

REFERAT Ældre- og Sundhedsudvalget d. 05-05-2015

Mødedato Tirsdag d. 05. maj 2015 kl. 17:30

Mødested Mødelokale B105

Indholdsfortegnelse

Lukket.....	3
Lukket.....	4
Godkendelse af dagsorden - Ældre- og Sundhedsudvalget - 05-05-2015.....	5
M - Meddelelser - Ældre- og Sundhedsudvalget - maj 2015.....	7
A - Status livskraft - et fælles ansvar - ÆSU.....	9
A - Afrapportering vedrørende fusion af de to produktionskøkkener - ÆSU.....	12
A - Godkendelse af principper for sundhedspolitikken - ÆSU.....	16
A - Sundhedsprofil om kronisk sygdom i Region Hovedstaden 2013 - ÆSU.....	20
I - Kvalitetsstandard for klippekortsordning for de svageste hjemmehjælpsmodtagere - SU, ÆSU....	24

Punkt 1: Lukket

13/27745

Punkt 2: Lukket

15/3590

Punkt 3: Godkendelse af dagsorden - Ældre- og Sundhedsudvalget - 05-05-2015

15/152

Godkendelse af dagsorden - Ældre- og Sundhedsudvalget - 05-05-2015

INDSTILLING

Godkendelse af dagsorden.

BESLUTNING ÆLDRE- OG SUNDHEDSUDVALGET DEN 05-05-2015

Godkendt.

Punkt 4: M - Meddelelser - Ældre- og Sundhedsudvalget - maj 2015

15/152

Bilag

Orientering om fordelingsnøgle vedr. rygestopmidler i storrygerprojekt

Referat Seniorrådsmøde 02.03.2015

M - Meddelelser - Ældre- og Sundhedsudvalget - maj 2015

Punkt 5: A - Status livskraft - et fælles ansvar - ÆSU

14/10717

A - Status livskraft - et fælles ansvar - ÆSU

Baggrund

I aftale om Finanslov 2014 blev der afsat en pulje på 1 mia. kr. til varigt løft af ældreområdet, hvoraf de 7.390.000 kr. tilfaldt Høje-Taastrup Kommune. Ældre- og Sundhedsudvalget besluttede på udvalgsrådet i februar 2014 at anvende en del af disse midler til at videreudvikle hverdagsrehabilitering i ældreplejen gennem Projekt Livskraft – et fælles ansvar. Projektet har nu været i gang i lidt over ét år og med denne sag orienteres udvalget om status på projektet.

INDSTILLING

At Ældre- og Sundhedsudvalget tager statusredegørelsen til orientering.

BESLUTNING ÆLDRE- OG SUNDHEDSUDVALGET DEN 05-05-2015

Godkendt.

Sagsfremstilling

Livskraft – et fælles ansvar handler om at motivere borgeren til at blive herre i eget liv. Dette foregår ved, at borgeren i samarbejde med hjemmeplejen, terapeuter og sygeplejersker sætter mål for, hvad borgeren ønsker at kunne. Herefter modtager borgeren dels et træningsforløb med en ergo- eller fysioterapeut og dels tilrettet hjemmeplejen så hjælpen støtter op om borgerens mål. Der bliver løbende fulgt op på målene for den enkelte borger, ligesom der i projektperioden bliver fulgt op på borgerens livskvalitet og fysiske funktionsevne.

Den overordnede vision for projekt *Livskraft – et fælles ansvar* er at øge kvaliteten i den ydelse borgeren modtager, og gennem rehabiliterende frem for kompenserende pleje at øge effektiviteten i organisationen.

Konsulentfirmaet Type2Dialog bistår, i en etårig projektperiode, med kompetenceudvikling af frontmedarbejdere og supervision samt tæt opfølgning af de første cirka 100 borgerforløb. Den tætte måling og supervision sker med henblik på at sikre, at den nye tværfaglige tilgang i ældreplejen indarbejdes med det mest optimale resultat for både borgere og organisation.

Indsatsen har været i gang siden foråret 2014 med opstart af de første borgerforløb september 2014, og befinder sig nu i sin anden pilotfase med nye borgerforløb, som løber fra 01-01-2015 til 31-05-2015. Indsatsen vil pr. 01-06-2015 overgå til drift.

Status på Livskraft – et fælles ansvar

Hverdagsrehabilitering

I forbindelse med *Livskraft – et fælles ansvar*, kan borgeren visiteres til et træningsforløb á 5 gange med en terapeut, som herefter afgør det videre træningspotentiale. Såfremt der er et yderligere træningspotentiale, visiteres borgeren til at fortsætte træningen med plejepersonalet. Fra september 2014 til og med januar 2015 er 58 borgere blevet visiteret til et træningsforløb med terapeut og 42 borgere er blevet visiteret til at fortsættes træningsforløbet med plejepersonalet.

De borgere som har fået ydelser i form af et træningsforløb, har taget vel imod tilbuddet ved både terapeut og plejepersonale. Det tværfaglige samarbejde omkring borgeren, er blevet væsentligt forbedret til gavn for borgerne, efter at der er implementeret en arbejdsgang indeholdende tværfaglige møder. Gennem de tværfaglige møder bliver borgerne fulgt tæt med det formål at sikre, at borgeren får den bedst mulige støtte til at opnå sine mål.

Kompetenceudviklingsforløb for frontmedarbejderne

Der er afholdt obligatorisk kompetenceudviklingsforløb for samtlige 450 medarbejdere, der har borgerkontakt i ældreplejen. De har gennemført fire obligatoriske moduler á i alt tre dages varighed, hvoraf der tillige indgår aflevering af to opgaver.

Frontmedarbejderne er blevet undervist i forskellige faglige temaer som rehabilitering og den meningsfulde aktivitet, medicin og tværfagligt samarbejde samt ernæring og sundheds-fremme og motivation.

Det afsluttende modul 5, vil blive afviklet d. 20.-21. maj, hvor alle frontmedarbejdere i Sundheds- og Omsorgscentret vil afslutte deres kompetenceudviklingsforløb og modtage deres uddannelsesbevis.

Resultater

Alle plejecentre og hjemmeplejen er i gang med at måle borgerens livskvalitet og funktionsevne. Disse målinger vil vise om borgerens funktionsevne er forbedret, og om de oplever at have fået en bedre livskvalitet. Der vil også blive foretaget stikprøver af, om frontmedarbejderne arbejder rehabiliterende. Resultaterne af disse målinger, vil foreligge sommeren 2015.

Måleindsatsen på plejecentrene og i hjemmeplejen er forskellige eftersom der er forskellige vilkår. Foreløbig er der indsamlet resultater fra plejecentrene som viser at 60 % af borgerne har nået deres mål med 100 % mål opfyldelse og 16 % af borgerne har nået deres mål med mere end 50 % mål opfyldelse.

I hjemmeplejen er mange borgere fortsat i gang. For de første 23 borgere er status, at 4 % er helt selvhjulpne, 52 % er blevet delvist selvhjulpne, 39 % har fået samme hjælp og 4 % har fået mere hjælp. Resultaterne fra de resterende borgere, vil kunne ses i løbet af sommeren. I hjemmeplejen er der ved at blive udviklet et elektronisk modul, som skal kunne generere data om borgernes funktionsevne.

Ny arbejdsgang

De nye arbejdsgange og procedurer er udarbejdet af frontmedarbejdere og er blevet anvendt siden september 2014. De nye arbejdsgangsbeskrivelser er anvendt til at sikre fokus på borgerens mål og rammerne for det tværfaglige samarbejde. Medarbejderne er generelt tilfredse med de konkrete redskaber, som er udarbejdet og tilpasset den nye praksis.

Samlet set oplever organisationen motiverede og handlekraftige medarbejdere, der får omsat proceduren til praksis. Praksiserfaringer fra foråret 2015 forventes indarbejdet i proceduren sommeren 2015, hvor projektet overgår til drift.

Implementering i bund

På Ældre- og Sundhedsudvalgets møde i februar 2015, blev det besluttet, at den rehabiliterende arbejdsmetode i fremtiden skal understøttes af et rehabiliteringsteam, finansieret af midler fra puljen til løft af ældreområdet.

Rehabiliteringsteamet, der vil have en tværfaglig sammensætning, forventes opstartet i sommeren 2015.

Rehabiliteringsteamet vil arbejde på tværs af plejecentre og hjemmeplejen. Teamet skal, udover selv at varetage de komplicerede rehabiliteringsforløb, også sikre at organisationen fastholder hverdagsrehabilitering, som den grundlæggende arbejdsmetode. Dette vil bl.a. ske gennem deltagelse i tværfaglige møder, undervisning og supervision og ved at kontrollere, at samtlige borgere har en rehabiliteringsplan. Rehabiliteringsteamets arbejde har sammenhæng til den nye lovgivning om § 83a, der skal sikre, at alle borgere får tilbudt hverdagsrehabilitering før kompenserende pleje, hvilket udvalget vil blive orienteret om på kommende møde.

Punkt 6: A - Afrapportering vedrørende fusion af de to produktionskøkkener - ÆSU

14/9969

Bilag

Rapport Fusion af køkkerne

A - Afrapportering vedrørende fusion af de to produktionskøkkener - ÆSU

Baggrund

I forbindelse med vedtagelse af Budget 2014, blev der besluttet, et effektiviseringsforslag vedrørende plejecentrenes to produktionskøkkener på 1,0 mio. kr. i 2014 stigende til 1,5 mio. kr. i 2015 og fremover.

Ældre- og Sundhedsudvalget besluttede i marts 2014, at effektiviseringen skulle realiseres gennem en fusion af de to produktionskøkkener. Udvalget besluttede ligeledes, at der skulle ske en omlægning af plejecentrenes cafedrift. Fusionen af de to produktionskøkkener er gennemført, og denne sag indeholder en afrapportering af forløbet.

INDSTILLING

At Ældre- og Sundhedsudvalget tager afrapporteringen til efterretning.

At Ældre- og Sundhedsudvalget træffer beslutning om, der skal arbejdes videre med etablering af cafe på Sengeløse Plejecenter.

BESLUTNING ÆLDRE- OG SUNDHEDSUDVALGET DEN 05-05-2015

Godkendt, idet udvalget ønsker, at der til budgetdrøftelsen udarbejdes et prioriteringsforslag om at etablere café på Sengeløse Plejecenter.

Sagsfremstilling

Byrådet besluttede 18-03-2013, at der skulle udarbejdes en analyse af kommunens to produktionskøkkener beliggende på Henriksdal Plejecenter og Torstorp Plejecenter. Analysens formål var at potentialeafklare effektiviseringsmuligheder, samt afdække ernæring og forplejningskæden på plejecentrene.

Ældre- og Sundhedsudvalget blev 04-03-2014 forelagt Rapporten "Høje-Taastrup Kommune Analyse af produktionskøkkenerne". Analysen viste, at driftsudgifterne til Høje Taastrup Kommunes to produktionskøkkener var væsentlige højere end driftsudgifterne til tilsvarende produktionskøkkener. Derudover anviste rapporten en række tiltag til at reducere omkostningerne.

Afledt af analysen besluttede Byrådet med vedtagelse af budget 2014, at reducere produktionskøkkenernes budget med 1,0 mio. kr. i 2014 og 1,5 mio. kr. i 2015 og fremover.

Den 04-03-2014 besluttede Ældre- og Sundhedsudvalget, at effektiviseringsforslaget skulle realiseres med udgangspunkt i scenarie 1 i køkkenanalysen. Beslutningen betød bl.a., en fusion af de to produktionskøkkener. Udvalget besluttede ligeledes, at den fremtidige organisering af cafeerne skulle ske efter scenarie 4, hvilket betød en omlægning af cafedriften.

Administrationen har gennem 2014 arbejdet med realisering af fusionen, samt den fremtidige organisering af plejecentrenes cafedrift, således at fusionen var en realitet pr. 01-01-2015.

Fusionen har medført følgende forandringer af køkkenproduktionen:

De to produktionskøkkener er fusioneret til en organisatorisk enhed, der leverer mad til de fire plejecentre Henriksdal, Baldersbo, Torstorp og Sengeløse. Derudover driver køkkenet cafeerne på plejecentrene Henriksdal, Torstorp, Baldersbo, samt cafeen på træningscenteret Espens Vænge.

Udover etablering af fælles ledelse og budget, har fusionen medført et ensartet serviceniveau, samt at den varme mad fremover levers til plejecentrene til servering om aftenen og den kolde made leveres til servering til frokost. Arbejdsrummet for køkkenpersonalet er udvidet fra at foregå i tidsrummet fra kl. 7.00 til 15.00, til fremover at foregå i tidsrummet 7.00 til 18.00.

Der er foretaget en reducere i antallet af deltidsstillinger i de to køkkener. I alt er medarbejderstaben reduceret med fem deltidsstillinger, svarende til 172 timer/uge.

Omkostningerne til madproduktionen er reduceret gennem ensretning af menuplaner og fastlæggelse af et fælles serviceniveau.

Der er indkøbt nyt køkkenudstyr, som letter arbejdsgangene, og samt sikre en ensretning af portionsstørrelser og anretning.

Køkkenadministrationssystemet (PCD) er opgraderet for derigennem at understøtte en effektivisering af arbejdsgangene i køkkenet og i plejen.

Udover ovenstående effektiviseringer har fusionen frigjort ressourcer, således at køkkenet i samarbejde med plejen har øget fokus på borgernes ernæring.

Den øgede ernæringsfokus har medført følgende forandringer:

Personalet på plejecentrene tilbydes undervisning i Ernæringssscreening og der arbejdes systematisk med ernæringssscreening.

Der er etableret en kostvejlederfunktion i produktionskøkkenet, hvor plejen kan henvende sig for råd og vejledning vedrørende borgere med et ernæringsproblem.

Der er etableret et samarbejde mellem produktionskøkkenet og diætisten fra Espens Vænge omkring ernæringssspørgsmål og faglig sparring.

Der afholdes månedlige møder mellem plejen og køkkenet omkring ernæring og indsatser på plejecentre.

Der er etableret en "madbar" til småt spisende borgere på plejecentrene. Madbaren muliggør at småt spisende borgere døgnet rundt kan tilbydes ekstra måltider mv.

Udover ovenstående effektiviseringer har fusionen frigjort ressourcer, således at køkkenet i samarbejde med plejen har øget fokus på borgernes ernæring.

Den øgede ernæringsfokus har medført følgende forandringer:

· Personalet på plejecentrene tilbydes undervisning i Ernæringssscreening og der arbejdes systematisk med ernæringssscreening.

· Der er etableret en kostvejlederfunktion i produktionskøkkenet, hvor plejen kan henvende sig for råd og vejledning vedrørende borgere med et ernæringsproblem.

· Der er etableret et samarbejde mellem produktionskøkkenet og diætisten fra Espens Vænge omkring ernæringssspørgsmål og faglig sparring.

· Der afholdes månedlige møder mellem plejen og køkkenet omkring ernæring og indsatser på plejecentre.

· Der er etableret en "madbar" til småt spisende borgere på plejecentrene. Madbaren muliggør at småt spisende borgere døgnet rundt kan tilbydes ekstra måltider mv.

I dag tilbydes plejepersonalet at kunne købe frokost i cafeens åbningstid. Arbejdet med fusion af køkkenet har givet anledning til drøftelser, dels af mulighed for at udvide tilbuddet så personalet kan købe mad udenfor cafeens åbningstid, og dels om der kan ske en administrativ effektivisering af administrationen.

Der arbejdes p.t. på at personalet, efter sommerferien, tilbydes mulighed for at bestille maden elektronisk og på forhånd. Ideen er, at maden leveres pakket og kan afhentes i et køleskab døgnet rundt når medarbejderen er på arbejde. Derudover arbejdes der på, at betalingen sker via direkte løntræk.

Ligeledes arbejdes der på, at, der i samarbejde med frivillige, etableres en "spiseklub" for ensomme hjemmeboende borgere. Ideen er, at hjemmeboende borgere tilbydes deltagelse i en "spiseklub" hvor der tilbydes en lækker frokost og socialt samvær med andre hjemmeboende borgere. Tanken er, at der etableres spiseklub i cafeen på Henriksdal Plejecenter og Torstorp Plejecenter.

Afledt af arbejdet med fusionen, og opgraderingen af køkkenadministrationssystemet, er der igangsat et arbejde vedrørende muligheden for at gøre cafeerne kontantfrie (pengeløse), idet plejecentrene, på grund af lukning af bankfilialer, oplever større og større udfordringer med kontanthåndteringen. Målet er, at cafeerne bliver kontantfrie inden årets udgang.

I arbejdet med implementering af udvalgets beslutning, er åbningstiderne i cafeerne blevet ensrettet og det er besluttet, at cafeerne organisatorisk placeres som en del af køkkenet.

For at sikre et tæt samarbejde mellem køkkenet og det enkelte plejecenter vil der fremover skulle indgås en årlig aftale mellem køkkenet og plejen omkring cafeerne. Hensigten med aftalen er dels, at sikre at cafeerne anvendes mest muligt, og dels at fremme køkkenets og plejecentrenes fælles arbejde og ansvar for cafeernes drift og omsætning.

Udover fusion af de to produktionskøkkener besluttede Ældre og Sundhedsudvalget den 04-03-2014, at der, i lighed med de øvrige plejecentre, skulle etableres en cafe på Sengeløse Plejecenter.

Arbejdet med realisering af udvalgets beslutninger har vist en væsentlig udfordring med at etablere en cafe på Sengeløse Plejecenter, idet centret ikke har lokaler til at rumme en cafe.

Det er undersøgt, hvorvidt plejecentret kan ombygges/tilbygges for derigennem at skabe plads til en cafe. En ombygning/tilbygning vil dog fordrer en anlægsbevilling, som skal finansieres af kommunale midler. Kvadratmeter, der anvendes til en cafe for borgere der ikke bor på plejecentret, defineres (jf. Almenboligloven) som serviceareal. Serviceareal er at betragte som kommunale kvadratmeter og kan derfor ikke finansieres via husleje eller lån.

Der har ikke tidligere været cafe på Sengeløse Plejecenter, men det vurderes, at en cafe kan være med til, at give beboerne og deres pårørende på Sengeløse Plejecenter et samlingssted, hvor også ældre borgere i lokalområdet kan have glæde af at komme.

ØKONOMI

Budgetteret besparelse på 1,0 mio. kr. i 2014 og 1,5 mio. kr. i 2015 er realiseret gennem fusion og omlægning af de to produktionskøkkener.

Punkt 7: A - Godkendelse af principper for sundhedspolitikken -ÆSU

14/14683

A - Godkendelse af principper for sundhedspolitikken -ÆSU

Baggrund

Ældre- og Sundhedsudvalget besluttede i maj 2014, at der skulle udarbejdes en ny sundhedspolitik. Udvalget blev i december 2014 orienteret om processen for udarbejdelsen af en ny politik. Administrationen har efterfølgende vurderet, at der er behov for, at Ældre- og Sundhedsudvalget tager stilling til politikens afgrænsning og vision samt fire principper, som skal sætte rammerne for det videre arbejde med sundhedspolitikken.

INDSTILLING

At Ældre- og Sundhedsudvalget godkender

1. afgrænsningen af den ny sundhedspolitik
2. visionen for den ny sundhedspolitik og
3. fire principper for den ny sundhedspolitik

BESLUTNING ÆLDRE- OG SUNDHEDSUDVALGET DEN 05-05-2015

Godkendt, idet der i næste sag om sundhedspolitik indarbejdes et forslag om etablering af sundhedsråd.

Sagsfremstilling

I det nedenstående præsenteres et forslag til henholdsvis afgrænsningen af, samt visionen og principperne for den ny sundhedspolitik.

Afgrænsning af sundhedspolitikken

Sundhed er et begreb, der i vid udstrækning kan kobles til langt de fleste forhold omkring det at være menneske. Dette fordi sundhed opstår i et samspil mellem både de fysiske omgivelser, samfundets indretning, de sociale og økonomiske forhold og meget mere. Derfor skal sundhedsudfordringer adresseres og håndteres på tværs af centre, sektorer og civilsamfund, af hvilken grund sundhedspolitikken lægger sig i forlængelse af det arbejde, der er lavet i forbindelse med innovationsprojektet for lighed i sundhed. Det er dog ikke muligt at rumme alle aspekter af sundhedsbegrebet i en sundhedspolitik. Det er derfor nødvendigt at se politikken i sammenhæng med kommunens øvrige politikker og strategier, der bl.a. beskriver kommunens grønne områder, principperne for bevægelse, børne- og ungeliv med mere.

Med henblik på at lave en tydelig ramme for, hvad Høje-Taastrup Kommunes sundhedspolitik skal beskæftige sig med, foreslås det derfor, at

Sundhedspolitikken skal beskæftige sig med de helbredsmæssige forhold, som understøtter borgernes mulighed for at leve et godt liv.

Et eksempel herpå kan være, at det i sundhedspolitikken vil fremgå, at kommunen vil arbejde på at nedbringe antallet af rygere ved en målrettet og specifik indsats. Men politikken vil ikke indeholde mål om at flere unge skal i uddannelse, om end der er en tydelig sammenhæng mellem lavt uddannelsesniveau og rygestatus.

Sundhedspolitikens vision

Sundhedstilstand har tydelig sammenhæng med social status, således at borgere med lavt uddannelsesniveau og uden tilknytning til arbejdsmarkedet har større risiko for et liv med flere kroniske sygdomme og for tidlig død. Som kommune har vi mulighed for at skabe og påvirke de rammer, der fremmer alle borgeres mulighed for at leve et sundt liv. Det er dog således, at borgere med mange ressourcer er mere modtagelige for sundhedsinformation og er mere tilbøjelige til at vælge sundhedsfremmende livsstilsændringer. Af denne grund kræver det et særskilt fokus på de helbredsmæssige forhold, der kan understøtte de mere udsatte borgeres mulighed for at leve et godt liv.

Derfor anbefaler administrationen, at der opstilles følgende vision for den ny sundhedspolitik:

At fremme sundheden og øge ligheden i sundhed for borgerne i Høje-Taastrup

Kommune.

Principper for sundhedspolitikken

Det er med sundhed som med alt andet, at der er mange indsatser, der vil være gode at gøre. Men med den sundhedsprofil, der ligger for Høje-Taastrup Kommune, er det nødvendigt, at der foretages prioriteringer, da ikke alt kan favnes på samme tid. En tydelig prioritering vil desuden sikre målrettethed og en tydeligt defineret sundhedsindsats.

Administrationen har derfor udarbejdet fire forslag til principper for sundhedspolitikken, som præsenteres i det nedenstående. I forbindelse med hvert princip beskrives det dilemma, som princippet udspringer af.

1. princip: "Tæt på og sammen med borgerne"

Princippet betyder, at kommunen ikke kun tilbyder hjælp til de folk, der opsøger os, men at vi møder borgerne ude i lokalområderne.

For de borgere, der selvstændigt tager initiativ til og anser det for muligt at leve et sundere liv med hjælp fra kommunale sundhedsindsatser, er det tilstrækkeligt at have et godt centralt beliggende Sundhedscenter. For den resterende gruppe af borgere, der ikke hverken anser det for muligt, eller har overskuddet til at opsøge den fornødne hjælp til en livsstilsændring, vil et centralt tilbud dog ikke være tilstrækkeligt. Denne gruppe borgere kan i stedet nås ved, at der placeres lokale sundhedstilbud i borgernes egne nærmiljøer, som vil virke inspirerende og motiverende til sundhedsfremmende livsstilsændringer.

Dilemmaet i forhold til ovenstående består i, hvorvidt kommunen skal samle alle sundhedstilbud et centralt sted eller i stedet sørge for at være tilstede i lokalområderne. Fordelen ved et samlet sundhedscenter er, at indsatserne må formodes at opleves mere tilgængelige for samtlige borgere, ligesom der for personalets side vil gå mindre tid med transport fra sted til sted. Til gengæld ved vi modsat, at tilstedeværelsen i lokalmiljøet gør en markant forskel i forhold til, hvorvidt socialt udsatte vælger at benytte de sundhedsfremmende tilbud.

Derudover viser kommunens erfaringer fra projekt "Sundhed i Gadehavegård", at det ved at være tilstede i boligområder, bliver muligt at målrette tilbuddene til den specifikke målgruppe, hvormed resultaterne af indsatserne bliver så meget desto større. Den kontinuerlige opfølgning og mulighed for relationsdannelse mellem medarbejdere og borgere i lokalmiljøet har tilsvarende en stor effekt. Ligeledes giver tilstedeværelsen i lokalmiljøet mulighed for at fremme relationsdannelsen borgerne imellem, hvorigenem der skabes nye netværk. På baggrund heraf anbefaler administrationen, at nærhedsprincippet i høj grad indtænkes i udformningen af den ny sundhedspolitik.

2. princip: "Udsatte borgere prioriteres"

Princippet betyder, at kommunen prioriterer sundhedsindsatser ud fra behov, og at vi gør noget særligt for de borgere, der har særlige behov. Hvorvidt en borger er udsat, vil i de enkelte tilfælde bero på et fagligt skøn.

Dette princip skal ses i sammenhæng med, at sundheden er ulige fordelt, og at det i høj grad er de ressourcestærke, der benytter mere traditionelle sundhedstilbud, såsom eksempelvis forløbsprogrammer til borgere med kroniske sygdomme. Der er derfor behov for at differentiere tilbuddene og i endnu højere grad målrette vores tilbud til de socialt udsatte.

Princippet udspringer af dilemmaet om, hvorvidt man skal differentiere indsatserne og prioritere en bestemt gruppe, frem for at tilbyde den samme indsats til alle borgere. Ved at give forskellige tilbud til forskellige målgrupper, er det muligt, at grupperne opnår samme resultat. Hvorimod hvis det samme tilbud gives til alle målgrupper, vil de ressourcestærke få langt større gevinst og opnå bedre resultater end de socialt udsatte, hvormed uligheden i sundhed øges. På baggrund af dette anbefaler administrationen, at udsatte borgere prioriteres i sundhedsindsatsen.

3. princip: "Sundhedsfremmende rammer"

I praksis betyder princippet, at vi ændrer omgivelserne for at gøre det sunde valg let og fordelagtigt. Et eksempel herpå er, indførelsen af giffri kommune i Høje-Taastrup i 1996. Det betyder, at kommunen ikke sprøjter med ukrudtsbekæmpelse på alle offentlige arealer. Dette er til gavn for grundvandet, men betyder samtidig, at ukrudtet fra offentlige arealer lettere spreder sig ind i borgernes haver.

Et andet eksempel på sundhedsfremmende rammer er indførelsen af røgfri legepladser i København. Det betyder, at alle børn ikke udsættes for sundhedsskadelig røg, mens de er på legepladsen, fordi røgfriheden ikke beror på forældrenes eget valg.

Dilemmaet i forhold til at etablere sundhedsfremmende rammer er, at vi på den ene side indfører tiltag, der regulerer adfærd og potentielt set får betydning for borgernes mulighed for at foretage et valg. På den anden side gør vi det nemmere for borgerne at leve sundere.

Trykfondens offentliggjorde i 2012 en undersøgelse, der viste, at mere end 70 % af danskerne er tilhængere af, at der etableres sundhedsfremmende rammer. Dette skal sandsynligvis ses i sammenhæng med, at det er nemmere at leve sundt i en verden, hvor individet ikke konstant skal træffe et aktivt valg vedrørende sundhed. Derudover viser forskning, at effekten af sundhedsfremmende rammer har en positiv indvirkning på borgernes sundhed. På baggrund af ovenstående anbefaler administrationen, at sundhedsfremmende rammer indtænkes i den ny sundhedspolitik.

4. princip: "En opsøgende tilgang baseret på samarbejde"

Princippet betyder, at kommunen konkret opsøger borgere, der ikke selv efterspørger en sundhedsindsats ved at samarbejde med læger, hospitaler, civilsamfund, de boligsociale helhedsplaner, virksomheder og på tværs af

kommunens centre.

Dilemmaet er, hvorvidt vi som kommune kan tillade os at opsøge borgere med henblik på at tilbyde dem en indsats, som de ikke selv har efterspurgt. Dette er hensigtsmæssigt at gøre ud fra viden om, at der er en høj grad af ulighed i brugen af sundhedsydelser blandt henholdsvis ressourcestærke og ressourcessvage borgere. Et eksempel på en opsøgende indsats kan være, at en kommunal medarbejder i en ikke-sundhedsfaglig relation til en borger gør en observation, der foranlediger medarbejderen til at motivere borgeren til et sundhedsfremmende initiativ.

Administrationen anbefaler, at ovenstående princip indtænkes i sundhedspolitikken, da alternativet er, at vi kun tilbyder sundhedsydelser til de borgere, der efterspørger det. Dette skal også ses i sammenhæng med, at vi ved, at der er nogle borgere, der har brug for sundhedsydelser, hvor en stor del ikke har kendskab til kommunens ydelser og/eller konsekvenserne ved ikke at tage imod et tilbud. I den forbindelse er det vigtigt at understrege, at en opsøgende indsats altid skal tage udgangspunkt i borgerne og ske med respekt for den enkeltes selvbestemmelse. Ovenstående princip skal også bidrage til at skabe en koordineret indsats for den enkelte borger, idet samarbejde på tværs mellem kommunens centre er essentielt for at løfte borgernes sundhed.

Fremadrettet

Efter beslutning om afgrænsning, vision og principper for sundhedspolitikken, vil de nedsatte arbejdsgrupper opstarte en proces med at udarbejde indholdet i sundhedspolitikken med udgangspunkt i det besluttede.

Administrationen fremlægger en ny sag, når der er blevet udarbejdet et første udkast til den ny sundhedspolitik.

Det nedenstående er en oversigt over de primære aktiviteter i forbindelse med udarbejdelsen af politikken samt tidsplan.

Måned	Aktivitet
Medio maj – september 2015	De nedsatte arbejdsgrupper udarbejder det første udkast til indholdet i sundhedspolitikken.
Oktober 2015	Temadrøftelse/workshop med Byrådsmedlemmer om første udkast til ny sundhedspolitik
November 2015	Involvering af civilsamfund, råd og evt. politikere.
December 2015	Workshop for koordinationsgruppen for sundhed: Hvordan vil de forskellige fagcentre i kommunen udmønte den nye sundhedspolitik.
Januar/februar 2016	De relevante udvalg behandler udkast til ny sundhedspolitik
Februar/marts 2016	Udkast til politikken sendes i offentlig høring.
Marts/april 2016	Indarbejdelse af høringskommentarer.
Maj/juni 2016	En ny sundhedspolitik fremlægges til politisk godkendelse i Ældre- og Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og Byrådet.

Punkt 8: A - Sundhedsprofil om kronisk sygdom i Region Hovedstaden 2013 - ÆSU

15/6971

A - Sundhedsprofil om kronisk sygdom i Region Hovedstaden 2013 - ÆSU

Baggrund

På udvalgsrådet i juni 2014 fik Ældre- og Sundhedsudvalget præsenteret den første del af sundhedsprofil 2013 for Region Hovedstaden. I marts 2015 har Region Hovedstaden offentliggjort den anden del "Sundhedsprofil 2013 – kronisk sygdom", som hermed præsenteres for Ældre- og Sundhedsudvalget.

INDSTILLING

At Ældre- og Sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.

BESLUTNING ÆLDRE- OG SUNDHEDSUDVALGET DEN 05-05-2015

Godkendt.

Sagsfremstilling

I denne anden del af sundhedsprofilen er der fokus på kronisk sygdom blandt borgere på 16 år og derover i Region Hovedstaden. Herunder forekomsten af forskellige kroniske sygdomme, forbruget af sundhedsydelser og de omkostninger, der er knyttet dertil. Profilen er udarbejdet på baggrund af registerdata og spørgeskemaoplysninger om sundhedsadfærd og borgernes selvoplevede helbred.

Sundhedsprofilen er blevet udarbejdet i henholdsvis 2007, 2010 og 2013, hvilket gør det muligt at følge, hvordan udviklingen har været over en 6-årig periode. Det nedenstående skema er en oversigt over den procentvise forekomst af forskellige kroniske sygdomme blandt borgere i henholdsvis Høje-Taastrup Kommune og hele Region Hovedstaden. Som det fremgår af skemaet har der været henholdsvis en positiv og negativ udvikling, idet forekomsten af nogle kroniske sygdomme er lavere i 2013 end i 2010, mens forekomsten af andre kroniske sygdomme er højere end i 2010.

De grønne felter i nedenstående tabel betyder, at Høje-Taastrup Kommune klarer sig bedre end det samlede gennemsnit for de 29 kommuner i Region Hovedstaden, mens de lyserøde felter betyder, at Høje-Taastrup Kommune klarer sig dårligere end regionsgennemsnittet. De hvide felter betyder, at Høje-Taastrup Kommune ligger på niveau med regionsgennemsnittet.

Udviklingen fra 2007 til 2013 i andel af borgere over med kronisk sygdom

	2007		2010		2013	
	% Region H	% HTK	% Region H	% HTK	% Region H	% HTK
Uden kronisk sygdom	-	-	55	51	56	53
Diabetes	5	5	5	6	6	8
Hjertesygdom (1)	5	4	4	5	4	5
Hjertesygdom (F) (2)	2	2	2	2	2	2
Apopleksi	2	2	2	2	2	2
KOL	2	3	3	3	3	3
Astma	5	5	5	5	5	5
Kræft	3	3	3	3	3	3
Inflammatorisk ledsygdom	2	2	2	3	2	3
Slidgigt	-	-	18	19	17	19
Rygsygdom	15	16	13	14	12	11
Knogleskørhed	2	1	2	2	3	2
Antidepressiv medicin	4	4	5	4	5	5
Svær psykisk lidelse	3	3	3	3	3	3

Demens (3)	4	4	4	3	4	3
Luftvejsallergi	13	15	13	16	12	16
Hyppig hovedpine/migræne	-	-	16	17	14	15
Forhøjet blodtryk	20	23	16	18	20	24
Forhøjet kolesterol	8	9	-	-	12	15

(1) Alle borgere med hjertelaterede diagnoser

(2) Kun de hjerte-diagnoser, der er omfattet af regionens forløbsprogrammer

(3) Kun opgjort på +65årige

Multisygdom

Et gennemgående fokus i sundhedsprofilen er multisygdom, det vil sige tilstedeværelsen af to eller flere kroniske sygdomme hos samme person på tværs af somatiske og psykiatriske diagnoser. Der er en sammenhæng mellem uddannelsesniveau, indkomst, og forekomsten af kronisk sygdom, idet det i højere grad er de socialt dårligst stillede, der rammes af kronisk sygdom/multisygdom. Den nedenstående tabel giver et overblik over udviklingen i forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom fra 2010 – 2013 i henholdsvis Høje-Taastrup Kommune og Region Hovedstaden.

	2010 Region H (%)	2010 HTK (%)	2013 Region H (%)	2013 HTK (%)
1 kronisk sygdom	25	28	25	23
2 kroniske sygdomme	12	12	12	14
3+ kroniske sygdomme	8	8	8	11

Som det fremgår af tabellen har 23 % af borgerne i Høje-Taastrup Kommune én kronisk sygdom, hvilket er lavere end gennemsnittet for Region Hovedstaden. I forhold til multisygdom ligger Høje-Taastrup højere end regionsgennemsnittet, idet der er i alt 25 % af borgerne, der har to eller flere kroniske sygdomme mod et regionsgennemsnit på 20 %. Derudover viser diagrammet, at der har været en udvikling i forekomsten af multisygdom, idet der i 2013 er en større andel af borgere i kommunen, der har to eller flere kroniske sygdomme end i 2010.

Forbrug af sundhedsydelser

Borgere med kronisk sygdom har et højere forbrug af sundhedsydelser sammenlignet med borgere uden kronisk sygdom. Og de totale omkostninger til sundhedsvæsenet er 2,5 gange større for en borger, der har tre eller flere kroniske sygdomme, end omkostningerne til en borger, der har én kronisk sygdom.

Den kommunale medfinansiering udgør i gennemsnit 5.800,- kr. for borgere med én kronisk sygdom, og 16.800,- kr. for borgere med 3 eller flere kroniske sygdomme. Dette svarer til 70,5 millioner årligt for en kommune som Høje-Taastrup, hvor der bor 4200 borgere med tre eller flere kroniske sygdomme. I tillæg hertil kommer de kommunale omkostninger til eksempelvis sygepleje, hjemmepleje eller kommunale sundhedstilbud, som ikke indgår i ovenstående beregning.

Den fremadrettede indsats i forhold til kroniske sygdomme

Som det fremgår af denne sag, er det fortsat nødvendigt, at kommunen adresserer den sociale ulighed i sundhed i forhold til kronikerområdet. Kommunen har pt. stort fokus på den sociale ulighed i sundhed, blandt andet er vi i gang med at udbrede erfaringerne med målrettede og differentierede forebyggelses- og behandlingstilbud fra Gadehavegårdprojektet til andre steder i kommunen. Dette er også med henblik på at have sundheds- og kronikertilbud til de socialt dårligst stillede, som oftest ikke benytter sig af kommunens traditionelle sundheds- og kronikertilbud. En sådan ændring kræver en større omstilling, da det er en målgruppe, der ikke på eget initiativ anser det for væsentligt eller muligt at opnå forbedringer i sundhedstilstanden.

Derudover blev det ved budgetforliget i 2014 besluttet, at der i 2015 skulle oprettes et sundhedscenter i kommunen. Ved denne oprettelse vil der naturligt blive indtænkt fortsat udvikling af indsatser for borgere med kroniske sygdomme, ligesom der vil være fokus på tidlig opsporing, en opsøgende indsats og involvering af patientforeninger. Dog er det væsentligt at bemærke, at indsatser overfor både ulighed i sundhed og forebyggelse af

kroniske sygdomme, er langsigtede indsatser, hvoraf resultaterne først kan ses på meget lang sigte.

Punkt 9: I - Kvalitetsstandard for klippekortsordning for de svageste hjemmehjælpsmodtagere - SU, ÆSU

15/1855

Bilag

Forslag Klippe-kortsordning , for de svageste hjemmehjælpsmodtagere

Høringssvar pkt. 5.I. til Socialudvalgets møde 5.5.

Seniorrådets høringssvar - 9.I Klippe-kortordning

Tilsagn om tilskud til klippekortsordning

I - Kvalitetsstandard for klippekortsordning for de svageste hjemmehjælpsmodtagere - SU, ÆSU

Baggrund

I Aftale om Finanslov for 2015 blev der afsat 75 mio. kr. i 2015 og herefter 150 mio. kr. årligt til at styrke livskvaliteten for de svageste hjemmehjælpsmodtagere. Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold har udbudt pengene som en pulje for de første 2 år.

Administrationen har søgt om midler fra puljen, som Byrådet besluttet 24-02-2015. Der foreligger endnu ikke svar fra ministeriet. Administrationen fremlægger forslag til kvalitetsstandard til godkendelse, under forudsætning af, at ministeriet godkender ansøgningen.

INDSTILLING

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

1. kvalitetsstandarden for klippekortsordning for de svageste hjemmehjælpsmodtagere.
2. at der til politikområde 09.90 Ældreudgifter gives en udgiftsbevilling på 547.000 kr. i 2015 og 1.087.000 kr. i 2016 til afholdelse af udgifter til klippekortsordningen, som finansieres af en indtægtsbevilling fra de ansøgte ministerielle midler fra puljen til forbedring af livskvaliteten blandt de svageste hjemmehjælpsmodtagere.

Der blev udleveret høringssvar fra Udsatterrådet, Handicaprådet og Seniorrådet.

Der blev udleveret ændring til indstillingens punkt 2.

BESLUTNING SOCIALUDVALGET DEN 05-05-2015

Godkendt, idet punkt 2 er ændret således:

2. at der til politikområde 09.90 Ældreudgifter gives en udgiftsbevilling på 555.579 kr. i 2015 og 1.111.154 kr. i 2016 og i årene fremover til afholdelse af udgifterne til klippekortsordning, som finansieres af en indtægtsbevilling fra de ansøgte ministerielle midler fra puljen til forbedring af livskvaliteten blandt de svageste hjemmehjælpsmodtagere.

Og nyt punkt 3

3. det skal præciseres i kvalitetsstandarden, hvornår en borger kan udsætte en planlagt tur (force majeure)

BESLUTNING ÆLDRE- OG SUNDHEDSUDVALGET DEN 05-05-2015

Godkendt, idet punkt 2 er ændret således:

2. at der til politikområde 09.90 Ældreudgifter gives en udgiftsbevilling på 555.579 kr. i 2015 og 1.111.154 kr. i 2016 og i årene fremover til afholdelse af udgifterne til klippekortsordning, som finansieres af en indtægtsbevilling fra de ansøgte ministerielle midler fra puljen til forbedring af livskvaliteten blandt de svageste hjemmehjælpsmodtagere.

Og nyt punkt 3

3. Der var enighed om at force majeure skal indarbejdes i kvalitetsstandarderne.

Sagsfremstilling

Indhold i kvalitetsstandarden

Puljens målgruppe er de svageste hjemmehjælpsmodtagere, der er afhængige af hjælp til at klare hverdagen. Borgere, der bor i plejebolig, er ikke omfattet af målgruppen. Formålet med puljen er at tilbyde mindst en halv times ekstra tid til hjemmehjælp om ugen til denne målgruppe, hvor borgerne selv kan være med til at bestemme, hvad tiden skal bruges til. Hjælpen kan bruges til mindre aktiviteter eller spares op og anvendes til hjælp, der tager

længere tid. I beskrivelsen af puljen er nævnt eksempler som hjælp til madlavning, indkøb og ledsagelse til forskellige fritidsaktiviteter.

I kvalitetsstandarden er der endvidere lagt vægt på, at klippekortsordningen visiteres til de borgere, der ikke i hverdagen har nogen, der kan støtte borgeren i de aktiviteter, som borgeren ønsker at deltage i.

Det er vigtigt, at der sikres sammenhæng i ydelserne, så også hjælpen efter klippekortsordningen ydes efter principperne i Livskraft – et fælles ansvar.

Der er i ansøgningen til Ministeriet søgt om midler til at dække udgifter i forbindelse med udførelse af aktiviteten som f. eks. transport, forplejning og entrebilletter til medarbejderen. Der er efterfølgende præciseret, at der kun kan bevilges penge fra puljen til lønudgifter. Derfor er det præciseret i kvalitetsstandarden, at eventuelle udgifter af denne art afholdes af borgeren.

Opstart

Med en ydelse på ½ time om ugen svarer det ansøgte beløb til ca. 120 borgere. Det skal ses i relation til, at der er i alt 530 borgere, der modtager moderat til omfattende hjælp til personlig pleje.

Det forventes, at de første borgere kan visiteres primo juni 2015.

ØKONOMI

Høje-Taastrup Kommune har søgt om 547.000 kr. i 2015 og 1.094.000 kr. i 2016 og årene fremover.

Der er endnu ikke kommet svar fra Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold.