehabiliterende frem for kompenserende, kan forebygge, reducere eller udskyde borgernes behov for varig hjælp. Det er en ny måde at arbejde på, som skal sikre borgerne en koordineret og individuelt tilrettelagt rehabiliterings indsats samtidig med at sikre en sundere økonomi for kommunen.

Kernen i hverdagsrehabilitering handler om at øge borgerens aktive deltagelse i en meningsfuld hverdag.

Formål:

Med hverdagsrehabilitering ønsker Allerød kommune at indføre en ny tilgang, der med udgangspunkt i borgerens egne ressourcer ændrer den passive pleje til en aktiv indsats, og dermed gør de borgere, der kan mest muligt selvhjulpne.

Grundtanken er, at en målrettet tværfaglig indsats kan medvirke til at forsinke borgerens entre i forhold til praktisk hjælp og pleje, herunder at mindske, udskyde og forebygge behovet for kompenserende hjælp. Borgeren er selv med til at sætte mål for indsatsen.

Formålet er endvidere, at medarbejderne via kompetence løft øger deres viden og handlemønstre i forhold til de faglige- tværfaglige- samarbejds-mæssige- kommunikative- og pædagogiske udfordringer.

Rehabiliteringsdefinition:

Projektet tager udgangspunkt i følgende rehabiliteringsdefinition og har særlig fokus på den funktions- og deltagelsesrettede rehabilitering:

”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger, og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats”

Kilde: Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Marselisborg Centret 2004.



Målgruppen:

- Alle borgere som henvender sig til visitationen med behov for hjælp til rengøring og/eller personlig hjælp
- Borgere som modtager praktisk hjælp og efterspørger pleje og omvendt
- Borgere som har modtaget midlertidig hjælp til praktisk hjælp, og som viser sig ikke at kunne klarer opgaven efter ophør af midlertidig hjælp og vil få behov for varig hjælp
- Borger som modtager personlig pleje eller praktisk hjælp
- Hvilke borgere vil ikke få tilbudt hverdagsrehabilitering:
 - Borger med midlertidig hjælp
 - Terminale borgere (medmindre dette er borgerens eget ønske eller efter individuel vurdering)
 - Svært demente borgere
 - Borgere med svær psykisk sygdom (som ikke er i stand til at samarbejde eller modtage instruktioner)
 - Borgere der ikke modtager hjælp og ikke søger om dette.

Succeskriterier:

Af de borgere som modtager hverdagsrehabilitering forventes det efter indsatsen at:

- 80 borgere deltager årligt. Heraf 50 ny-visterede borgere og 30 borgere, der modtager ydelser i forvejen, (60 borgere i 2014)
- 1/5 bliver selvhjulpne (ikke behov for personale hjælp mere)
- 2/5 har mindre behov end oprindeligt vurderet ved første besøg.
- 2/5 har behov for samme hjælp som vurderet ved første besøg.

Organisering i projektperioden:

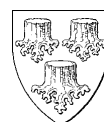
Projekt ejer: Sundhedschef Lisbeth Pedersen

Styregruppe: Leder af genoptræningen Lone Gade, Områdeleder i hjemmeplejen Susanne Dyremose, Leder af visitationen Birgitte Harild, Økonomisk konsulent Vibeke Jensen.

Projekt gruppe: Ergoterapeut Unnur Johannesdott, Fysioterapeut Lea Bragh Andersen, Social- og sundhedsassistent aftenvagte Gitte Nygaard, Områdeleder i hjemmeplejen Jeanette Braaunlich, Hjemmesygeplejerske Tine Mauritsen, Visitator helle Dahl.

Referenceperson: Forebyggelseskonsulent Dorthe Andersen (indgår ad hoc i alle grupper).

Projektleder: Udviklingskonsulent Randi Køhler.



Rammer for projektet:

Projektet gennemføres i projektperioden i den kommunale hjemmepleje, i alle teams. Private leverandører i Allerød kommune tilgår projektet september 2014. Denne forsinkelse på de private leverandørers tilgang er afledt af, at der i maj 2014 er udbud på hjemmehjælp og de private leverandører, der vinder udbuddet kan efter sommeren 2014 tilgå projektet.

Tilbuddet om hverdagsrehabilitering er obligatorisk og er ikke frivilligt for borgerne. Projektet er startet med drift i 2015 for øje. Projektet er ikke et pilotprojekt for at afsondre hvorvidt hverdagsrehabilitering skal gennemføres i kommunen eller fravælges. Der ønskes med projektet at udvikle en model for hverdagsrehabilitering i kommunen.

Organisering af hverdagsrehabiliteringen:

Der er valgt, at etablere et tværfagligt tilbud om rehabilitering i hjemmeplejen ved at ansætte særlige faglige ressourcer, i form af to rehabiliteringsterapeuter direkte i hjemmeplejen. Disse er organisatorisk placeret under den kommunale hjemmeplejen, men arbejder med samme tværfaglige tilbud til de private leverandører. De to rehabiliteringsterapeuter ansættes 1. marts 2014. Herudover organiseres hverdagsrehabilitering som et samarbejde mellem hjemmepleje, træningen og visitationen.

Den sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende tilgang i mødet med borgeren skal være grundlæggende og integreret i organisationen. Dette således at alle medarbejdere, som i hverdagen er tæt på borgeren i alle sammenhænge, har fokus på at udvikle og fastholde den enkelte borgers funktionsevne.

Ved hverdagsrehabilitering tages udgangspunkt i, at mål og delmål sættes ud fra borgerens ønsker og muligheder. Det skal give mening for borgeren. Derfor planlægges mål og delmål omkring aktiviteterne altid i samarbejde med borgeren, og medarbejderne skal sikre, at borgeren oplever en helhed i indsatserne.

Rehabiliteringskonsulenternes arbejde består i at aftale mål med borger, udarbejde rehabiliteringsplan, støtte op om hverdagsrehabilitering, så der sker en effektiv implementering af hverdagsrehabilitering i hjemmeplejen, herunder i samarbejde med projektlederen formidling af processer og resultater.

I forbindelse med implementering af hverdagsrehabilitering er det nødvendigt at fokusere på to organisatoriske indsatser, der afhængigt af hinanden vil danne fundamentet for at opnå de ønskede resultater set i relation til borgeren, medarbejderen samt økonomi og ressourcer.

Det ene fokus rettes mod organisationens struktur og indsatser i forhold til borgerens forløb gennem en rehabiliteringsindsats. Hvad skal der ske, hvordan, hvornår, hvem er involveret, hvilke roller samt ansvarsfordeling.

Det andet fokus skal rettes mod medarbejderne i forhold til viden og faglighed. Men også kulturen i organisationen er af afgørende betydning for medarbejderens tilgang til borgeren og for det tværfaglige samarbejde. I forbindelse med paradigmeskiftet ses kompetenceudviklingsforløbet som en forandringsproces.



I relation til de strategiske fokusområder er samarbejdsprocessen, sammenhæng og koordination nøgleord for hverdagsrehabilitering, hvorfor den relationelle koordinering vil få stor betydning for at opnå de ønskede resultater. Derfor vil der i forbindelse med implementeringen være fokus på koordinering af arbejdet ved hjælp af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt.

Risikovurdering:

Risk 1: For få borgere er motiveret for at deltage.

Forholdsregel: Fokus på formidling til og kommunikation med borgeren om projektet. Dette kan indgå som en del af medarbejdernes kursus i opstartsfasen. Medarbejderne kan også have fokus på værktøjer fra den motiverende samtale. standard notat der fokuserer på borgers motivation, således dette bliver dokumenteret og rehabiliteringsterapeuten kan inddrages til hurtig sparring på dette.

Risk 2: Medarbejderne i hjemmeplejen har svært ved at forstå og benytte hverdagsrehabiliteringstankegangen. Kulturændringen udebliver.

Forholdsregel: Sikre at der er løbende opfølgning i hjemmepleje teams. Opfølgning på kompetenceudviklingen og tæt sparring med rehabiliteringsterapeuterne.

Risk 3: Udskiftning af medarbejder i hjemmeplejen og dermed nye medarbejderne, som ikke har fået oplæringen i rehabiliteringstankegangen.

Forholdsregel: De nye medarbejdere får sidemandsoplæring af kollegaerne, som del af øvrigt introduktions program.

Risk 4: Medarbejderne i hjemmeplejen bakker ikke op om projektet.

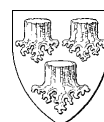
Forholdsregel: Lederne af hjemmeplejen og områdelederne samt rehabiliteringsterapeuterne har fokus på at motiverer medarbejderne ved hjælp af anerkendende tilgang.

Risk 5: Projekt fundering i organisationen og "systemer". Særligt udfordringsfelt er at sikre fundering af dokumentationen. Udfordringen er at projektet er tværfagligt, og det kræver nytænkning i en søjleopdelt organisation. Medarbejderne dokumenterer i forskellige dele af omsorgsjournalen, hvilket medfører et fragmenteret rehabiliteringsarbejde.

Forholdsregel: Sikre tværfaglig dokumentation med klare retningslinjer, en dokumentation samme sted. Et forenklet journal system, som alle medarbejderne har direkte adgang til. Dokumentationen understøttes med standardnotater. Tydelig kommunikation og understøttelse af at nogen dokumentation er bedre end ingen og usikkerhed om hvorvidt der dokumenteres rigtigt, skal ikke afholde medarbejderne fra at dokumentere. Der udarbejdes standardnotater, således dokumentation er nem og ensrettet.

Risk 6: Projektets udstrækning: Styregruppen har besluttet at projektet skal igangsættes i hele den kommunale hjemmepleje. Dette skaber følgende forholdsregler:

1. Erfaringer fra andre kommuner viser at den rehabiliterende tankegang indebære betydelige kulturændringer blandt flere faggruppe. Når der startes med et enkelt område kan de gode eksempler være med til at lette processen når projektet udbredes.
Forholdsregel: Fokus på at fejre sejre og dele disse.



2. Eventuelle startproblematikker vil ramme alle områder. Forholdsregel: Meget tæt opfølgning fra styregruppen ved start og mulighed for hurtig ændring og redigering af projektets kurs.

Risk 7: Samarbejde mellem visitator og udfører: Det er afgørende for projektets succes, at der er et godt og åbent samarbejde mellem visitator og udfører. Risiko for splittelse i organisationen er til stede.

Forholdsregel: Fokus på dialog og forståelse for projektets formål. Det skal forhindres, at der opstår uenighed om arbejdsdelingen mellem bestiller og udfører, ved at der er udarbejdet skriftlig klart defineret ansvarsområder. Der arbejdes på at skaffe budget til afholdelse af fælles opfølgende temadag og undervisning, hvor visitationen personale også deltager mhp at skabe fælles sprog og fælles forståelse.

Risk 8: Hurtige resultater udebliver eller kommunikerer ikke, hvilket medfører at medarbejderne mister modet.

Forholdsregel: Tydelig kommunikation og fejring af milepæle.

Risk 9: HH3 (håndholdt 3 system til dokumentation hjemmeplejen) til virker ikke efter hensigten, hvorfor medarbejderne ikke kan dokumentere på denne. Hvilket medfører ringe dokumentation til følge.

Forholdsregel: Tæt kontakt til CSC i forhold til at få HH3 til at virke optimalt. Eventuel indgåelse af aftaler om fysisk konsulent tilstede.

Risk 10: Øget tilgang til § 86 holdtræning.

Forholdsregel: Træningen trækker statistik på nuværende tilgang og sammenligner med samme periode efter start af hverdagsrehabilitering. Såfremt der er en markant øget stigning, tages dette til drøftelse med sundhedschef.



Overordnet tids- og aktivitetsplan:

Planlægningsfasen:

- Projekt beskrivelse, godkendt af styregruppe og projekt ejer.
- Økonomi godkendt af projekt ejer og styregruppe.
- Politisk notat godkendt af SVU.
- Undervisning planlagt og bestilt ved leverandør.
- Rehabiliterings terapeuter er ansat.
- Rehab plan (dokumentationsmetode) og standardnotater udarbejdet og indlagt i CSC.
- Ydelser udarbejdet og indlagt i SKS kataloget.
- Afgørelsesbrev, borgerpjece, borgerinformationsbrev udarbejdet.
- Medarbejderne informeret fra projekt leder på korte informationsmøder.
- Informationsmateriale i form af plakater til info om undervisningen udarbejdet.

Opstartsfasen:

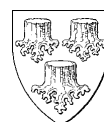
- Undervisning en dag til alle medarbejdere er gennemført
- Ambassadør undervisning gennemført
- Lederne har gennemført lederworkshop
- Borgere der skal deltage i april måned er informeret skriftligt
- Pressemeddelelse udarbejdet og godkendt af kommunikationschef i kommunen
- Planlægning af opstartsmøder er planlagt i henhold til plan for borgerforløb. Skitse af workflow er udarbejdet
- Der er løbende iværksat målrettede kommunikationsaktiviteter til de forskellige interessenter jf. kommunikationsplanen

Gennemførelsesfasen:

- Afholdelse af startmøder med borgerne
- Aftalte rehab plan er gennemført på ny startede borgere
- Økonomisk udtræk på ydelser udarbejdet efter de første 4 mdr. og forelagt styregruppen
- Afholdelse af styregruppemøde september og november 2014

Opsamlingsfasen:

- Analyse af de økonomiske perspektiver er udarbejdet
- Projektet tilrettes til drift start 2015
- Der er udarbejdet afsluttende evaluerings notat til SVU



Kompetence udvikling:

Hverdagsrehabilitering kræver en rehabiliterende adfærd hos medarbejderen. Rehabilitering sker ud fra en grundlæggende antagelse om, at alle borgere helst vil klare sig selv uden hjælp fra andre, og dermed bevare den personlige frihed. Med udgangspunkt i borgerens ønsker og behov sættes der mål og arbejdes ud fra "hjælp til selvhjælp" og fokus rettes mod borgerens muligheder og ressourcer. Den tværfaglige indsats er en nødvendighed for at opnå et helhedssyn på borgeren. Grundlaget for at kunne lykkes med en tværfaglig og rehabiliterende tilgang er et fælles fundament og et fælles sprog.

Den rehabiliterende tilgang vil kræve en bevægelse i organisationen, hvor medarbejdernes adfærd bevæger sig fra den serviceorienterede tilgang til en sundhedsfremmende og rehabiliterende tilgang.

Organisationen vil derfor skulle gennem en forandringsproces med fokus på kulturen og de grundlæggende antagelser, værdier, holdninger og følelser.

Kompetence udviklingen af medarbejdere og lederne købes af Type2dialog og består af nedenstående:

Alle medarbejdere ansat i den kommunale hjemmepleje tilbydes en dags undervisning, dette foregår på 4 hold, i alt ca. 85 personer.

Der udpeges 18 ambassadører og disse tilbydes foruden den ene dags undervisning, yderligere en dags undervisning af hold på 9 personer.

Ledere af hjemmeplejen og styregruppen tilbydes en dags undervisning i form af workshop i relation til implementeringen af hverdagsrehabilitering.

Udbytte af den ene dags undervisning defineres som:

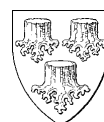
- Fælles sprog
- Forståelse af sundhedsbegrebet og dets betydning for livskvalitet
- Forståelse af rehabiliteringsbegrebet, herunder den kompenserende og aktiverende tilgang
- Tværfaglighed og den rehabiliterende tilgang
- Dokumentation

Kommunikationsplan:

Projektet formidles løbende til relevante interne og eksterne interessenter i start og gennemførelses fasen.

Information til borgerne:

Der udarbejdes en informationspjece til borgerne, som medsendes afgørelsesbrevet.



I starten af gennemførelsesfasen udarbejdes der en pressemeddelelse, som sendes til Allerød nyt og som også er tilgængelig på kommunens hjemmeside.

Information til medarbejderne ansat i hjemmeplejen, visitationen og genoptræningen:

Der afholdes 3 informationsmøder i hjemmeplejen, et i genoptræningen og et i visitationen, hvor projektleder informerer om projektets formål, borgerforløb m.v.

På gangen ved hjemmeplejens grupperum på Engholm, oprettes en fysisk rehabiliterings væg, hvor der opsættes relevante nyheder, pointer fra undervisningen, gode historier m.v.

Løbende information udsendes på mail til ambassadørerne.

Budskab:

Information til øvrige medarbejdere i kommunen:

På kommunens intranet lægges ved start april meddelelse om projektet.

Information til politisk niveau:

Der udarbejdes politisk notat til SVU ved start og ved slut evalueringen af projektet.

Borgerforløb:

For at sikre en høj kvalitet og effektivitet er det besluttet, at implementere nedenstående Flowchart, der viser borgerens vej, gennem et rehabiliteringsforløb. Denne metode vil sikre, at der opnås hurtige og synlige resultater. Målet er, at metoden og kulturen implementeres hos alle medarbejdere, så samtlige kan agere ud fra den rehabiliterende tilgang til borgeren under supervision af rehabiliteringsterapeuterne.

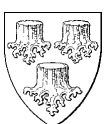
Rehabiliteringsindsatsen skal være målrettet, tidsbestemt, koordineret og sammenhængende. Hverdagsrehabilitering foregår i en samarbejdsproces med borgeren, dennes pårørende, netværk og frivillige. Borgeren ses som en aktiv og central medspiller, og der sættes fokus på "hjælp til selvhjælp". Borgeren og evt. pårørende er således altid aktører i forbindelse med rehabilitering.

Flowchat:

1. Borger eller pårørende henvender sig i visitation mhp hjælp til en ydelse pga. fald i funktionsniveau.
 - a. Borgerne der har hjælp i forvejen inkluderes i projektet ved at områdeleder i samarbejde med medarbejderne udvælger de borger der skal deltage. Borgerne sendes på en samlet liste til visitationen som opretter rehab pakker til de der skal starte.
2. Visitation besøger nye borger og udarbejder helhedsvurdering i fælles sprog 2 og vurderer borgers rehabiliteringspotentiale. Borgerne får hjemmehjælp til uopsættelige opgaver.



3. Visitator sender advir til hjemmepleje planlægger idet pågældende distrikt om at der er kommet en ny borger som har rehabiliteringspotentiale ud fra om borger er i målgruppen..
4. Rehabiliteringsterapeuten (RT) ser på borgers ydelser og vælger en ydelse som vedkomne overtager. Dette aftales med planlægger der derved ikke sender en medarbejder ud til dette besøg. Har borger ingen ydelser planlægger RT en ADL aktivitet for at vurderer borger.
5. RT vurderer borger i en ADL situation som er den valgte ydelse.
6. RT planlægger et start møde i borgers hjem med deltagelse af kontakt personen. Mødet ligger i forlængelse af den tid hvor borgers ydelse er planlagt til levering.
7. På startmødet udarbejdes en rehab plan i samarbejde med borgeren, hvor mål, delmål og handling fremgår.
8. Borgerens hjemmehjælper træner med borgeren i de daglige aktiviteter og der evalueres løbende på mål og delmål.
9. RT planlægger et midtvejsevalueringsmøde, hvor RT og kontaktpersonen mødes
10. Kontaktpersonen sparre med RT undervejs i forløbet.
11. Efter ca. 10 uger afsluttes rehabiliteringsindsatsen.
12. RT planlægger et slut evalueringsmøde hvor RT og kontaktperson mødes med borger.
13. Visitator kontaktes af RT såfremt denne vurderer borger har behov for fortsat kompenserende ydelser. Visitator vurderer om muligt administrativt omfanget af ydelser og tildeler disse.
14. RT er i løbende kontakt med visitationen ift. justering af tid, således denne modsvarer borgers fremgang i selvhjulpenhed.



Dokumentation:

Der udarbejdes rehab plan, som er udarbejdet som specialark. Rehab planer skal være udarbejdet håndgribeligt og relatere sig til hverdags aktiviteter, som borger har sat mål for. Beskrivelse af hvad gør borgeren og hvad gør hjemmetræneren og hvad gør hjemmeplejen ikke. Så det er tilgængeligt at følge for alle medarbejderne.

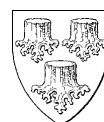
- Den daglige hjemmetræning og borgerens funktioner dokumenteres i notater under ledeord hverdagsrehabilitering. Der udarbejdes tre standardnotater.

Ydelser:

Ved nye borger oprettes uopsættelige ydelser i katalog 2 og ved borgere der i forvejen har ydelser beholder borger disse ydelser i indsatskatalog 2 Der oprettes af visitationen en rehabiliteringsydelsespakke i katalog 1. Der sættes af visitationen ikke tid på denne ydelse og den sættes ej heller i gang. Når der har været afholdt opstartsmøde med borger, sætter rehabiliteringsterapeuten rehabiliteringspakken i gang og sætter tid på denne.

Evaluerings:

Formål med evalueringen er at undersøge indsatsens effekt, dette måles på behovet for hjemmepleje ydelser. Hver 4 måned udføres økonomiske udtræk, disse forelægges med tilhørende status rapport til styregruppen og november 2014 evalueres på den samlede effekt. Controller i ældre og sundhed og økonomisk konsulent i Ældre og sundhed varetager de økonomiske udtræk.



Bilag 1 - Fordeling af arbejdsopgaver i projektet.

Visitationen.

Visitor modtager henvendelse om borger. Visitor vurderer om borger er omfattet af den beskrevne målgruppe.

Hvis borger inkluderes:

De uopsættelige ydelser oprettes, planlægning af hjemme besøg i hjemmet af visitor. Visitor sender advis til planlægger og rehabiliteringsterapeut, hvor det anføres hvilken hjælp borger skal have i opstartsforløb samt besked om, at borgeren indgår i hverdagsrehabilitering, og at indsatsen iværksættes så hurtigt som muligt.

Visitor modtager ved endt forløb fra rehabiliteringsterapeuten en slut evaluering. Visitor vurderer borgers behov og tildeler hjælpen.

Rehabiliteringsterapeut (RT):

Når advis modtages, kontaktes borger mhp opstartsbesøg i hjemmet. Ved opstartsbesøg deltager RT og kontaktpersonen. RT sørger for at koordinere med borger og kontaktpersonen. Ved opstartsbesøget sørger RT for at der udarbejdes mål og handleplan.

RT er ansvarlig for planlægning og iværksættelse af træningen som hjemmeplejen skal udfører.

RT er ansvarlig for at der bliver udført midtvejsevaluering og løbende opfølgning og sparring om borgers hverdagsrehabilitering.

RT planlægger og iværksætter slutevaluering hvor der evalueres på handleplanen i borgers hjem med deltagelse af kontaktpersonen.

RT er efterfølgende ansvarlig for i samarbejde med hjemmeplejen løbende at vurderer den visiterede tid hos borgeren og orientere planlægger og visitationen om dette.

RT har ansvaret for at sparre med hjemmeplejen om hverdagsrehabilitering og der lægges vægt på uformel sparring hvor tilstedeværelse i grupperne er påkrævet. Der lægges endvidere vægt på den formelle sparring i hjemmeplejegrupperne og der kræves tilstedeværelse ved gruppemøder.

RT sætter tid og frekvens på rehabiliteringspakken

Medarbejder i hjemmeplejen:

Deltager ved opstartsbesøg i hjemmet med RT og bidrager til udarbejdelse af mål og rehap plan.

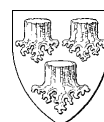
Udfører hjemmetræning i de daglige aktiviteter som beskrevet i rehapplanen. Dette gælder alle medarbejdere der er omkring borger.

Dokumentere i notater hvordan træningen skrider frem.

Er ansvarlig for at kontakte planlægger, såfremt borgers visiterede tid skal ændres som følge af borgers fremskridt.

Deltager i midtvejsevaluering med RT, hvor rehapplanen justeres og der opsamles på træningen.

Deltager i slutevaluering i borgers hjem med RT.



Bilag: 8.1. Kvalitetsstandard for afløsning i eget hjem

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 28. maj 2014 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 64960/13

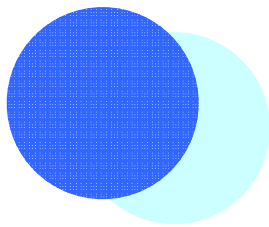
Billede af en der "sidder hos" og taler med en ældre

Afløsning i eget hjem

**Kvalitetsstandard
2013**

Allerød Kommune





Der kan visiteres til afløsning i eget hjem, hvis du i hverdagen passer en nær pårørende, der ikke kan være alene.

Der vil ved alle visitationer indgå en individuel vurdering, hvor også mulighederne for at tilbyde aflastning uden for hjemmet indgår.

Hvad er formålet?

Formålet er at afløse dig, som nær pårørende, der varetager pasningen i hverdagen.

Hvilke mål aftales?

I samarbejde med dig og din nære pårørende aftales, hvordan hjælpen skal tilbydes og hvilke opgaver, der kan ydes hjælp til.

Hvad er afløsning?

Afløsning er en planlagt ydelse med aftalte tidspunkter og omfang, hvor en hjælper opholder sig i hjemmet, mens du kommer ud af hjemmet. Hvis den pårørende, som du passer, har personlig eller praktisk hjælp i forvejen eller kan visiteres til dette, vil denne hjælp indgå i afløsningstilbuddet.

Kriterier for visitation til afløsning:

Den pårørende

- kan ikke lades alene i hjemmet
- kan ikke benytte nødkald
- kan ikke benytte aktiviteten på Engholm
- har ikke behov for døgnaflastning uden for hjemmet
- behovet for kan anses for længerevarende

Hvad er afløsning:

Afløsning er for eksempel

- ▶ personlig pleje efter aftale
- ▶ praktisk hjælp mens du er i byen, hvis både du og din pårørende vurderes at have behov for praktisk hjælp

- ▶ i hverdagen
- ▶ op til 2 timers sammenhængende afløsning hver eller hver anden uge.

Hvem udfører afløsning?

Kommunens visitator udpeger en leverandør af personlig pleje til at varetage afløsningen. Der er ikke Frit Valg for hjælp til afløsning. De medarbejdere, som udfører hjælpen, har en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet eller er oplært til at løse opgaven. Alle medarbejdere har et identitetskort, som de skal vise, hvis du beder om det. Medarbejderne har tavshedspligt.

Om leverandøren:

I Allerød Kommune er alle medarbejdere ligeværdige uanset køn, hudfarve og nationalitet. Du kan derfor ikke fravælge en hjælper for eksempel på grund af hjælperens køn eller etniske oprindelse.

Visitation

For at du og visitationen kan træffe beslutninger på et godt grundlag, vil visitator give dig information om de forskellige muligheder for aflastning og afløsning ved et visitationsbesøg.

Visitator tager kontakt til en leverandøren, som efterfølgende laver konkrete aftaler med dig, om hvornår afløsningen skal tilbydes.

Hvad koster det?

Afløsning er gratis, hvis der er visiteret til det.

Dit hjem er en arbejdsplads:

Dit hjem er en arbejdsplads

Når der modtages hjælp i hjemmet, er hjemmet også medarbejdernes arbejdsplads.

Medarbejderne foretager en arbejdspladsvurdering, da arbejdsmiljøet skal være i orden.

Hvis medarbejderne skal hjælpe med personlig pleje under afløsningen, kan det være nødvendigt at

installere hjælpemidler i dit hjem før der kan ydes hjælp.
Medarbejderne må ikke ryge i dit hjem. I må heller ikke ryge, mens medarbejderne er i hjemmet.

Hvis der er ændringer i aftalen?

Ved akut opståede situationer ved sygdom hos andre borgere eller ved fravær blandt medarbejderne, kan det være nødvendigt at ændre tidspunktet.

Hvis hjælpen ikke kan komme på det aftalte tidspunkt (+/- 1 time), bliver du kontaktet af leverandøren så hurtigt som muligt. Samtidig får du tilbudt erstatningsafløsning.

Det er vigtigt, at du husker at melde afbud til leverandøren, hvis besøget skal aflyses.

Hvad siger loven?

Reglerne om personlig pleje er fastsat efter Lov om Social Service.

§ 84: Mulighed for afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykiske funktionsevne

Hvis du ønsker at klage?

Du kan klage over bevilling og udførelse af afløsningen til Allerød Kommune.

Hvis klagen er over afgørelsen, revurderer kommunen afgørelsen. Fastholder Kommunen sin afgørelse, sendes klagen videre til Ankestyrelsen.

Klagen skal sendes til Forvaltningen inden 4 uger fra du har modtaget afgørelsen

Forvaltningen
Ældre og Sundhed
Bjarkesvej 2
3450 Allerød

Tlf. 48 12 69 50

Fax 48 16 08 19

Email: aeldreogsundhed@alleroed.dk

Hjemmeside: www.alleroed.dk

Telefontid:

Mandag - tirsdag: kl. 10.00 – 14.00

Onsdag: lukket

Torsdag: kl. 10.00 – 15.00

Fredag: kl. 10.00 – 12.00

Bilag: 8.2. Ankestyrelses afgørelse juli 2012.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 28. maj 2014 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 64827/13

Afgørelse truffet af:
Ankestyrelsen

Afgørelsesdato:
18-04-2013

Uds. dato:
31-05-2013

Nummer:
67-13

J.nr.
5200340-12

Status:  Gældende

Principafgørelse om: **aflastning - afløsning - praktisk hjælp**

Lov:

Lov om social service - lovbekendtgørelse nr. 810 af 19. juli 2012 - § 83 og § 84

Resumé:

Principafgørelsen fastslår

En borger kan få afløsning i hjemmet i form af praktisk hjælp til rengøring

Ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der i hjemmet passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, skal tilbydes afløsning i hjemmet efter servicelovens § 84. Denne hjælp kan bestå af hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet, samt personlig hjælp, pleje og omsorg.

Afløsning kan gives uafhængigt af, om betingelserne for at få midlertidig eller varig hjælp efter servicelovens § 83, om personlig hjælp og pleje og hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet, er opfyldt.

Afgørelse:

1. Baggrund for at behandle sagen

Ankestyrelsen har behandlet sagen for at afklare, om der kan bevilges praktisk hjælp som aflastning efter § 84.

2. Reglerne

Servicelovens § 84, stk. 1, fastslår, at kommunen skal tilbyde afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Servicelovens § 83, stk. 1, fastslår, at kommunen skal tilbyde personlig hjælp og pleje, hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og madservice.

3. Andre Principafgørelser

Gældende

Følgende Principafgørelse er relevant at fremhæve:

C-10-07: De sociale klageinstanser havde alene kompetence til at påse, om den af kommunen bevilgede afløsning/aflastning var fastsat således, at formålet med hjælpen var dækket. Derimod havde klageinstanserne ikke kompetence til at efterprøve kommunens beslutninger om selve den praktiske tilrettelæggelse af hjælpen, der var en del af det generelle serviceniveau. Ankestyrelsen ophævede på denne baggrund den del af det sociale nævns afgørelse om afløsning/aflastning, hvorefter en familie med en stærkt handicappet hjemmeboende ung mand var blevet tillagt frit valg mellem aflastning og afløsning.

Følgende Principafgørelse om praktisk hjælp efter servicelovens § 83 er relevant at fremhæve:

221-11: En kommune, der traf afgørelse om praktisk hjælp i hjemmet, var berettiget til at tage hensyn til, i hvilket omfang ansøgers ægtefælle var i stand til at varetage opgaver i hjemmet. Kommunen skal bedømme ansøgers samlede situation, når der træffes afgørelse om praktisk hjælp. I denne bedømmelse forudsættes det, at øvrige medlemmer af den fælles husstand deltager i udførelsen af opgaver i hjemmet.

4. Den konkrete afgørelse

Ankestyrelsen har i møde truffet afgørelse i jeres sag om aflastning i hjemmet.

Vi har behandlet sagen for at afklare, om der kan bevilges praktisk hjælp som aflastning efter § 84.

Resultatet er

- A Kommune er berettiget til at tilbyde NNN aflastende hjælp til rengøring efter servicelovens § 84

Det betyder, at NNN er berettiget til at modtage aflastning i form af praktisk hjælp, da han passer sin samlever NN, der har nedsat fysisk funktionsevne.

Vi ændrer således afgørelsen fra Det Sociale Nævn i Statsforvaltningen Y.

Vi skal bede A Kommune om at genoptage bevillingen af hjælpen.

A Kommune vil kontakte jer.

Der var enighed på mødet.

Begrundelsen for afgørelsen

Ankestyrelsen finder, at der er mulighed for at tilbyde praktisk hjælp i form af rengøring som afløsning efter servicelovens § 84, til en nær pårørende, der passer en person med nedsat fysisk funktionsevne.

Der er ikke holdepunkter i forarbejderne til loven eller vejledningen hertil, til at begrænse afløsning i hjemmet til alene at omfatte personlig hjælp og pleje. Der er således ikke grundlag for at fortolke ordlyden af bestemmelsen indskrænkende således, at det alene skulle være personlig hjælp og pleje, det vil sige "opgaver der følger af pasningen", og ikke praktisk hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet, der kan ydes som afløsning. Det fremgår af bemærkningerne til bestemmelsen, at udover praktisk hjælp kan der også gives aflastning i form af pleje/omsorg, socialpædagogisk hjælp, optræning, personlig ledsagelse, befordring, kost m.v.

Afløsning i form af praktisk hjælp til en person, der passer en pårørende i hjemmet, kan netop være en forudsætning for, at den plejkrævende person kan blive boende i hjemmet, henset til den belastning det kan være at passe en plejkrævende person.

Vi har lagt vægt på, at NNN hjælper sin samlever NN med personlig hjælp og pleje i form af af- og påklædning og med at bade.

Vi har lagt til grund, at det er NNN, der klarer de praktiske opgaver i hus og have, herunder oprydning, rengøring, tøjvask mv., mens parterne er fælles om madlavningen.

Bemærkninger til klagen

I har anført i klagen, at kommunens besparelser har medført, at den praktiske hjælp, som NN har haft siden 1995, nu er blevet frataget hende. Videre klager I over, at nævnet har frataget aflastningen til NNN, da aflastningen netop ydes som kompensation for, at NNN hjælper sin samlever med personlig hjælp og pleje. I har i den forbindelse redegjort for jeres helbredsmæssige situation.

I et af bilagene til klagen har I anført, at kommunen fratager jer det frie valg af leverandør ved at give § 83-hjælpen som aflastning efter § 84.

Vi bemærker, at oplysningerne er indgået ved behandlingen af sagen. Vi henviser i den forbindelse til begrundelsen for afgørelsen.

For så vidt angår det anførte om det frie leverandørvalg, skal vi bemærke, at dette spørgsmål ikke er antaget til principiel behandling.

Oplysninger i sagen

Vi har afgjort sagen på grundlag af:

- de oplysninger, som forelå da nævnet traf afgørelse i sagen
- nævnets afgørelse af 4. januar 2012
- klagen til Ankestyrelsen af 26. januar 2012
- nævnets genvurdering af 21. februar 2012

- jeres breve af henholdsvis 8. marts, 7. og 10. august samt 23. december 2012 med bilag til Ankestyrelsen

Kommunen har givet afslag på aflastende hjælp til rengøring. Begrundelsen er, at den hjælp samleveren yder til personlig pleje til NN, ikke er af et sådant omfang, at der er grundlag for at bevilge aflastende hjælp. Videre har kommunen givet afslag på hjælp til rengøring, idet kommunen vurderer, at samleveren er i stand til at klare rengøringsopgaverne i det fælles hjem.

Ved genvurdering fastholder kommunen afslaget på praktisk hjælp efter servicelovens § 83. Afgørelsen om aflastende hjælp efter servicelovens § 84 ændres således, at samleveren NNN bevilges aflastende hjælp svarende til 45 minutter hver 14. dag. Begrundelsen herfor er, at NNN dagligt hjælper NN med at tage tøj af og på, med bad og med personlig pleje, hvorfor han findes at være berettiget til aflastende hjælp. Kommunen bemærker, at der ikke er frit valg af leverandør efter § 84, hvorfor hjælpen bliver leveret af den kommunale hjemmehjælp.

Nævnet stadfæster afgørelsen om afslag på praktisk hjælp efter servicelovens § 83, og ophæver afgørelsen om aflastning til rengøring hver 14. dag til samleveren NNN. Begrundelsen for at ophæve afgørelsen om aflastning er, at nævnet finder, at der ikke er adgang til at bevilge hjælp til rengøring efter servicelovens § 84. Nævnet har lagt vægt på, at aflastning skal gives ved, at den syge ægtefælle eller samlever kommer væk fra hjemmet, mens afløsning gives i form af, at der kommer en kommunal medarbejder i hjemmet og passer den syge ægtefælle, mens den raske ægtefælle holder fri. Nævnet finder, at der ikke er hjemmel i servicelovens § 84 til, at tilbud om afløsning eller aflastning kan bestå i praktisk hjælp til rengøring.

NN og NNN har klaget over nævnets afgørelse.

Nævnet har ved genvurdering bemærket, at de har lagt vægt på, at kommunen inden for servicelovens rammer bestemmer, hvilket lokalt serviceniveau, der skal være for kommunens borgere. Nævnet vurderer fortsat, at der ikke er grundlag for at tilsidesætte kommunens vurdering af, at NN og NNN kan varetage rengøringen af deres hjem, og at der ikke er adgang til udelukkende at yde aflastning/afløsning til rengøring.

**Bilag: 9.1. Høring vedr. Sundhedsaftale 2015 – 2018 mellem Region
Hovedstaden og kommunerne i regionen - Bilag 1
- Høringsudkast politisk aftale.pdf**

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

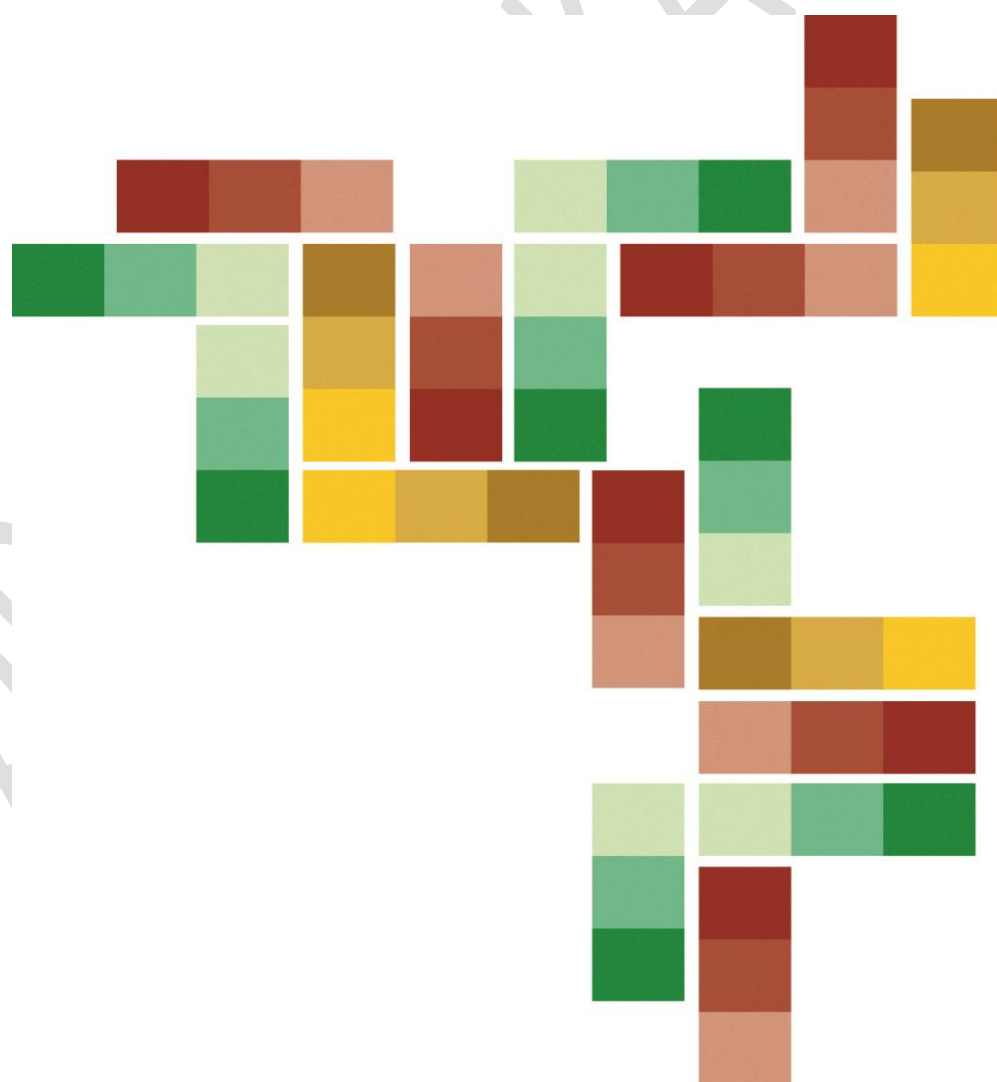
Mødedato: 28. maj 2014 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 32141/14

Udkast til politiske visioner og mål for Sundhedsaftalen

2015 - 2018



Indledning

Mange borgere, der er syge eller er i risiko for at blive ramt af sygdom, kan have brug for en sammenhængende indsats fra både kommuner, hospitaler og praksissektor. Et velfungerende og forpligtende samarbejde mellem alle parter på sundhedsområdet er med til at understøtte, at borgeren får en positiv oplevelse af sit forløb og i sidste ende kan blive enten rask eller få hjælp til at leve bedre med sin sygdom.

Med denne tredje generation af sundhedsaftaler vil vi bygge videre på de gode erfaringer, som vi har fra de to foregående sundhedsaftaler. Vi vil sikre en fokuseret indsats gennem få og klare mål. Vi vil sætte borgeren i centrum og rette vores fokus mod de effekter, borgeren skal opleve, som følge af de aftaler, som vi indgår.

Vi skal blive endnu bedre til at tilbyde borgeren indsatser af ensartet høj kvalitet, samt til at styrke koordinering, kommunikation og udviklingen af nye samarbejdsformer der sikrer effektive og sømløse forløb.

I den fortsatte udvikling af vores fælles opgaver om mest mulig sundhed for borgerne, vil vi tage afsæt i en forebyggende tilgang. Vi vil sætte yderligere fokus på den langsigtede borger- og patientrettede forebyggelse og på den tidlige opsporing og tidlige indsats overfor borgere, der er i risiko for at udvikle somatisk og/eller psykisk sygdom. Vores fælles udgangspunkt er, at færre borgere skal udvikle kronisk sygdom eller have langvarige sygdomsforløb.

Borgere, der har en langvarig eller kronisk somatisk eller psykisk sygdom, skal opleve, at alle indsatser i det samlede sundhedsvæsen tilrettelægges ud fra en rehabiliterende tilgang. Vi vil gennem hele forløbet understøtte, at borgeren kan fastholde det bedst mulige funktionsniveau, og vi vil tilrettelægge vores indsatser på en måde, der sikrer mindst mulig indgriben i borgerens hverdagsliv. Vi vil derfor indrette vores tværsektorielle samarbejde således, at opgaven altid løses på laveste effektive omsorgsniveau.

Fire politiske visioner

Vi vil i denne sundhedsaftale særligt arbejde for at bringe borgere, herunder pårørendes viden og ressourcer bedre i spil i eget forløb og i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen. Derudover vil vi sætte særligt fokus på vores samarbejde omkring indsatser for de mest sårbare og udsatte borgere. Vores indsats skal tilrettelægges således, at den bidrager til at nedbringe ulighed i sundhed.

Derfor ønsker vi at fokusere på følgende fire visioner i denne sundhedsaftale:

- 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.

Til hver af de fire visioner er der beskrevet målsætninger for sundhedsaftalen. Målsætningerne udmøntes i mere konkrete indsatser i den administrative del af sundhedsaftalen, hvor det også fremgår, hvordan der følges op på målene.

Opfølgning på aftalen

I Sundhedsstyrelsens vejledning anbefales, at Sundhedskoordinationsudvalget udarbejder en plan for sundhedsaftalens implementering. Forslag til overordnet implementeringsplan vil derfor være indarbejdet i den administrative del af aftalen. Herunder vil der også indgå specifikke indikatorer, som skal understøtte den konkrete opfølgning på målsætningerne.

Sundhedskoordinationsudvalget skal endvidere én gang årligt følge op på sundhedsaftalen og vurdere behovet for at revidere dens indhold. Opfølgningen vil blandt andet ske gennem temadrøftelser i en bred kreds af politiske nøgleinteressenter.

Læsevejledning

Den politiske del af sundhedsaftalen er opdelt i fire temaer med tilhørende vision. Under hver vision er beskrevet en række særligt prioriterede målsætninger, som vi i fællesskab skal arbejde hen imod. Det er derefter beskrevet, hvordan det tværsektorielle samarbejde skal udvikles i aftaleperioden med henblik på at nå målsætningerne.

I sundhedsaftalens administrative del beskrives, hvordan målsætningerne operationaliseres i konkrete indsatser og hvordan, der måles og følges op på indsatsernes effekt og fremdrift.

Sammenhæng og kvalitet

Et af de centrale formål med sundhedsaftalen er at tilbyde den enkelte borger en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet. Også den foregående sundhedsaftale har haft fokus på sammenhæng og kvalitet, og der er gjort en stor indsats på området. Alligevel er det stadig ikke alle borgere, som oplever overgange i sundhedsvæsenet som sømløse. Samtidig er der et potentiale for at anvende ressourcerne i det samlede sundhedsvæsen bedre ved at borgerne får det rette tilbud på det rette niveau. Vi skal derfor fokusere endnu mere på at udvikle det fælles ansvar for at skabe sammenhæng og kvalitet for borgerne. Særligt skal vi udvikle samarbejdet om de borgere, der er mest sårbare og udsatte, og som kan have komplekse behov, og hvor koordinering af indsatserne på tværs af sektorerne kræver særlig opmærksomhed.

Vores vision er:

At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen

I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:

Målsætninger

- 1) At borgerne sikres samme høje kvalitet i forebyggelse, behandling og pleje samt rehabilitering uanset, hvor i sundhedsvæsenet opgaven løses
- 2) At færre borgere indlægges på hospital, hvor det kan forebygges gennem en tidlig og koordineret indsats
- 3) At borgere med samtidig psykisk og somatisk sygdom oplever en sammenhængende og koordineret indsats.

Indsatsområder i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden videreudvikle samarbejdet på en række områder.

Ensartet høj kvalitet

Vi skal arbejde for at sikre ensartet og høj kvalitet i de tilbud, som borgerne får. Derfor vil vi igangsætte et kvalitetsarbejde, der kan give fælles forståelse af kvalitetsbegrebet mellem kommuner, hospitaler og praksissektor. Vi vil udvikle fælles kvalitetsmål og -standarder med afsæt i tilgængelig viden om evidens eller best practice. Udvikling af kvalitet i samarbejdet indebærer, at vi systematisk arbejder med muligheder for at dele kvalitetsdata og følge op med handling og justering af indsatser. Som led i kvalitetsudviklingen vil vi samarbejde om at styrke formidling af resultater fra forskningsprojekter og evalueringer af fælles projekter, men også understøtte, at der produceres ny viden.

Koordination i det sammenhængende forløb

Sammenhængende forløb af høj faglig kvalitet forudsætter koordineret og tæt dialog mellem hospitaler, kommuner og praksissektoren. Implementeringen af Kommunikationsaftalen i 2012 har forbedret samarbejdet om somatiske patienter, der indlægges og udskrives fra hospital. Der er imidlertid behov for udvikling af lignende aftaler, der omfatter somatiske patienter i ambulante forløb, børneområdet og hele psykiatriområdet.

Der er også behov for, at videreudvikle modeller, der sikrer bedre koordination og samarbejde om sårbare borgere med komplekse forløb, herunder borgere med multisygdom. Kommunerne modtager i højere grad end tidligere borgere, der er færdigbehandlede på hospitalet, men som fortsat har komplekse problemstillinger. Det stiller flere krav til de sygeplejefaglige kompetencer i kommunerne og giver større behov for lægefaglig rådgivning. Vi vil derfor blive bedre til at bruge hinandens kompetencer og række ud over sektorovergange i det daglige arbejde i form af bl.a. nem adgang til rådgivning, udgående funktioner fra hospitalerne, samt følge-op og følge-hjem ordninger. Derudover vil vi styrke samarbejdet mellem kommuner og almen praksis bl.a. om borgere på kommunale akut/subakutte pladser og om borgere, der anvender mange slags medicin.

IT og digitalisering

Sammenhæng og kvalitet i borgernes forløb forudsætter velfungerende digitale løsninger, hvor det sundhedsfaglige personale i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren har let adgang til relevante oplysninger. Derfor skal der fortsat arbejdes med mulighederne for at dele data på tværs. I aftaleperioden skal vi øge brugen af eksisterende IT-løsninger og understøtte de nationale tiltag om Sundheds-IT, herunder bl.a. fuld implementering af det Fælles Medicinkort. Herudover er der behov for at intensivere arbejdet med generel it-understøttelse af forløb på tværs af sektorer og særligt understøttelse af forløb for borgere med samtidige somatiske, psykiske og sociale problemstillinger.

Systematisk kompetenceudvikling på tværs af sektorer

Vi skal bygge bro mellem kompetencerne i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren. Der skal arbejdes med udvikling og systematisk udbredelse af fælles kompetenceudvikling. Vi vil bygge videre på indhøstede erfaringer og integrere kompetenceudviklingsindsatserne mere. Herunder vil vi afprøve modeller med rotations- og delestillinger på tværs af kommuner og hospitaler.

Rådgivning på tværs af sektorer

Regionens faglige ekspertise skal komme det samlede sundhedsvæsen til gode. Regionens rådgivning generelt – og særligt på forebyggelsesområdet – skal i højere grad tilpasses kommunernes behov. Vi skal målrette regionens faglige rådgivning i forhold til de forebyggende indsatser. Vi skal konkretisere rammerne for den faglige rådgivning og for den udveksling af viden på tværs af sektorer, som er vigtig for den daglige håndtering af konkrete borgerforløb. Det kan f.eks. omfatte en formaliseret og systematisk rådgivningsfunktion, hvor regionen yder faglig rådgivning til praksissektoren eller til kommunerne vedrørende borgere med sjældne sygdomme og særligt komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov.

Aktivt og inddragende samarbejde med borgerne

Vi vil understøtte, at borgere herunder pårørende har mulighed for at være aktive samarbejdsparter i den enkelte borgers individuelle forløb. Det aktive og inddragende samarbejde med borgere bidrager til, at indsatsen i højere grad bliver målrettes borgerens samlede situation og ressourcer. Samtidig kan det medvirke til at styrke borgerens mulighed for at mestre egen sygdom og selv bidrage i eget forløb.

Vi skal i fællesskab sikre, at borgerne anvender deres unikke viden om, hvordan det er at være bruger i sundhedsvæsenet, til at bidrage til udvikling af det samlede sundhedsvæsen.

Vores vision er:

At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen

I aftaleperioden vil vi derfor særligt sætte politisk fokus på:

Målsætninger

4) At borgere, herunder pårørende oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb i det omfang, de ønsker det

5) At borgere understøttes i at mestre egen sygdom med udgangspunkt i egne ressourcer og behov i hele forløbet

6) At borgere deltager, når vi træffer beslutninger om, hvordan vi indretter sundhedsvæsenet.

Indsatsområder i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden videreudvikle samarbejdet på en række områder.

Samarbejdskultur

Aktivt og inddragende samarbejde stiller særlige krav til de måder, som de fagprofessionelle møder borgeren på. Vi vil derfor udvikle og afprøve modeller for samarbejdet mellem borgere herunder pårørende og fagprofessionelle. Vi vil fokusere på kulturelle og organisatoriske aspekter, der kan understøtte mulighederne for en proaktiv inddragelse af borgere – både i forhold til borgerens individuelle forløb og når borgerne medvirker i udviklingen af det samlede sundhedsvæsen. Her vil vi have særligt fokus på udvikling af differentierede modeller for det aktive samarbejde, som er tilpasset borgere med forskellige behov og ressourcer.

Telesundhed

Det aktive og inddragende samarbejde i individuelle forløb handler også om at give flere borgere mulighed for at opretholde så almindeligt et liv som muligt på trods af langvarig eller kronisk sygdom. Vi vil derfor understøtte muligheder for sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af teknologiske løsninger, der gør det muligt at kommunikere, udveksle data og følge sygdomsspecifikke måleresultater mellem borgere og fagprofessionelle over afstand.

Organisatorisk samarbejde

Vi skal give borgere herunder pårørende bedre mulighed for at bidrage til udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen. Deres viden bidrager til at skabe et sundhedsvæsen, som borgerne oplever som inddragende og sammenhængende. Men det kræver noget at indgå i samarbejde – både af repræsentanterne for borgerne og sundhedsvæsenet. Vi vil gennem en fælles indsats skabe de rette rammer for samarbejdet med borgerne i udviklingen af sundhedsvæsenet, herunder i de relevante samarbejdsfora.

Lighed i sundhed

Let og lige adgang er et grundlæggende princip i det danske sundhedsvæsen. Alligevel er der borgere, som ikke bliver tilbudt de indsatser, de har behov for, eller som har svært ved at tage imod indsatserne, hvilket betyder at de ikke får det optimale udbytte af behandlingen. Vi vil derfor udvikle og gennemføre tiltag, der skaber mere lighed i sundhed. Samtidig vil vi sikre, at sundhedsvæsenet ikke selv bidrager til at øge uligheden.

Vi er i fællesskab parate til at tilbyde differentierede og systematiske indsatser, der sikrer alle borgere bedst mulig kvalitet og udbytte af indsatserne i det samlede sundhedsvæsen. Sårbare og udsatte borgere skal støttes gennem målrettede indsatser, der har fokus på at sikre adgang til og fastholdelse i forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering. Også samarbejdet med det sociale område skal styrkes.

Vores vision er:

At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed

I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:

Målsætninger

7) At borgere med psykisk sygdom får flere gode leveår

8) At borgere med både psykisk sygdom og misbrug sikres en samtidig og koordineret indsats

9) At flere sårbare borgere sikres en tidlig og forebyggende indsats, der er målrettet deres behov og ressourcer.

Indsatser i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de særligt prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden udvikle samarbejdet på en række områder.

Forebyggelse og tidlig opsporing

Forebyggelse og tidlig opsporing af risikofaktorer for udvikling af sygdom er væsentlig, når lighed i sundhed skal sikres, og særlig vigtigt i forhold til sårbare og udsatte grupper. De praktiserende læger har en nøgelfunktion, men der er mange andre vigtige aktører blandt andet på svangreområdet, i sundhedsplejen, i behandlings- og socialpsykiatrien og i ældreomsorgen. Vi vil derfor sætte fokus på at fremme en kultur, som i udgangspunktet tænker forebyggende og opsporende.

Særligt vil vi lægge vægt på forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme hos borgere med psykisk sygdom således, at borgere med psykisk sygdom får samme adgang til forebyggelsestilbud og genoptræning som andre borgere. Indsatserne skal bl.a. tilrettelægges på baggrund af den regionale sundhedsprofil.

Målrettede indsatser

Alle borgere skal have den indsats, der giver det bedst mulige behandlingsresultat og den bedste mulighed for at borgeren efterfølgende kan mestre sin egen sygdom og livssituation. Vi vil i aftaleperioden udvikle og afprøve differentierede indsatser, det vil sige indsatser, der er tilpasset målgrupperne. Vi vil også videreudvikle redskaber til stratificering af patienter og borgere.

Sammenhæng mellem sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet

Støtte til sårbare og udsatte borgere er en kompleks opgave, da mange både har sociale og sundhedsfaglige problemstillinger. Øget lighed i sundhed forudsætter derfor en tæt og koordineret indsats mellem mange aktører i sundhedsvæsenet og et nært samarbejde med social- og beskæftigelsesområdet i kommunerne. Hospitaler, kommuner og praksissektor skal sammen tage udgangspunkt i borgerens samlede situation, behov og ressourcer og sikre, at rehabilitering er indtænkt i hele forløbet. Vi vil i aftaleperioden derfor udvikle en model, der kan styrke samarbejdet i forhold til borgere, der sideløbende har behov for indsatser på tværs af sundheds-, social-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet.

Kompetenceudvikling og forskning

Der er fortsat et stort behov for viden om, hvilke målrettede indsatser, som virker bedst i forhold til at øge sundhedstilstanden for sårbare og udsatte grupper. Vi vil prioritere et mindre antal større forsknings- og udviklingsprojekter om lighed i sundhed, herunder f.eks. projekter om opsporing og fastholdelse i behandling og rehabilitering. Vi vil også i fællesskab styrke tilbud om kompetenceudvikling med fokus på ulighed i sundhed, som f.eks. kan udbydes som en del af en systematisk kompetenceudvikling på tværs af sektorer og på tværs af både sundheds- og socialområdet.

Nye og bedre samarbejdsformer

Vi ønsker at skabe større fleksibilitet og kvalitet i opgaveløsningen, så borgerne oplever, at forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsatser er sammenhængende, og at der arbejdes efter fælles mål. I de to foregående sundhedsaftaler har vi i vid udstrækning fokuseret på at etablere en samarbejdsstruktur mellem parterne og på at udvikle samarbejdet ud fra en stafet-tankegang, hvor der skabes koordination mellem indsatserne i kommuner, på hospitaler og i praksissektoren. Vi skal fortsat arbejde med at styrke koordination og samarbejde på tværs i sundhedsvæsenet, men vi må også erkende, at den sektoropdelte opgaveløsning især ikke tilgodeser sårbare borgeres behov.

I denne sundhedsaftale vil vi derfor arbejde med at udvikle og afprøve organisationsformer, som passer til den opgave, der skal løses. Vi vil arbejde med udvikling og afprøvning af organisatoriske samarbejdsmodeller, der rummer forskellige grader af integration omkring opgaveløsning, personale, ledelse og økonomi.

Vores vision er:

At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer

I aftaleperioden vil vi sætte særligt politisk fokus på:

Målsætninger

10) At udvikle og implementere nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner hospitaler og praksissektor.

11) At udvikle en model for, hvordan de regionale og kommunale prioriterede midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet samlet kan bidrage til at understøtte fælles samarbejdsprojekter, der knytter sig til sundhedsaftalen.

Indsatser i aftaleperioden

For at kunne nå i mål med de særligt prioriterede målsætninger skal vi i aftaleperioden udvikle samarbejdet på en række områder.

Nye samarbejdsformer med integrerede indsatser

Vi vil afprøve og implementere nye modeller for integreret opgaveløsning med samdrift af ressourcer og kompetencer på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren. Det er særlig relevant for samarbejdet om den gruppe af sårbare og udsatte borgere, der modtager samtidig behandling og pleje fra flere sektorer. Vi vil lære af erfaringer fra udlandet, hvor studier viser positive resultater med integrerede behandlings- og plejetilbud – når det gælder behandlingskvalitet, patientsikkerhed, patienttilfredshed og økonomi. Modellerne kan eksempelvis afprøve nye samarbejdsformer om akut/subakutte tilbud, tilbud til mennesker med samtidigt misbrug og psykisk sygdom eller fælles sundhedshuse. Arbejdet med nye modeller for integreret opgaveløsning skal tage højde for de organisatoriske rammer i praksissektoren.

Midler til prioritering sammenhængende løsninger

I økonomiaftalen 2014 for regioner og kommuner er det aftalt, at begge parter skal prioritere midler til sammenhængende løsninger. Sundhedsaftalen danner rammen for, hvordan disse midler anvendes, og vi vil på baggrund af drøftelser i Sundhedskoordinationsudvalget sikre en tæt koordinering af midler til sammenhængende løsninger på sundhedsområdet.

Bilag: 9.2. - Kommunal proces for Sundhedsaftale III.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 28. maj 2014 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 66705/13



Kommunal proces for Sundhedsaftale III

Forudsætninger

- Fokus er bærende politiske temaer – den praksisnære del håndteres i senere forløb
- Der udarbejdes én fælles sundhedsaftale for alle kommuner. Heri skal indgå en model med rammer, principper og skabelon for formulering af fælles projekter mellem en eller flere kommuner og regionen
- Det ny sundhedssekretariat udarbejder oplæg til dialogmøder, politiske drøftelser i kommunerne mv. og indgår i det fælles projektsekretariat med reference til DAS

Konsekvenser

- Det giver omtrent et halvt år mere til de politiske drøftelser og processer og er tillige mere hensigtsmæssigt i forhold til kommende kommunal- og regionsvalg
- 12-12 mødet i DAS kan rykkes til januar 2014, således at kommunerne kan nå at etablere et fælles grundlag/mandat

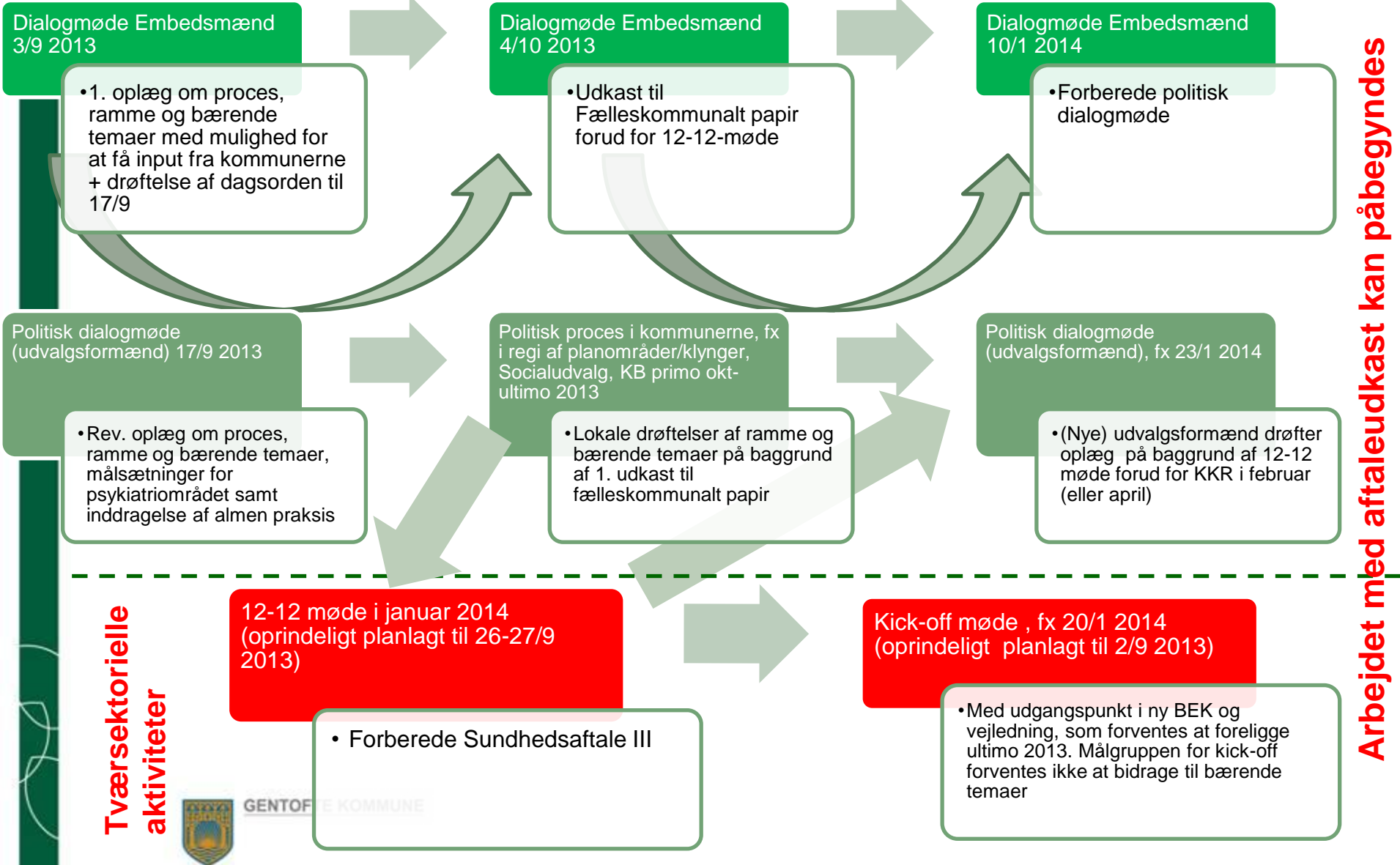
Næste skridt: Dialogmøde på embedsmandsniveau, tirsdag den 3/9 2013, om

- Dagsorden for politisk dialogmøde 17/9
- Proces, ramme og bærende (kommunale) temaer i Sundhedsaftale III
- Oplæg om målsætninger for psykiatriområdet
- Kommunal inddragelse af praktiserende læger





Kommunal proces for Sundhedsaftale III – aug./sep. 2013-jan. 2014





Allerede berammede møder i 2. halvår 2013

Fire i Embedsmandsudvalg Sundhed

- 16/8 2013
- 20/9 2013
- 25/10 2013
- 29/11 2013

Tre i Den Administrative Styregruppe

- 27/9 2013
- 1/11 2013
- 28/11 2013

NB: 12-12-møde planlagt til 26-27/9 er ændret til alm. DAS-møde 27/9. Evt. 12-12-møde afholdes fx januar 2014

Ét politisk dialogmøde (udvalgsformænd)

- 17/9 2013
- [+ politisk proces i kommunerne primo oktober – ultimo 2013]
- [januar 2014 – efter valg?]

Et dialogmøde på embedsmandsniveau

- 3/9 2013
- [forslag: 4/10 2013]
- [forslag: 10/1 2014]



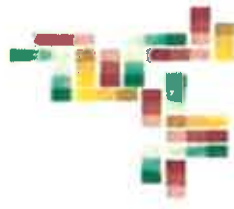
Bilag: 9.3. Inspirationsmateriale sundhedsaftale III

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 28. maj 2014 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 33540/14



Bilag 3: Inspirationsmateriale til drøftelse af målsætninger.

I det foreliggende udkast til politisk sundhedsaftale er der indsat 2-3 målsætninger for hvert visionsområde. Disse målsætninger er udvalgt af Sundhedskoordinationsudvalget ud fra et hensyn om at dække visionerne og begrænse antallet af målsætninger for at holde aftalen enkel og fokuseret.

Dette bilag indeholder nogle andre målsætningsformuleringer, der kan vise bredden i de drøftelser, der er i forbindelse med udarbejdelse af aftalen. Bilaget er tænkt som et inspirationsmateriale, der kan indgå som baggrundsmateriale i forbindelse med jeres drøftelser af aftaleudkastet.

Såvel målsætningerne, der indgår i aftaleudkastet, som de nedenstående målsætningsformuleringer er afstemt med de lovgivningsmæssige krav til aftalen. Det vil dog være sådan, at ikke alle krav i Sundhedsstyrelsen vejledning kan blive dækket i den politiske aftale, da vejledningens detaljeringsniveau er meget højt. Krav i vejledningen, der ikke er dækket af den politiske aftale, vil imidlertid blive dækket i den administrative aftale. Det drejer sig især om krav om fokus på specifikke målgrupper.

Nedenstående målsætningsformuleringer er kategoriseret indenfor hver af de fire visioner:

- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen
- At borgerne oplever at være samarbejdspartner 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.

Målsætninger er nummeret 12-23.

Målsætninger, der handler om sammenhæng og kvalitet

- 12.** At flere borgere med komplekse og langvarige sygdomsforløb modtager en tidlig og helhedsorienteret indsats med henblik på, at de fastholdes på arbejdsmarkedet
- 13.** At borgere, der er i behandling med mange lægemidler, sikres løbende og systematisk opfølgning på medicineringen
- 14.** At alle borgere tilbydes relevante rehabiliteringsindsatser, når de har behov for det, uanset hvornår i forløbet behovet opstår
- 15.** At borgeren tilbydes behandling af høj kvalitet, der tilgodeser borgernes ønske om mindst mulig indgriben i hverdagslivet

Målsætninger, der handler om borgerne som samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen

- 16.** At borgere med psykisk sygdom oplever at være aktivt inddraget i eget forløb i det omfang, de ønsker
- 17.** At sårbare borgere får særlig støtte til at være en aktiv samarbejdspart i eget forløb
- 18.** At flere borgere får mulighed for at mestre egen sygdom ved hjælp af telesundhed

Målsætninger, der handler om lighed i sundhed

- 19. At sårbare borgere i risiko for livsstilssygdomme modtager indsatser, der er tilpasset deres behov og ressourcer**
- 20. At flere sårbare gravide opspores tidligere og sikres en forebyggende indsats, der er tilpasset deres behov og ressourcer**
- 21. At ingen hjemløse bliver udskrevet til gaden**

Målsætninger, der handler om nye og bedre samarbejdsformer

- 22. At videreudvikle og implementere nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af hospital og kommune målrettet borgere med psykisk sygdom**
- 23. At videreudvikle og implementere nye organisatoriske modeller for fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af hospital og kommune målrettet ældre medicinske patienter**

Bilag: 9.4. Høringsvar udkast politisk del sundhedsaftale III

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 28. maj 2014 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 38628/14

Til Sundhedskordinationsudvalget,
Region Hovedstaden

Sundhedsaftale 2015 - 2018, høring politisk del

Allerød Kommune har modtaget udkast til politiske visioner og mål for Sundhedsaftalen 2015 – 2018 i høring.

Materialet er behandlet i det politiske fagudvalg, der har følgende kommentarer:

Tak for det tilsendte materiale og muligheden for tidlig høring. Vi hilser udkastet velkomment, og ser frem til det kommende samarbejde om mål og indhold i sundhedsaftalen.

Det generelle indhold og de fire visioner finder vi relevante og rigtige.

Vi har følgende kommentarer til de fire visioner, de politiske fokuspunkter og mål samt de indføjede tekster, der uddyber indhold og temaer:

At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen

I forhold til de tre målsætninger, ønsker vi at påpege:

- at formuleringen om at borgerne sikres samme høje kvalitet i forebyggelse, behandling og pleje samt rehabilitering uanset, hvor i sundhedsvæsenet opgaven løses, kan virke vanskelig at forstå, idet kompetencer, ressourcer, behandlingstilbud og muligheder reelt stadig er forskellige i sundhedsvæsenets sektorer.
- at det bør fremgå at forebyggelse af indlæggelser på hospital, også indebærer, at der skabes en øget kvalitet i udskrivningsforløb, sikres høj kvalitet af behandlingsafslutning og kvalitetssikring af processen og afstemning af relevante forhold ved udskrivelser.

Ift indsatsområderne anerkender vi, at kvalitetsbegrebet er vanskeligt, og forudsætter det foreslåede udviklingsarbejde på tværs.

Vi ønsker et styrket samarbejde mellem kommuner og almen praksis, men må pointere, at det er en forudsætning, at dette indskrives som en forpligtelse. Desuden er det en forudsætning, at der skabes en finansieringsmodel, der understøtter de praktiserende lægers indsats.

Vi vil bemærke, at kravet om øget sygeplejefaglig kompetence i kommunerne, må understøttes af en proces og finansiering, der gør disse funktioner attraktive, idet vi fra tid til anden oplever udfordringer i rekruttering af sygeplejersker. Således forudsætter hele udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen, at de nødvendige ressourcer og kompetencer er til stede.

Vi ønsker såvel en øget indsats på digitale løsninger, som en øget faglig rådgivning på tværs velkommen, men må tilføje at vores erfaringer med disse tiltag indtil videre, giver anledning til bekymring for løsningerne i praksis.

At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

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

Åbningstider
Mandag-Tirsdag 10-14
Onsdag lukket
Torsdag 10-18
Fredag 10-12

Dato: 6. maj 2014

Sagsbehandler:
Lisbeth Pedersen,
Sundhedschef
Tlf. 48 100 201



I forhold til de tre målsætninger, mener vi, at de går godt i tråd med udvikling af det borgernære sundhedsvæsen.

I forhold til indsatsområderne vil vi påpege, at telesundhed forudsætter organisatorisk, fagligt og økonomisk afklaring for at dette kan etableres til en funktionsdygtighed og anvendelse, der reelt understøtter sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem.

At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed

I forhold til de tre målsætninger, mener vi at de understøtter visionen.

I forhold til målsætningen om psykisk syge og misbrug, vil vi påpege, at det er vigtigt, at der fremadrettet arbejdes med en helhedsforståelse af psykiske vanskeligheder og misbrug, med særligt fokus på at minimere antallet af eksklusionskriterier for mulighed for at modtage psykiatrisk behandling.

I forhold til indsatsområderne glæder vi os over beskrivelserne af sammenhæng, ikke mindst i forhold til de sårbare og komplekse borgere, hvor dette er endnu mere vigtigt, herunder fx hjerneskadeområdet og implementering af forløbsprogrammer til denne gruppe.

Ligeledes er det meget vigtigt, at der kommer fokus på de praktiserende lægers nøglefunktion bredt, herunder også svangreområdet.

At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer

I forhold til de to målsætninger, ser vi at det er fremadskuende og relevant at udvikle nye modeller for sundhedsvæsenet, og styrke de fælles samarbejdsprojekter.

I forhold til indsatserne anerkender vi disse, idet det skal pointeres, at der fortsat vil være behov for kommunale politiske prioriteringer, der tager afsæt i den enkelte kommunes udfordringer.

I det kommende arbejde med at udvikle de fælles indsatser, mener vi, at der må fokus på muligheder og organisering, der sikrer kvaliteten, særligt i forhold til de akutte kommunale tilbud, hvor det vil være hensigtsmæssigt at øge muligheden for tilsyn fra behandlingssystemet.

I forhold til visionen om nye samarbejds kulturer, mener vi, at det er afgørende, at samarbejdspartnerne har respekt for og tillid til hinanden.

Det skal desuden pointeres, at der skal være plads til at tænke visionært og anderledes, hvis den sociale ulighed i sundhed skal reduceres - mange borgere med få ressourcer passer ikke ind i de aktuelle tilbud og rammer.

Helt generelt skaber det bekymring i den politiske drøftelse, at indhold og indsatser som udgangspunkt ikke er finansieret, og at aftalens økonomiske konsekvenser dermed ikke er klarlagt.

Venlig hilsen





Bilag: 10.1. Finanslov 2015 notat med temaer

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 28. maj 2014 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 38692/14

NOTAT

Finanslov 2015 Ældreområdet

I forbindelse med Aftale om Finanslov for 2014 blev der afsat 1 mia. kr. årligt til en pulje til et permanent løft af indsatsen på det kommunale ældreområde. For Allerød Kommune er beløbet 4,2 mio. kr./årligt. De afsatte midler udmøntes til kommunerne for ét år af gangen.

På baggrund af drøftelserne for ansøgningen til 2014, besluttede udvalget at få belyst følgende emner frem mod ansøgningen til beløbet for 2015.

a. Overvejelser om rengøring

I den vedtagne kvalitetsstandard for praktisk hjælp er, det politisk vedtagne serviceniveau for rengøring, som hovedregel rengøring hver 2. uge.

I forhold overvejelse om en ændret praksis kan der være tale om at øge serviceniveauet eller ændre visitationskriterierne, så flere kan få hjælp til rengøring.

En ændring af praksis for rengøring bør ses i sammenhæng med hverdagsrehabiliteringsprojektet, og de implikationer der er indbygget i de indbyrdes forhold, idet at hensigten og formålet med hverdagsrehabilitering er en udvikling frem mod at flere kan klare sig selv, også i forhold til praktiske gøremål.

Det kan oplyses, at der i 2013 ikke har været klager over rengøring.

Den aktuelle pris/udgift for rengøring er 279 kr./time for den kommunale hjemmepleje og 366 kr./time for private leverandører, idet hjemmeplejens udgift alene udgør den konkrete lønudgift.

Hvis der fx skal tilbydes rengøring til alle visiterede borgere ugentligt vil der skønsmæssigt være tale om en fordobling af de aktuelle ca. 175 timer pr. uge. Den samlede merudgift skønnes hermed at være ca. 275.000 kr./år, med nugældende takster, og den kendte fordeling mellem privat/kommunal leverandør. Den umiddelbare pris/udgift for én borger, der modtager rengøring efter gældende standard er 14.500 kr./år. (kommunal hjemmehjælp), og 19.000 kr./år. (privat leverandør).

b. Varmtvandsbassin

Etablering af et varmtvandsbassin er drøftet i forskellige fora de seneste år, herunder på udvalgets møde med Ældrerådet 1. februar 2013. Disse drøftelser har ikke ført til beslutning om etablering af et varmtvandsbassin.

Det er Forvaltningens vurdering, at udgiften til etablering og drift af et varmtvandsbassin er væsentligt højere end det beløb, der er afsat til kommunens andel af ældrepuljen. Derudover er det Forvaltningens vurdering, at etablering af varmtvandsbassin er meget usikkert i forhold til de kriterier der er udstukket for puljens anvendelse.

c. Hospice

Etablering af et hospice er indgået i drøftelserne i forskellige fora de seneste år, herunder på udvalgets møde med Ældrerådet 1. februar 2013. Disse drøftelser har ikke ført til beslutning om etablering af et hospice i Allerød.

I byrådets konstituerings aftale fra 2013 fremgår:

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

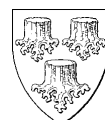
Allerød Rådhus
Bjarkesvej 2
3450 Allerød
Tlf: 48 100 100
kommunen@alleroed.dk
www.alleroed.dk

Dato: 11. maj 2014

Sagsnr. 14/6034

Sagsbehandler:
Lisbeth Pedersen

Direkte telefon: 48100201



Etablering af et sundhedscenter i samarbejde med andre kommuner, og mulighed for etablering af et akutteam og/eller hospice i kommunen.

Det er Forvaltningens vurdering, at udgiften til etablering og drift af et hospice er væsentligt højere end det beløb, der er afsat til kommunen andel af ældrepuljen.

d. Samarbejde med frivillige

Samarbejdet med frivillige på Ældreområdet er opdelt på to områder. Frivillige tilknyttede plejecentre i Allerød Kommune og frivillige foreninger med aktiviteter specielt rettede mod ældre bosiddende i Allerød Kommune.

Der er på nuværende tidspunkt tilknyttet frivillige besøgsvenner og frivillige til alle plejecentrene i Allerød Kommune. Røde Kors har aktiviteter på Skovvang og Mimosen. Lyngehus har en gruppe frivillige som fast forestår aktiviteter, ligesom der på Engholm er aktiviteter varetaget af frivillige og en støttegruppe. Samarbejdet er lokalt forankret og støttes via Allerød Kommunes afsatte pulje til støtte af det frivillige sociale arbejde efter servicelovens § 18.

For de hjemmeboende er der besøgsvenner som tilbyder besøg som organiseres af Ældre Sagen og Røde Kors, derudover er der flere øvrige foreninger med aktiviteter, som specifikt er målrettet ældre. Det er ofte aktiviteter som kræver et vist overskud og mulighed for selv at transportere sig til stedet for aktiviteterne. Der er blandt andet et velorganiseret tilbud omkring IT for seniorer Senior IT, en stor stavgangforening som primært har ældre borgere som målgruppe, en pensionistforening som forestår sociale aktiviteter, samt Ældremobiliseringen som forestår motionstilbud og tryghedsopkald og endelig Ældre Sagen, som driver en række forskellige tilbud, herunder motionstilbud. Samarbejdet med disse foreninger er i høj grad baseret på den støtte foreningerne søger og får tildelt via puljen til frivilligt socialt arbejde efter § 18 og generel udveksling af informationer med kommunens ældreområde.

Derudover er der en række foreninger som har ældre borgere som målgruppe, hvor aktiviteterne har omdrejningspunkt om kultur, fx kunst, sang og dans samt øvrige motionstilbud.

I Allerød Kommune er der på nuværende tidspunkt ikke afsat ressourcer til en organisering af samarbejdet med det frivillige foreningsliv generelt eller specifikt for Ældreområdet, men der er et indirekte samarbejde i forhold til støtte til lokaler for flere af de frivillige foreninger på ældreområdet, som blandt andet har aktiviteter som vil være en del af det af det nye aktivitetshus i Lillerød.

e. Mad/ernæring i et bredere perspektiv

I byrådets konstituerings aftale fra 2013 fremgår:

Øget fokus på madservice på ældreområdet, herunder skærpet opmærksomhed overfor leverandøren, mere økologi i maden og efteruddannelse til personalet.

På ældreområdet blev der i forhold til mad/ernæring, i 2013 oprettet et § 60 selskab i samarbejde med Frederikssund, Halsnæs og Hillerød Kommune.

§ 60 selskabet "MAD til hver DAG" er leverandør af mad til alle plejecentre og de hjemmeboende borgere, der er visiteret til madservice. I forhold til hjemmeboende borgere er madservice omfattet af frit valg, og foruden "MAD til hver DAG", er der godkendt en privat leverandør.

Ved etablering af "MAD til hver DAG" blev der i kommunen ansat en kostkonsulent, der primært er tilknyttet plejecentrene. Kostkonsulenten samarbejder, vejleder, rådgiver og kvalitetsudvikler kostområdet på plejecentrene i tæt samarbejde med de kostansvarlige på det enkelte center. Fx er der særligt fokus på småtspisende ældre.



I regi af forebyggelsespakkerne og senest også med ansøgningen af ældrepuljen 2014, er indsatsen på ernæring til hjemmeboende skærpet. Således er kostkonsulentens arbejde udvidet til at omfatte de hjemmeboende ældre, ligesom der er afsat øget tid i hjemmeplejen til at understøtte ernæringsindsatsen.

Der er gennemført brugertilfredshedsundersøgelser af "MAD til hver DAG" såvel på plejecentre og hos hjemmeboende i 2013. Disse vil blive gentaget i 2014. Generelt viste undersøgelserne god tilfredshed med madservicen.

I forhold til mere økologi er der aktuelt et projekt i gang i "MAD til hver DAG" for at få klarlagt muligheder og udgifter i forhold til at øge andelen af økologi, ligesom denne problemstilling også følges af selskabet bestyrelse.

f. Normeringer på plejecentre

Plejecentrene har ikke en fast normering, men tildeles lønmidler efter en model. Udarbejdet i 2011. Modellen indebærer at plejecentrene Lyngehus, Engholm og Skovvang i udgangspunktet har samme løntildeling pr. beboer. Mimosen er et specialplejecenter og har en højere løntildeling. Med den aktuelle models indførelse i 2011 var normeringen i plejecentrene ca. 0,9 ansat pr. beboer. Budgetterne tilpasses løbende ved politiske beslutninger som eksempelvis øget tildeling til midlertidige pladser på Engholm og ekstrastillinger i budgetforlig 2014.

Den konkrete normering vil, ud over de økonomiske rammer, afhænge af personalesammensætningen på det enkelte center.

Generelt er området præget af, at beboerne på plejecentrene er mere syge, har behov for mere pleje og omsorg og har flere og mere komplekse problemstillinger. Dette kræver større viden og kompetence, og det tager ofte længere tid at pleje og passe den enkelte borger. På nogle centre bor enkelte borgere, hvis behov i særlig grad er præget af deres situation, hvilket betyder, at der skal afsættes ressourcer ud over det gennemsnitlige tidsforbrug, for at leve op til kvalitetsstandarderne. Disse forhold presser kvaliteten, budgetterne og arbejdsmiljøet.

g. Velfærdsteknologi

Allerød Kommune anvender i vid udstrækning velfærdsteknologi på ældreområdet, idet en lang række opgaver forudsætter dette. Dette gælder fx for tværsektorielt samarbejde, dokumentation, kommunikation m.m.

I forhold til velfærdsteknologi til de borgerrettede løsninger er anvendelsen fortsat meget begrænset. Senest er der på baggrund af ældrepuljen 2014 indkøbt flere velfærdsteknologiske hjælpemidler til afprøvning og erfaringsdannelse.

Den fællesoffentlige strategi for Digital Velfærd blev præsenteret i september 2013. Her er en række bud på, hvordan velfærdsteknologi og digitalisering fremadrettet kan medvirke til at øge borgernes selvhjulpethed og samtidig frigive ressourcer. Regeringen og KL har i samarbejde med en række kommuner testet og afprøvet en række velfærdsteknologiske løsninger og udvalgt de fire teknologier, som vurderes at indeholde det største potentiale i forhold til frigivelse af økonomiske ressourcer.

De udvalgte teknologier er:

1) Hjælp til løft (forflytningsteknologier)

Tunge løft, som fører til fysisk nedslidning af de ansatte, og tidskrævende forflytninger, som stresser borgerne og skaber utryghed, har tidligere været dagligdag på mange plejecentre og i hjemmeplejen.

Moderne liftsystemer – såkaldte forflytningsteknologier – kan afhjælpe nogle af disse udfordringer og gøre det muligt at gå fra to til én medarbejder hos nogle borgere



2) Vasketoiletter

Vasketoiletter kan gøre enkelte borgere mere selvhjulpne og dermed uafhængige, eller reducere behovet for personlig hjælp og derved skabe en betydelig service- og produktivetsforbedring

3) Bedre brug af hjælpemidler

Bedre brug af hjælpemidler handler om at gøre borgerne mere selvhjulpne ved at gøre dem mindre afhængige af personlig og praktisk hjælp. Allerede i forbindelse med visiteringen af ydelser til borgerne skal sagsbehandlerne være opmærksomme på om teknologiske hjælpemidler er en mulighed frem for at visitere til personlig støtte og pleje. Her er en væsentlig sammenhæng til arbejdet med hverdagsrehabilitering.

4) Spiserobotter i botilbud

Mennesker med funktionsnedsættelser i arme og hænder er ofte ude af stand til at indtage et måltid uden hjælp. Det betyder, at den enkelte borgers oplevelse af måltidet er helt afhængig af, om medarbejderen forstår hvor hurtigt, hvor meget, og i hvilken rækkefølge borgeren ønsker at indtage maden fra sin tallerken og at medarbejderen har den tid, der skal til og at borgeren er motiveret for og forstår anvendelsen af en spiserobot.



Bilag: 11.1. Oversigt over kommunale hjertestartere maj 2014

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 28. maj 2014 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 38322/14

Allerød kommunes hjertestarter

Antal	Institutioner	Adresse	By
1	Engholm svømmehal	Rådhusvej 5	Allerød
2	Blovstrød svømmehal	Byagervej 12	Allerød
3	Lillerødhallerne	Banevang 7	Allerød
4	Lyngehallen	Idrætsvej 14	Lynge
5	Blovstrødhallen	Sortemosevej 20	Allerød
6	Blovstrød stadion	Sandholmgårdsvej 29	Allerød
7	Skovvang stadion	Poppelvej 1 B	Allerød
8	Allerød Idrætspark	Møllemosen	Allerød
9	Blovstrød skole	Kærvej 10	Allerød
10	Lillerød skole	Frederiksborgvej 65	Allerød
11	Lynge skole	Ved Gadekæret 15	Lynge
12	Engholm skolen	Rådhusvej 5	Allerød
13	Ravnsholt skolen	Søparken 1	Allerød
14	Skovvangskolen	Poppelvej 1 A	Allerød
15	Klub Vest	Søparken 3	Allerød
16	Maglebjergskolen	Kokkedalen 4	Lynge
17	Rådhuset	Bjarkesvej 2	Allerød
18	Pensionisthuset	Banevang 5	Allerød
19	Pensionisthuset	Kollerødvej 8B	Allerød
20	Centerhallen	Lilledal 10	Allerød
21	Allerød Bibliotek	Skovensvej 4	Allerød
22	Park & Vej - Materielgården	Vassingerødvej 2	Lynge
23	Musikskolen	Lyngevej 198	Allerød
24	Kirkehavegård	Kirkehaven 16-18	Allerød
25	Allerød Brandvæsen - P1	Rørmosevænget 2	Allerød
26	Allerød Brandvæsen - M1	Rørmosevænget 2	Allerød
27	Allerød Brandvæsen - S1	Rørmosevænget 2	Allerød
28	Allerød Brandvæsen - P2	Rørmosevænget 2	Allerød
29	Allerød Brandvæsen - Nødb.	Rørmosevænget 2	Allerød
30	Beredskabsgården	Vassingerød Bygade 4	Lynge

Bilag: 12.1. Erfaringer med borgerbudgetter 2014.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 28. maj 2014 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 39919/14

NOTAT

Allerød Kommune

Sekretariat

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

Erfaringer med borgerbudget i Danmark

Baggrund

Borgerbudgetter er en metode, der handler om at skabe mere borgerdeltagelse ved at borgerne selv administrerer og prioriterer et offentligt bevilget beløb. Det handler om at understøtte og fremme lokalt engagement og frivillighed i lokalområder.

Erfaringer fra England har vist, at der kan opnås engagement og lokal deltagelse ved at gennemføre processer med borgerstyret budgettering. Erfaringer herfra viser at gentagelse af processen er afgørende for at opnå et lokalt resultat, idet borgerne skal se resultaterne af deres projekter og derved styrke lysten til at deltage fremadrettet.

I Danmark er der på nuværende tidspunkt kun ganske få eksempler og dermed begrænset erfaring med borgerbudgetter. Forvaltningen har lavet en opsamling af erfaringer fra to kommuner som har igangsat tiltag med borgerbudgetter i Danmark. Derudover er beskrevet en alternativ tilgang med lignende formål.

Kolding Kommune:

Kolding Kommune har på nuværende tidspunkt fået de første erfaringer.

Baggrund:

Borgerbudgettet blev besluttet i 2012 af Socialudvalget som en opfølgning på den overordnede strategi om at styrke borgerinddragelse.

Det blev samtidig besluttet at afgrænse det til et bestemt område i Kolding, Brændkjær. I området bor ca. 5.800 beboere. Borgerbudgettet er navngivet til "Brændkjær bestemmer" og der blev afsat en samlet pulje på 150.000 kr.

Kolding Kommune valgte at lave en fordeling af den samlede pulje i to ansøgningsrunder af 75.000 kr. pr. år med start i 2013, tidlig forår og sent efterår, idet det blev vurderet, at det var vigtigt at holde et løbende fokus og informationsniveauet højt igennem et helt år og derudover at det var vigtigt, at der også i det efterfølgende år blev fulgt op.

Det er således besluttet, at der også i 2014 er afsat 150.000 kr. til området.

Foreløbigt resultat:

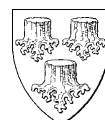
Der har været afholdt to afstemninger blandt borgerne i området som har været arrangeret i forhold til to ansøgningsrunder. Afstemningen er foretaget af de borgere som er mødt frem på afstemningsdagen og hvor der har været mulighed for at fremlægge de forskellige forslag. Afstemningen har været afholdt på en lokal skole. Kolding Kommune har i anden sammenhæng investeret i et særligt afstemningssystem som kan anvendes til afstemninger i større forsamlinger, som er kendt fra fx tv-shows.

Her er opridset de projekter som var repræsenteret ved den 1. afstemningsrunde fra foråret 2013 og den 2. afstemningsrunde fra efteråret 2013.

Dato: 14. maj 2014

Sagsbehandler:
mies

Direkte telefon: 178



Første runde afholdt med fremlæggelse af 8 projekter:

1. Bænke og affaldsstativer med henblik på forskønnelse af området
2. I levende billeder, videoprojekt der skal dokumentere hele "Brændkjær Bestemmer"
3. Genetablering af beachvolleybane. Volleybanen skal friskes op
4. Anlæg af petanquebane og oprydning af skov
5. Sikkert i skole – og hjem igen. Trafikregulerende tiltag der kan optimere færdselssikkerhed i et bestemt vejområde
6. Ældrehygge – samværsformer med forskellige arrangementer for områdets ældre beboere
7. Torvet Sigbrit Tarzanbaneprojekt om etablering af tarzanbane og større legeplads i Sigbrits-anlægget
8. Brændkjærdag - fællesdag med aktiviteter for områdets beboere fra morgen til aften.

Vinderprojektet blev Torvet Sigbrit Tarzanbaneprojekt som fik klart flest stemmer.

Anden runde med fremlæggelse af 5 projekter.

1. Torvet Sigbrit, Tarzanbane m. legeplads for området
2. Sikkert i skole og hjem igen. Ansøgning om trafikregulerende foranstaltninger
3. Brændkjær frivillige netværk, midler til aktiviteter for områdets børn- og unge
4. Oprydning i skov og anlæg af sti til skoven samt plads til aktiviteter i skoven
5. Arrangementer for os på +60 år

Vinderprojektet blev igen projektet Torvet Sigbrit Tarzanbanen med etablering af større legeplads i Sigbrits-anlægget på offentligt areal. Det er værd at notere sig, at i de to afstemninger er henholdsvis 5 ud af 8 og 3 ud af 5 projekter, ansøgninger om fysiske anlæg.

Der er nedsat en styregruppe af borgere fra området som har dannet en forening som har drevet vinderprojektet frem. Der er blevet arbejdet med inddragelse af øvrige interessenter med lån af blandt andet maskiner m.m. til projektet fra entreprenører. Der er i området opnået et højt kendskab til projektet og der er skabt opmærksomhed samt et socialt samlingspunkt i området. Styregruppen har oprettet hjemmeside og facebook side, hvor der inviteres til at følge projektet.

<http://sigbritsparken.wordpress.com/>

Begge afstemninger er afholdt på skolen i området og det er borgere fra skoledistriktet som er afgrænset til at komme med projekter, fremlægge og stemme om projekterne.

Foreningen har eksisteret i cirka et år og holder i juni måned generalforsamling, hvor styregruppen er nødt til at få nye medlemmer grundet travlhed og deraf følgende ophør i gruppen af oprindelige medlemmer. Der er fokus på at få videreført projektet og anvendt midlerne til yderligere udvikling af legepladsen.

Organisation og økonomi

Projektet er forankret under Socialudvalget. Der har været tilknyttet en medarbejder med kendskab til det pågældende område i form af boligsocialindsats og fra Forvaltningen er det udviklingschefen som driver projektet. Derudover er der trukket på ekstern konsulenthjælp og arrangeret samarbejde med lokale kræfter,



således at borgerne kunne få kvalificeret deres ideer. Blandt andet har Rotary været behjælpelige med sparring i forhold til projekterne fra borgerne.

Det har vist sig, at samlet koordinering i kommunen er et særligt fokusområde, idet forslagene skal afstemmes med myndighedskompetencen i øvrige afdelinger forud for eventuel igangsættelse, herunder blandt andet ift. diverse tilladelser fx ift. legepladstilsyn, afklaringer vedr. anlægstilladelser mv. Erfaringen fra første runde til anden runde er, at det i høj grad er vigtigt at få gjort projektansøgere klart, at det er vigtigt at få undersøgt disse forhold forud for evt. projektafstemning.

Udover selve puljen er der anvendt øvrige budgetmidler til administrative udgifter og materialer i forbindelse med projektet.

Der er som nævnt afsat 150.000 kr. i 2014 og det forventes, at der foretages en ny afstemning i området i løbet af sommeren. Kommunen overvejer derudover muligheden for at afprøve det i et andet område.

Hedensted Kommune

Hedensted Kommune har netop i maj måned fået de første erfaringer med borgerbudgetter i kommunen.

Baggrund:

Borgerbudget indgår som en del af strategien for at opnå aktiv inddragelse af lokalbefolkningen i områder i kommunen. Der er afsat en pulje på 240.000 kr. og det blev besluttet, at det skulle indgå som en del af et samarbejde med allerede etablerede lokalråd.

Hedensted Kommune har valgt at opdele den samlede pulje i 4 delpuljer af 60.000 kr. hvor der i lokalrådene er mulighed for at etablere en proces med borgerbudget.

I Hedensted Kommune har processen været åben, der har ikke på forhånd været defineret nogle overordnede kriterier eller rammer for projekterne udover det overordnede tema

- Gentænk
- Styrk
- Forbind.

Det har været op til hvert lokalområde at styre processen med begrænset støtte fra kommunen. Det har kunnet lade sig gøre, idet der har været nedsat en styregruppe i hvert lokalområde med udgangspunkt i lokalrådets bestyrelse til at varetage planlægningen med udgangspunkt i et større informationsmøde i hvert område.

Foreløbigt resultat:

Der er på nuværende tidspunkt været projektpræsentation i tre områder og afholdt afstemning. Et område mangler stadig at definere endelige projekter og afholde afstemning.

Det har vist sig, at der for hvert af de tre områder er blevet genereret borgerdrevne projekter.

Der har typisk været afholdt tre til fire møder i forbindelse med planlægningen. Et opstartsmøde, et midtvejsmøde, en præsentationsdag og så selve afstemningen. Det har været lokalt bestemt, hvordan afstemningskriterierne har været.

Her er helt overordnet de foreløbige resultater fra de tre områder:



Område 1:

Stemmekriterier var borgere bosiddende i området som er fyldt 18 år. Der var i alt 9 projekter. Der var to projekter som vandt afstemningen.

- Et initiativ om at forbedre og gøre en indsats for forskønnelse af en skolehave/gård
- Projekt om bedre IT infrastruktur i området.

De to fik, hver 30.000 kr. Det har vist sig, at der er skabt et fælles engagement i området og at folk er gået sammen om også at forsøge at arbejde videre med de øvrige projekter som ikke vandt. Der søges nu andre fonde og tilskud til at realisere disse.

Tilbagemeldingen er at flere af projekterne ikke var kommet frem, hvis der på forhånd havde været nogle definerende rammer for ansøgningen.

Område 2:

Her har afstemningskriterierne været, at man skulle være tilknyttet skolerne i området således, at man skulle være elev på skolen eller borger i området. Alle over 6 år kunne stemme. Afstemningen medførte tilslutning til følgende projekter:

- Lydisolering i forsamlingshus
- Modernisering af legeplads og udeareal v. skole
- Indkøb og etablering af skaterbane/rampe

Der var yderligere projektideer, der ikke opnåede tilslutning som fx

- Stolehynder til forsamlingshus
- Opstilling af bænke v. strandareal
- Grill og bålplads

Det har her vist sig at flere af projekterne understøttede allerede eksisterende tilbud i området.

Område 3:

I dette område blev det af styregruppen defineret, at der skulle gøres noget for unge i området og af unge, specielt i forhold til kunst og kultur. Her viste det sig, at puljen kunne dække alle projekter. Der blev delt informationsflyers ud i området og afholdt to møder. Her er en erfaring, at det var noget vanskeligere at få mobiliseret projekter og ideer, men det lykkedes blandt andet via brug af de sociale medier. Det har også vist sig, at det var vigtigt, at der var flere projekter som fik støtte, således at de unge fik oplevelsen af at deres projekter blev taget alvorligt og der var mulighed for at få gennemført ideer.

Projekterne der kom frem her var:

- Fodbold og Cheerleading, søgt og fået 5000 kr.
- OL i Stenderup, søgt og fået 10.000 kr.
- Relationer på tværs, søgt og fået 20.000 kr.
- Café Christ, søgt og fået 10.000 kr.
- LAN Party, søgt og fået 8.000 kr.
- Street Dance søgt om 10.000 kr. og fået 7.000 kr.

Generelt er alle tre områder ved at gå gang med projekterne.

Organisation og økonomi

Der har været tilknyttet en medarbejder fra kommunen og der har været afsat beløb til administrativ støtte til materialer og afstemning tryk mv. til hvert område. Endelig har der været en pulje på 50.000 kr. til ekstern konsulentbistand i



forbindelse med forberedelse og studietur til England for at se, hvordan borgerbudgetter organiseres der.

I Hedensted Kommune forestår endnu en afsluttende opsamling af erfaringer fra de tre områder og der mangler som nævnt stadig et område. Det er dog besluttet, at man også til næste år vil videreføre puljen og der er overvejelser om, hvorvidt der er andre områder i kommune, hvor metoden skal afprøves og evt. i forhold til specifikke temaer. Det forventes at projekterne er afsluttet i 2014 og der således vil være en samlet opsamling af erfaringerne ved udgangen af året.

Fredensborg Kommune

En anden variant i forhold til borgerbudgetter er at invitere borgere til at etablere indsatser via puljer. Puljen har typisk et bestemt formål og har ofte i højere grad på forhånd opstillede kriterier og derved rammesat, hvilke ansøgninger der ønskes. Puljen og afgørelsen om hvilke projekter der kan opnå støtte er typisk forankret i et udvalg.

I Fredensborg Kommune er der i marts måned 2014 blevet etableret en pulje på 250.000 kr. med titlen "Medborgerskabspuljen". Det er Børne- og Skoleudvalget, der behandler ansøgninger til puljen.

Der er ansøgningsfrist én gang om året og der er opstillet tre overordnede kriterier for ansøgningerne i 2014.

- Tryghed og fællesskaber på tværs
- Medinddragelse og samskabelse
- Uddannelse og beskæftigelse

Puljen kan ansøges af institutioner, foreninger, grupper og enkeltpersoner bosiddende i kommunen.

Konklusion

Erfaringer med borgerbudgetter i Danmark er stadig meget begrænset. Det er Forvaltningens vurdering, at der i de kommende år vil være væsentligt flere eksempler og derved et bedre grundlag at vurdere effekterne af tiltagene, idet en række kommuner er i gang med lignende aktiviteter. Der er samtidig stigende fokus på at udvikle nye deltagelsesformer i lokalsamfund og styringsrammer for nærdemokratiet mange steder i landet.

I Allerød Kommune, vil et forsøg med borgerbudget kunne iværksættes specifikt for et bestemt område i byen. Det kunne være i et område af de tre byområder eller inden for et skoledistrikt. Årsagen til, at det skal være et bestemt afgrænset område er, at det vil gøre det lettere at skabe en borgerstyret proces omkring, hvilket initiativ eller hvilke initiativer som skal støttes, idet der lægges op til at det vil være borgerne selv som i sidste ende, driver processen frem og til sidst stemmer om, hvilket egnet initiativ som skal iværksættes.

På den baggrund vil Forvaltningen anbefale, at et eventuelt pilotforsøg bør afgrænses til fx Lyngby, Blovstrød eller et område i Lillerød.

Beboelsen Ørnevang og Uglevang under Lillerød Boligforening har i forhold til "den boligsociale helhedsplan" allerede aktiviteter som søger at fremme lokal deltagelse og beboerdemokratiske processer, hvilket kunne være et sted at afprøve metoden.

Det er Forvaltningens vurdering, at en proces kan gennemføres inden for 8 måneder og at eventuelle projekter vil kunne vurderes efter 12-18 måneder.



Medborgerskabspuljen er et alternativ, som kan være et første skridt i forhold til at afprøve muligheden for at fremme nogle borgerdrevne projekter.

Her kunne med udgangspunkt i en pulje på 50.000 kr. sættes en ramme, hvor der kun gives støtte til ét enkelt projekt, men at der var mulighed for at fremlægge projekterne for interesserede og få en indikation af hvilket projekt der var mest opbakning til. Udvalget ville på den baggrund også have mulighed for at komme i dialog med borgerne om ideerne.

Kriterierne kunne fx være to temaer:

- Initiativer som fremmer møder på tværs af generationer
- Initiativer som fremmer nytænkning i lokalområdet

Derudover kunne der sættes følgende retningslinjer:

- Der skal være flere borgere involveret (ej støtte til enkeltmandsinitiativer)
- Initiativet skal udføres af borgere bosat i lokalområdet.

Men derudover ville der være fri mulighed for at søge puljen, både for institutioner, foreninger og grupper.

Forskellen i forhold til den gængse § 18 pulje afsat til støtte til frivilligt socialt arbejde vil være, at der er tale om en bredere målgruppe. En medborgerskabspulje vil kunne være klar til udmøntning inden for en tidshorisont på ca. 6 måneder.

Det er dog Forvaltningens vurdering, at der i Allerød Kommune vil kunne opnås initiativer som i effekt og omfang med et budget på 50.000 kr. i lige så grad vil gavne lokalområdet i den eksisterende organisering med fordeling af § 18 midler til frivillige sociale foreninger sidst på året. Der kunne i denne fordeling fokuseres på at prioritere nye initiativer i højere grad end at støtte eksisterende initiativer.



Bilag: 13.1. SVU effektiviseringskatalog.pdf

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 28. maj 2014 - Kl. 7:30

Adgang: Åben

Bilagsnr: 40321/14

Beløb i hele kr. i 2014 priser + = merudgifter, - = mindreudgifter

Effektiviseringskatalog er senest revideret den 14.5.14

Effektiviseringstiltag	Konsekvens	Udvalg	Afdeling/stab	2015	2016	2017	2018
Hjemtage borgere fra andre kommuner	Der hjemtages voksne handicappede borgere fra andre kommuner til Lyngehus	SVU	Borgerservice	-800.000	-800.000	-800.000	-800.000
Ungdomsuddannelse for unge med særlige behov	Tilbuddet er justeret	SVU	Borgerservice	-647.000	-647.000	-647.000	-647.000
Lifte - hjemmeplejen	Hjemmeplejen kan ved en investering hos ca. 4 borgere opnå en driftsbesparelse ved mobile lifte. Derved undgås at borgeren skal have 2 hjemmehjælpere til opgaven. Der forudsættes en investering i 2015 på 100.000 kr.	SVU	Ældre og Sundhed	-900.000	-1.000.000	-1.000.000	-1.000.000
Ældreråd - reduktion i antal medlemmer	Ældrerådet har i dag 9 medlemmer (og 9 suppleanter) Det er et lovkrav, at der er mindst 5 medlemmer i ældrerådet, og et tilsvarende antal suppleanter, jf. retssikkerhedslovens § 30, stk. 2. Ved en nedsættelse af antallet af medlemmer i ældrerådet er der mulighed for besparelse i udgifter til diæter, forplejning, kurser og administrations ud-gifter: • Ved 5 medlemmer skønnes det, at der er en besparelse på ca. 28.000 kr. • Ved 7 medlemmer skønnes det at der er en besparelse på ca. 14.000 kr.	SVU	Sekretariatet	0	0	0	-28.000

Effektiviseringspotentiale i alt	-2.347.000	-2.447.000	-2.447.000	-2.475.000
---	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------