

# REFERAT Ældre- og Sundhedsudvalget d. 02-10-2018

**Mødedato**           Tirsdag d. 02. oktober 2018 kl. 18:15

**Mødested**           Mødelokale B105

**Mødedeltagere**    Jesper Kirkegaard, Anne Mette Bak, Peter Faarbæk, Birgitte Skovbæk  
Johansen (Afbud), Marjan Ganjjou, Betina Liv Moe, Jeanette  
Ingemann

## Indholdsfortegnelse

Godkendelse af dagsorden - Ældre- og Sundhedsudvalget - 02-10-2018.....	3
Lukket.....	4
M - Meddelelser - Ældre og Sundhedsudvalget - 02-10-2018.....	5
A- Ledelsesinformation oktober 2018 - ÆSU.....	6
A - Drøftelse af sundhedspolitikken ud fra den seneste sundhedsprofil ÆSU.....	7
A - Plejeboligers demensegnetted - ÆSU.....	11
I - 3. budgetopfølgning 2018 for Ældre- og Sundhedsudvalget - ÆSU.....	13

## **Punkt 1: Godkendelse af dagsorden - Ældre- og Sundhedsudvalget - 02-10-2018**

18/214

### **Indstilling**

Godkendelse af dagsorden.

### **Beslutning Ældre- og Sundhedsudvalget den 02-10-2018**

Godkendt.

## **Punkt 2: Lukket**

18/6548

## **Punkt 3: M - Meddelelser - Ældre og Sundhedsudvalget - 02-10-2018**

18/214

### **Baggrund**

Nyt fra råd, nævn og udvalg.

### **Bilag**

Referat Seniorrådsmøde 13.08.2018

Orientering om overskridelse af sagsbehandlingsfrister

Anvendelse af robotstøvsugere

## **Punkt 4: A- Ledelsesinformation oktober 2018 - ÆSU**

18/1638

### **Baggrund**

Ledelsesinformationen viser udviklingen i udvalgets aktiviteter inden for Ældre- og Sundhedsområdet for perioden 01-07-2016 til 01-09-2018.

### **Indstilling**

At Ældre- og Sundhedsudvalget tager ledelsesinformationen til efterretning.

### **Beslutning Ældre- og Sundhedsudvalget den 02-10-2018**

Godkendt.

### **Sagsfremstilling**

Ledelsesinformationen giver et overblik over aktiviteterne på Ældre- og Sundhedsområdet for perioden 01-07-2016 til 01-09-2018.

Nedenfor skitseres de væsentligste konklusioner fra ledelsesinformationen, som beskriver aktivitetsudviklingen. Den skal ses i sammenhæng med 3. budgetopfølgning, som også behandles på dette møde.

Ledelsesinformation indeholder følgende hovedkonklusioner:

- Det samlede antal visiterede timer til hjemmehjælp har været stigende igennem perioden juli 2016- juli 2018, og det har den gennemsnitlige tid en borger modtager hjemmehjælp også. Blandt antallet af borgere, der er visiteret til hjemmehjælp fra juli 2016 til august 2017 har der overordnet været et fald, men fra august 2017 til juli 2018 er antallet af borgere steget med 48 borgere. Stigningen skyldes især en stigning på personlig pleje.
- Gennemsnitsalderen for hvornår en borger første gang visiteres til hjemmehjælp er steget fra 77,5 år i 2015 til 78,8 år i 3. kvartal af 2018, og dermed er Høje-Taastrup Kommune på niveau med de fem sammenligningskommuner (78,9 år).
- Plejeboliggarantien er pr 01-09-2018 overskredet for samlet 7 borgere på venteliste til en plejebolig. Dette er et fald i forhold til april 2018, hvor 14 borgere havde overskredet plejeboliggarantien. Årsagen til faldet skyldes større udskiftning i plejeboligerne.
- Antallet af borgere på ventelisten til en ældrebolig er faldet med 1 borger siden april 2018, og antallet af borgere på ventelisten var den 01-09-2018 79.
- Igennem 2018 har ventetiden til at begynde et træningsforløb været på 8,6 dage på sundhedslovsområdet. Den 01-07-2018 trådte en ny lov i kraft der betyder, at ventetiden til en borger begynder et træningsforløb er faldet fra 10 til 7 dage. I august 2018 var den samlede ventetid på 8 dage, og dermed næsten uændret siden 2017. Det betyder, at ventetiden ikke overholdes i august 2018.
- Antallet af borgere, der modtager sygepleje og antallet af leverede sygeplejeydelser har igennem perioden juli 2016 til juli 2018 været stigende. Årsagen til stigningen skyldes flere komplekse borgere, som derfor har behov for flere forskellige sygepleje indsatser.

### **Bilag**

LIS Oktober 2018

## **Punkt 5: A - Drøftelse af sundhedspolitikken ud fra den seneste sundhedsprofil ÆSU**

14/14683

### **Baggrund**

Byrådet godkendte på mødet 24-05-16 Sundhedspolitikken for 2016-2019 og de forskellige fagudvalg godkendte de tilhørende handleplaner på augustmøderne 2016. I efteråret 2017 godkendte fagudvalgene en status på fremdriften af de forskellige handleplaner under sundhedspolitikken. I foråret 2018 blev resultaterne af kommunens sundhedsprofil offentliggjort. Formålet med denne sag er udvalget skal vurdere, om resultaterne i den seneste sundhedsprofil giver anledning til ændringer i handleplanen for sundhedspolitikken og hvordan andre fagudvalg bedst involveres.

### **Indstilling**

At Ældre- og Sundhedsudvalget

1. Godkender den planlagte proces for drøftelse af sundhedspolitikken
2. drøfter og kommer med forslag til, hvilke sundhedsmæssige udfordringer de øvrige fagudvalg med fordel kan arbejde videre med.

### **Beslutning Ældre- og Sundhedsudvalget den 02-10-2018**

Udvalget tog sagen til en 1. behandling og den vil på kommende møde blive 2. behandlet.

### **Sagsfremstilling**

Sundhedspolitikken er et område, der kræver bred opbakning for at lykkes, da en enkeltstående sundhedsindsats kun rammer et lille udsnit af befolkningen. Sundhedsindsatserne bør derfor som oftest hægtes op på de øvrige fagområder i kommunen. For at sikre denne brede opbakning er der derfor planlagt følgende proces for den kommende prioritering af sundhedsindsatser:

1. På Byrådets temadrøftelse den 25-09-2018 fik Byrådet forelagt resultaterne af den seneste sundhedsprofil og Byrådet fik mulighed for at drøfte, hvilke områder Byrådet oplever er de væsentligste udfordringer.
2. På baggrund af ovenstående temadrøftelse skal Ældre- og Sundhedsudvalget nu drøfte, hvilke sundhedsmæssige udfordringer de øvrige fagudvalg med fordel kan arbejde videre med.
3. Herefter vil de øvrige fagudvalg ved deres udvalgsmøder i november få forelagt en sag hvor Ældre- og Sundhedsudvalgets anbefalinger til, hvilke sundhedsmæssige udfordringer der bør arbejdes videre med, vil fremgå. Det vil i sagen blive indstillet, at fagudvalgene drøfter Ældre- og Sundhedsudvalgets oplæg.
4. På et udvalgsmøde i starten af 2019 vil Ældre- og Sundhedsudvalget blive orienteret om drøftelserne fra de øvrige fagudvalg. På samme møde vil Ældre- og Sundhedsudvalget få forelagt en sag om Sundhedsfremmepuljens anvendelse, hvorefter udvalget vil kunne træffe beslutning om de konkrete handleplaner for Sundhedspolitikken.

I denne sag vil hovedpunkter fra sundhedsprofilen og sundhedspolitikken blive opridset med henblik på at give Ældre- og Sundhedsudvalget mulighed for at starte ovennævnte proces med at forberede de øvrige udvalg på deres drøftelser.

### **Sundhedsprofilens resultater**

Sundhedsprofilen er en spørgeskemaundersøgelse der undersøger befolkningens sundhedstilstand og efterfølgende publiceres resultaterne på landsplan, regionalt plan og kommunalt plan. Den seneste sundhedsprofilundersøgelse blev gennemført i 2017 og disse resultater blev publiceret i foråret 2018. Ældre- og Sundhedsudvalget blev på mødet i maj 2018 orienteret om de væsentligste resultater (bilag 3) og på Byrådets temadrøftelse den 25.09.2018 blev Byrådet orienteret om de væsentligste resultater (Oplægget er vedlagt som bilag 1).

Kommunerne er i resultatopgørelsen inddelt efter kommunesocialgrupper fra et til fire baseret på borgernes gennemsnitlige bruttoindkomst, uddannelsesniveaue og tilknytning til arbejdsmarkedet. Grunden til at kommunesocialgrupperne drages ind i resultatopgørelsen er, at helbreds-niveaue og livsstil har tydelig sammenhæng med parametrene for kommunesocialgruppe. Herved gives der mulighed for, at kommunerne kan sammenligne sig selv med de kommuner, der har en sammenlignelig profil. Høje-Taastrup Kommune er kommunesocialgruppe fire.

Jf. kommunesocialgruppen kan det forventes, at borgerne i Høje Taastrup kommune er ”mere usunde” end regionsgennemsnittet. Herunder ses udvalgte væsentlige resultater.

### *Rygning*

Rygning er ifølge Sundhedsstyrelsen den risikofaktor, der er skyld i flest dødsfald i Danmark (14.000 hvert år) og hver anden der ryger, dør af sin rygning.

I de fleste af de kommuner vi samarbejder med, er antallet af dagligrygere steget. I Høje-Taastrup Kommune er det faldet fra 19 % til 18 % og andelen af storrygere er ligeledes faldet. Den daglige passive rygning er dog steget fra 7,6 % til 8,0 % og den ligger et godt stykke over regionsgennemsnittet. Rygning i hjem med børn ligger også stadig et stykke over regionsgennemsnittet, den er dog faldet lidt. Yderligere er Høje-Taastrup en af de kommuner, hvor der er flest der dagligt ryger på e-cigaretter (2,4 %).

### *Alkohol*

Personer, der drikker over genstandsgrænserne, dør i gennemsnit 4-5 år for tidligt, mens personer, der dør på grund af alkohol, mister 23-24 års levetid. Alkohol er relateret til 28.000 hospitalsindlæggelser årligt, 10.000 skadestuebesøg og 72.000 ambulante besøg.

Generelt ligger Høje-Taastrup kommune lavt i alkoholforbruget, men ses der nærmere på disse tal er det tydeligt, at der i kommunen er lokale områder, hvor alkoholforbruget er særdeles højt. Det udlignes blot af at alkoholforbruget i nogle boligområder er meget lavt. For borgere med risikabel alkoholadfærd, er andelen som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug steget fra 35 % til 37 %.

### *Overvægt*

Overvægt er forbundet med væsentlig øget risiko for et stort antal kroniske sygdomme, som så derefter medfører store fysiske og psykiske risici for tidlig død og dårlig livskvalitet. 54 % af borgerne i Høje-Taastrup kommune er enten svært eller moderat overvægtige og andelen af svært overvægtige i Høje-Taastrup Kommune er steget fra 16 % til 19 %.

### *Usund kost*

WHO har anslået, at kosten er relateret til ca. 30 % af alle nyopståede kræfttilfælde i den industrialiserede verden. Andelen med et usundt kostmønster er steget fra 14 % til 17 % og ligger væsentligt over regionsgennemsnittet. Yderligere ligger det højt sammenlignet med andre i samme kommunesocialgruppe. Det er især mænd, enlige og borgere med lavt uddannelsesniveau og ingen tilknytning til arbejdsmarkedet, der har et usundt kostmønster.

### *Fysisk aktivitet*

7-8 % af alle dødsfald i Danmark kan ifølge Sundhedsstyrelsen relateres til fysisk inaktivitet og de dødsfald der er relateret til fysisk inaktivitet, sker 11-12 år for tidligt. Fysisk inaktivitet er årligt relateret til 2,6 mio. ekstra henvendelser til almen praksis, ca. 100.000 hospitalsindlæggelser, 3,1 mio. ekstra fraværdsdage fra arbejdet og ca. 1200 tilfælde af førtidspension.

24 % af borgerne i Høje-Taastrup har lav fysisk aktivitet i fritiden, hvor det i regionen er 19 %. Det der især er bemærkelsesværdigt for en kommune i socialgruppe fire er, at opgørelser på landsplan viser, at 72 % af borgere med lang uddannelse dyrker relevant mængde motion, mens dette tal kun er 17 % for borgere med kort eller ingen uddannelse. Der ses således en stor ulighed inden for fysisk aktivitet.

### *Mental sundhed*

Mental sundhed måles ud fra bl.a. stressniveau, sociale relationer, livskvalitet og mentalt helbred. Enkeltvis har disse faktorer en effekt, men ses de samlet viser der sig også et klart billede af, at disse faktorer går i samme retning.

Der er på landsplan sket en alvorlig stigning i antallet af unge med dårligt mentalt helbred. Værst ser det ud for de unge kvinder (25 % for kvinder mellem 16-24 år har dårligt mentalt helbred), men også de unge mænd er påvirket negativt (14 %). Samlet for alle aldre gælder at andelen, der vurderer, at de har et dårligt mentalt helbred er steget fra 11 % til 15 %.

I forhold til selvvurderet helbred viser forskning, at borgere der vurderer deres helbred som værende dårligt rent faktisk har større risiko for at udvikle sygdom og tidlig død. Andelen af borgere der har svaret, at de har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred er i Høje-Taastrup steget fra 17 % til 19 %.

35 % af de 16-34-årige i Høje-Taastrup Kommune har et højt stressniveau; Dette tal er 30 % for aldersgruppen 35-64 år.

## Samlet set

Samlet set kan det siges, at i Høje Taastrup kommune er forekomsten af daglig rygning, fysisk inaktivitet og usundt kostmønster, (svær) overvægt, stress og svage sociale relationer højere end i regionen som helhed. For fysisk inaktivitet og usundt kostmønster, (svær) overvægt og svage sociale relationer er forekomsten i Høje Taastrup nogle af de højeste sammenlignet med andre kommuner i kommunesocialgruppe fire.

I sundhedsprofilen ses der også på udvalgte kroniske sygdomme. For otte af disse sygdomme er forekomsten i Høje-Taastrup Kommune højere end regionsgennemsnittet, mens forekomsten er lavere for én af sygdommene. For seks af sygdommene adskiller forekomsten sig ikke fra regionsgennemsnittet. Der ses desuden stigninger i forekomsten af mere end halvdelen af de udvalgte kroniske sygdomme i perioden, mens der for to af sygdommene er sket fald, og for fem sygdomme er forekomsten stagneret.

Resultaterne af sundhedsprofilen viser generelt, at der fortsat bør være særligt fokus på unge, borgere med kortere uddannelseslængde, borgere uden erhvervstilknytning og enlige.

## Sundhedspolitikken 2016-2019

Den overordnede vision for Kommunens sundhedspolitik er *At fremme sundheden blandt borgerne i Høje-Taastrup Kommune og øge ligheden i sundhed ved at prioritere udsatte borgere*”.

Sundhedspolitikken er inddelt i fire temaer, med 2-3 undertemaer. For hvert undertema er der et mål og et antal eksempler på, hvordan målet tænkes opnået.

Tema og undertema	Mål
<b>Trivsel og sundhed</b>	
Mental sundhed	Flere borgere har en god mental sundhed
Overvægt	Flere borgere er normalvægtige
Storforbrug af alkohol og stoffer	Færre borgere har et alkohol- og/eller stofmisbrug
<b>Rammer</b>	
Sundhedsfremmende rammer	Flere borgere oplever at det sunde valg er det lette valg
Samarbejde	Flere relevante samarbejdspartnere og samarbejdsformer på sundhedsområdet og på tværgående områder der fremmer sundheden
<b>Tidlig indsats</b>	
Børns sundhed og trivsel	Flere børn har en god trivsels- og sundhedstilstand
Sundhedsvaner	Flere borgere har sundhedskompetence
Kronisk sygdom	Flere kronisk syge borgere har en god egenomsorg, sundhed og livskvalitet
<b>Dit lokale sundhedsvæsen</b>	
Borgeren i centrum	Styrke samarbejdet med udgangspunkt i borgeren
Rehabilitering	Flere borgere skal opleve at kunne opretholde en uafhængig hverdag længst muligt

Der er mange forskellige bud på, hvordan sundhedstilstanden generelt bedst fremmes, ligeledes er der flertydige svar på, hvordan der bedst kan opnås større lighed i sundhed. Det er dog tydeligt, at sundhedsindsatser ikke kan stå alene, men

skal kobles op på alle de andre fagområder, hvor kommunen er i kontakt med borgerne. Dette kan både være i den daglige kontakt, men også mere strukturelle indsatser så som lovgivning og regler.

Som eksempel kan nævnes, at der er kommuner, der er gået i tæt dialog med detailhandlen i forhold til at sikre opbakning til at overholde aldersgrænsen for alkohol og en nedbringelse af den generelle tilgængelighed af alkohol og tobak i kiosker og butikker. Et andet eksempel er kommunale beslutninger om røgfri skoledag for alle skoler i kommunen.

Med henblik på at bringe flest mulige perspektiver og redskaber i spil, er det således hensigtsmæssigt, hvis drøftelsen om en bedre sundhed og livskvalitet for alle borgere i Høje-Taastrup kommune finder sted bredt i kommunens fagudvalg.

## **Bilag**

Oplæg til Temadrøftelse i Byrådet 25.09.2018

Høje-Taastrup Kommunes Sundhedspolitik 2016 - 2019

Orientering om Sundhedsprofil 2017

## **Punkt 6: A - Plejeboligers demensegnethed - ÆSU**

18/10741

### **Baggrund**

Da plejeboligkapacitetsanalysen blev behandlet på Ældre- og Sundhedsudvalgets møde 29-05-2018, blev der efterspurgt en nærmere drøftelse af demensegnetheden. Denne sag er en opfølgning på drøftelsen heraf.

I efteråret 2017 blev det lovpligtigt for kommunerne at registrere plejeboligernes demensegnethed. Udvalget vil i denne sag få en opsummering af registreringen af plejeboligernes demensegnethed og udvalget bedes tage stilling til, hvorvidt yderligere afdækning skal finde sted.

### **Indstilling**

At Ældre- og Sundhedsudvalget

- 1) tager sagen til orientering
- 2) drøfter behov for yderligere afdækning af demensegnethed og
- 3) beslutter hvorvidt administrationen skal indhente tilbud på en uvildig analyse

### **Beslutning Ældre- og Sundhedsudvalget den 02-10-2018**

Udvalget tog sagen til orientering og besluttede, at de gerne vil have et tilbud på en uvildig analyse.

### **Sagsfremstilling**

Statens Byggeforskningsinstitut har udarbejdet en anvisning og derunder en retningslinje, der samler og fremhæver de vigtigste forhold med hensyn til at skabe plejeboliger med fysiske rammer for personer med demenssygdomme, der fremmer deres trivsel og livskvalitet. På baggrund af denne anvisning har kommunerne pligt til at udfylde et skema til Transport -, Bygnings – og Boligministeriet, hvori det fremgår, i hvilken grad kommunens plejeboliger lever op til Statens Byggeforskningsinstituts anvisning.

På Byrådsmødet i juni 2017, blev der stillet forslag om, at vurderingen af plejeboligernes demensegnethed skulle tage udgangspunkt i en samlet vurdering af den fysiske indretning, udearealerne og typer af demenssikring. Fremstillingen af denne sag vil på den baggrund blive inddelt i de tre punkter; *Fysisk indretning*, *Udearealer* og *Typer af demenssikring*.

For at kunne besvare de to første punkter *Fysisk indretning* og *Udearealer* er der taget udgangspunkt i kommunens besvarelse af den lovpligtige registrering ud fra Statens Byggeforskningsinstituts anvisning. De bagvedliggende skemaer for den konkrete indberetning for det enkelte plejecenter kan ses i bilag 1. Til besvarelse af de sidste punkt *Typer af demenssikring*, er der indhentet oplysninger fra alle plejecentre i Høje-Taastrup Kommune.

#### *Fysisk indretning:*

I forhold til plejecentrenes overordnede struktur vurderes det, at alle beboere kan færdes frit og sikkert indendørs på alle plejecentre i kommunen. Det vurderes ikke, at det er helt uden risiko for, at de vil kunne fare vild og ikke kunne finde tilbage til egen boliggruppe. Dog er rammerne trygge, og der er personale der kan hjælpe og vejlede lige i nærheden.

Alle plejecentre lever op til anbefalinger om, at de opdeltede boliggrupper har hver 4 – 12 private boliger, hvilket understøtter oplevelsen af hjemlighed og gør hverdagen mere overskuelig for demente beboere. På størstedelen af plejecentrene er de fælles gangarealer, herunder trapper og elevatorer, placerede adskilt fra de fælles beboelses- og gangarealer, hvilket understøtter en rolig og overskuelig hverdag. Beboerne kan på alle plejecentre benytte plejecentrets fællesrum til sociale, fysiske og kognitivt stimulerende aktiviteter.

Der ses flere steder udfordringer i forhold til, at det ikke er let for beboerne at finde boliggruppernes indgangsdøre, hvilket udfordrer beboernes mulighed for selvstændigt, at kunne finde tilbage til egen boliggruppe, når de har været ude at gå tur. Ligeledes er der flere steder, hvor de private boliggruppernes indgangsdøre ikke er lette at finde og særligt ikke er lette at skelne fra hinanden. Dette kan give anledning til forvirring, særligt hos demente beboere.

På lidt under halvdelen af plejecentrene er boliggruppernes fælles gangarealer ikke overskuelige. Det er ikke tydeligt med farver eller lyssætning, der gør det lettere for beboerne at genkende objekter og kunne finde vej. Enkelte steder er der på mindre fællesarealer særlig demensvenlig belysning, ligesom der er indrettet sanserum og andre demensvenlige rum forskellige steder.

Alle boliger er lette at overskue. De kan, så længe der ikke er et behov for at forflytte beboeren med lift, indrettes på flere måder. Dagslysforholdene i de private boliger er varierende, men alle boliger har vinduer der muliggør gode dagslysforhold. Udsigten er fra alle boliger varierende og gør det muligt for beboerne at kunne følge med i årstidernes skiftet. Dermed understøttes beboernes mulighed for at kunne fastholde fornemmelsen for tid.

#### *Udearealer:*

På alle plejecentre er der fælles udearealer, hvor beboerne trygt kan færdes og har mulighed for fysiske og sociale aktiviteter i dagslys. Der findes store fællesarealer, mindre terrasser der er tilknyttede de enkelte boliggrupper og private terrasser eller altaner. Det varierer i hvor høj grad beplantninger og blomsterkummer er levende hegn omkring mindre terrasser og det samlede udeareal.

Den største udfordring med et udendørs areal er, at det kan være vanskeligt at forhindre borgere med demens i at forlade haven alene og utilsigtet. Det er ikke lovligt at låse haven af, da plejecentret og haven er borgerens eget hjem og borgerne derfor har ret til at kunne færdes frit. Alle plejecentre forsøger dog at indrette haven på en måde, hvor det at forlade haven kræver en målrettet og velgennemtænkt handling. Det kan være en havelåge med flere håndtag, en hæk der skærmer for udsigten til lågen eller andet. Desuden anvendes forskellige typer af demenssikringstiltag til beboere, hvor det på grund af demenssygdom er vurderet relevant, at personalet alarmeres hvis beboeren forlader plejecentret.

#### *Typer af demenssikring:*

Der anvendes forskellige typer af demenssikring på kommunens plejecentre. Nogle af demenssikringsinitiativerne er generelle og anvendes bredt med påvirkning af alle beboere. Det gælder f.eks.

- Sikringer på vinduer, der gør det vanskeligt at åbne vinduerne
- Afskærmning foran trappenedgange
- Trykknapper til døråbning til både døren ud for boliggruppen og yderdøren
- Lås på elevator så kun personer med nøgle kan tage elevatoren ned til kælderniveau
- Sorte måtter foran yderdørene, hvilket borgere med demens ofte ikke bryder sig om at gå ud på, fordi måtten kan tolkes som et sort hul.

Derudover er der også nogle individuelle demenssikringer, der kan sættes i værk, såfremt der udarbejdes en ansøgning om magtanvendelse via demenskonsulenterne. Det drejer sig f.eks. om detektorer på udvalgte steder eller GPS i borgerens tøj eller sko, som aktiverer personalets opmærksomhed, hvis den pågældende borger forlader plejecentret.

#### *Konklusion:*

Således ses det, at der ud fra den eksisterende gennemgang generelt er gode forhold for borgere med demens på kommunens plejecentre. Der er dog fortsat store individuelle forskelle på plejecentrene, hvor det helt overordnet kan siges, at kommunens to nyeste plejecentre, Birkehøj og Torstorp, er de mest demensvenlige. Iværksættelse af flere initiativer til at øge demensgennetheden på især de øvrige plejecentre, vil kræve en mere detaljeret gennemgang af boligerne, samt en analyse af omkostningerne ved de enkelte tiltag. Udvalget skal tage stilling til, om der på baggrund af dette skal indhentes tilbud på udarbejdelse af en prioriteret plan for hvordan, hvornår og til hvilken pris de enkelte plejecentre kan gøres mere demensvenlige.

## **Bilag**

Notat om demensgennethed på de fem plejecentre

# Punkt 7: I - 3. budgetopfølgning 2018 for Ældre- og Sundhedsudvalget - ÆSU

17/22781

## Baggrund

Hermed fremsendes 3. budgetopfølgning til behandling i Ældre- og Sundhedsudvalget. Fagudvalg, Økonomiudvalg og Byråd skal i 2018 behandle tre budgetopfølgninger i hhv. marts, juni og oktober. Budgetopfølgningerne følger op på udvalgets budget og forventede regnskab.

## Indstilling

At Ældre- og Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og Byrådet godkender 3. budgetopfølgning 2018, herunder (jf. bilag 1 og bilag 2):

1. at der gives en tillægsbevilling på -1,2 mio. kr. (mindreforbrug) i 2018 til politikområde Kommunale plejeboliger vedr. servicearealer på plejecentrene.
2. at der gives en tillægsbevilling på 0,7 mio. kr. (merforbrug) i 2018 til politikområde Ældreudgifter vedr. betalinger for liggedage for færdigbehandlede patienter på sygehusene
3. at der gives en tillægsbevilling på 4,4 mio. kr. (merforbrug) i 2018 til politikområde Ældreudgifter vedr. højere aktivitet i visiterede timer til ældre
4. at der gives en tillægsbevilling på 5,9 mio. kr. (merforbrug) i 2018 til politikområde Ældreudgifter vedr. mellemkommunale betalinger til køb og salg af plejehjemspladser, hjemmehjælp og betalinger for hjerneskadede
5. tekniske budgetjusteringer, som fremgår af bilag 2 "Tekniske budgetjusteringer på Ældre- og Sundhedsudvalget, 3. budgetopfølgning" (budgeteffekt for kommunen = 0 kr.)

## Beslutning Ældre- og Sundhedsudvalget den 02-10-2018

Anbefales.

## Sagsfremstilling

I tabel 1 fremgår Ældre- og Sundhedsudvalgets forventede regnskab, budget, afvigelse og ansøgt tillægsbevilling for 2018.

Tabel 1: Budgetopfølgning for Ældre- og Sundhedsudvalget 2018

Politikområde	Forventet regnskab pr. 31.08.18	Oprindeligt budget 2018	Korrigeret budget pr. 31.08.18	afv. i fht. korrigeret budget	Ansøgte Tillægsbevillinger
(Netto mio. kr.)	(a)	(b)	(c)	(a-c)	(d)
Ældreudgifter	379,8	366,8	367,6	12,2	11,0
Regionale Sundhedsudgifter	207,1	207,1	207,1	0,0	0,0
Kommunale plejeboliger	-10,0	-8,8	-8,8	-1,2	-1,2
<b>I alt</b>	<b>576,9</b>	<b>565,1</b>	<b>565,9</b>	<b>11,0</b>	<b>9,8</b>
<i>Heraf:</i>					
- Serviceudgifter	389,0	377,3	378,0	11,0	9,8
- Aktivitetsbestemt	205,4	205,4	205,4	0,0	0,0

Politikområde	Forventet regnskab pr. 31.08.18	Oprindeligt budget 2018	Korrigeret budget pr. 31.08.18	afv. i fht. korrigeret budget	Ansøgte Tillægsbevillinger
(Netto mio. kr.)	(a)	(b)	(c)	(a-c)	(d)
<i>medfinansiering</i>					
- Ældreboliger	-17,6	-17,6	-17,6	0,0	0,0

Note: (+) = mindreindtægter og merudgifter og (-) = merindtægter og mindreudgifter.

Afrundingsdifferencer kan forekomme

### Det forventede regnskab for Ældre og Sundhedsudvalget

Det forventede regnskab for Ældre- og sundhedsudvalget udgør 576,9 mio. kr. i 2018. Dermed forventes et merforbrug i forhold til det korrigerede budget pr. 31-08-2018 på 11,0 mio. kr. Afvigelsen i forhold til det korrigerede budget svarer til 2,0 pct.

Afvigelserne skyldes en større række modsatrettede bevægelser, der gennemgås enkeltvis i bilag 1. Nedenfor beskrives udvalgets primære afvigelser i forhold til det korrigerede budget inden for de enkelte politikområder.

Af det samlede merforbrug indstilles, at 9,8 mio. kr. tillægsbevilges.

#### Politikområde Ældreudgifter

##### Højere aktivitet på ældreområdet, merforbrug på 4,4 mio. kr.

Merforbruget skyldes, at det afsatte antal timer til afregning af de kommunale og private leverandørers levering af personlig pleje, praktisk hjælp og træning af ældre forventes at ligge 13.900 timer højere end forudsat. Merforbruget skyldes primært, at borgerne med stort plejebehov har længere opholdstid i plejeboligerne og dermed skal passe i længere tid. Samtidig udskrives borgere tidligere fra sygehuse, hvilket bl.a. medfører, at borgerne kommer hjem med lavere funktionsniveau og dermed har et større behov for hjælp. Endelig medfører akutindsatsen, at borgerne bliver i egen bolig, hvilket medfører flere ydelser i hjemmeplejen. I princippet bør udviklingen med at borgerne modtager pleje i eget hjem frem for på hospitalet medføre færre udgifter til kommunal medfinansiering, som dog ikke er en del af servicerammen.

##### Hjemmeplejen, merforbrug på 1,2 mio. kr.

Merforbruget skyldes primært, at Hjemmeplejen har haft et stort vikarforbrug på grund af højt sygefravær og personaleomsætning samt vanskeligheder med at rekruttere kvalificeret personale. Dette har øget produktionsomkostningerne, da eksterne vikarer er dyrere end fastansatte medarbejdere. Samtidig har det vikarbureau, der er lavet indkøbsaftale med, haft udfordringer med at levere vikarer hvilket har gjort det nødvendigt at købe vikarer fra andre vikarbureauer til en højere pris. Merforbruget skyldes endvidere overført merforbrug for regnskab 2017 og manglende realisering af effektiviseringsgevinsten i 2018 vedr. iPad.

Der er resten af året fokus på at rekruttere kvalificeret personale for at reducere brugen af eksterne vikarer. Herudover arbejdes der på at realisere effektiviseringsgevinsten for iPad og effektivisere driften i Hjemmeplejen.

Afvigelsen i forhold til budgettet søges overført til 2019 i forbindelse med regnskabet.

##### Mellemkommunale betalinger, merforbrug på 5,9 mio. kr.

Merforbruget skyldes, at det købes 5,5 flere pladser end budgetteret og at der sælges 3,5 færre pladser. Der har samtidig været stigning i udgiften til genoptræning af hjerneskade. I 2017 var der 12 borgere, der modtog træning. I 2018 har der i først halvår været 9 borgere der har modtaget genoptræning efter hjerneskade.

#### Politikområde Kommunale plejeboliger

##### Servicearealer på plejecentre, mindreforbrug på -1,2 mio. kr.

Der forventes et mindreforbrug til servicearealer på plejecentrene på -1,2 mio. kr. Mindreforbruget skyldes en fejl i det afsatte budget, hvor budgettet er sat for højt i forhold til det budget, kommunens boligadministrationsselskab KAB har lagt og styrer efter.

## **Økonomi**

Ældre- og Sundhedsudvalget forventes at få et merforbrug på 11,0 mio. kr. Merforbruget fordeler sig med:

- 11,0 mio. kr. merforbrug på drift,heraf 11,0 mio. kr. vedr. serviceudgifter

Ud af de 11,0 mio. kr. søges de 9,8 mio. kr. tillægsbevilget, mens et evt. merforbrug i Hjemmeplejen vil blive modregnet i budget 2019.

## **Bilag**

ÆSU - Detaljeret beskrivelse til 3. budgetopfølgning 2018

ÆSU - Tekniske budgetjusteringer på Ældre- og Sundhedsudvalget, 3.budgetopfølgning