

REFERAT Ældre- og Sundhedsudvalget d. 01-03-2016

Mødedato Tirsdag d. 01. marts 2016 kl. 18:00

Mødested Mødelokale B105

Indholdsfortegnelse

Godkendelse af dagsorden - Ældre- og Sundhedsudvalget - 01-03-2016.....	3
M - Meddelelser - Ældre- og Sundhedsudvalget - marts 2016.....	4
A - Politisk behandling af sundhedspolitikken - TU, PMU, SU, ISU, FKU, ÆSU, AMU.....	5
A - Proces for udarbejdelse af Værdig Seniorpolitik - ÆSU.....	7
I - Årsberetning om magtanvendelse på ældreområdet 2015 - ÆSU.....	8
I - Budgetanalyse på ældreområdet - ÆSU.....	10

Punkt 1: Godkendelse af dagsorden - Ældre- og Sundhedsudvalget - 01-03-2016

16/522

Indstilling

Godkendelse af dagsorden.

Beslutning Ældre- og Sundhedsudvalget den 01-03-2016

Godkendt.

Punkt 2: M - Meddelelser - Ældre- og Sundhedsudvalget - marts 2016

16/522

Baggrund

Herunder nyt fra råd, nævn og udvalg.

Bilag

Referat Seniorrådsmøde 30,11.2015

Punkt 3: A - Politisk behandling af sundhedspolitikken - TU, PMU, SU, ISU, FKU, ÆSU, AMU

14/14683

Baggrund

Ældre- og Sundhedsudvalget besluttede i maj 2014, at der skulle udarbejdes en ny sundhedspolitik. Med denne sag præsenteres et forslag til Høje-Taastrup Kommunes nye sundhedspolitik, samt et forslag til den politiske forankring af sundhedspolitikken handleplaner.

Indstilling

At Ældre- og Sundhedsudvalget, Socialudvalget, Arbejdsmarkedsudvalget, Plan- og Miljøudvalget, Teknisk Udvalg, Fritids- og Kulturudvalget samt Skole- og Institutionsudvalget godkender, at

1. vedlagte udkast til sundhedspolitikken sendes i høring og,
2. handleplanerne forankres i de relevante fagudvalg.

Beslutning Plan- og Miljøudvalget den 02-03-2016

Godkendt.

Beslutning Fritids- og Kulturudvalget den 02-03-2016

Godkendt.

Beslutning Teknisk Udvalg den 02-03-2016

Godkendt.

Beslutning Institutions- og Skoleudvalget den 02-03-2016

V gjorde brug af standsningsretten og sagen ændres til en indstillingssag, idet sagen ønskes indbragt til Byrådets afgørelse.

Beslutning Ældre- og Sundhedsudvalget den 01-03-2016

Ældre- og Sundhedsudvalget godkendte punkt 1 og 2.

A fremsatte forslag om, at der søges etableret sundhedscenter i Øst og Vest.

A stemmer for.

C, F, O stemmer imod.

Administrationen retter sagen til i forhold til de faldne bemærkninger.

Beslutning Socialudvalget den 01-03-2016

Godkendt.

Beslutning Arbejdsmarkedsudvalget den 01-03-2016

Godkendt.

Sagsfremstilling

Ældre- og Sundhedsudvalget besluttede i maj 2014, at der skulle udarbejdes en ny og tidssvarende sundhedspolitik med temaerne lighed i sundhed, den brede forebyggelse og det nære sundhedsvæsen som omdrejningspunkt. I forbindelse med det radikale innovationsprojekt i efteråret 2014 blev der lavet en kortlægning af Byrådets forventninger til sundhedspolitikken, og i maj 2015 vedtog Ældre- og Sundhedsudvalget sundhedspolitikken vision, afgrænsning og følgende fire principper for sundhedsindsatsen:

1. Tæt på og sammen med borgerne
2. Udsatte borgere prioriteres
3. Sundhedsfremmende rammer
4. En opsøgende tilgang baseret på samarbejde

Disse principper udgør sammen med de førømtalte temaer og erfaringerne fra det radikale innovationsprojekt rammen for udarbejdelsen af sundhedspolitikken. Herudfra har tværgående arbejdsgrupper i løbet af foråret og sommeren 2015

udarbejdet et udkast til sundhedspolitikken.

I november 2015 blev Byrådet ved en temadrøftelse præsenteret for et første udkast til sundhedspolitikken. Til temadrøftelsen var der inviteret tre udefrakommende eksperter, der udfordrede og kvalificerede udkastet, ligesom Byrådet fik mulighed for at kommentere udkastet.

Den politik der fremlægges nu er således et udtryk for Ældre- og Sundhedsudvalgets prioriteringer, administrationens faglighed, udefrakommende eksperters råd og Byrådets tilbagemeldinger.

Sundhedspolitikens opbygning

Visionen for Høje-Taastrup Kommunes sundhedspolitikken er:

”At fremme sundheden og øge ligheden i sundhed blandt borgerne i Høje-Taastrup Kommune”.

Sundhedspolitikken består af fire overordnede temaer, der hver har to-tre undertemaer:

Tema 1: Trivsel og sundhed

- Mental sundhed
- Overvægt
- Storforgbrug af alkohol og stoffer

Tema 2: Rammer

- Sundhedsfremmende rammer
- Samarbejde

Tema 3: Tidlig indsats

- Børns sundhed og trivsel
- Sundhedsvaner
- Kronisk sygdom

Tema 4: Dit lokale sundhedsvæsen

- Borgeren i centrum
- Rehabilitering

Lighed i sundhed og det tværgående samarbejde om sundhed er forudsætninger for, at sundhedspolitikken kan realiseres, hvorfor lighed i sundhed og det tværgående samarbejde om sundhed er indarbejdet i alle fire temaer.

Høring af sundhedspolitikken

Såfremt udkastet til sundhedspolitikken godkendes vil den blive sendt til høring. Høringsparterne udgøres af råd og nævn, patientforeninger samt helhedsplanerne. Derudover vil høringen blive annonceret i kommunens nyhedsbrev, samt på kommunens hjemmeside og facebookside.

Når høringsperioden er overstået, vil høringssvarene evt. blive indarbejdet i politikken, inden den sendes til endelig politisk godkendelse.

Proces for implementering af sundhedspolitikken

Det er forventningen at sundhedspolitikken endeligt godkendes på udvalgs møderne i maj. Da sundhedspolitikken er en tværgående politik, der indeholder handlepunkter af relevans for alle kommunens fagudvalg, foreslås det, at handleplanerne forankres i fagudvalgene. Det foreslås, at handleplanerne er to-årige, og at første generation handleplaner godkendes af fagudvalgene i løbet af sommeren 2016.

Bilag

Sundhedspolitik 2016

Punkt 4: A - Proces for udarbejdelse af Værdig Seniorpolitik - ÆSU

16/1162

Baggrund

Aftalen om finansloven 2016 indeholder en beslutning om, at kommunerne fremover skal have en værdighedspolitik. Som konsekvens heraf besluttede Ældre og Sundhedsudvalget, på mødet 02-02-2016, at den fremtidige værdighedspolitik indarbejdes i den gældende Seniorpolitik samt, at der udarbejdes en procesplan for udarbejdelse af politikken. Denne sag indeholder et forslag til en borgerinvolverende proces for udarbejdelse af Værdig Seniorpolitik.

Indstilling

At Ældre- og Sundhedsudvalget godkender forslag til proces for udarbejdelse af Værdig Seniorpolitik. Der blev udleveret høringssvar fra Seniorrådet.

Beslutning Ældre- og Sundhedsudvalget den 01-03-2016

Godkendt.

Sagsfremstilling

Ifølge lovforslag om værdighedspolitik for ældreplejen, der forventes at træde i kraft 01-03-2016, forpligtes Byrådet til at træffe beslutning om, og efterfølgende at offentliggøre, en værdighedspolitik for den kommunale ældrepleje. Værdighedspolitikken skal offentliggøres af Byrådet senest 01-07-2016. Ved udarbejdelse af værdighedspolitikken skal Byrådet sørge for, at inddrage Seniorrådet samt eventuelle relevante parter. Værdighedspolitikken skal som minimum beskrive, hvordan kommunens ældrepleje kan understøtte følgende områder i forhold til pleje og omsorg for den enkelte ældre:

1. livskvalitet,
2. selvbestemmelse,
3. kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen,
4. mad og ernæring samt
5. en værdig død.

Ved offentliggørelse af kommunens værdighedspolitik skal der redegøres for, hvordan kommunen arbejder med værdighedspolitikken, og hvordan værdighedsmilliarden forventes anvendt.

Det foreslås at udarbejdelse af Høje-Taastrup Kommunes fremtidige Værdig Seniorpolitik tager afsæt i en involverende proces, hvor relevante interessenter inviteres til at indgå i en dialog om politikens indhold.

Konkret foreslås det:

1. At Byrådet, Seniorrådet, Ældre Sagen, lokale organisationer og foreninger, samt relevante faglige organisationer og øvrige interesserede borgere inviteres til et borgermøde af 2-3 timers varighed. Med udgangspunkt i ovenstående 5 indsatsområder, får interessenterne hver især mulighed for at bidrage til en fælles forståelse af en værdig ældrepleje, samt mulighed for at drøfte konkrete indsatsområder til realisering af Værdig Seniorpolitik.

Forslag til program for borgermøde:

- Velkommen ved formand for Ældre- og Sundhedsudvalget
 - Hvad er værdig ældrepleje – (et meget kort oplæg fra de enkelte interessentgrupper)
 - Paneldebat om værdig ældrepleje
 - Cafedrøftelse af de fem indsatsområder (hvad forstås og hvad ønskes?)
 - Tak for i dag og tak for bidrag (kort opsamling af dagen input)
2. At administrationen med udgangspunkt i bidrag fra borgermødet, samt nuværende seniorpolitik udarbejder forslag til Værdig Seniorpolitik, en handleplan til realisering af politikken, samt udmøntning af værdighedsmilliarden.
 3. Værdig Seniorpolitik, handleplan, samt forslag til udmøntning af værdighedsmilliarden sendes i høring hos høringsberettigede parter (Seniorråd og Sektor-MED).
 4. At forslag til Værdig Seniorpolitik, handleplan og udmøntning af værdighedsmilliard behandles på Ældre- og Sundhedsudvalget møde i juni 2016, for efterfølgende behandling i Økonomiudvalg og Byråd den 14-06-2016.
 5. Værdig Seniorpolitik offentliggøres på kommunens hjemmeside i uge 25 og efterfølgende i Senior Nyt i august 2016. Ved offentliggørelse af Værdig Seniorpolitik redegøres for hvordan kommunen arbejder med værdighedspolitikken, og hvordan værdighedsmilliarden forudsættes anvendt i 2016.

Bilag

Høringssvar pkt. 4.A - proces for udarbejdelse af Værdig Seniorpolitik

Punkt 5: I - Årsberetning om magtanvendelse på ældreområdet 2015 - ÆSU

07/23064

Baggrund

Byrådet skal hvert år orienteres om magtanvendelse.

Denne årsberetning indeholder en oversigt over indberettede magtanvendelser på ældreområdet i Høje-Taastrup Kommune samt de tiltag, der har været foretaget indenfor området i 2015.

Indstilling

At Ældre- og Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og Byrådet tager årsberetningen til efterretning.

Beslutning Ældre- og Sundhedsudvalget den 01-03-2016

Anbefales.

Sagsfremstilling

Formålet med bestemmelserne om magtanvendelse er at begrænse magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten. Forud for anvendelse af magt eller andet indgreb i selvbestemmelsesretten, skal der være forsøgt med omsorg, pleje- og socialpædagogiske tiltag med henblik på at forebygge magtanvendelse. Dette skal dokumenteres i forbindelse med indberetning af magtanvendelse. Samtidig forudsættes der en individuel vurdering af indgrebets faglige forsvarlighed og nødvendighed samt borgerens helbredstilstand. Borgerne skal have en konkret individuel skriftlig afgørelse med klagevejledning.

Personkreds

Reglerne om magtanvendelse gælder for personer med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne, der får personlig og praktisk hjælp, socialpædagogisk bistand m.v. eller aktiverende tilbud. Det er en forudsætning, at der foreligger den fornødne lægelige dokumentation for den nedsatte psykiske funktionsevne. På ældreområdet drejer det sig oftest om borgere med demens.

Fem forskellige former for magtanvendelse/indgreb i selvbestemmelsesretten

Der skelnes i lovgivningen mellem fem former for magtanvendelse/indgreb i selvbestemmelsesretten. De fem former for magtanvendelse/indgreb i selvbestemmelsesretten er:

1. Personlig alarm og pejlesystemer (*GPS, slademåtter, chip i sko m.v.*), særlige døråbnere, tilbageholdelse i boligen samt beskyttelsesmidler (*stofseler m.v.*).
2. Fastholdelse, indgreb foretaget i nødværge og anden akut (*fysisk magtanvendelse, samt fastholdelse i hygiejnesituationer (f.eks. barbering, tandbørstning, hårvask mm).*
3. Tilbageholdelse i boligen. Denne bestemmelse sigter på at etablere en klar hjemmel til at anvende magt, for at forhindre en person med betydelig og varig nedsat psykisk funktionsevne i at forlade boligen
4. Brug af bløde stofseler, når der er nærliggende risiko for, at borgeren udsætter sig selv for at lide væsentlig skade, f. eks. som følge af fald
5. Optagelse i særlige botilbud uden samtykke efter servicelovens § 129 når pleje, omsorg og pædagogisk indsats i det konkrete tilfælde har vist sig utilstrækkelig

Indberetninger 2015

Der har i 2015 været indberetninger på 8 borgere om magtanvendelse. Der kan i nogle tilfælde være flere indberetninger om magtanvendelse på samme borger.

- Ingen indberetninger om brug af GPS mod borgerens vilje
- 1 indberetning om fastholdelse i situationer, hvor der er nærliggende risiko for, at borgeren skader sig selv eller andre væsentligt
- 5 indberetninger om anvendelse af magt i forbindelse med hygiejne, hvoraf 1 var ulovlig
- Ingen ansøgninger om tilladelse til anvendelse af stofsele i kørestol
- 2 ansøgninger om tilladelse om flytning uden borgerens samtykke

Indberetninger vedrører 5 borgere på plejecenter og 1 borger i hjemmeplejen. Det er primært på de skærmede enheder på plejecentrene, at der forekommer magtanvendelse. Indberetningerne er fordelt med Birkehøj (3), Sengeløse (1), Henriksdal (1) og hjemmeplejen (1). De 2 ansøgninger om tilladelse til flytning uden samtykke handler om borgere, der ikke er i stand til at give samtykke til at flytte i plejebolig på grund af deres kognitive funktionsnedsættelser. Der er desuden kendskab til 1 situation på et plejecenter, hvor der ulovligt er benyttet magt i form af at slå sengehesten op, med det formål at forhindre borgeren i at stå ud af sengen. Demensteamet har fulgt op på denne hændelse med faglig sparring og råd og vejledning.

Arbejdsgang ved magtanvendelse

Når der kommer en ansøgning om magtanvendelse eller en indberetning om udøvelse af magt uden forudgående tilladelse sættes der ind med rådgivning fra demensteamet med henblik på at forebygge magtanvendelse. Hvis der er tale om ulovlig magtanvendelse indskræpes dette for personalet, og der sættes ind med konkret råd og vejledning fra demensteamet om, hvordan man kan forebygge at situationerne opstår.

Alle borgere, hvor der søges om tilladelse, eller hvor der har været udøvet magtanvendelse uden forudgående tilladelse, får en skriftlig afgørelse med klagevejledning. De pårørende orienteres mundtligt så hurtigt som muligt efter indgrebet. Der har ikke været klager over afgørelserne.

Kompetenceudvikling

På det faglige plan er der fortsat fokus på de formelle krav om indberetning. Demensteamet holder fortsat regelmæssige møder med plejegrupperne både i hjemmeplejen og i plejeboligerne, hvor der har været fokuseret på at undgå magtanvendelse. Derudover er der sat et særligt kompetenceudviklingsprojekt i gang på Henriksdal Plejecenter, hvor de nyeste pædagogiske metoder afprøves. Der arbejdes med blended learning, og et af modulerne omhandler personcentreret omsorg og kommunikation med demensramte.

Endvidere deltager Høje-Taastrup Kommune i et projekt om styrket demensindsats i plejeboligen gennem demensrejseholdet i anden halvdel af 2016. Projektet udbydes af Sundhedsstyrelsen for satspuljemidler. Birkehøj, Baldersbo og Sengeløse deltager i projektet som i høj grad har til formål at gøre personalet bedre til at tackle adfærdsforstyrrelser.

Demensteamet oplever, at personalet er blevet mere opmærksomme på de dilemmaer plejen af demensramte mennesker afføder, og at medarbejdernes evne til at reflektere over og respektere den enkeltes selvbestemmelsesret er blevet bedre. Men også at der er mere opmærksomhed på omsorgspligten. Medarbejderne er generelt blevet bedre til at opdage og handle hurtigt på de små forandringer i hverdagen, som kan være tegn på, at der er ved at ske en ændring i borgerens funktionsevne.

Status

Kompetenceniveauet i plejen er nu på et niveau, hvor situationer, som tidligere måske kunne føre til magtanvendelse, bliver håndteret på en måde, så magtanvendelse undgås. Dette er en direkte følge af kompetenceudvikling og plejegruppernes regelmæssige sparring med demenskonsulenterne i demensteamet. Antallet af indberettede tilfælde af magtanvendelse er derfor faldet fra 14 borgere i 2014 til 8 borgere i 2015.

Punkt 6: I - Budgetanalyse på ældreområdet - ÆSU

15/2875

Baggrund

Den 2. februar 2016 besluttede Ældre – og Sundhedsudvalget at udsætte nedenstående sag med henblik på MED høring på ældreområdet af indstillingspunkt 1. Ældre- og Sundhedsudvalget besluttede at genbehandle sagen på marts møderækken efter MED høringen.

C, O og F stemte for punktet. A stemte imod, idet der ikke ledelsesmæssigt skal arbejdes med økonomiske incitament der indebærer kompetenceudvikling og trivsel.

Ældre og sundhedsudvalget anbefalede de øvrige indstillingspunkter.

Sagen genfremsættes hermed.

I januar 2015, vedtog Økonomiudvalget, at der skulle udarbejdes en budgetmodel på ældreområdet, som skulle understøtte den igangsatte omstilling til at arbejde med nye metoder i form af rehabilitering og tidlig indsats.

Analysen er udarbejdet i to dele, hvor første del blev præsenteret for Ældre- og Sundhedsudvalget i august 2015. Ældre- og Sundhedsudvalget tog i den forbindelse følgende konklusioner til efterretning:

- Borgere med demens, som ikke bor i plejebolig, indgår i budgettet og fremskrives på samme måde som øvrige borgere - det vil sige i forhold til plejetyngde og leveret service. Høje-Taastrup Kommune har på nuværende tidspunkt ikke pres på ventelisten, og overholder dermed ventetidsgarantien. Administrationen vurderer, at dette sammen med plejeboligprognosen udgør tilstrækkelig basis for at budgettet på demensområdet er retvisende.
- En analyse af vikarforbruget på ældreområdet viser, at det vil være vanskeligt at reducere det i forvejen lave forbrug af vikarer fra private leverandører ved at etablere et internt vikarkorps. I forhold til den kvalitetsmæssige gevinst, der kan være ved et internt korps, vurderer administrationen, at Høje-Taastrup Kommune allerede opfylder nogle af de parametre, der giver en kvalitetsmæssig gevinst. Det vil sige at benytte faste vikarer, der kender til området, organisationen og borgerne.

Indstilling vedr. ovenstående konklusioner fremlægges i denne sag.

Herudover indeholder denne sag en præsentation af analysens 2. del, som arbejder videre med anbefalingerne fra 1. del samt udviklingen af budgetmodellen og en skærpet incitamentsstruktur omkring arbejdet med rehabilitering og tidlig indsats.

Indstilling

At Ældre- og Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og Byrådet godkender, at

1. Der afprøves en incitamentsmodel i budget 2016, der er baseret på effektmål. Modellen finansieres med 1,0 mio. kr. af værdighedsmilliarden, og modellen evalueres i 2017.
2. Tiden i pakkerne til personlig pleje hos hjemmeboende borgere (P2, P3 og P4) omfordeles, så den bedre svarer til hvad der bliver leveret i de enkelte pakker.
3. Budgetforudsætningerne i plejepakkerne forenkles, så den kommunale leverandør af hjemmepleje og plejecentrene styres efter timepriser for de forskellige plejepakker. Plejepakkerne pris- og lønfremskrives.
4. Demensområdet budgetteres som nu, med fast budget for de skærmede plejeboliger og med fremskrivning i forhold til leveret service og demografisk udvikling for de borgere med demens, der bor i egen bolig.
5. Der oprettes ikke et internt vikarkorps, da det ikke vil være økonomisk rentabelt, samt at den kvalitetsmæssige gevinst vil være begrænset.

Beslutning Ældre- og Sundhedsudvalget den 01-03-2016

Udvalget stemte imod punkt 1.

Øvrige punkter anbefales.

A stiller forslag om, at der af ældremilliarden afsættes 1 mio. kroner til målrettet kompetenceudvikling.

Udvalget stemte for.

Sagsfremstilling

Administrationen har nu udarbejdet 2. del af budgetanalysen, som fremlægges ved denne sag. Udgifterne på ældreområdet i Høje-Taastrup Kommune vil ifølge prognoserne i den nuværende budgetmodel stige med ca. 38 mio. kr. frem mod 2025, fordi antallet af borgere over 65 vil stige.

Nærværende budgetanalyse har resulteret i en incitamentsmodel, der kan fremme brugen af metoderne rehabilitering og tidlig indsats. Herudover har budgetanalysen også givet anledning til at justere andre elementer i budgetmodellen.

Ældreområdet har implementeret den rehabiliterende metode (Livskraft), som forbedrer borgernes funktionsniveau. Ydermere er "tidlig opsporing" ved at blive implementeret, som er en metode til at forebygge, at borgere bliver indlagt på sygehusene, og som derved også vedligeholder borgernes funktionsniveau. Begge dele er igangsat både for at imødegå det forventede udgiftspres, der er på ældreområdet og for at kvalitetsudvikle ældreområdet.

Gevinsterne af begge indsatser er allerede indarbejdet i budgetoverslagsårene, og forventes at reducere udgifterne med 16,5 mio. kr. Reduktionen i udgifterne sker samtidig med, at det nuværende serviceniveau bibeholdes. Med de forventede gevinster indregnet i prognosen, vil udgifterne på området således, alt andet lige, stige med 21,5 mio. kr. frem mod 2025.

Incitamenter i budgetmodellen

For at sætte yderligere skub i arbejdet med rehabilitering og tidlig opsporing, har administrationen udarbejdet en incitamentsmodel, der er baseret på effektmål.

Det er enhederne inden for fritvalgsområdet (den kommunale hjemmepleje og de private leverandører), der måles på, da det er her, effekterne af metoderne rehabilitering og tidlig opsporing forventes at slå igennem.

Modellen er opbygget ved, at der i starten af et år skal defineres mål for den kommunale hjemmepleje og de private leverandører af hjemmepleje. Den kommunale hjemmepleje og de private leverandører af hjemmepleje har et år til at opnå målene, og bliver belønnet med en økonomisk bonus alt efter hvor godt, de performer ifht. målene. Den økonomiske bonus øremærkes til kompetenceudvikling og trivsel, dels fordi det er elementer, de udførende enheder efterspørger, dels fordi administrationen vurderer, at det vil være til gavn for både borgere, medarbejdere og organisationen.

I aftalen om finansloven for 2016 er der afsat 1 milliard kroner til finansiering af en indsats for en værdig ældrepleje, som forudsættes anvendt til bl.a. personale og kompetenceudvikling i ældreplejen. Høje-Taastrup Kommune vil i 2016 modtage 7,344 mio. kr. Partierne bag budgetforlig 2016-19 er indstillet på at afsætte en pulje på 1 mio. kr. om året af værdighedsmilliarden til at finansiere en bonusordning ift. arbejdet med incitamentsstrukturer.

Administrationen foreslår følgende bonusordning for arbejdet med incitamentsstrukturer:

Kommunal hjemmepleje:

- Primo året udmeldes årets måltal til den kommunale hjemmepleje, og den kommunale hjemmeplejes andel af incitamentpuljen udmøntes. Måltallet udmeldes som det antal timer, den kommunale hjemmepleje forventes at kunne reducere driften med i budgetåret.
- Den kommunale hjemmepleje kan herefter selv disponere midlerne til kompetenceudvikling i takt med, at de kan se, at måltallet opnås.
- Såfremt den kommunale hjemmepleje udviser mindreforbrug af visiterede timer i 2016 (måltallet opnås), vil dette frigøre ressourcer i kapacitetspuljen, som kan tilgå kassen ved 3. budgetopfølgning.
- Såfremt den kommunale hjemmepleje ikke udviser mindreforbrug af visiterede timer i 2016 tilbageføres puljemidlerne ultimo året, og tilgår kassen i forbindelse med regnskabsafslutningen. I det tilfælde, at driftsenhederne i løbet af året har anvendt flere midler til kompetenceudvikling, end de har opnået i bonus ved at reducere timetallet, overføres merforbruget til det efterfølgende budgetår ved at reducere i incitamentpuljen for det efterfølgende år.

Private leverandører af hjemmepleje:

- Primo året udmeldes årets måltal til de private leverandører af hjemmepleje. Måltallet udmeldes som det antal timer, de private hjemmepleje forventes at kunne reducere driften med i budgetåret.
- Såfremt de private leverandører opfylder de udmeldte mål, udbetales der ultimo budgetåret en bonus, svarende til de private leverandørers andel af den samlede pulje.

Modellen fordrer, at der øremærkes max. 1 mio. kr. af velfærdsmilliarden om året, til at investere i incitamenter til hjemmeplejen og de private leverandører. Årsagen til den asymmetriske model, hvor midlerne til den kommunale hjemmepleje udbetales primo året og ultimo året til de private leverandører er, dels at tilstræbe at de kommunale midler kan anvendes i kaldenderåret, og derved ikke påvirker overførsler mellem årene, dels at de private leverandører kan gå konkurs i løbet af året, og derved risikerer de ikke at nå deres målsætninger, efter at bonussen er udbetalt. Administrationen vurderer, at denne investering kan hjælpe til, at udgifterne til hjemmepleje over tid reduceres.

Administrationen har udviklet modellen på baggrund af inspiration fra Odense Kommune samt analyser af området fra bl.a. KORA. Modellen er ikke afprøvet andre steder. Det anbefales, at modellen evalueres i 2017 (se afsnit 5.1 i Budgetanalyse del 2 for uddybning).

Muligheder for at justere budgetmodellen yderligere

I forbindelse med budgetanalysen har administrationen undersøgt yderligere muligheder for at justere budgetmodellen med henblik på at imødegå det forventende pres på udgifterne på området.

Benchmark

Administrationen har set på muligheden for at justere budgetmodellen, og dermed reducere stigningen i udgifterne, på baggrund af benchmark. Sammenlignes udviklingen i ældreudgifter for de seneste 4 regnskabsår fremgår det, at Høje-Taastrup Kommune i perioden ligger noget under gennemsnittet for de 5 mest sammenlignelige kommuner i Region Hovedstaden og landsgennemsnittet. Derfor har benchmark ikke givet anledning til justeringer i serviceniveauet eller priserne på området (se afsnit 3.1 i Budgetanalysen del 2. for uddybning).

Sund aldring

Den prognose, som budgetmodellen på ældreområdet bygger på ifht. udviklingen i udgifterne på området tager ikke højde for, at der tilsyneladende er en forbedret sundhedstilstand generelt i den danske befolkning og dermed også i den ældre del af befolkningen i Høje-Taastrup Kommune.

I første del af budgetanalysen fra august 2015 kunne administrationen se tendenser til at den ældre del af befolkningen efterspørger mindre pleje, hvilket sandsynligvis kan tilskrives sund aldring. Tendenserne er dog baseret på et spinkelt grundlag, og administrationen vurderer, at der skal mindst et år mere til for at kunne konkludere tilstrækkeligt til at foretage justeringer i budgetmodellen på den baggrund. Administrationen understreger, at sund aldring medtages i budgetteringen fra år til år med den nuværende budgetmodel, da budgettet fremskrives med den aktuelle viden om demografi og serviceniveau. Det er således i forhold til de langsigtede prognoser, at sund aldring mangler (se afsnit 3.1.1 i Budgetanalyse del 1 og afsnit 3.2 i budgetanalyse del 2 for uddybning).

Muligheder for at justere ressourcetildelingsmodellen

I forbindelse med budgetanalysen har administrationen analyseret ressourcetildelingsmodellen, - det vil sige den model der er bestemmende for hvor meget der betales for de enkelte plejepakker, med henblik på at imødegå det forventende pres på udgifterne på området.

Siden august har administrationen foretaget en række analyser, herunder:

- BTP måling på plejecentre og i hjemmeplejen
- Analyse af antallet af pakker
- Analyse af visiteret og leveret tid

Analyserne har tilsammen givet anledning til:

- En udgiftsneutral omfordeling af minutterne i P2, P3 og P4 pakkerne. Omfordelingen er foretaget på baggrund af, at P2 og P3 ofte har overskud af visiteret tid, hvorimod P4 ofte har underskud af visiteret tid. Omfordelingen er en tilpasning til nuværende produktionsforhold, og vil ikke have betydning for borgernes service (se afsnit 4.2 i budgetanalysen del 2 for uddybning).
- En forenkling af takstberegningen i pakkerne i tråd med den nye udbudsmodel. Det betyder, at de kommunale leverandører styrer og styres efter en samlet pris på de enkelte plejepakker på samme måde, som det er tilfældet med de private leverandører.

På nuværende tidspunkt benytter området en model, hvor der er afmålt takster for en række elementer, som indgår i den samlede pris på plejepakkerne. Det er blandt andet elementer som medarbejdernes direkte tid med borgerne (BTP), den gennemsnitlige timeløn og budget til beklædning. Analysen har vist, at de enkelte elementer ikke gennemregnes fra år til år, men blot bliver pris- og løn fremskrevet. Prisen på de enkelte elementer afspejler således ikke praksis, men bidrager til den samlede pris på plejepakkerne, der bliver udmøntet til leverandørerne. Andre elementer såsom medarbejdernes fravær og tid til kvalifikation indgår også i beregningen. Administrationen vurderer, at disse elementer bør varetages i tråd med

den værdibaserede personalepolitik og således ikke være en del af en central takstudmelding (se afsnit 4.1 i budgetanalyse del 2 for uddybning).

Analysen har ikke givet anledning til at justere i plejecentrenes økonomi, fordi plejecentrenes registreringer af både den daglige leverede tid og ifht. BTP målingen er mangelfulde og ikke valide. Det skal understreges, at der ikke er krav om registrering af den daglige leverede tid. Det ændrer ikke på, at der fortsat bør være fokus på styringen på plejecentrene, da de historisk set har udvist mindreforbrug. Mindreforbruget for 2011 og 2012 kan angiveligt forklares med, at plejecentrene, som alle andre enheder i kommunen, er blevet bedt om udvise økonomisk tilbageholdenhed. Der er dog stadig et samlet mindreforbrug på 2,5 mio. kr. og 1,9 mio. kr. i hhv. 2013 og 2014, hvor tilbageholdenheden ikke har været udtalt, derimod har der på to plejecentre været lederskift, hvilket også kan være en medvirkende årsag. Mindreforbruget er ikke jævnt fordelt på de fire plejecentre, men svinger en del også indenfor det enkelte plejecenter. Plejecentrene er selvstændige økonomiske enheder, og der kan derfor være individuelle forklaringer på mindreforbrugene på de enkelte centre (jf. tabel 9-13 i bilag til budgetanalyse del 1).

Internt vikarkorps

I forbindelse med del 1 af budgetanalysen kontaktede administrationen 10 kommuner, der har erfaringer med internt vikarkorps. 9 ud af 10 kommuner vurderer, at det ikke er økonomisk rentabelt at etablere et vikarkorps. Flere kommuner har af samme årsager nedlagt deres korps. Erfaringerne viser også, at alle kommunerne stadig benytter vikarer fra private leverandører, da et internt vikarkorps ikke kan dække alle vagter.

I forhold til den kvalitetsmæssige gevinst, der kan være ved et internt korps, vurderer administrationen, at Høje-Taastrup Kommune allerede opfylder nogle af de parametre, der giver en kvalitetsmæssig gevinst. Det vil sige at benytte vikarer, der kender til området, organisationen og borgerne. Forbruget af vikarer følges tæt, og administrationen analyserer, hvorvidt ældreområdet forbrug af vikarer har det rette niveau.

På den baggrund vurderer administrationen, at det ikke vil være rentabelt at etablere et internt vikarkorps. Hverken økonomisk eller i forhold til kvalitet (se kapitel 5 i Budgetanalyse del 1 samt dagsordenspunkt 7 fra august mødet).

Demens

I del 1 af budgetanalysen analyserede administrationen, hvorvidt udviklingen i antallet af demente har budgetmæssige konsekvenser, der bør indgå i budgetmodellen. Der er i grove træk to typer af demente i budgetmodellen:

1. De borgere, der er hårdest ramt af demens, og som bør have en skærmet plejeboligplads
2. Borgere med demens, der er i stand til at bo i egen bolig

Ad 1: Behovet for skærmede pladser overvåges og vurderes i forbindelse med boligprognoserne på området.

Ad.2: Borgere med demens, der i stand til at bo i egen bolig, indgår i budgettet og fremskrives på baggrund af funktionsniveau og leveret service på samme måde som øvrige borgere. De figurerer ligeledes i budgetmodellen i forhold til fremskrivning af strukturpakkerne.

Området har iværksat flere tiltag, der har til formål, at borgerne kan klare sig i eget hjem. Det vil reducere behovet for yderligere skærmede plejeboliger. Effekten af disse tiltag vurderes årligt i forbindelse med boligprognosen.

Administrationen vurderer, at den måde demensområdet budgetteres på i dag er optimal, fordi den økonomiske fremskrivning bliver suppleret med en vurdering af de tiltag, der er sat i værk på området. Vurderingen beskriver effekterne af de tiltag, der skal støtte borgerne i at klare sig i eget hjem og dermed reducere behovet for skærmede boliger (se kapitel 6 i Budgetanalyse del 1 samt dagsordenspunkt 7 fra august mødet).

Sygeplejen

I forbindelse med budgetanalysen har administrationen analyseret sygeplejens økonomi, fordi området har haft et stigende merforbrug siden det i 2012 gik fra at være aktivitetsstyret til at være rammestyret. Sygeplejens udgiftsudvikling bør fortsat følges, da der i øjeblikket sker omstillinger og opgaveglidning på sundhedsområdet både regionalt og kommunalt. Administrationen vurderer, at omstillingerne endnu ikke har fundet et stabilt leje, hvorfra der med sikkerhed kan konkluderes på udviklingens økonomiske konsekvenser. Dette skal også ses i sammenhæng med, at Byrådet har investeret i området i forbindelse med budget 2015 (se afsnit 4.1 i Budgetanalyse del 1 og kapitel 6 i Budgetanalyse del 2 for uddybning).

Bilag

Budgetanalyse del 1

Bilag til budgetanalyse del 1

Budgetanalyse del 2

SektorMEDs høringssvar til incitamentmodellen med ledelsens kommentarer