



Budgetanalyse
Omsorgsområdet august 2018

Forord

I forbindelse med vedtagelsen af Budget 2018-2021 blev det besluttet at gennemføre en analyse af ældreplejen og økonomien på området, bl.a. med baggrund i den demografiske udviklings betydning for omsorgsområdet.

Der blev efterfølgende udarbejdet et kommissorium indeholdende en indledende kortlægning af udviklingen på området (økonomi, aktivitet, nøgletal opdelt på relevante delområder) og en sammenligning med andre kommuner. Kommissoriet blev godkendt af direktionen og omsorgsudvalget og danner grundlag for de gennemførte delanalyser. Kommissoriet er vedlagt som bilag 0.1.

Denne analyse er udarbejdet af den udpegede arbejdsgruppe, med medlemmer fra omsorgs- og økonomiområdet. Arbejdsgruppen har inddraget udvalgte medarbejdere og ledere fra omsorgsområdet i Randers og har derudover været i dialog med andre sammenlignelige kommuner.

Analysen er opdelt og begrænset til følgende analysespor: Beskrivelse af omsorgsområdets overordnede udgifts- og aktivitetsudvikling, ældre- og plejeboliger, hjemmepleje, balance mellem frit valg og plejeboliger, sygepleje, træning og hjælpemidler samt budgetlægning, incitamentsstrukturer og visitation.

Analysen og dens anbefalinger er udarbejdet med henblik på at understøtte den langsigtede økonomiske balance på omsorgsområdet og ses som et bruttokatalog til brug for Omsorgsudvalgets løbende prioritering og sikring af budgetbalance på området i de kommende år. Analysen har et økonomisk udgangspunkt (sammenligning af tal) og tager således ikke fuldt ud højde for de årsagsforklaringer og forskelle mellem kommuner, som kan tilskrives borgernes karakteristika, støttebehov, de valgte faglige tilgange på området m.v.

Frem mod 2030 ses en betydelig tilgang af ældre borgere til omsorgsområdet og en løbende budgetkompensation afledt af demografimodellen på området. Analysen forholder sig således til de mere grundlæggende strukturer på området (økonomisk styringsmodel, organisering, boligantallet og sammenhængen mellem boligområdet og hjemmeplejen) og har ikke hovedfokus på kortsigtede her-og-nu besparelser og effektiviseringer på området. Der er tale om en række anbefalinger og håndtag, som sammen med den fortsatte udvikling og effektivisering af området kan medvirke til at sikre, at den forestående tilgang af borgere kan rummes inden for de kommende års budgetter med den demografiregulering, som byrådet måtte beslutte.

Analysen skal ses i sammenhæng med den sideløbende analyse af Randers Kommunes demografimodeller, hvor der opstilles en række modeller for den fremadrettede budgetkompensation til omsorgsområdet (og kommunens øvrige velfærdsområder) i takt med ændringer i befolkningstallet i de relevante alderskategorier.

Indholdsfortegnelse

Forord	i
Konklusion og opsummering af analysens anbefalinger	4
1. Beskrivelse af omsorgsområdets overordnede udgifts- og aktivitetsudvikling	9
Befolkningstilvækst.....	9
Udviklingen i Randers kommune.....	10
Sundhedsprofilen	12
Sammenligning med andre kommuner	13
Udvikling i udgifter 2013-17 sammenlignet med andre kommuner	15
2. Plejeboliger og særlige tilbud	17
Midlertidige pladser og særlige tilbud	17
Opsamling og økonomi.....	19
Anbefalinger	19
3. Pleje og praktisk hjælp (fritvalgsområdet)	21
Observationer fra pilotprojekt	21
Benchmarking på ydelser	22
Virtuel hjemmepleje.....	22
Kvalitetsstandarder	23
Natdækning	23
Anbefalinger	23
4. Balanceret sammenhæng mellem fritvalg og boliger	25
Break-even punkt	25
Støttebehov før indflytning i visiteret bolig	25
Støttebehov i fritvalg.....	27
Budgettildeling i ældre- og plejeboliger	27
Anbefalinger	28
5. Sygeplejeydelser	29
Sundhedsklinikker.....	29
Benchmarking på sygeplejeydelser	29
Anbefalinger	30
6. Træning og hjælpemidler	31
Træning.....	31
Hjælpemidler	33
Anbefalinger	33

7. Budgetlægning, incitamentsstrukturer og visitation.....	35
Boliger.....	35
Sygepleje.....	36
Revisitation og genbesøg.....	36
Anbefalinger	37
8. Øvrige opgaveområder og forslag	38
Specialistfunktioner	38
MED-struktur	38
Snitflader mellem omsorgsområdet og socialområdet.....	38
Anbefalinger	39
9. Orientering om udviklingstiltag for rehabilitering, velfærdsteknologi og kulegravningens anbefalinger om dokumentation	40
Ad. 1 Rehabilitering	40
Ad. 2 Velfærdsteknologi	40
Ad 3 KL og Sundheds- og Ældreministeriet anbefalinger om kulegravning af regler og dokumentation ...	41
Afsluttende bemærkninger	42
Bilag	43

Konklusion og opsummering af analysens anbefalinger

Udgifterne (pr. 67 årig og derover) til omsorgsområdet i Randers Kommune har, ligesom i landets øvrige kommuner, været faldende gennem de sidste 10 år. Dette fald skyldes for en dels vedkommende den stigende levealder og deraf følgende sunde aldring, som har fundet sted på landsplan. Dog har de seneste års udgiftsfald i Randers Kommune været lavere, end i de øvrige kommuner vi sammenligner os med.

Det betyder, at gennemsnitsudgifterne pr. 67 årig og derover på omsorgsområdet i Randers Kommune i dag er højere end gennemsnittet for kommunerne i Region Midtjylland og gennemsnittet for en række udvalgte sammenligningskommuner med nogenlunde samme indbyggertal og socioøkonomiske rammevilkår. Budgettet på omsorgsområdet i Randers Kommune ville således være ca. 30 mio. kr. lavere (med forbehold for konteringspraksis og en række øvrige usikkerhedsfaktorer), hvis udgiftsniveauet var på niveau med de udvalgte sammenlignelige kommuner, som har nogenlunde samme vilkår som Randers Kommune.

Analysen viser, at årsagerne til det relativt høje gennemsnitlige udgiftsniveau primært findes i følgende forhold:

- Et stort antal boliger (ældreboliger med mulighed for kald og plejeboliger af forskellige kategorier)
- De relativt mange boliger på området og de gældende kriterier for visitation til ældreboliger med mulighed for kald er brede, og giver samlet set et incitament til at fylde ledige boliger op.
- Der er et relativt stort antal borgere med stort støttebehov i fritvalgsområdet (hjemmehjælp), som fra et økonomisk synspunkt med fordel kunne profitere af en ældre- eller plejebolig.
- En række relativt omkostningstunge (ikke-lovpligtige) specialtilbud (hospice, trykshotel, træningshøjskole og døgnoptræning).

Den seneste økonomiopfølgning for omsorgsområdet viser, at forbruget i 2018 foreløbig har udviklet sig positivt, og at underskuddet i 2018 nu forventes mindre end ved indgangen af året. Den økonomiske forbedring skyldes primært en nedgang i de ydede timer i fritvalgsområdet (hjemmeplejen) sammenlignet med 2017. På nuværende tidspunkt forventes, at der skal overføres et underskud på ca. 7 mio. kr. til 2019 mod et tidligere estimat på ca. 15 mio. kr. beregnet ved udgangen af 2017. Det skal dog bemærkes, at forbedringen primært forudsætter, at der ikke sker væsentlige ændringer i antallet af leverede timer resten af året.

I det følgende er oplistet arbejdsgruppens anbefalinger og mulige håndtag til at opnå en mere effektiv drift af omsorgsområdet fremadrettet, således at den forestående tilgang af borgere i de ældste aldersgrupper (80 årige og derover) kan håndteres inden for de kommende demografisk tilpassede budgetter. Anbefalingerne, som i mange tilfælde har et økonomifagligt afsæt, skal naturligvis ses i sammenhæng med den faglige tilgang og de politiske målsætninger på omsorgsområdet.

Arbejdsgruppens forslag betragtes som et bruttokatalog, som Omsorgsudvalget kan prioritere imellem og tage i anvendelse for at overholde budgettet på omsorgsområdet. Tidsperspektivet for anbefalingerne er i flere tilfælde et mellemlangt sigte (5-10 år), idet der for flere anbefalingers vedkommende er tale om organisatoriske og styringsmæssige omlægninger og justeringer samt realisering af stordriftsfordele, som med fordel kan gennemføres i takt med de kommende års udvikling af omsorgsområdet.

I analysen peges der bl.a. på følgende anbefalinger:

- Det relativt høje antal visiterede boliger i kommunen betyder, at ældreboligplanen (ud fra et økonomisk rationale) bør revideres. Det kan således være relevant at nedlægge eller omklassificere eksisterende boliger på kort sigt, og følge demografiudviklingen på lang sigt.
- Der bør ske en justering af økonomistyringsmodellen på omsorgsområdet, så ansvaret for visitationer i endnu højere grad kobles med budget.
- Der bør ske øget fokus på at visitere boliger til borgere med størst støttebehov.
- Der bør tages stilling til omfanget af kommunens ikke-lovpligtige specialtilbud.
- Brugen af kommunale sundhedsklinikker bør øges.
- Det bør overvejes, om træningsindsatsen efter Sundhedslovens § 140 kan samles på færre enheder end i dag med stordriftsfordele og en øget faglig specialisering til følge.
- Der bør tages stilling til omfanget af omsorgsområdets specialist- og konsulentfunktioner.
- Der bør ske en vurdering af omfanget af den nuværende MED-struktur på omsorgsområdet.

Table 0.1: Sammenfatning af arbejdsgruppens konklusioner og anbefalinger

Anbefaling	Uddybende beskrivelse	Potentiale
Plejeboliger og særlige tilbud		
Optimering af driften af kommunens ældre- og plejeboliger.	Det er arbejdsgruppens vurdering, at den igangværende udrulning af rehabiliteringsmodellen og udvalgte dele af Ældreministeriet og KL's kulegravning på sigt vil bidrage positivt hertil.	Understøtte rehabiliteringstilgang og forbedret ressourceudnyttelse i boligerne.
Stillingtagen til særlige tilbud, der ikke er lovpligtige.	Stillingtagen til merudgifterne forbundet med de fire særlige tilbud (hospice, trykshotel, træningshøjskolen, døgnoptræning), idet disse tilbud er en medvirkende årsag til de høje udgifter på omsorgsområdet i Randers Kommune sammenlignet med landets øvrige kommuner.	Sammenlignet med taksten for en normal aflastningsplads er merudgifterne til de fire tilbud ca. 13 mio. kr./år. Herfra skal dog trækkes en række afledte merudgifter til alternative tillægsydelse, som det ikke har været muligt at opføre.
Vurdering af omfanget af kommunens akutfunktioner og korttidspladser.	Det bør i forlængelse af ovenstående overvejes, om omfanget af Randers Kommunes akuttilbud og øvrige korttidspladser fortsat er passende, idet antallet er højt sammenlignet med de øvrige kommuner og opholdslængden relativt lang.	Indgår delvist i ovenstående.
Rehabiliteringsmodellens konsekvenser for Træningshøjskolen.	Der bør i forlængelse af udrulningen af rehabiliteringsmodellen ses på de afledte konsekvenser for Træningshøjskolen, idet de nye tiltag med borgerteams m.v. kan medføre afledte justeringer af målgruppe og opholdstider.	Understøtte rehabiliteringstilgang fremadrettet.
Pleje og praktisk hjælp (fritvalgsområdet)		
Øget fokus på funktionen som disponent (opgavefordeling og ruteplanlægning).	Realisering af synergieffekter og øget koordinering mellem faggrupper (som led i rehabiliteringstilgangen) er i høj grad bundet op på disponenten. Det kan overvejes at gennemføre en særskilt analyse af kørselsmønstre, koordination af faggrupperes besøg i borgerens hjem m.v.	Understøtte rehabiliteringstilgang og forbedret ressourceudnyttelse på hjemmehjælpsområdet.

Øget brug af virtuel hjemmepleje (ViewCare).	Der bør være fortsat fokus på at tilbyde virtuel hjemmepleje til flere borgere og at få medarbejderne til at anvende systemet til intern og tværfaglig sparring for at reducere tid og kørselsomkostninger. Der er endvidere mulighed for at udvide brugen af løsningen i forhold til forebyggende ydelser.	Understøtte rehabiliteringstilgang og forbedret ressourceudnyttelse på hjemmehjælpsområdet.
Benchmarking af hjemmeplejeydelser på tværs af områder.	Der bør være øget fokus på benchmarking af de mest omfangsrige hjemmeplejeydelser, så det ledelsesmæssige grundlag for at tilrettelægge og justere arbejdet højnes.	Forbedret effektivitet ved fokus på opgaveløsning, forbedret grundlag for tværfaglig opgaveløsning og læring mellem områderne.
Overvej den eksisterende tilrettelæggelse af natdækningen i fritvalgsområdet.	Der ses ikke umiddelbart et væsentligt økonomisk potentiale ved at ændre den nuværende organisering af natdækningen i fritvalgsområdet. Det er dog vurderingen, at der vil kunne være faglige fordele ved øget samarbejde med centrenes nattevagter og vagtrul med relevante hjemmeplejedistrikter, samt en besparelse gennem koordineret udkørsel fra forskellige adresser.	Øget samarbejde med centrenes nattevagter og besparelse på kørselsudgifter.
Balanceret sammenhæng mellem fritvalg og plejeboliger		
Stillingtagen til antallet af ældre- og plejeboliger samt revision af ældreboligplanen.	Det relativt høje antal visiterede boliger i kommunen, herunder ældrebolig med mulighed for kald, der er særlig for Randers Kommune, betyder, at ældreboligplanen på området bør revideres. Det eksisterende antal boliger (kommunale visiterede boliger og friplejehjemspladser) bør foreløbigt ikke udvides yderligere, ligesom det kan overvejes at nedlægge eller omklassificere boliger.	Langsigtet fald i gennemsnitsudgifter pr. ældre. Løbende forskydning i retning af øget hjemmeplejeandel.
Ved visitation til bolig er det vigtigt at være opmærksom på borgernes støttebehov.	Dette forhold skal ses i sammenhæng med det relativt høje antal boliger i kommunen og de deraf afledte incitamenter til at fylde ledige boliger op. Et øget fokus på borgerens støttebehov skal kunne afbøde dette incitament.	Sikre, at de borgere, som har det største støttebehov, visiteres til en bolig.
Differentieret budgettildeling i boligerne bør undersøges nærmere.	De tre boligtyper tildeles i dag en fast takst uanset borgerens plejebehov. Potentialet for differentieret budgettildeling efter borgerens aktuelle støttebehov bør undersøges nærmere. En omlægning af denne praksis vil dog medføre øget administration og sagsbehandlinger.	Kan forbedre økonomistyring og mindske udgiftsglidning. Kræver dog øget tid til genbesøg og administration.
Øget fokus på den motiverende samtale for borgere med stort støttebehov, således disse opnår bedste tilbud.	Samtalen har til formål at orientere de borgere, der har et stort plejebehov, om at borgeren i mange tilfælde vil have gavn af en visiteret bolig.	Bedre balance mellem boliger og fritvalgsområdet.
Sygeplejeydelser		
Øget anvendelse af sundhedsklinikker – 25% af sygeplejeydelser fra sygeplejegruppen bør leveres i sundhedsklinik.	Der skal yderligere fokus på, at udgangspunktet er, at sygeplejemodtagere selv skal transportere sig til nærmeste sundhedsklinik, medmindre der foreligger en faglig vurdering for en sådan undtagelse.	Effektivisering af indsatsen. Med anvendte forudsætninger: 1,3 mio. kr. Herudover sparet transport og frigjort tid på fritvalgsområdet.

Benchmarking af sygeplejeydelser på tværs af områder.	Det anbefales at øge fokus på benchmarking på specifikke sygeplejeydelser, hvor det vurderes, at potentialet for besparelser og borgers selvhjulpethed er størst.	Forbedret effektivitet ved fokus på opgaveløsning, læring mellem områderne og øget selvhjulpethed hos borgeren.
Øge udbredelsen af dosispakket medicin.	Anvendelsen af dosispakket medicin medfører færre sygeplejeydelser samt færre fejl i doseringen af medicin.	Forbedret ressourceudnyttelse hos hjemmepleje og sygepleje.
Træning og hjælpemidler		
Samling af træningsindsatsen efter Sundhedslovens § 140 på færre enheder.	Det kan overvejes at samle træningsindsatsen efter Sundhedslovens § 140 på færre enheder end i dag med henblik på at opnå stordriftsfordele og øget specialisering. Eventuelle anlægsudgifter forbundet med en sådan samling skal dog afdækkes før endelig stillingtagen.	Stordriftsfordele (effektivisering af driften) og øget specialisering.
Samling af træningsaktiviteter (Serviceloven) på færre enheder.	Det bør undersøges nærmere, om borgere fra fritvalgsområdet, som går til træning og aktiviteter efter Servicelovens §§ 86.1 og 86.2, bør samles på færre enheder.	Evt. stordriftsfordele (effektivisering af driften).
Forsimpling af sagsbehandling af hjælpemidler.	Der bør fokuseres på simple sagsbehandlingsprocedurer for hjælpemidler ud fra et overordnet rehabiliteringsprincip og et princip om, at de, som er tættest på borgeren, har bemyndigelsen. Der bør gennemføres særskilt analyse af ressourceforbruget ved den nuværende hjælpemiddelbevilling og -håndtering.	Effektivisering af driften. Yderligere analyse bør afdække et besparelspotentiale.
Pilotforsøg omkring borgernes afhentning af hjælpemidler.	Det bør overvejes at gennemføre et pilotforsøg, hvor borgere (eller pårørende) selv kan møde frem og få visiteret og udleveret de ønskede hjælpemidler.	Effektivisering af driften ift. transport og sagsbehandling. Yderligere analyse bør afdække et besparelspotentiale.
Budgetlægning, incitamentsstrukturer og visitation		
Ændring af budgettildelingsmodel (sygeplejeydelser)	Den interne budgettildelingsmodel for omsorgsområdet bør justeres, så incitamentet til at afslutte, tilpasse og justere alle sygeplejeydelser øges. Konkret foreslås det at justere modellen, så sygeplejebudgettet fremadrettet fordeles mellem områderne som en procentandel af det visiterede budget til pleje og praktisk hjælp.	Justere eksisterende incitamentsstruktur. Undgå fremadrettet udgiftspres.
Tættere sammenhæng mellem visitationsområderne.	Der kan med fordel etableres en tættere sammenhæng mellem visitationsområderne (pleje og praktisk hjælp, sygepleje, hjælpemidler og træning) med henblik på at opnå øget fokus på samdrift, planlægning, tværfaglige indsatser og økonomi.	Sikre gode rammer for styrket rehabiliteringsfokus.
Fortsat fokus på sammenhængen mellem visitationer og budgetter.	Fokus på, at de, der visiterer en ydelse også har direkte indsigt i de økonomiske konsekvenser herfor.	Sikrer gode økonomiske incitamentsstrukturer.
Øget fokus på eventuelle tilpasning af ydelser.	Der bør være øget fokus på at sikre tilpasning af støtteniveauet og vedvarende fokus på helhedsindsats og rehabilitering.	Sikre sammenhæng mellem visiteret og leverede ydelser. Korrekt støtteniveau til borgerne.

Øvrige områder		
Revurdering af specialist- og konsulentfunktioner	Det anbefales, at de nuværende specialist- og konsulentfunktioner på området revurderes, og at der tages stilling til relevant omfang fremadrettet og den organisatoriske forankring af funktionerne.	Effektivisering af driften.
Forenkling af MED-struktur	Det anbefales at undersøge mulighederne for at forenkle den nuværende, ret komplekse, MED-struktur på omsorgsområdet. Hvis der er et ønske om at slanke MED-strukturen, kan der eventuelt være et MED-udvalg pr. aftaleenhed fremfor hvert ledelsesfelt.	Nuværende MED-struktur beløber sig på ca. 2,1 mio. kr.

Bilag

Bilag 0.1. Kommissorium for analyse af omsorgsområdet

1. Beskrivelse af omsorgsområdets overordnede udgifts- og aktivitetsudvikling

Dette analysespor er rammesættende for de øvrige dele af omsorgsanalysen. I afsnittet analyseres omsorgsområdets overordnede udgifts- og aktivitetsudvikling i et historisk perspektiv. Der ses også på mulige årsagsforklaringer og –sammenhænge (f.eks. opgaveflytning fra sygehuse, demografisk udvikling og sundhedsprofilen for borgere i Randers Kommune). Hvor det er muligt, sammenlignes med regionens øvrige kommuner, 6-byerne og en række sammenligningskommuner.

I det følgende beskrives den overordnede udgifts- og aktivitetsudvikling, dels gennem udviklingen i udgifterne siden 2007 i Randers Kommune og dels ved en sammenligning med en række andre kommuner og udviklingen i udgifterne i perioden 2014-17.

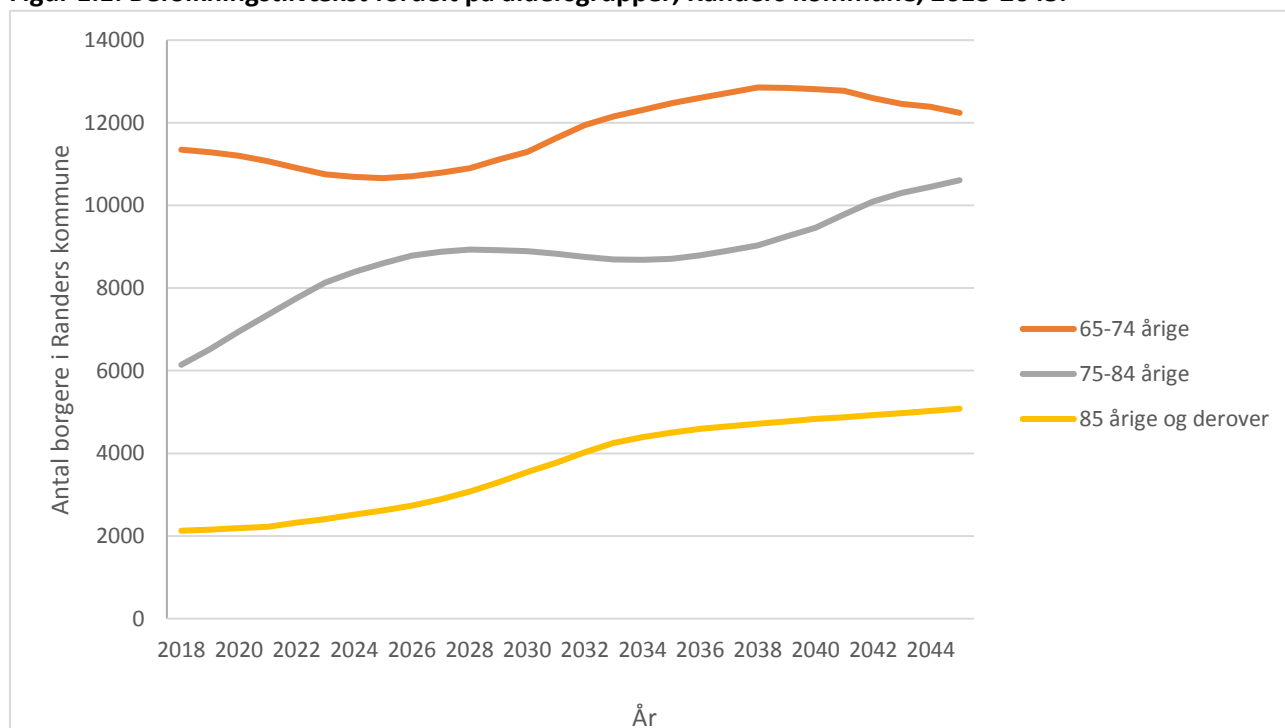
Det kan være forbundet med visse usikkerheder at sammenligne både mellem år og mellem kommuner, da der kan være forskel på konteringspraksis mellem kommuner og lov- og konteringsændringer.

Befolkningstilvækst

Demografiudviklingen har væsentlig betydning for omsorgsområdets aktivitets- og udgiftsniveau. I afsnittet undersøges den fremskrevne befolkningstilvækst frem til 2045 fordelt på aldersgrupperne 65-74 årige, 75-84 årige og 85 årige og derover. Denne udvikling sammenholdes med den nuværende andel borgere på omsorgsområdet i aldersgrupperne for at tydeliggøre, hvor udgiftspresset, alt andet lige, vil øges i fremtiden.

Af figur 1.1 fremgår den fremskrevne befolkningstilvækst frem til 2045 fordelt på de tre aldersgrupper. Fremskrivningen viser, at der sker en væsentlig befolkningstilvækst i omsorgsområdets primære målgrupper. Særligt de 85 årige og derover stiger i antal, og vi kan forvente, at målgruppen fordobles inden for de næste 15 år. Samme tendens kan identificeres for de 75-84 årige, som inden for de næste 10 år vil stige med 50%. For de 0-64 årige er der, med en tilvækst på 1,17%, en næsten uændret udvikling.

Figur 1.1: Befolkningstilvækst fordelt på aldersgrupper, Randers kommune, 2018-2045.



Note: Baseret på tal fra Danmarks Statistik (mindre afvigelser i forhold til Randers Kommunes officielle befolkningsprognose, men samme overordnede billede, jf. analysen af kommunens demografimodeller).

I tabel 1.1 fremgår det, hvilke aldersgrupper, der modtager de forskellige ydelser som omsorgsområdet varetager. Opgørelsen er fordelt på boliger, træning og aktivitet og en summering for personlig pleje, praktisk hjælp og sygepleje. Borgerandelene er baseret på de nuværende borgere, der har tilknytning til Omsorgsområdet med en eller flere ydelser.

Tabel 1.1 viser, at det primært er de 74-84 årige og 85 årige og derover, der modtager ydelser fra omsorgsområdet. Ovenstående befolkningsfremskrivning viser, at det også er for disse målgrupper, der sker den største tilvækst. Det vil alt andet lige betyde et øget aktivitets- og udgiftspres på omsorgsområdet idet, flere borgere skal modtage ydelser.

Tabel 1.1. Andel borgere og timer fordelt på aldersinterval og ydelse, juni 2018

Ydelse	0-64 årige	65-74 Årige	75-84 årige	85 årige og derover	SUM
Personlig pleje (PP)/Praktisk hjælp (PH) og sygepleje (fritvalg) (borgere og timer)					
Andel borgere	21%	20%	31%	28%	100%
Andel timer	15%	20%	31%	35%	100%
Bolig (borgere)					
Ældrebolig med mulighed for kald	12%	19%	32%	38%	101%
Plejebolig	5%	15%	32%	48%	100%
Demensbolig	4%	22%	44%	29%	99%
Træning og aktivitet (borgere)					
Sundhedsloven §140 (genoptræning)	47%	21%	20%	11%	99%
Servicebogen §86.1 (genoptræning)	12%	21%	36%	31%	100%
Servicebogen §86.2 (vedligeh. træning)	6%	20%	41%	33%	100%

Note: Andel borgere er beregnet for juni 2018. Summeringer, der er større eller mindre end 100% skyldes afrundinger. Borgere, der modtager træning efter sundhedslovens §140 hos Rehabiliteringsenheden er ikke medtaget i tabellen.

Udgifter og aktiviteter forbundet med befolkningstilvæksten er ikke fremskrevet i denne rapport. Størrelsen af demografireguleringen fastsættes politisk som led i budgetlægningen.

Overordnet set kan det konkluderes, at omsorgsområdet står over for en stor aktivitetsstigning i de primære målgrupper i de kommende år.

Udviklingen i Randers kommune

I tabellen herunder ses udviklingen i nettoudgifterne på omsorgsområdet i Randers kommune i de vedtagne budgetter fra 2007 til 2018.

Tabel 1.2: Budget på omsorgsområdet i Randers kommune 2007-2018

År	Vedttaget budget, 1.000 kr.*	Udgift pr. 80 årig og derover	Udgift pr. 80 årig og der- over, Indeks 2007=100
2007	768.397	191.572	100
2008	785.731	194.103	101
2009	799.905	197.654	103
2010	799.379	195.447	102
2011	796.970	195.768	102
2012	784.488	190.456	99
2013	766.070	187.166	98
2014	753.880	183.158	96
2015	760.725	180.523	94
2016	772.915	180.419	94
2017	786.661	179.439	94
2018	795.700	176.548	92

Note: Ældremilliard, Ældre medicinsk patient, klippekort og puljer er ikke medregnet. Budgettet er reguleret ift. lov- og opgaveændringer. *2018-priser.

Af tabel 1.2 fremgår det, at det vedtagne budget i 2018 var på 795,7 mio. kr., og at budgetterne i perioden har ligget mellem godt 760 mio. kr. og knap 800 mio. kr. med forskellige udsving mellem årene.

Tabel 1.2 viser, at udgifterne pr. 80 årige og derover har været nedadgående bortset fra en mindre stigning fra 2007 til 2011. I indekstal er budgettet pr. 80 årig og derover 8% lavere i 2018 end det var i 2007. Dette fald kan bl.a. forklares med gennemførte besparelser og sund aldring. Var budgettet i 2018 uændret pr. 80 årig og derover ift. 2007, ville de samlede nettoudgifter i 2018 havde udgjort godt 863 mio. kr., eller ca. 67 mio. kr. mere.

Der er indarbejdet godt 35 mio. kr. fra en række puljebeløb fra aftaler mellem Regeringen og KL samt fra finanslove de seneste 3 år (sundhedspuljer, ældremilliard og klippekort i fritvalgsområdet). Øvrige puljebeløb på knap 34 mio. kr. er ikke indregnet. Disse puljer fremgår af bilag 1.1.

Der er gennem årene sket en række politisk vedtagne budgetændringer (tillægsbevillinger). I bilag 1.2 er vist hhv. besparelser og udvidelser i perioden siden 2007 i årets priser. Af bilaget fremgår det, at der i alt er gennemført besparelser på knap 150 mio. kr. og udvidelser på godt 152 mio. kr., heraf demografireguleringer på ca. 110 mio. kr.

Fra 2007 til 2018 er der sket en række ændringer i aktiviteterne på omsorgsområdet. Af tabel 1.3 fremgår udviklingen i pleje og praktisk hjælp til hjemmeboende borgere.

Tabel 1.3: Timer til praktisk hjælp og uddelegeret sygepleje 2007-2018, Randers kommune

År	Antal timer gns. pr. uge, PP/PH og uddelegeret sygepleje	Timer pr. uge pr. 80 årig og derover	Indeks, 2007=100	Timer pr. uge pr. 67 årig og derover	Indeks, 2007=100
2007	10.563	2,63	100	0,82	100
2008	9.833	2,32	88	0,72	88
2009	9.047	2,24	85	0,68	83
2010	8.326	2,04	77	0,61	75
2011	8.214	2,02	77	0,59	71
2012	8.345	2,03	77	0,57	70
2013	8.626	2,11	80	0,57	70
2014	9.074	2,2	84	0,58	71
2015	8.528	2,02	77	0,53	64
2016	8.774	2,05	78	0,53	64
2017	9.915	2,26	86	0,58	71
1. halvår 2018	9.697	2,15	82	0,56	68

Fra 2007 til 2008 var der et kraftigt fald i det samlede antal ydede timer. Faldet fortsætter frem til 2011, hvorefter der ses en stigning frem til 2014. Herefter stiger antallet af timer igen frem til 2016 og især 2017. Samlet set er der sket et fald i antal timer fra 2007 til 2018, hvor der i mellemtiden har været udsving i antal timer til hjemmeboende borgere.

Siden 2007 er der også sket en udvikling ift. boliger og særlige pladser som det fremgår af tabel 1.4. Der er nedlagt boliger på Flyvervej, Søren Møllers Gade, Gudenåcentret, Dragonparken og Korshøjcentret, og oprettet boliger på Møllebo, Thors Bakke og Huset Nyvang. Samlet set er antallet af boliger faldet, mens der er kommet flere særlige pladser.

Tabel 1.4: Udviklingen i antal boliger med tilknyttet personale 2007-2018

	2007	2013	2018
Demensboliger	155	148	134
Pleje- og aflastningsboliger	656	617	618
Ældreboliger med mulighed for kald	570	536	503
Særlige pladser	13	23	48
I alt	1.394	1.324	1.303

Note: Huset Nyvang står som pleje- og aflastningsboliger og ikke demensboliger.

Opsummerende kan der således konstateres, at der siden 2007 er sket et fald i udgifterne pr. borger, samt en reduktion af boliger.

Sundhedsprofilen

Sundhedsprofilen for Randers Kommune er blevet præsenteret i rapporten *Hvordan har du det?* Den består af en komparativ undersøgelse af sundhedstilstanden blandt kommunerne i region Midtjylland. Undersøgelsen viser bl.a., at der er en signifikant større andel borgere i Randers kommune, der er daglige rygere, har usundt kostmønster og er svært overvægtige end gennemsnittet for regionen. Herudover er andelen af borgere, der er socioøkonomisk velstillede, lavere end gennemsnittet i regionen, mens andelen omvendt er

betydeligt højere for den socioøkonomiske dårligt stillede kategori end gennemsnittet i region Midtjylland. Sundhedstilstanden i Randers Kommune er således på flere væsentlige parametre værre end gennemsnittet for region Midtjylland.

En nylig rapport fra VIVE peger på, at forbruget af sundheds- og hjemmeplejeydelser er ulige fordelt blandt borgere, der er 65 og derover¹. Forbruget er større for borgere, der er socioøkonomisk dårligt stillede sammenlignet med borgere, der er socioøkonomisk velstillet. Socioøkonomisk status er beregnet ud fra indkomst og uddannelsesgrad.

Sammenholdes dette med fundene i sundhedsprofilen for Randers kommune, betyder den relativt dårligere socioøkonomiske status i Randers kommune, at udgifterne til hjemmepleje også relativt set vil være højere end i andre kommuner, der er bedre socioøkonomisk stillet. Sammenhængen mellem socioøkonomisk status og forbruget af sundheds- og hjemmeplejeydelser vil derfor spille en rolle i udgifterne til omsorgsområdet – også i fremtiden.

Sammenligning med andre kommuner

I det følgende sammenlignes udgifterne på omsorgsområdet i Randers kommune med udgifter i regionens øvrige kommuner, 6-byerne og en række andre sammenligningskommuner.

Af tabel 1.5 fremgår sammenligninger af udgifter til omsorgsområdet i udvalgte kommuner og efterfølgende i figur 1.1 og figur 1.2 fremgår hhv. sammenhæng mellem antal indlagte på hospitaler og udgifter på omsorgsområdet og sammenhæng mellem antal sengedage på hospitaler og udgifter på omsorgsområdet.

Tabel 1.5: Udgifter til omsorgsområdet i udvalgte kommuner pr. 67 årig og derover i regnskab 2017

	Boliger	"Frit-valgs- området"	Træning og aktivitet	Hjælpe- midler og depot i alt	Øvrige udgifter	Ældre- udgifter i alt
Øvrige 6-byer	20.339	19.629	3.802	5.045	8.062	56.877
Fredericia	19.633	21.857	3.750	5.196	2.525	52.961
Randers	26.599	12.606	3.801	3.844	3.289	50.138
Kolding	16.942	22.802	3.642	3.068	3.219	49.674
Hele landet	18.034	18.434	3.279	3.979	5.110	48.837
Fredericia, Kolding og Vejle	17.150	19.351	3.261	3.803	4.637	48.202
Region Midtjylland	18.628	16.924	3.358	3.859	4.702	47.472
Silkeborg	16.672	18.994	3.179	3.304	3.590	45.738
Horsens	18.970	17.177	3.838	3.938	1.812	45.734
Viborg	18.810	16.747	3.255	3.087	3.645	45.543
Øvrige 7-byer	17.313	17.064	2.957	3.879	3.429	44.642
Herning	17.305	13.595	2.998	4.612	4.197	42.708
Vejle	14.875	13.393	2.390	3.144	8.167	41.970
Favrskov	16.313	15.546	2.959	3.101	2.531	40.449

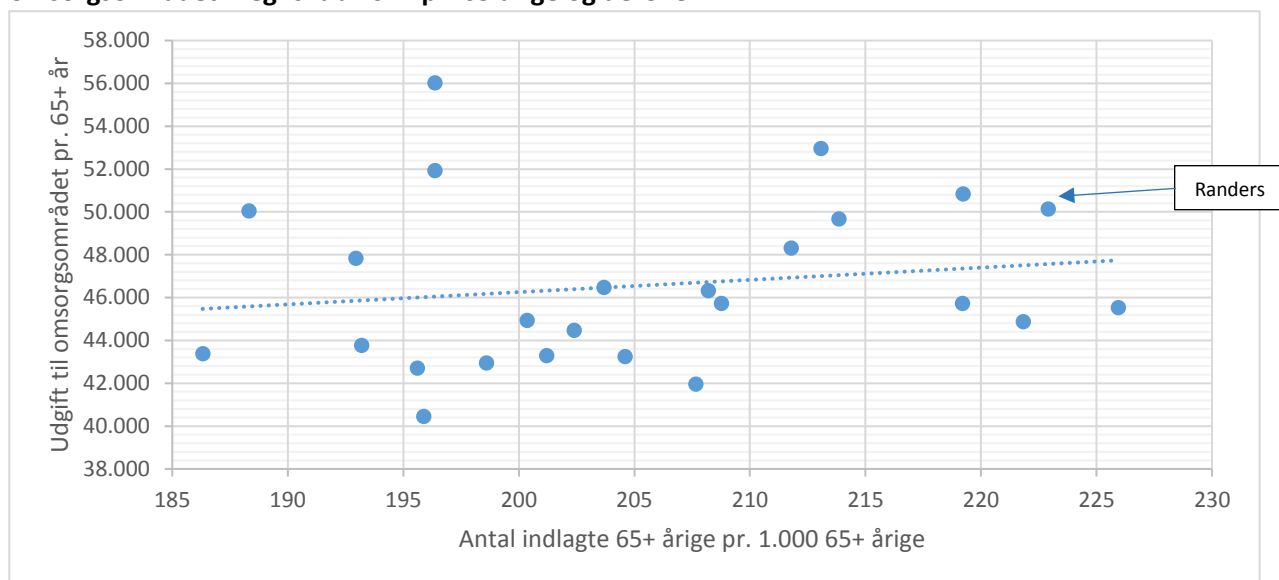
Det fremgår af tabel 1.5, at udgifterne i Randers kommune ligger relativt højt i forhold til de fleste øvrige kommuner (ældreudgifter i alt yderst til højre). I bilag 1.1 fremgår udgifter pr. 67 årig og derover i alle kommuner i Region Midtjylland, 6-byerne samt kommunerne Fredericia, Kolding og Vejle. Det fremgår også, at det særligt er på boliger, at Randers Kommune har høje udgifter sammenlignet med de andre kommuner. I

¹ VIVE, "Ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser – betydende socioøkonomiske faktorer", juni 2018

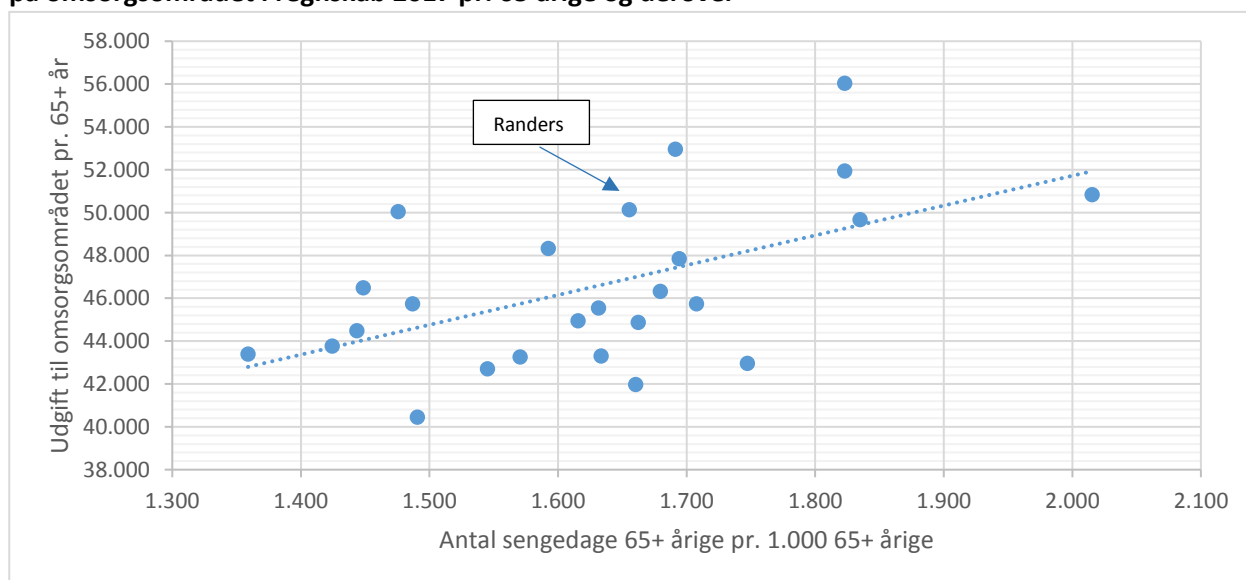
tabel 1.5 er de dyreste kommuner i de enkelte kategorier markeret med rød, mens de billigste er markeret med blå.

Figur 1.2 viser sammenhængen mellem antallet af 65 årige og derover, der i 2017 har været indlagt på en somatisk afdeling på sygehus og udgiften i regnskab 2017 pr. 65 årige og derover. Figur 1.3 viser antallet af sengedage pr. 1.000 65 årige og derover og udgiften pr. 65 årige og derover.

Figur 1.2: Sammenhæng mellem antal indlagte på hospitaler pr. 1.000 65 årige og derover og udgifter på omsorgsområdet i regnskab 2017 pr. 65 årige og derover



Figur 1.3: Sammenhæng mellem antal sengedage på hospitaler pr. 1.000 65 årige og derover og udgifter på omsorgsområdet i regnskab 2017 pr. 65 årige og derover



Af figur 1.2 ses, at der er en vis, men ikke klar, sammenhæng mellem antallet af indlagte pr. 1.000 borgere på 65 år og derover, og udgiften til omsorgsområdet pr. 65 årige og derover. I figur 1.3 fremgår en klarere sammenhæng mellem antallet af sengedage og udgifter til omsorgsområdet.

Med 223 borgere har Randers kommune det næsthøjeste antal 65 årige og derover, der indlægges – højest ligger Viborg med 226 borgere, og lavest ligger Skanderborg med 186 borgere (figur 1.2).

En anden sammenligning mellem kommunerne kunne være antallet af sengedage pr. indlæggelse, og her ligger Randers kommune meget lavt med 2,86 dag pr. indlæggelse, hvilket er på niveau med Viborg på 2,87 dag pr. indlæggelse. Disse tal kan fx sammenlignes med Fredericia, hvor gennemsnittet er 3,33 dag pr. indlæggelse, Herning 3,42; Vejle 3,78 og Aalborg på 3,94.

Der er også en række andre faktorer, der kan have indflydelse på udgiftsniveauet, f.eks. by-strukturer, sociale forhold mv. ud over det politisk valgte udgiftsniveau.

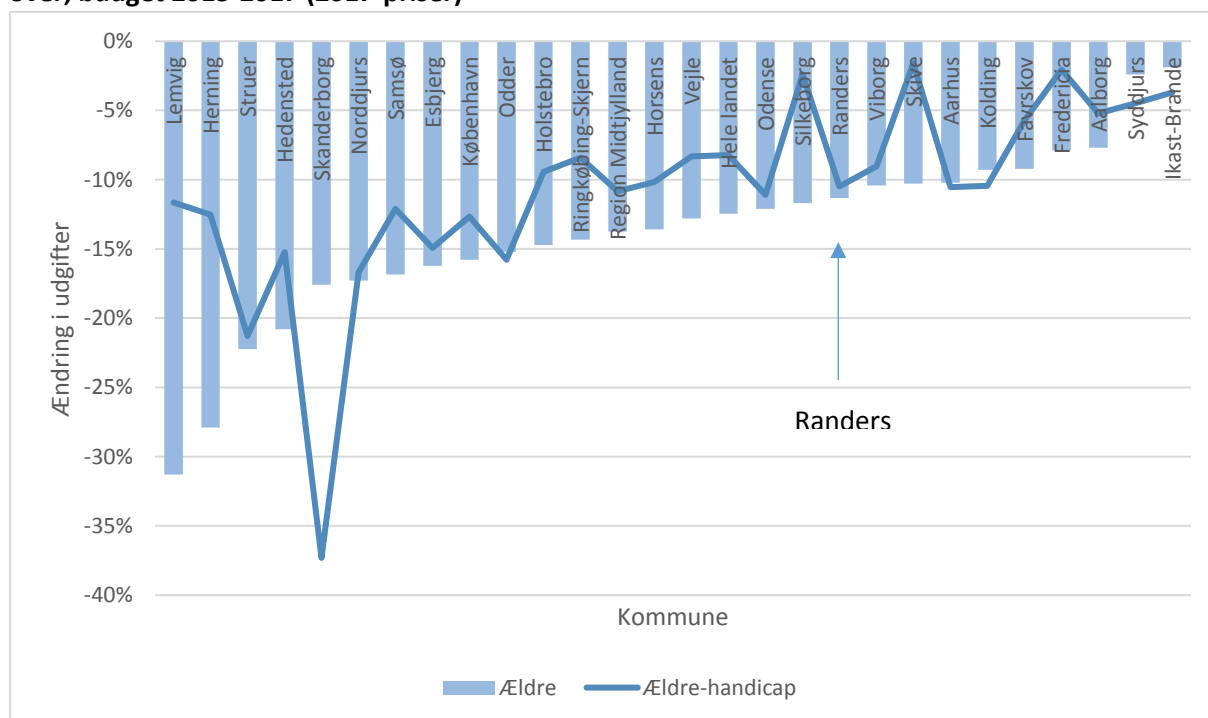
Udvikling i udgifter 2013-17 sammenlignet med andre kommuner

Da der er ændret væsentligt i kontoplaner mv., og de enkelte kommuner konterer noget forskelligt, er en sammenligning over år og mellem kommuner behæftet med en vis usikkerhed. Som følge af de mange puljemidler, er der væsentlige forskydninger mellem årene i regnskabstallene, hvorfor der i dette afsnit fokuseres på udviklingen i budgetterne fra 2013-17 (2018 medtages ikke, da en kraftig omlægning af den autoriserede kontoplan fra 2018, gør det vanskeligt at sammenligne).

Ses der på udviklingen fra 2013-17 i figur 1.4, er udgifterne pr. 67 årige og derover faldet i alle kommuner, men meget forskelligt fra kommune til kommune. De største fald sker i kommunerne Lemvig, Herning, Struer og Hedensted, mens de laveste fald ses i kommunerne Ikast-Brande og Syddjurs. Randers kommune er med et fald på ca. 11% i den lavere ende af kommuner med fald.

At udviklingstallene kan være svære at sammenligne ses også af kurven, der viser faldet i udgifterne til det samlede ældre- og handicapområde. Her ses at udgifterne i Lemvig og Herning er faldet noget mindre end udgifterne til omsorgsområdet, hvilket kan skyldes konteringsmæssige ændringer.

Figur 1.4: Udvikling i totale udgifter til omsorgsområdet og ældre-handicapområdet pr. 67 årige og derover, budget 2013-2017 (2017-priser)



Opsummerende kan det konkluderes, at befolkningstilvæksten vil skabe et aktivitets- og udgiftspres på omsorgsområdet i de kommende år. Dette skal ses i sammenhæng med løbende byrådsfastsatte demografiregulering af områdets budgetter. Selvom Randers Kommune generelt har oplevet et fald i gennemsnitsudgifterne på omsorgsområdet i de sidste 10 år, er udgifterne dog faldet mindre end i sammenligningskommunerne (med forbehold for konteringspraksis osv.). Det er særligt på udgifterne til boliger, at Randers kommune ligger højere end sammenlignelige kommuner og de øvrige kommuner i region Midtjylland. Randers Kommune har relativt mange hospitalsindlæggelser pr. 1.000 65 årige og derover. Dette kan hænge sammen med den relative dårlige sundhedsprofil for Randers kommune.

Bilag

Bilag 1.1. Puljemidler 2013-2018 på omsorgsområdet

Bilag 1.2. Budgetændringer 2006-18 på omsorgsområdet

Bilag 1.3. Udgifter til omsorgsområdet i regnskab 2017 pr. 67 årig og derover i udvalgte kommuner

2. Plejeboliger og særlige tilbud

I dette analysespor undersøges antallet af ældre- og plejeboliger i Randers Kommune og fordelingen på boligkategorier. Randers Kommune har et stort antal visiterede boliger pr. borger sammenlignet med de øvrige kommuner i regionen og på landsplan.

Arbejdsgruppens inspirationsbesøg og dialog med udvalgte sammenligningskommuner indikerer dog, at det ikke er basisdriften (altså gennemsnitsudgifterne forbundet med at drive de forskellige kategorier af pladser), som er dyrere i Randers end i de øvrige kommuner. Arbejdsgruppen udelukker ikke, at der er effektiviseringspotentiale i basisdriften. De højere udgifter skyldes derimod snarere antallet af boliger og de særlige tilbud, som ikke er lovpligtige, og som derfor ikke (alle) findes i de øvrige kommuner.

Tabel 2.1 viser en oversigt over nuværende og kommende boliger i Randers kommune.

Tabel 2.1: Antal boliger fordelt på boligkategori

Boligkategori	Antal boliger
Demensbolig	134
Pleje- og aflastningsbolig	618
Ældrebolig med mulighed for kald	503
Særlige pladser	48
Friplejeboliger	24*
I alt	1.327

Note: *Forventes færdigt i efteråret 2019. Huset Nyvang står som pleje- og aflastningsboliger.

Det samlede antal boliger stiger således fra 1.303 til 1.327 i efteråret 2019, når de nye friplejeboliger tages i brug. I forbindelse med analysen af balancen mellem fritvalg og boliger i afsnit 4 undersøges antallet af boliger nærmere.

I nærværende afsnit undersøges de 48 særlige pladser nærmere. I tabel 2.2. fremgår en oversigt over de særlige tilbud, fordelingen af pladser samt budget.

Tabel 2.2. Særlige tilbud på omsorgsområdet og deres budgettildeling

Særlige tilbud	Antal boliger	Budget (mio. kr.)
Hospice	7	5,4
Tryghedshotellet	18	10,8
Genoptræningspladser	13	6,9
Træningshøjskole	10	4,5
I alt	48	28

Udgifterne til disse indsatser, sammenlignes i analysen med udgifter til øvrige tilbud, som de pågældende borgere alternativt ville have modtaget. I praksis; aflastning, plejehjemsplads eller regionalt tilbud. Der ses endvidere på de særlige tilbuds gennemsnitlige opholdstider. Udgifterne til de særlige tilbud ses i tabel 2.2.

Midlertidige pladser og særlige tilbud

Omsorgsområdet har i dag 30 aflastningspladser samt fire specialtilbud med tilsammen 48 pladser. Specialtilbuddene tildes et større budget end de almindelige aflastningspladser, der har samme takst som en plejebolig. Som beskrevet tidligere i dette afsnit kan de særlige pladser og et højt antal boliger være med til at

forklare de relativt høje udgifter på boligområdet. Derfor gennemgås i det følgende de særlige pladser med fokus på funktion, tildeling og mulige alternativer samt konsekvenser ved ikke at have tilbuddene.

Tryghedshotellet

Tryghedshotellet er akutpladser og udgør sammen med det udekørende akutteam, kommunens akutfunktion. Der er tale om en funktion, som har til formål at forebygge hospitalsindlæggelser og genindlæggelser. Kommunens akutfunktion følger sundhedsstyrelsens faglige krav til akutfunktioner i hjemmesygeplejen.

Der er forskel på, hvordan de forskellige kommuner har organiseret deres akutfunktion – ofte som akutteam og/eller akutpladser. I bilag 2.1 kan ses en opgørelse fra KOSU over antal akutpladser i landets kommuner. Sammenlignet med øvrige kommuner i Region Midtjylland ligger Randers Kommune højt ift. antallet af akutpladser. Randers Kommune har ca. 1 plads pr. 1.000 borgere over 67 år, mens gennemsnittet i regionen er 0,77. Seks ud af 19 kommuner har flere pladser end Randers Kommune. Disse beregninger fremgår af bilag 2.2.

I 2017 var den gennemsnitlige opholdslængde på Tryghedshotellet 17 dage – til sammenligning er det gennemsnitlige antal liggedage på hospitaler 2,86 dage.

Alternativet til et ophold på Tryghedshotellet kan være en almindelig aflastningsplads eller støtte i eget hjem, når der ikke længere er behov for de mere specialiserede kompetencer.

Hospice Randers

Hospice Randers er et hospicelignende tilbud til uhelbredelige syge, hvor borgeren er erklæret terminal og alle helbredende tiltag er ophørt.

Alternativet til Hospice Randers er et ophold på et regionalt hospice, hvor kommunen medfinansierer en del af opholdet, hospitalsindlæggelse eller palliative indsatser i eget hjem eller på aflastningsplads.

I 2017 var der ca. 100 borgere på Hospice Randers og 14 borgere på regionalt hospice i Region Midtjylland. Sammenlignet med de andre kommuner i region Midtjylland benytter Randers sig i mindre grad af det regionale tilbud. Dog har Randers Kommune en høj andel borgere, der kommer på hospice, når der både tælles det regionale og kommunens tilbud med. Dette billede kendes også fra de øvrige kommuner, f.eks. Syddjurs, som har et hospice indenfor kommunegrænsen.

Døgngenoptræningen og Træningshøjskolen

Døgngenoptræning og Træningshøjskolen er genoptræningspladser og rehabiliteringspladser. Døgngenoptræningen varetager genoptræning af borgere typisk med mere komplekse skader, herunder neurologiske skader, mens træningshøjskolen varetager rehabilitering og genoptræning særligt ift. borgere med ortopedkirurgiske problematikker. En stor del af borgerne, som kommer til Døgngenoptræningen og Træningshøjskolen har en genoptræningsplan efter Sundhedslovens § 140.

Alternativet til døgngenoptræningen og Træningshøjskolen kan være genoptræning eller rehabilitering i eget hjem, eller alternativt en aflastningsplads i en periode. For Døgngenoptræningen kan det ikke udelukkes, at det i nogle tilfælde vil betyde ophold på et regionalt tilbud ifm. med komplekse senhjerneskader. I takt med implementeringen af de rehabiliterende borgerteams m.m. som led i den vedtagne rehabiliteringsstrategi, bliver der behov for at justere træningshøjskolens målgruppe.

Opsamling og økonomi

Den samlede budgettildeling for de fire specialtilbud udgør ca. 28 mio. kr. Havde de særlige pladser været almindelige aflastningspladser eller plejeboligpladser, ville tildelingen være ca. 13 mio. kr. mindre – som illustreret i tabel 2.3.

Afledte konsekvenser, hvis kommunen ikke havde de særlige tilbud:

- Øget medfinansiering til regionalt hospice.
- Øgede omkostninger til pleje og omsorg i eget hjem for alle fire tilbud.
- Muligvis øget medfinansiering til hospitalsindlæggelser, idet Trykshotellet udgør en erstatning for en hospitalsindlæggelse.
- Manglende rehabilitering/genoptræning med afledte meromkostninger til personlig pleje/praktisk hjælp ved genoptræningspladserne på Døgngenoptræning og Træningshøjskolen.

For Hospice Randers er det desuden muligt at opgøre udgifter ift. et regionalt hospice. Her medfinansierer kommunen en takst på 2.044 pr. døgn. Prisen pr. døgn for kommunens eget hospice er ca. 3.000 kr. (udregnet på baggrund af belægningsprocenten på 71 % i 2017). Dermed er der en besparelse på ca. 1.000 kr. i døgnnet, hvis det regionale tilbud alene blev benyttet. Det betyder, at hvis alle borgere, der i 2017 var på Randers Hospice i stedet havde været på regionalt hospice, ville det give en samlet besparelse på 1,5 mio. kr.

Ses Trykshotellet ift. det regionale gennemsnit for akutpladser vil det betyde en reduktion på fire pladser. Omlægges disse til aflastningspladser, vil det betyde en mindreudgift på ca. 1,2 mio. kr.

Ift. døgngenoptræningen og Træningshøjskolen er det ikke umiddelbart muligt at opgøre udgift ift. alternativer præcist.

Tabel 2.3: Udgifter til de særlige tilbud sammenlignet med aflastningsplads

Tilbud	antal pladser	Belægningsprocent	gen. Opholdslængde	samlet tildeling	tildeling pr. plads	mertildeling pr. plads ift. aflastningspladser	mertildeling i alt ift. aflastningsplads
Hospice	7	71%	18	5.497.300	785.329	477.279	3.340.950
Trykshotel	18	78%	17	10.959.600	608.867	300.817	5.414.700
Døgngenoptræningen	13	84%	43	7.015.700	539.669	231.619	3.011.050
Træningshøjskolen	10	82%	46	4.554.400	455.440	147.390	1.473.900
i alt	48			28.027.000	583.896	275.846	13.240.600

Anbefalinger

- Der vurderes at være visse optimeringsmuligheder i forhold til tilrettelæggelsen af indsatsen i de visiterede boliger. Det er arbejdsgruppens vurdering, at den kommende udrulning af rehabiliteringsmodellen på plejecentrene og udvalgte dele af Ældreministeriet og KL's kulegravning på sigt vil bidrage positivt hertil.
- Det anbefales at omfanget af de fire særlige tilbud revurderes, idet disse er medvirkende til de relativt høje gennemsnitsudgifter på omsorgsområdet i Randers Kommune.
- Det bør herunder overvejes, om omfanget af Randers Kommunes akuttillbud og øvrige korttidspladser fortsat er passende, idet antallet er højt sammenlignet med øvrige kommuner.

- Der bør i forlængelse af udrulningen af rehabiliteringsmodellen ses på de afledte konsekvenser for Træningshøjskolen, idet de nye tiltag med borgerteams m.v. kan medføre justeringer af målgruppe og opholdstider.

Bilag

Bilag 2.1. Akutfunktioner og midlertidige pladstilbud i de midtjyske kommuner (KOSU)

Bilag 2.2. Oversigt over akutpladser i Region Midtjylland ift. indbyggertal, 2017

3. Pleje og praktisk hjælp (fritvalgsområdet)

Dette analysespor har fokus på fritvalgsområdet (hjemmepleje og rengøring). Målet med analysesporet er at identificere potentielle effektiviseringsmuligheder inden for planlægning, organisering, dokumentation m.v.

Antallet af borgere, som modtager hjælp fra omsorgsområdet er i juni 2018 på samme niveau som november 2016 efter en stigning i juni 2017 (tabel 3.1). Tabel 3.3 viser, at antallet af borgere i hjemmeplejen, der modtager personlig pleje og/eller praktisk hjælp (herefter PP/PH) er faldet med 100 borgere siden juni 2017. Antal borgere, der modtager sygepleje er dog steget siden november 2016. Siden november 2016 er der også sket et stort fald i antal ydede timer på PP/PH, mens der for sygepleje er sket en stigning (tabel 3.4). Stigningen i sygeplejeydelser kan indikere, at kompleksiteten i borgers forløb er øget. Rettes blikket mod det samlede antal timer i tabel 3.2 er det højest for juni 2017 hvorefter det i juni 2018 er faldet til et niveau, der ligger lavere end november 2016.

Tabel 3.1-3.4: Udvikling i antal borgere og timer for PP/PH og sygepleje fordelt på aldersgruppe og timeintervaller

Tabel 3.1: Antal borgere

	Nov-16	Jun-17	Jun-18
0-39 år	85	101	94
40-64 år	523	503	508
65-74 år	570	592	576
75-84 år	865	934	896
85+	786	814	809
I alt	2.829	2.944	2.883

Tabel 3.2: Antal timer pr. uge

	Nov-16	Jun-17	Jun-18
0-39 år	90	105	134
40-64 år	1.582	1.584	1.418
65-74 år	1.982	2.169	2.030
75-84 år	3.132	3.590	3.139
85+	3.728	3.923	3.561
I alt	10.514	11.371	10.283

Tabel 3.3: Antal borgere

	Nov-16	Jun-17	Jun-18
PP/PH	1.998	2.074	1.975
Sygepleje	1.968	2.098	2.114

Tabel 3.4: Antal timer pr. uge

	Nov-16	Jun-17	Jun-18
PP/PH	6.790	7.338	6.102
Sygepleje	3.723	4.034	4.181

Note: Borgere og timer fra hjemmepleje, sygepleje, natcenter og privat leverandør. PP/PH (personlig pleje og praktisk hjælp) omfatter indsats efter servicelovens §§ 83.1, 83.2 og 83a, sygepleje er ydelser efter sundhedslovens §138.

Observationer fra pilotprojekt

I foråret 2018 har der på seks udvalgte arbejdspladser i omsorgsområdet været igangsat pilotprojekter omhandler strategisk målrettet udvikling af arbejdsprocesser og metoder, som skal munde ud i bedre borgerrettet service, forbedret trivsel blandt medarbejdere og optimering af arbejdstid. Pilotprojekterne har haft forskelligt fokus afhængigt af udfordringerne på den enkelte arbejdsplads. Observationer fra pilotprojekterne indikerer, at sagsgange, arbejdstilrettelæggelse, planlægning og overlap mellem faggrupper muligvis kan optimeres. Det kan kræve yderligere fokus på kultur på arbejdspladserne, hvis de involverede faggrupper skal ændre praksis og løse flere tværfaglige opgaver i borgers hjem.

Som eksempler er der arbejdet med optimering af mødestruktur, indhold på møder og flytning af tidspunktet for teammøder (for at undgå køretid), som alt sammen har betydet kortere og mere effektive møder med mere relevant indhold. Hertil er der samtidig sket en besparelse i mødetid/køretid for den enkelte medarbejder på op til ca. 30 min. pr. uge, som i stedet bruges hos borgerne. Andre eksempler på forbedring

og optimering af arbejdsprocesser er ”stilletid” om morgenen til at læse dokumentationen, bemandings-tavle, kommunikation, samkøring af grupper m.m., som betyder bedre trivsel og effektivisering af arbejds-gange, som kommer borgerne til gode.

Der ses endvidere et muligt effektiviseringspotentiale i opgaver, som borgeren selv kan udføre via virtuel støtte (f.eks. påsmøring af creme el. lign.). Øget brug af virtuel støtte (ViewCare) kan med fordel spille en rolle i udrulning af rehabiliteringsprojektet.

Benchmarking på ydelser

Tabel 3.5 indeholder tre af de ydelser, for hvem gennemsnitstiden pr. borger er højest. De tre ydelser leve-res af hjemmeplejen.

Tabel 3.5: Gennemsnitlig antal borgere, bestilt tid og andel fordelt på ydelser

Ydelse	Gns. timer pr. borger pr. uge	Timer pr. uge i alt	Gns. antal borgere pr. måned	Andel af samlede bestilte timer (PP/PH)
Tilberede/anrette mad	2,67	1.036	388	18%
2. hjælper: Forflytning, vending, lejrning	7,66	475	62	8%
Forflytning, vending, lejrning	3,78	387	103	7%

Note: Gennemsnit og andel er beregnet ud fra månederne marts-juni 2018 for den samlede kommunale hjemmepleje ekskl. Natcen-ter.

For ydelsen *Tilberede/anrette mad* er næsten 30% af timerne bestilt til aftenvagten. En del af de borgere, der modtager ydelsen af aftenvagten, modtager mad fra Madservice Kronjylland. Det betyder, at borgerne i disse tilfælde skal have hjælp til f.eks. at anvende mikrobølgeovnen. Det foreslås, at der hos den enkelte borger revurderes, hvorvidt borger kan blive selvhjulpnen, og om der muligvis kan ydes hjælp til dele af ydel-sen på andre tidspunkter af dagen i forbindelse med øvrige besøg hos borgeren.

For ydelsen *2. hjælper: Forflytning, vending og lejrning* viser analysen, at gennemsnitstiden pr. borger er me-get høj. De borgere, der modtager denne ydelse er også de mest plejkrævende borgere. Det er også gæl-dende for ydelsen *Forflytning, vending og lejrning*. Det foreslås, at det ud fra, hver enkelt borgers behov re-vurderes, om hjælpemidler (f.eks. loftlift) kan reducere antallet af timer til disse ydelser. Derudover kan det evt. være relevant at fokusere på, om borgeren kan gøres selvhjulpnen i dele af forflytningsprocessen.

Der følges op på ydelserne via benchmarking.

Virtuel hjemmepleje

Der ses et fortsat effektiviseringspotentiale i opgaver, som borgeren selv kan udføre. Baseret på interviews med ledere, medarbejdere og borgere vurderes det, at anvendelsen af de nuværende skærmbesøg (View-care) fungerer godt for medarbejdere og borgere, og de adspurgte borgere er tilfredse med skærmbesøg.

De interviewede gav bl.a. udtryk for, at anvendelsen af skærmbesøg er godt, da de kan benyttes i et samspil med og som et supplement til de fysiske besøg, som borgerne også modtager.

Medarbejderne sætter pris på den fleksibilitet, som anvendelsen af skærmbesøg giver, da de kan foretage opkald i deres bil og derfor ikke skal tilbage til grupperummet. Det opleves endvidere fleksibelt og ikke tids-krævende at foretage et ekstra opkald, hvis borgerens tilstand nødvendiggør dette.

De adspurgte ledere og medarbejdere oplever, at brugen af ViewCare giver et mere intensivt og udbytterigt besøg, da medarbejderne kun har opmærksomhed på, hvad der sker i relationen over skærmen. Dette medfører, at besøgene i gennemsnit tager under to minutter at udføre. Der er således en væsentlig tidsbesparelse, både ved selve besøget og ved den sparede transport. Det opleves endvidere, at en væsentlig andel af borgerne bliver selvhjulpne, hvorfor tiltaget også er et aktiv i rehabiliteringsøjemed.

I uge 24 (2018) var der 175 borgere, der modtog virtuel hjemmepleje. Disse borgere modtager i alt knap 1.000 opkald pr. uge.

Kvalitetsstandarder

Der er gennemført en sammenligning af kvalitetsstandarderne i Randers, Herning, Viborg og Horsens kommuner. Det er dog generelt vanskeligt at sammenligne kvalitetsstandarder mellem kommuner, da der er forskel på form, detaljeringsgrad m.v. og da materialet flere steder er formuleret på en måde, så udførerområdet gives vid fleksibilitet i forhold til ydelsens tilrettelæggelse, omfang og frekvens.

Natdækning

Arbejdsgruppen har set på den nuværende organisering af den centrale natdækning i fritvalgsområdet. Natdækningen er samlet i en organisatorisk enhed med base i Kollektivhuset. Den nuværende struktur er bl.a. kendetegnet ved følgende fordele:

- Én koordinator, der har et samlet overblik over medarbejdere, opgaver samt ruter via GPS.
- Besøg og nødkald fordeles på tværs af områder/ruter alt efter, hvilket område, der er mest belastet.
- Medarbejderne oplever at have flere kolleger, da mange møder ind samme sted i en gruppe med flere fagligheder.

Samtidig ses dog også en række udfordringer:

- Organiseringen vanskeliggør tværfagligt samarbejde på tværs af døgnet og mellem vagtlag i distrikterne.
- Der køres (for) mange kilometer om natten, når medarbejderne kører ud til borgere i hele kommunen fra en samlet geografisk base (Kollektivhuset).

Arbejdsgruppen vurderer ikke der er økonomiske besparelser ved at ændre organiseringen, dog kan der være økonomiske potentiale i at køre ud decentralt samt et fagligt potentiale ved et øget samarbejde med hjemmeplejedistrikterne.

Anbefalinger

- Der bør være øget fokus på funktionen som disponent (opgave- og ruteplanlægning), idet realisering af synergieffekter og øget koordinering mellem faggrupper (som led i rehabiliteringstilgangen) i høj grad er bundet op på medarbejderne, som bestrider denne funktion. Det kan være uddannelse og vedvarende ledelsesmæssigt fokus. Det kan overvejes at gennemføre en særskilt analyse af kørselsmønstre, koordination af faggrupperes besøg i borgerens hjem m.v.
- Der bør være fortsat fokus på at øge antallet af borgere, som tilbydes virtuel hjemmepleje, og at medarbejdere i endnu højere grad anvender skærmfunktionen til intern og tværfaglig sparring for

at reducere tid og kørselsomkostninger. Der er endvidere mulighed for at udvide brugen af løsningen i forhold til forebyggende ydelser.

- Der bør være øget fokus på benchmarking af hjemmeplejeydelser mellem områderne, så det ledelsesmæssige grundlag for tilrettelæggelse og justering af arbejdet højnes.
- Der ses ikke umiddelbart et væsentligt økonomisk potentiale ved at ændre den nuværende organisering af natdækningen i fritvalgsområdet.

4. Balanceret sammenhæng mellem fritvalg og boliger

Dette afsnit har fokus på den økonomiske sammenhæng mellem fritvalgsområdet og boligområdet, som i høj grad kan siges at fungere som forbundne kar. Sammenlignet med andre kommuner ligger udgifterne til pleje og omsorg i Randers Kommune relativt højt, som beskrevet i afsnit 1. Dette skyldes især høje udgifter pr. indbygger (over 65 år) til borgere i visiterede boliger, som ikke umiddelbart modsvares af en tilsvarende mindreudgift på fritvalgsområdet.

I dette kapitel undersøges, hvornår det, ud fra en økonomisk betragtning, er bedst at hjælpe og støtte borgeren i fritvalgsområdet kontra visiteret bolig. I analysen undersøges det såkaldte økonomiske break-even punkt for indflytning i visiteret bolig, borgernes behov for hjælp umiddelbart før indflytning samt borgernes støttebehov i fritvalgsområdet.

Break-even punkt

Break-even punktet er udtryk for, hvornår det *økonomisk set* er bedst at tilbyde borgeren en bolig frem for at yde hjælp og støtte fra fritvalgsområdet. Har borgeren brug for færre timers hjælp pr. uge end break-even punktet, er det alt andet lige billigere at tilbyde hjælp og støtte til borgeren i fritvalgsområdet. Modtager borgeren omvendt mere hjælp end break-even punktet, er det alt andet lige billigere at tilbyde hjælp og støtte i en visiteret bolig, hvor der er personale tilgængeligt hele døgnet. Det er her vigtigt at slå fast, at der er mange faktorer, der spiller ind i forbindelse med visitering og valg af bolig, herunder etiske, personlige, faglige og lovgivningsmæssige forhold.

Break-even punktet er udregnet ud fra det faktiske lønforbrug i 2017 dels på plejecentrene og dels i distriktsgrupperne. Det er ikke muligt at adskille lønudgifterne til de forskellige boligtyper, da flere centre har boliger af forskellige type. Derfor er dette udregnet efter den tildelingsnøgle, der er i den interne budgetfordelingsmodel.

Tabel 4.1: Break-even-punkter ift. boligtype

Boligtype	Break-even punkt – støttebehov (timer pr. uge)
Ældrebolig med mulighed for kald	8,0
Plejebolig	15,9
Demensbolig	19,7

Note: Baseret på faktiske lønudgifter i 2017 på centrene og distriktsgrupperne i 2017. I forhold til distriktsgrupperne er udgifterne sat op i forhold til ydelser efter §83 (hjemmehjælp) og sundhedslovens § 138 (den uddelegerede sygepleje). I forhold til boligerne er udgifterne sat op imod antallet af boliger.

Det skal bemærkes at kommunen har en tomgangshuslejeforpligtelse, hvis boligen i en periode står tom.

Støttebehov før indflytning i visiteret bolig

Arbejdsgruppen har foretaget en analyse af borgernes behov for hjælp til hjemmehjælp og sygepleje forud for indflytning i visiteret bolig i månederne marts-juni 2018 – vist i nedenstående tabel.

Tabel 4.2: Borgerens behov for hjælp (til sygepleje og hjemmepleje) før indflytning i visiteret bolig i marts til juni 2018

Timer pr. uge før indflytning	Ældrebolig med mulighed for kald	Plejebolig	Demensbolig	I alt
0-3,9	64%	19%	9%	31%
4-7,9	12%	11%	9%	11%
8-11,9	16%	11%	18%	13%
12-15,9	0%	11%	9%	7%
16-19,9	4%	9%	18%	8%
20+	4%	40%	36%	29%
I alt	100%	100%	100%	100%
Gns. tid til hjælp pr. borger (timer/uge)	5,4	23,3	19,1	17,3
Antal borgere	25	47	11	83

Note: Tabellen viser antal timer til hjemmehjælp og sygepleje i den sidste uge forud den måned, borgeren er flyttet i visiteret bolig.

Tabellen viser, at borgerne generelt har et større behov for hjælp forud for indflytning i en pleje- eller demensbolig end i en ældrebolig med mulighed for kald, hvilket er i overensstemmelse med tildelingen af ressourcer til de forskellige boligkategorier. Omvendt er der umiddelbart også en relativ høj andel (42 %) af alle borgere med et hjælpebehov under 8 timer (laveste break-evenpunkt) forud for indflytningen.

Arbejdsgruppen har foretaget en nærmere journalgennemgang af 22 af de 35 borgere, som modtog mindre end 8 timers hjælp forud for indflytning. Gennemgangen peger på forskellige årsager hertil. Dels afspejler timetallet i fritvalgsområdet ikke altid det reelle behov for hjælp hos borgerne. Det kan bl.a. være fordi, de pårørende har stået for rigtig meget hjælp, eller fordi borgeren har fået et (pludseligt) funktionstab og flytter i visiteret bolig i forlængelse af indlæggelse eller midlertidigt ophold. Dels findes i gennemgangen også en række andre behov som årsag til indflytning i ældrebolig med mulighed for kald, som ikke umiddelbart er begrundet med et større plejebestandsbehov nu og her. Det kan bl.a. handle om tryghed, ønske om en bedre fysisk egnet bolig tættere på aktiviteter eller om sociale problematikker.

Mulige årsagsforklaringer ved lav støtte i egen bolig inden indflytning i visiteret bolig:

1. "Skjult hjælp" fra de pårørende. Det ses ved nogle af borgerne, at de pårørende i en periode har kompenseret rigtigt meget i hjemmet for deres pårørende. Dermed er timetallet for denne borger ikke udtryk for det reelle hjælpebehov.
2. Funktionstab, herunder indlæggelse på hospital eller midlertidigt ophold forud for indflytning. Dermed er timetallet i fritvalgsområdet ikke udtryk for disse borgeres reelle hjælpebehov.
3. Andre behov, der især anvendes som begrundelse for visitation til ældrebolig med mulighed for kald. Det er bl.a. borgernes ønske om at flytte til en fysisk egnet bolig med lettere adgangsforhold, begrundelser omhandlende ensomhed og oplevet tryghed. En stor del af disse borgere klarer sig fortsat med relativ begrænset hjælp til personlig pleje, praktisk hjælp og sygepleje, og en anden og væsentligt billigere indsats kunne have været iværksat.

De relativt mange boliger på området og de gældende kriterier for visitation til ældreboliger med mulighed for kald er brede og giver samlet set et incitament til at fylde ledige boliger op.

Det skal bemærkes at ibrugtagningen af Huset Nyvang har betydet stort optag fra eksisterende ventelister. Det kan betyde at de tilbageværende borgere på ventelisten til pleje- og demensboliger har et mindre støttebehov end gennemsnittet. Dette tydeliggør dog blot, at der eksisterer et incitament til at fylde de ledige boliger op.

Opsummerende kan det siges, at forholdsvist mange af de visiteringer til ældrebolig med mulighed for kald, der har indgået i analysen, viser en visitation som nok er i overensstemmelse med kvalitetsstandard, men som ikke nødvendigvis rummer et decideret plejebehov i klassisk forstand.

Støttebehov i fritvalg

Den anden del af den balancerede sammenhæng mellem fritvalgsområdet og boligområdet omhandler borgernes behov for hjælp i fritvalgsområdet. Borgernes hjælp er ikke statisk, og man kan sagtens i perioder modtage hjælp, der ligger over break-evenpunktet, uden at der er behov for en visiteret bolig – f.eks. ved midlertidigt funktionstab/sygdom og lignende. Herudover er det også vigtigt at slå fast, at der er mange faktorer, der spiller ind ift. at flytte i en visiteret bolig. Selvom, der kan være både økonomiske og faglige begrundelser for en visiteret bolig, er der ikke lov hjemmel til at flytte borgerne, hvis de ikke ønsker det.

I uge 12 var der 170 borgere, der modtog mere end 16 timer hjemmepleje og sygepleje pr. uge. I juni 2018 var der 95 af disse borgere, der fortsat modtog mere end 16 timers hjælp i gennemsnit pr. uge. Der er altså tale om et støttebehov, der ikke kan karakteriseres som midlertidigt. For en del af disse borgeres vedkommende, vil der for kommunen være et økonomisk rationale i, at de flytter i ældre- eller plejebolig, når der opstår en ledig plads. Dette forhold bør overvejes, før ledige boliger tilbydes til borgere med væsentligt lavere støttebehov.

Budgettildeling i ældre- og plejeboliger

De enkelte boliger tildeles i dag en fast takst ift. boligtype uafhængigt af borgernes konkrete støttebehov. Ovenstående analyser kan give anledning til at foreslå differentieret takst ift. borgerens konkrete behov for hjælp frem for differentieret takst for boligkategori. Fordelene herved vil være:

- At der sikres sammenhæng mellem økonomi og borgernes plejebehov i de enkelte centre.
- At pengene følger borgeren frem for boligen.
- At der ikke sker en udgiftsglidning, når en borger med få timers støtte flytter fra egen bolig til en visiteret bolig med fast takst/budgettildeling.
- At visitationsenheden og plejecentret har et fælles incitament til at sikre, at de mest støttekrævende borgere blandt de potentielle indflyttere tilbydes en plads.

Ulempen ved differentieret takst vil dog være:

- Manglende kendskab til det endelige budget for året på det enkelte center.
- Udfordrer planlægning af plejeopgaven og fordeling af medarbejderkompetencer.
- Behov for løbende vurdering af borgerens behov for hjælp. Borgerens behov for hjælp ændrer sig løbende og ved brug af en differentieret takst skal der tages stilling til, om borgerens hjælp løbende skal revurderes som i fritvalgsområdet – dette vil medføre yderligere omkostninger til sagsbehandling.

Anbefalinger

- Det relativt høje antal visiterede boliger i kommunen betyder, at ældreboligplanen bør revideres også ift. befolkningstilvæksten. Antal boliger (kommunale visiterede boliger og kommende fripleje-hjemspadser) bør foreløbigt ikke udvides yderligere. Det kan endvidere overvejes at nedlægge eller omklassificere boliger.
- Kommunens nuværende kvalitetsstandard for ældreboliger med mulighed for kald bør revurderes i forhold til målgruppen og de beskrevne visitationskriterier. Dette forhold skal ses i sammenhæng med det høje antal boliger i kommunen og de deraf afledte incitamentter til at fylde ledige boliger op.
- De tre boligtyper tildeles i dag en fast takst uanset borgerens plejebehov. En omlægning af denne praksis vil medføre øget administration og sagsbehandlinger.
- Øget fokus på den motiverende samtale for borgere med stort støttebehov, således disse opnår bedste tilbud.

5. Sygeplejeydelser

Dette analysespor har fokus på sygeplejeydelser udført af sygeplejersker og SOSU-personale (uddelegeret sygepleje). Set i forhold til de øvrige sammenligningskommuner, ligger udgifterne til sygepleje i Randers kommune forholdsvis lavt og omfanget af uddelegeret sygepleje som andel af de samlede sygeplejeydelser relativt højt. Afsnittet omhandler øget brug af sundhedsklinikker, fokuspunkter for den uddelegerede sygepleje samt øget udbredelse af dosispakket medicin.

Analysen har vist, at sygepleje udført af sygeplejersker udgør ca. 20 % af de samlede ydede timer, mens den uddelegerede sygepleje udgør de resterende 80 %.

Sundhedsklinikker

Arbejdsgruppens analyse viser, at ca. 12% af de ydede timer for sygeplejegruppen (ekskl. uddelegeret sygepleje) leveres i en af kommunens otte sundhedsklinikker i perioden marts-juni 2018. Det svarer til et samlet gennemsnit på 89 timer pr. uge. Sammenligninger på forskellige parametre viser at Kolding, Aalborg og Herning kommune yder en større andel af deres sygeplejetimer i sundhedsklinikker.

Det vurderes af arbejdsgruppen, at BTP (brugertidsprocent) i sundhedsklinik, ved effektiv drift, vil være ca. 60%. Blandt det udekørende sygeplejepersonale er BTP på omkring 37%². Den højere BTP i sundhedsklinik følger af mere effektive arbejdsgange, idet der er bedre borger-flow, mere effektiv dokumentation samt sparet transporttid. Herudover er der også faglige argumenter for brugen af sundhedsklinikker, herunder bedre hygiejne og arbejdsforhold. Et højere antal leverede timer i sundhedsklinik vil herforuden medføre en mere rentabel drift i de eksisterende sundhedsklinikker.

I Randers Kommune er der tidligere udmeldt målsætning om, at 25% af de ydede timer fra sygeplejegruppen skal leveres i sundhedsklinik. Arbejdsgruppen anbefaler, at der arbejdes henimod opfyldelse af målsætningen på 25%. Det vil kræve, at yderligere ca. 5000 timer leveres i sundhedsklinik fremfor borgers hjem pr. år. Det svarer til ca. 96 timer mere pr. uge for det samlede antal sundhedsklinikker i Randers kommune. Effektueres dette vil der være en effektivisering på ca. 1,15 mio. kr. årligt i personaleressourcer. Herudover kan tillægges besparelser på transportudgifter.

Benchmarking på sygeplejeydelser

Arbejdsgruppen har også undersøgt effektiviseringspotentialer ift. de uddelegerede sygeplejeydelser, der udgør ca. 80% af de samlede leverede sygeplejetimer. I tabel 5.1 fremgår de ydelser, der fylder meget i den uddelegerede sygepleje og i sygeplejegrupperne.

Tabel 5.1: Gennemsnitligt forbrug og antal borgere fordelt på sygeplejeydelser

Ydelse	Gns. timer pr. borger pr. uge	Gns. timer pr. uge	Gns. Antal borgere pr. måned	Samlede andel for hver gruppe
Uddelegeret sygepleje				
Medicinadministration	1,3	1539	1222	44%
Kompressionsstrømper	1,5	579	387	16%
Medicindispensering	0,2	139	577	4%
Sygepleje				
Medicindispensering	0,2	108	454	15%

Note: Gennemsnit er beregnet ud fra månederne marts-juni 2018. For uddelegeret sygepleje er antal timer baseret på bestilt tid og for sygepleje leveret tid.

² BDO, "Randers Kommune – Analyse af sygeplejen" 2014.

Analysen viser, at der for den uddelegerede sygepleje ydes mest tid til medicinadministration og kompressionsstrømper. Det udgør hhv. 44% og 16% af de samlede uddelegerede sygeplejeydelser. Det er typisk ydelser, der leveres hyppigt i borgerens hjem. Det anbefales, at der sættes specifikt fokus på disse ydelser og at borgeren trænes i at blive selvhjulpne, evt. ved brug af hjælpemidler. Der følges op via benchmarking mellem de enkelte distrikter.

For sygeplejegruppen udgør ydelsen *Medicindispensering* en andel på ca. 15% af deres ydede tid og for den uddelegerede sygepleje er andel omkring 4%. Borgere, der er i stabilt forløb kan modtage dosispakket medicin, hvis deres praktiserende læge er villig til at udskrive recept herpå. Dosispakningen udføres af en robot på apoteket, hvilket reducerer fejl i dispenseringen sammenlignet med, når medarbejdere manuelt skal tælle medicinen op. Borgere, der modtager dosispakket medicin har ikke i samme omfang behov for ydelsen medicindispensering, men i stedet en kontrol af den dosispakke medicin. Denne udføres typisk med længere intervaller og ydelsen i sig selv tager kortere tid.

En udfordring herved er dog, at de praktiserende læger kan beslutte, at de ikke vil udskrive recepter på dosispakket medicin, hvilket nogle lægehuse i Randers Kommune har. Det foreslås at der igangsættes en dialog med de praktiserende læger via øverste kommunale ledelsesniveau, således dosispakket medicin kan udbredes til flere, der kan have gavn heraf.

Anbefalinger

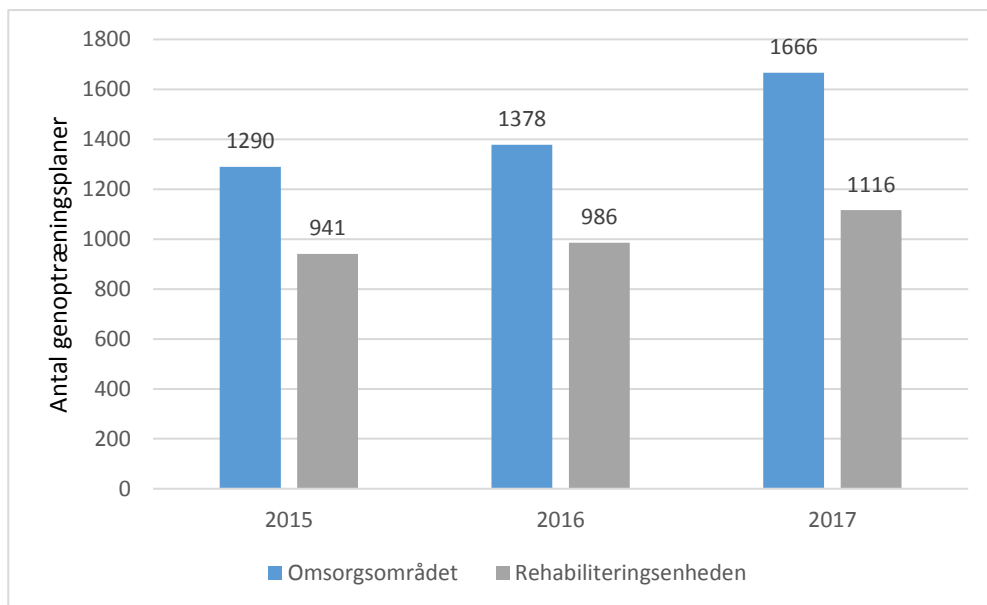
- Målsætning om, at 25% af sygeplejeydelserne fra sygeplejegruppen skal leveres i sundhedsklinik fastholdes. Det udmøntes ved at sygeplejemodtagere selv skal transportere sig til nærmeste sundhedsklinik, medmindre der foreligger en faglig vurdering for en sådan undtagelse.
- Det anbefales at øge fokus på benchmarking af sygeplejetimer på specifikke ydelser mellem distrikter og sygeplejegrupper.
- Det anbefales at øge fokus på udbredelsen af dosispakket medicin.

6. Træning og hjælpemidler

Dette analysespor har fokus på aktivitets- og træningsområdet og hjælpemidler. Træning og aktivitet omfatter genoptræning efter Sundhedslovens §140, hvor borgere udskrives fra hospital med et lægefagligt vurderet behov for genoptræning og genoptræning og vedligeholdende træning efter Servicelovens §§86.1 og 86.2.

Antallet af genoptræningsplaner, som Randers Kommune skal varetage jf. Sundhedslovens § 140, er stigende (se figur 6.1 herunder). Der er pr. 1. juli 2018 trådt en ny lov i kraft, som reducerer den fastsatte maksimale ventetid fra 14 dage til syv dage. Hvis denne ikke overholdes, kan borger benytte sig af privat leverandør. Tilsammen kan disse faktorer forventes at lægge yderligere pres på genoptræning efter §140.

Figur 6.1: Udvikling i antal genoptræningsplaner, 2015-2017



Note: Udvikling i antal af genoptræningsplaner fordelt på omsorgsområdet og Rehabiliteringsenheden.

Træning

Arbejdsgruppen har analyseret, hvilke tilknytninger borgere, der modtager træning, har til resten af organisationen og graden af specialisering på genoptræning efter §140.

I det første halvår af 2018 har der været genoptræning efter §86.1 på 11 ældrecentre. På yderligere 7 ældrecentre har der været vedligeholdende træning og aktivitet efter §86.2. 11 af disse 18 centre har desuden varetaget genoptræningsplaner efter sundhedslovens §140. Af bilag 6.1 fremgår leverandørernes andel af borgere fordelt på de tre paragraffer samt samlede andel af borgere. Det fremgår, at de fleste aktiviteter, uanset paragraf, er koncentreret på få ældrecentre. De fem mest velbesøgte ældrecentre står for en samlet andel på ca. 63 % af borgerne, der modtog træning i perioden.

Tabel 6.1. Borgernes forhold til andre dele af organisationen

Tilknytning	SUL §140 – genoptræning fra hospital	SEL §86.1 - genoptræning	SEL §86.2 – vedligeholdende træning og aktivitet
Beboer på plejecenter	11 %	35 %	35 %
Modtager hjemmepleje	28 %	49 %	39 %
Modtager IKKE sygepleje, hjemmepleje eller bor på plejecenter	59 %	18 %	27 %
Sum	98 %	102 %	101 %

Note: Andelene er gennemsnit baseret på månederne marts-juni 2018. Foruden hjemmepleje og plejecenter, er det også muligt, at nogle borgere udelukkende har kontakt til hjemmesygeplejen, hvorfor der ikke summeres til 100% på § 140. Herudover er det muligt at borgeren kan have kontakt til hjemmepleje og plejecenter i samme måned, borger er flyttet på plejecenter, hvorfor der summeres til mere end 100% på §86.1 og §86.2.

Af tabel 6.1 fremgår det, at 11 % af de borgere, der modtager genoptræning efter §140 i omsorgsområdet, bor på et plejecenter. For §§86.1 og 86.2 er andelen 35 %. Størstedelen af de borgere, der modtager genoptræning efter §140, har hverken tilknytning til hjemmepleje, sygepleje eller plejecenter. For §§86.1 og 86.2 er andelen hhv. 18 % og 27 %.

Arbejdsgruppen har desuden set nærmere på graden af specialisering af genoptræningsplaner efter Sundhedslovens §140 ved at undersøge, hvilke diagnoser der henvises til træningscentre. Denne fordeling fremgår af bilag 6.2 og er baseret på genoptræningsplaner, der er modtaget i første halvår 2018. Af tabellen fremgår det:

- Genoptræningsplanerne er opdelt på 30 diagnoser.
 - o Rehabiliteringsenheden løser opgaver på 25 af de 30 diagnoser
 - På 12 af disse diagnoser varetager Rehabiliteringsenheden mere end 50% af genoptræningsplanerne for hver diagnose.
 - o Omsorgsområdet løser opgaver på 27 af de 30 diagnoser
 - På fem diagnoser findes et center, der varetager 50% eller derover af genoptræningsplanerne.
 - 13 diagnoser er fordelt på fem eller færre centre. Genoptræningsplaner for de resterende diagnoser er fordelt på mere end fem centre.

Der er således flere diagnoser, hvor opgaven varetages af både Rehabiliteringsenheden og Omsorgsområdet. Indenfor omsorgsområdet er opgaveløsningen i betydelig omfang fordelt på flere centre.

Det fremgår af analysen, at de borgere, der modtager genoptræning efter Sundhedslovens §140 kun i begrænset omfang bor på et af kommunes plejecentre. Dette giver anledning til at overveje, hvorvidt genoptræning efter §140 skal samles på én eller færre enheder for herigennem at opnå stordriftsfordele samt yderligere specialisering i diagnoser.

En anke herimod kan dog være, at det ikke for alle borgere er diagnosen, som alene er styrende for, hvor det er bedst for borgeren at genoptrænes. For borgere med demenssygdom er det således vigtigere med tryk i forhold til terapeuten, og at denne besidder særlige kompetencer inden for demens. Herudover kan det afholde borgere fra at genoptræne, hvis afstanden bliver for stor. Manglende genoptræning vil i mange tilfælde medføre nedsat funktionsniveau og kan således give øgede udgifter på længere sigt.

I forhold til træning og aktivitet efter Servicelovens §§ 86.1 og 86.2 kan det også være relevant at overveje, om indsatsen kan samles på færre enheder og om den samlede ressourcefordeling mellem Servicelovens og Sundhedslovens træningsparagraffer er hensigtsmæssig. Arbejdsgruppen anbefaler, at dette analyseres yderligere.

Hjælpe midler

På hjælpemiddelområdet er der tre primære medarbejdergrupper, som bevilger og bestiller hjælpemidler og arbejdsredskaber. Det er henholdsvis:

- Hjælpe middel terapeuter og udskrivningskoordinatorer i omsorgsområdet, hvor der primært er tale om standardprodukter til egenaktivitet og pleje.
- Hjælpe middel visitatorer fra den centrale visitationsenhed, som kan bevilge alle produkter.
- Social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker, som kan bevilge hjælpemidler til APV, lettere tryksårforebyggelse og midlertidige nødkald.

Der er udarbejdet materialer, som definerer bevillingskompetencerne inden for de nævnte kategorier. Bevilling og sagsbehandling foretages af ca. 45 terapeuter og et ikke opgjørt antal SOSU-assistenter og sygeplejersker.

Arbejdsgruppens analyse af hjælpemiddelområdet viser, at der kan forekomme relativt lange ventetider til visitation og udlevering ved nogle typer af hjælpemidler. Ved de billige og mere standardiserede hjælpemidler, som i dag kan bevilges direkte fra udføreområderne, ses en mere smidig og fleksibel visitation uden nævneværdig ventetid. Dette kan tilskrives kompleksitetsforskelle og sagsbehandlingsmetode.

De fleste hjælpemidler og genbrugshjælpe midler håndteres af Hjælpe middel huset Kronjylland, som har rutekørsler til borgere og til decentrale udleveringsdepoter. Der opleves en væsentlig stigning i behovet for såkaldte akutkørsler fra hjælpemiddelhuset. Bestilling af akutkørsler sker når bevillingsgiver vurderer, at ventetiden ved den planlagte, mere rationelle ugentlige rutekørsel bliver for lang.

I forlængelse af etableringen af borgerteams og behovet for lettere adgang til småhjælpe midler, arbejdes der henimod en form for lokale depoter, hvorfra personalet i teamene kan afprøve småhjælpe midler hos borgeren uden ventetid, og borgeren beholder de hjælpemidler, der fungerer, indtil borger får købt eller ansøgt om eget hjælpemiddel.

Anbefalinger

- Det bør undersøges nærmere om træningsindsatsen efter Sundhedslovens § 140 bør samles på færre enheder end i dag med henblik på at opnå stordriftsfordele og øget specialisering.
- Det bør undersøges nærmere, om borgere fra fritvalgsområdet, som går til træning og aktivitet efter Servicelovens §§ 86.1 og 86.2, bør samles på færre enheder.
- Der bør fokuseres på simple sagsbehandlingsprocedurer af hjælpemidler - i det omfang lovgivningen giver mulighed herfor, ud fra et overordnet rehabiliteringsprincip om, at de som er tættest på borgeren har bemyndigelsen. Der bør gennemføres en analyse af ressourceforbruget ved den nuværende hjælpemiddel håndtering.
- Det bør overvejes at gennemføre et pilotforsøg, hvor borgere (eller pårørende) selv kan møde frem og få visiteret og udleveret de ønskede hjælpemidler. Det vil spare transporttid til udbringning og administrativ tid til sagsbehandling.

Bilag

Bilag 6.1. Andel borgere fordelt på træningsparagraf og leverandør

Bilag 6.2. Andel fordelt på overordnet diagnose, genoptræningsplaner §140

7. Budgetlægning, incitamentsstrukturer og visitation

Målet med dette analysespor er at se nærmere på budgetlægningen, incitamentsstrukturer og visitationer på omsorgsområdet. I forlængelse af analysen peges på en række anbefalinger, som understøtter en højere grad af helhedsvisitation og rehabiliteringsfokus end i dag. En væsentlig forudsætning for balance i økonomien på omsorgsområdet på længere sigt er, at den overordnede styringsmodel indeholder hensigtsmæssige økonomiske og faglige incitament.

Den nuværende styrings- og økonomitildelingsmodel på omsorgsområdet er en rammestyringsmodel, hvor områderne (aftaleenhederne) ved årets start tildeles et samlet budget, som hver aftaleenhed selv fordeler mellem plejeboliger, hjemmehjælp, sygepleje m.v. Tildelingen af aftaleenhedernes budget sker ud fra en række fastsatte kriterier i fordelingsmodellen. Fordelingen er bundet op på aktiviteter i det foregående år. Aktivitetsændringer i indeværende budgetår, i såvel op- og nedadgående retning, påvirker således ikke indeværende års budget.

Arbejdsgruppen har undersøgt fordele og ulemper i den nuværende styrings- og budgetfordelingsmodel, hvilket er oplyst i bilag 7.1.

Med princippet om rammestyring og budgetsikkerhed for aftaleenhederne kender man som leder sit budget fra årets start og kan som udgangspunkt opretholde en fast bemanning i ældre- og plejeboligerne henover året. Grundlæggende indebærer fordelingsmodellen, at områderne tildeles et fast budget i budgetåret. Modellen vægter således budgetsikkerheden for kommunen og fuldt budgetkendskab for områderne højest - i modsætning til andre økonomiske styringsmodeller, hvor der eksempelvis afregnes efter præsterede aktiviteter i løbet af budgetåret.

I fritvalgsområdet har man mulighed for at opjustere bemanningen ved øget efterspørgsel henover året, idet der er reserveret en mindre pulje i en central "tilgangspulje" til løbende udmøntning. Med Randersmodellens økonomiske frihedsgrader vil mer- og mindreforbrug blive overført mellem årene.

Den nuværende praksis tilgodeser ledere og medarbejdere i aftaleenhederne, da der ikke er behov for løbende ressourcetilpasning i tilfælde af ledige boliger, beboernes konkrete funktionsniveau, visiterede ydelser m.v. Det sikrer også, at visitationens faglige overvejelser ikke begrænses af økonomiske hensyn, når visitatorerne i det daglige skal beslutte, hvilken ydelse en borger skal modtage. Modellen sætter krav om, at aftaleenhederne nøje følger og justerer ressourcerne internt i området og mellem enhederne i forhold til aktivitet.

Boliger

Kapitel fire viste, at mange borgere med et relativt lavt støttebehov visiteres til en ældrebolig med mulighed for kald, mens en betydelig gruppe af borgere med stort støttebehov modtager støtte i eget hjem. Det kan der være faglige grunde til. Ud fra et økonomisk synspunkt er det problematisk, at ældreboliger med mulighed for kald visiteres til borgere med et lavt støttebehov, da det alt andet lige vil være billigere, at de modtager deres begrænsede hjælp i eget hjem.

I kapitel fire blev det forklaret, hvordan udbuddet af boliger, dvs. antallet af ledige boliger, styrer efterspørgslen og visitationen til boliger fremfor, at det er efterspørgslen og borgerens støttebehov, der er styrende for visitationen af boliger.

Det bør overvejes, om der skal ske en tydeligere kobling mellem visitations- og budgetansvaret, så visitationsafdelingen i højere grad får incitament til at visitere de mest støttekrævende borgere til en ældre- eller

plejebolig, mens borgere med et lavere støttebehov som udgangspunkt får støtte i egen bolig. Naturligvis inden for rammerne af borgernes frie valg på området.

Alternativt kan det overvejes, at skærpe visitationskriterierne til en bolig – særligt for ældreboliger med mulighed for kald. Visitationskriterierne skal således i højere grad vægte borgerens støttebehov end borgerens behov for at bo tæt på sociale aktiviteter, en fysisk egnet bolig, oplevelse af tryghed m.m. I stedet kan sådanne borgere rådgives til at finde en fysisk egnet bolig via en boligforening.

Et øget fokus på visitationskriterier til boliger, som beskriver borgerens behov for støtte og pleje, bør erstatte det nuværende fokus på ikke at miste huslejeindtægter. Det kan betyde, at der periodevist vil være flere ledige boliger, indtil det rette match mellem borger og bolig opstår.

Såfremt det herefter viser sig, at nogle boliger står tomme i længere tid, vil det tyde på, at mængden af boliger i Randers kommune er for stor, hvilket i givet fald giver anledning til at overveje, hvorvidt nogle boliger skal nedlægges.

Sygepleje

På sygeplejeområdet ydes ca. 20 % af tiden af sygeplejegruppen og de resterende 80 % af SOSU-personalet (uddelegeret sygepleje).

I dag fordeles budgettet mellem områderne med udgangspunkt i det foregående års forbrug af personlig pleje, praktisk hjælp og uddelegerede sygeplejeydelser. Det betyder, at områderne/sygeplejegruppen i dag reelt har et økonomisk incitament til at visiterer flere uddelegerede sygeplejeydelser og undlade at stoppe ydelsen igen, når behovet ikke længere er til stede. Det vil give et øget forbrug og dermed større budget til det efterfølgende år. Dermed ikke sagt, at denne adfærd eksisterer, men økonomimodellen tilskynder indirekte en sådan adfærd.

Budgettildelingsmodellen kan derfor med fordel justeres, så incitamentet til at afslutte, tilpasse og justere alle sygeplejeydelser øges.

Revisitation og genbesøg

Fem visitatorer fra Visitationsafdelingen har gennemført genbesøg hos 25 borgere i et afgrænset geografisk område. De genbesøgte borgere havde forud for genbesøget ikke fået justeret støtten til personlig pleje og praktisk hjælp i de seneste 12 måneder. Målet med genbesøgene var at revurdere, om der er sammenhæng mellem det visiterede og det aktuelle støttebehov i fritvalgsområdet.

Genbesøgene viste, at det aktuelt vurderede støttebehov for de 25 borgere var en smule lavere end det niveau, som oprindeligt var bevilget. For borgerne var der endvidere tale om en del forskydninger i støttebehovet mellem personlig pleje og praktisk hjælp. Genbesøgene medførte således at borgerens visitationer stemmer bedre overens med deres aktuelle støttebehov.

Samlet set er det vurderingen, at løbende genbesøg hos borgere visiteret til personlig pleje og praktisk hjælp i egen bolig vil komme både borgerne (opdateret tildeling af støtte) og omsorgsområdets økonomi til gode. Før udrolning af et sådant koncept skal der dog tages højde for udgifterne forbundet med at foretage genbesøgene.

Anbefalinger

- Den interne budgettodelingsmodel for omsorgsområdet bør justeres, så incitamentet til at afslutte, tilpasse og justere alle sygeplejeydelser øges. Konkret foreslås det at justere modellen, så sygeplejebudgettet fremadrettet fordeles mellem områderne som en procentandel af det visiterede budget til pleje og praktisk hjælp. Med en sådan model vender incitamenterne rigtigt, og det vil ikke længere være muligt at påvirke niveauet for næste års budget.
- Det bør sikres en tættere sammenhæng mellem visitationsområderne (hhv. pleje og praktisk hjælp, sygepleje, hjælpemidler og træning) med henblik på at øge fokus på samdrift, planlægning, tværfaglige indsatser og økonomi. Kommende rehabiliteringstiltag tilskynder denne udvikling.
- Der bør fortsat være fokus på sammenhængen mellem visitationer og budgetter.
- Der bør være øget fokus på at gennemføre revisitation/genbesøg hos borgerne med faste intervaller med henblik på løbende tilpasning af støtteniveauet og vedvarende fokus på helhedsindsats og rehabilitering.

Bilag

7.1. Overblik over fordele og ulemper ved omsorgsområdets budgettodelingsmodel

8. Øvrige opgaveområder og forslag

Arbejdsgruppen har i forbindelse med arbejdet og efter dialog med styregruppen berørt en række øvrige opgaveområder, der falder udenfor de syv analysespor. Disse opgaveområder er specialistfunktioner, MED-struktur og snitflade mellem omsorgsområdet og socialområdet. Det har resulteret i delanalyser og anbefalinger, som kort gennemgås herunder.

Specialist- og konsulentfunktioner

I såvel plejecentrene som fritvalgsområdet er etableret en række specialistfunktioner (frivilligheds-, ernærings-, demens-, trivsels-, kontinens-, elev-, uddannelses-, sår- og hygiejnekoordinatorer m.v.). Ligeledes er der en række centrale konsulentfunktioner, der ligeledes skal vurderes.

Da omsorgsområdet er organiseret med tre aftaleenheder, giver det anledning til en kultur, hvor det er naturligt, at der som minimum findes én af hver specialistfunktion hos hver aftaleenhed. Organiseringen lægger ikke op til, at der nødvendigvis skal tages stilling til, om tre specialistfunktioner i alle sammenhænge er passende for at dække *hele* organisationens behov og ikke blot den enkelte aftaleenhed. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at behovet for konsulent- og specialistfunktionerne revurderes ift. om nogle funktioner skal gå på tværs af områder eller nogle specialistfunktioner skal bibeholdes decentralt, men på færre timer. I denne sammenhæng bør behovet for de etablerede konsulentfunktioner også revurderes.

MED-struktur

Den nuværende MED-struktur består af Hoved-MED, Sektor-MED, tre Område-MED samt 48 Lokal-MED hvoraf 11 udvalg er personalemøder med MED-status. Sammenlagt består MED-organisationen af i alt 333 medlemmer fra Omsorgsområdet, som sammenlagt bruger ca. 9.200 timer årligt til mødeforberedelse, formøde, afholdelse af møder, budgetmøde, valg handlinger m.m. I alt beløber den nuværende MED-struktur sig til ca. 2,1 mio. kr., hvoraf ca. 1,6 mio. kr. vedrører de lokale MED-udvalg.

Hvis der er et ønske om at slanke MED-strukturen, kan der eventuelt tages udgangspunkt i en model med et MED-udvalg pr. aftaleenhed. Som led i analysen opgøres udgifterne forbundet med den nuværende MED-struktur.

Snitflader mellem omsorgsområdet og socialområdet

Som led i analysen er snitfladen mellem visiterede ydelser fra omsorgsområdet og socialområdet (bostøtte, § 85) berørt ganske kort. Blandt andet er omfanget af borgere, som modtager tilbud fra begge områder opgjort. Af tabel 8.1 fremgår det at der i juni 2018 er 158 borgere, der modtager ydelser både fra omsorgsområdet (hjemmesygepleje, praktisk hjælp, personlig pleje og boliger) og fra socialområdet (bostøtte).

Tabel 8.1: Borgere med §85 bostøtte med tilknytning til omsorgsområdet, juni 2018

Ydelse fra omsorgsområdet	Antal borgere som modtager bostøtte.	Gns. timer pr. uge pr. borger modtaget fra omsorgsområdet
Hjemmesygepleje	132	2,5
Praktisk hjælp	86	1,8
Personlig pleje	43	5,1
Rehabilitering	4	4,1
Bolig*	15	-
Unikke borgere i alt	158	4,6

Note: Opgjort for juni 2018. *Der opgøres ikke timer på boliger. Boliger dækker over antal borgere visiteret til bolig fra omsorgsområdet.

Snitfladen mellem de to afdelinger er ikke analyseret yderligere i denne rapport.

Anbefalinger

- Det anbefales, at de nuværende specialistfunktioner og konsulentfunktioner på området revurderes, og at der tages stilling til relevant omfang fremadrettet og den organisatoriske forankring af funktionerne.
- Det anbefales at undersøge mulighederne for at forenkle den nuværende ret komplekse MED-struktur på omsorgsområdet.

9. Orientering om udviklingstiltag for rehabilitering, velfærdsteknologi og kulegravningens anbefalinger om dokumentation

Nedenstående emner er inddraget i rapportens øvrige analysespor, hvor det findes relevant. I nærværende afsnit findes en samlet status på hvert emne.

1. Rehabilitering
2. Velfærdsteknologi
3. KL's og Sundheds- og Ældreministeriets anbefalinger fra kulegravning af regler og dokumentation

Ad. 1 Rehabilitering

Omsorgsudvalget godkendte d. 17. maj 2018 en udrulningsplan for implementering af den rehabiliterende tilgang og en rehabiliteringsmodel for hele fritvalgsområdet (borgere i eget hjem). Planen indeholder bl.a. etablering af tre nye borgerteams, som skal varetage rehabiliteringsforløb af op til 12-ugers varighed, en proces for dannelse af teamstrukturer på tværs af faggrupper samt kompetenceudviklingstiltag. Udrulningsplanen er udarbejdet med udgangspunkt i erfaringer fra pilotprojektet fra et hjemmeplejedistrikt og et plejecenter. Pilotprojektet blev afsluttet i februar 2018 og er efterfølgende blevet evalueret. I foråret 2019 vil omsorgsudvalget blive præsenteret for en udrulningsplan for plejecentrene.

Implementeringen af rehabiliteringsmodellen sikrer en kvalitetsudvikling, hvor der arbejdes systematisk med borgerens ønsker, ressourcer og behov og mulighed for at være aktivt deltagende i egen hverdag. Det er vurderingen, at det øgede fokus på rehabilitering og udnyttelse af borgerens egne ressourcer på sigt vil medvirke til, at flere borgere kan få støtte inden for det eksisterende budget.

Planen indeholder:

- Etablering af tre borgerteams i områderne nord, syd og vest. Nyvisiterede borgere og eksisterende borgere, som er motiverede herfor, vil i borgerteamet modtage et afgrænset rehabiliteringsforløb af op til 12-ugers varighed. Fokus er på afklaring og udvikling af borgerens samlede funktionsevne ud fra den enkeltes borgers ønsker, ressourcer og behov. Forløbet vil erstatte hverdagstræningen.
- Igangsættelse af en proces for tværfagligt samarbejde i hele udeområdet, hvor SOSU-personale (i distrikterne), sygeplejen og træning- og aktivitetsområdet samt visitationsenheden arbejder omkring de samme borgere.
- Kompetenceudvikling ift. den rehabiliterende tankegang, borgeren som samarbejdspartner samt tværfagligt samarbejde om borgerens individuelle mål.
- Tæt opfølgning på en let og hurtig sagsgang ift. hjælpemidler i implementeringsperioden, herunder mulighed for udlån af hjælpemidler i de tre borgerteams.

Omsorgsområdet har iværksat tiltag jf. den ovennævnte plan.

Ad. 2 Velfærdsteknologi

På omsorgsområdet anvendes en række forskellige teknologiske løsninger til at forbedre arbejdsmiljø, gøre borgerne selvhjulpne og dermed mindske behovet for kompenserende ydelser samt opgaveoptimering. Kort sagt kommer teknologiske løsninger både borgeren, medarbejderen og budgettet til gode.

Som eksempel på teknologier, som i dag anvendes på omsorgsområdet, kan nævnes følgende:

- **Loftlifte:** Randers kommune har i omsorgsområdet etableret / opsat cirka 1.300 loftlifte, der er hjælp til løft, på kommunens plejecentre og i hjemmeplejen.
- **Skylle-tørre toiletter:** Der er etableret cirka 80 skylle-tørre toiletter i plejecentre, ældreboliger og hos hjemmeboende borgere.
- **Robotstøvsuger, kombi 2-i-1 støvsuger og hjælpemiddel til af- og påtagning af støttestrømper**
- **Tryghedsalarmer:** Randers kommune har cirka 1.600 tryghedskald i hjemmeplejen og i kommunens plejecentre. Dertil kommer tryghedskald for personalet, som nattevagterne anvender som en ekstra sikkerhed om natten.
- **Elektronisk nøglesystem:** I kommunens hjemmepleje anvendes elektroniske nøgler hos de borgere, som ikke selv kan komme til døren og lukke hjemmehjælpen ind.
- **Kommunikationssystem:** Der er opsat elektroniske planlægnings-skærme på flere af de centre, som har mange korttidspladser. Det er skærme, som dels hjælper personalet med planlægning, dels stiller træningsprogrammer og informationer til rådighed for beboerne i boligerne.
- **Planlægningsmonitører:** Der er opsat elektroniske planlægnings-skærme i flere af hjemmeplejedistrikterne med henblik på at optimere disponeringsopgaven.
- **Videokonferencer:** Mange medarbejdere anvender videokonference. Eksempelvis foregår meget kommunikation mellem kommunen og hospitalerne på video, og hver nat kobler omsorgsområdets nattevagter sig på et fælles virtuelt mødelokale og udveksler informationer med hinanden.
- **Virtuel hjemmepleje:** ViewCare understøtter kommunikation mellem borger og hjemmehjælpen. Ca. 170 borgere har en skærm i hjemmet og modtager virtuelle besøg af SOSU-personale eller sygeplejerske.
- **Tele sårbehandling:** Sårbehandling som telemedicin fungerer ved at hjemmesygeplejersken kommunikerer med hospitalets sårklinik via computer. Billeder og tekst hjælper sygeplejersken med at give den bedst mulige behandling og reducerer samtidig transport og ventetid for borgeren.
- **Wifi dækning af ældrecentre:** Der er etableret trådløst internet på alle ældrecentre, så medarbejderne kan læse medicinoplysninger og dokumentere i omsorgssystemet hos den enkelte beboer. Det giver også mulighed for at kunne tilkoble velfærdsteknologiske hjælpemidler på netværket.
- **KOL monitorering:** I forlængelse af den kommende nationale udrulning af telemedicin for KOL-borgere bliver der etableret måleudstyr hos nogle KOL-borgere, således at de kan overvåge deres vitale værdier og derved øge egenmestring af sygdommen. Et tiltag som senere vil blive fulgt op ved andre kronikergrupper indenfor fx hjerte, diabetes og formodentlig flere målgrupper.

En fortsat udbredelse af teknologier kan give yderligere økonomiske effektiviseringer i form af sparede ressourcer, øget selvhjulpethed hos borgeren og forbedrede arbejdsgange. De eksisterende teknologier skal udbredes yderligere hos relevante målgrupper og der skal fortsat afprøves nye teknologiske løsninger, for at finde det mulige potentiale de besidder.

Arbejdsgruppen anbefaler blandt andet, at mulighederne for at automatisere administrative sagsgange på omsorgsområdet via administrative robotter (RPA-teknologi) undersøges nærmere med henblik på at realisere en række administrative potentialer. Arbejdet med at undersøge dette forankres i kommunens eksisterende automatiseringsprogram. Hertil kommer fortsat fokus på anvendelse af og udbredelse af talegenkendelsesløsningen, hvor det giver mening.

Ad 3 KL og Sundheds- og Ældreministeriet anbefalinger om kulegravning af regler og dokumentation

I januar 2018 blev rapporten *Forenkling af regler og dokumentationskrav i ældreplejen* fra Sundheds- og Ældreministeriet og KL offentliggjort. Den indeholder en række anbefalinger, der kan reducere og forenkle

dokumentationen i kommunerne. Nedenstående er citater fra udvalgte anbefalinger, som omsorgsområdet har fokus på at:

- kommunerne løbende drøfter, hvordan organisering og tilrettelæggelse af indsatsen i ældreplejen påvirker behovet for dokumentation.
- kommunerne løbende har fokus på, *hvordan IT-understøttelsen* kan være med til at lette arbejdet i forbindelse med at overlevere oplysninger mellem medarbejdere. Kommunerne skal i den forbindelse have fokus på, hvordan der kan etableres systematiske arbejdsgange for, hvordan oplysninger skal registreres samt videreformidles til den relevante faggruppe.
- i vejledning om sygeplejefaglige optegnelser gøres klart, hvornår *der kan undlades dokumentation af samtlige sygeplejefaglige områder*, og at (re-)vurdering af de 12 sygeplejefaglige områder ikke skal ske ved enhver patientkontakt, men f.eks. ved indskrivning af en patient på et plejecenter og ved væsentlige ændringer i patientens tilstand.
- hvis en eller flere problemområder ikke er aktuelle/relevante for den enkelte borger, bør dokumentationen af dette ske så smidigt som muligt, herunder ved understøttende brug af IT-systemer, hvor der f.eks. kan klikkes på et billede eller en tekst, at dette ikke er aktuelt/relevant.
- i forhold til instrukser, at det i en vejledning om udfærdigelse af instrukser beskrives, hvilke instrukser der som minimum skal udarbejdes i hjemmepleje, hjemmesygepleje og på plejecentre, og hvilke krav der stilles i forhold til udfærdigelse af instrukserne på omsorgsområdet.

I forbindelse med det nye omsorgssystem, Nexus, og implementeringen af Fælles Sprog III, er der nedsat en tværfaglig dokumentationsgruppe, der skal udarbejde vejledninger, instrukser samt arbejdsgange. Der arbejdes med dokumentationsvejledning, undervisningsplanlægning, opfølgning på dokumentationspraksis, opfølgning af implementering af Fælles Sprog III og Nexus og ønsker fra styregruppen, som dokumentationsgruppen referer og afrapporterer til.

Arbejdsgruppen kan konstatere, at en væsentlig andel af medarbejdernes tid anvendes på dokumentationsarbejde, men har dog vanskeligt ved at vurdere, hvordan og i hvilket omfang de anvendte ressourcer på dokumentation kan optimeres og eventuelt reduceres. Det kan overvejes at tilknytte en organisatorisk uvildig specialist, som kan medvirke til at synliggøre eventuelle potentialer.

Afsluttende bemærkninger

De anbefalinger og konklusioner, indeværende budgetanalyse fremsætter, er redskaber, der skal være med til at sikre den langsigtede balance på omsorgsområdet ved at skabe rationaler og effektiviseringer.

Den videre proces med anbefalingerne sker via det politiske niveau, ledelsen på omsorgsområdet og i dialog med MED-udvalg. I disse kontekster besluttet det, hvordan de forskellige anbefalinger skal indføres og inden for hvilken tidsramme, det er muligt at realisere anbefalingernes potentialer.

Bilag

Bilag 0.1. Kommissorium for analyse af omsorgsområdet

Bilag 1.1. Puljemidler 2013-2018 på omsorgsområdet

Bilag 1.2. Budgetændringer 2006-18 på omsorgsområdet

Bilag 1.3. Udgifter til omsorgsområdet i regnskab 2017 pr. 67 årig og derover i udvalgte kommuner

Bilag 2.1. Akutfunktioner og midlertidige pladstilbud i de midtjyske kommuner (KOSU)

Bilag 2.2. Oversigt over akutpladser i Region Midtjylland ift. indbyggertal, 2017

Bilag 6.1. Andel borgere fordelt på træningsparagraf og leverandør

Bilag 6.2. Andel fordelt på overordnet diagnose, genoptræningsplaner §140

Bilag 7.1. Overblik over fordele og ulemper ved omsorgsområdets budgettildelingsmodel

Udkast

Kommissorium for analyse af omsorgsområdet (Budget 2018-2021)

Baggrund for analysen

Som led i budgetforliget for 2018-2021 besluttede forligspartierne, at der skal gennemføres en analyse af "ældreplejen og økonomien på området". Analysen skal se på årsagerne til de aktuelle økonomiske udfordringer på området og skal blandt andet forholde sig til mulighederne for effektiviseringer gennem et øget fokus på rehabilitering og kompenserende tiltag, herunder f.eks. velfærdsteknologiske løsninger.

Det fremgår endvidere, at analysen skal vurdere mulighederne for at udmønte den kulegravning af reglerne på ældreområdet, som regeringen og KL har aftalt i økonomiaftalen for 2018. Kulegravningen skal skabe mere tid til kerneopgaven og sikre, at dokumentation og målinger er styringsrelevante og målrettede. Det fremgår af kommissoriet for kulegravningen, at denne forventes afrapporteret i januar-februar 2018.

Analysen af omsorgsområdet i Randers Kommune færdiggøres forud for sommerferien, så den kan fremsendes til byrådet sammen med basisbudgettet for 2019-2022.

Formål

Analysens formål er en vurdering af potentialet for en bedre ressourceudnyttelse på omsorgsområdet – herunder udarbejdelse af forslag til mulige tiltag med henblik på genskabelse af balance i områdets økonomi.

Analysens indhold/afgrænsning

Analysen gennemføres faseopdelt med en indledende kortlægning af udviklingen på området (økonomi, aktivitet, nøgletal opdelt på relevante delområder) og en sammenligning med andre kommuner (øvrige 6-byer samt udvalgte andre kommuner). Dette arbejde danner grundlag for iværksættelse af en række efterfølgende delanalyser. Den indledende kortlægning er analysens leverance 1, som indarbejdes i den endelige afrapportering.

De efterfølgende delanalyser fastlægges af styregruppen på baggrund af projektledelsens indstilling og kan for eksempel (ikke udtømmende) omfatte:

- Analyse af delområder identificeret i dialogen med medarbejdere og ledere på omsorgsområdet
- Analyse af delområder identificeret i dialogen med andre kommuner
- Den anvendte økonomiske styringsmodel på området
- Visitation: rammer, retningslinjer, ydelsesbeskrivelser, økonomiske incitamenter m.v.
- Bemandings- og kørselsplanlægning på centre og i hjemmeplejen
- Serviceniveau/servicestandarder
- Fokus på borgere med mange timer, som ikke venter på/ønsker en plejebolig
- Aktivitetsområdet med fokus på placering af tilbuddene
- Udførelse og opfølgning af sygepleje og den uddelegerede sygepleje
- Brugen af velfærdsteknologiske løsninger
- Udmøntning af anbefalinger fra KL og regeringens kulegravning af reglerne, arbejdsgange m.v. på ældreområdet, herunder med særlig fokus på dokumentationskrav

I analysen vil desuden indgå input fra evalueringerne af Træningshøjskolen og rehabiliteringsprojektet, der færdiggøres i foråret 2018.

Kulegravningen af ældreområdet, som KL og regeringen har aftalt i økonomiaftalen, kommer bl.a. til at indeholde en kortlægning af tidsanvendelsen på konkrete opgaver blandt medarbejdergrupperne på ældreområdet. Projektets slutprodukt vil være forslag til afbureaukratisering og ændret styring af områderne. De relevante forslag fra kulegravningen vil blive inddraget i denne analyse, når de foreligger (forventet 1. kvartal 2018).

Analysen af omsorgsområdet i Randers Kommune skal endvidere ses i sammenhæng med analysen af kommunens demografimodeller (aftalt i Budget 2018-2021), hvor modellen på omsorgsområdet indgår på samme vilkår som modellerne på de øvrige velfærdsområder. De to analyser forsøges gennemført koordineret og afrapporteres begge sammen med materialet til basisbudgettet 2019-2022.

Økonomi/Ressourcer

Analysen gennemføres som udgangspunkt via eksisterende personaleressourcer i Økonomi samt Sundhed, Kultur og Omsorg. Der vil være mulighed for at inddrage eksterne kompetencer på større eller mindre dele af den samlede analyse. Eventuel brug af ekstern konsulenthjælp besluttet af styregruppen, idet udgifter forbundet hermed afholdes inden for de eksisterende økonomiske rammer i budget 2018.

Organisering

Der nedsættes en styregruppe bestående af:

- Erik Mouritsen, direktør (formand)
- Lars Sønderby, økonomichef
- Lene Jensen, omsorgschef
- Per Adelhart Christensen, sekretariatschef
- Jimmi Joensen, chefkonsulent (projektleder)
- Jens Kjær, vicekontorchef (projektleder)

Under styregruppen nedsættes en arbejdsgruppe bestående af:

- Jimmi Joensen, Økonomi, projektleder
- Jens Kjær, Sundhed, Kultur og Omsorg, projektleder
- Vibeke N. Løland, Økonomi
- Ulrich Kjær Egebjerg, Økonomi
- Erling Lemming, Sundhed, Kultur og Omsorg
- Maj-Brit Baun Sand, Sundhed, Kultur og Omsorg
- Dorthe Høgh Hansen, Sundhed, Kultur og Omsorg

Derudover inddrages relevante kompetencer efter behov. Projektledelsen på opgaven sker i et delt lederskab mellem Økonomi og Sundhed, Kultur og omsorg.

Afhængigt af delanalysernes omfang/afgrænsning (leverancespor 2) kan der være behov for at udpege supplerende projektleder(e).

Tidsplan

Uge 47-48:	Kommissoriet behandles i Direktionen
Dec. – jan:	Analysens første fase (leverancespor 1) <ul style="list-style-type: none">• Kortlægning: udvikling i økonomi, aktivitet og nøgletal på relevante delområder, sammenligning med andre kommuner m.v.• Udarbejdelse af forslag til delanalyser i analysens leverancespor 2.
Januar 2018:	Styregruppemøde: Drøftelse af første kortlægningsfase, beslutning om de næste analysespor/rammerne for den endelige analyse.
Februar 2018	Rammerne for den endelig analyse behandles og godkendes af direktionen
Februar 2018	Orientering af Sundheds- og omsorgsudvalget og økonomiudvalget om rammerne for den endelige analyse
1. kvartal 2018:	Afrapportering af KL og regeringens kulegravning af regler og dokumentationskrav på ældreområdet. Materialet inddrages i denne analyse. Aftaler med eventuelle eksterne bidragsydere.
Marts:	Styregruppemøde: aktuel status, beslutning om den videre proces.
Forår 2018:	Delanalyser gennemføres, styregruppemøder afholdes efter behov.
April-maj:	Styregruppemøde: aktuel status, beslutning om den videre proces.
Juni 2018:	Udkast til analyse fremsendes til direktionen med henblik på behandling umiddelbart efter sommerferien.
Primo august 2018:	Direktionsbehandling og færdiggørelse af materiale.
September 2018:	Politisk behandling af analysen i forbindelse med førstebehandling af Budget 2019-2022.
Okt. – nov. 2018:	Udmøntning af eventuelle vedtagne anbefalinger med økonomiske konsekvenser.

Ældreområdet og omsorgsområdet sektor-MED orienteres løbende om arbejdet.

Bilag: uddrag af budgetforlig 2018-2021

Ældreområdet under økonomisk pres (7,1 mio. kr. i 2018)

Den demografiske udvikling betyder, at betingelserne for ældrepleje i de danske kommuner forandrer sig. Antallet af 65+ årige har igennem mange år været markant stigende og denne udvikling vil fortsætte. Fremadrettet forventes det i særlig grad at være de 80+ årige, der vil stige i antal.

Ud over antallet har de ældres plejebehov også betydning for presset på ældreområdet. Generelt øges den gennemsnitlige levealder, særligt blandt mændene, og relativt færre har et plejebehov. Samtidigt viser en analyse foretaget af KL i foråret 2016, at plejehjemsbeboere bliver stadigt mere pleje- og behandlingskrævende sammenlignet med de øvrige ældre i eget hjem. Kommunerne er derfor nødt til at navigere mellem behovene fra en gruppe af ældre i forandring og behovet for stram udgiftsstyring. Udviklingen på landsplan kan også genkendes i Randers Kommune. Via demografireguleringen forøges årsbudgettet til ældreplejen med 80 mio. kr. i perioden frem mod 2021. Samtidigt kan det dog konstateres, at området i 2017 er under økonomisk pres, da antallet af borgere visiteret til hjælp, er steget mere end forventet.

På den baggrund er forligspartierne enige om at afsætte 7,1 mio. kr. til ældreområdet i 2018, der kan anvendes til at finansiere et forventet underskud på området i regnskabet for 2017. Samtidigt er forligspartierne enige om, at der skal gennemføres en analyse af ældreplejen og økonomien på området. Analysen skal blandt andet omhandle mulighederne i et endnu større fokus på rehabilitering fremfor kompenserende tiltag - herunder muligheder for yderligere investeringer i og anvendelse af velfærdsteknologiske løsninger.

I muligt omfang skal analysen endvidere vurdere mulighederne for at udmønte den kulegravning af reglerne på ældreområdet, som regeringen og KL har aftalt i økonomiaftalen for 2018. Kulegravningen skal skabe mere tid til kerneopgaven og sikre, at dokumentation og målinger er styringsrelevante og målorienterede.

Den nærmere organisering af analysearbejdet – herunder eventuelt behov for ekstern konsulenthjælp - fastlægges af direktionen. Analysen færdiggøres med henblik på, at den kan fremsendes til byrådet sammen med basisbudgettet for 2019-2022.

Bilag 1. Puljemidler 2013-2018 på omsorgsområdet, side 1

Sundhedspuljer 2013-15 ca. 14 mio. kr. i alt til sundhed og omsorg	Beslutnings-dato	Indarbejdet i budgettet	Puljer med refusion	I alt
4 ergoterapeuter - rehab. på centre	03-04-2014	2.000.000		2.000.000
Opfølgende hjemmebesøg umiddelbart efter udskrivning	21-08-2014	1.200.000		1.200.000
Øget anvendelse af sundhedsklinikker	21-08-2014	1.200.000		1.200.000
Implementering af TOBS (Tidlig opsporing af begyndende sygdomme)	21-08-2014	1.200.000		1.200.000
ABCD - forebyggende opsporingsredskaber, der understøtter SOSU-personalet i deres arbejde	21-08-2014	2.300.000		2.300.000
Omsorgstandpleje (omsorgsområdets andel)	21-08-2014	420.000		420.000
Sundhedspuljer i alt		8.320.000	-	8.320.000

Ældremilliard	Beslutnings-dato	Indarbejdet i budgettet	Puljer med refusion	I alt
Distriktssygeplejersker	07-11-2017	4.900.000		4.900.000
Styrkelse af aften-/natberedskabet	07-11-2017	1.000.000		1.000.000
Indsatser på demensområdet	07-11-2017	1.200.000		1.200.000
Styrket kompetenceudvikling på ældreområdet (PPS-licens)	07-11-2017	200.000		200.000
Medarbejdere til styrkelse af de sociale aktiviteter	07-11-2017	2.300.000		2.300.000
Styrket indsats på centrene (SOSU-medarbejdere)	07-11-2017	3.700.000		3.700.000
Yderligere styrkelse ved TOBS/ABCD	07-11-2017	3.000.000		3.000.000
Afsat til udviklingsaktiviteter (rehabiliteringsprojekt og omlægning af pladser på Nyvang og Landsbyen Møllevang)	07-11-2017	800.000		800.000
I alt		17.100.000	-	17.100.000

Værdighedsmidler	Beslutnings-dato	Indarbejdet i budgettet	Puljer med refusion	I alt
Ansættelse af chauffør	07-11-2017		200.000	200.000
Ekstra personale på centrene, incl. en ekstra aktivitetsmedarbejder på hvert område	07-11-2017		6.400.000	6.400.000
Omklassificering af boliger samt udvidelse af aflastningspladser	07-11-2017		2.500.000	2.500.000
Flere aften-/nattevagter (selvbestemmelse)	07-11-2017		1.500.000	1.500.000
Øget koordinering og mere kontakt til borgerne, herunder 0'te besøg	07-11-2017		4.900.000	4.900.000
Løft af det faglige niveau (fra hhv. sosu-hjælper/sosu-assistent til sosu-assistent/sygeplejersker)	07-11-2017		600.000	600.000
Ernæringsscreening og spisevenner	07-11-2017		800.000	800.000
Øget indsats omkring palliation	07-11-2017		700.000	700.000
Kompetenceudvikling	07-11-2017		586.000	586.000
I alt		-	18.186.000	18.186.000

Bilag 1. Puljemidler 2013-2018 på omsorgsområdet, side 2

	Beslutnings-dato	Indarbejdet i budgettet	Puljer med refusion	I alt
Ældre medicinske patient				
Kompetenceløft på ældreområdet 2016-18	07-03-2017	600.000		600.000
Styrkelse af akutfunktioner i hjemmesygeplejen	07-03-2017	2.200.000		2.200.000
I alt		2.800.000	-	2.800.000

	Beslutnings-dato	Indarbejdet i budgettet	Puljer med refusion	I alt
Fast tilknyttede læger på centre - 2016-19				
Fast tilknyttede læger på centre - 2016-19	08-11-2016	570.000		570.000
I alt		570.000	-	570.000

	Beslutnings-dato	Indarbejdet i budgettet	Puljer med refusion	I alt
Klippekort				
Klippekort i frit valgs området	25-04-2017	2.583.420		2.583.420
Klippekort på centrene	25-04-2017		6.679.266	6.679.266
I alt		2.583.420	6.679.266	9.262.686

	Beslutnings-dato	Indarbejdet i budgettet	Puljer med refusion	I alt
Finanslovsmidler 2018 - bedre bemanning i hjemmeplejer				
Rehabilitering - 6 terapeuter	22-03-2018		1.680.000	1.680.000
Rehabilitering - 8 sygeplejersker	22-03-2018		2.240.000	2.240.000
Rehabilitering - 2 medarbejdere med fokus på ensomhed og frivillighed	22-03-2018		560.000	560.000
Rehabilitering - op i tid - 40 medarbejdere i 5 timer/uge	22-03-2018		1.290.000	1.290.000
Forsøg med måltidsværter	22-03-2018		2.000.000	2.000.000
Implementering af demenspolitikken	22-03-2018		1.000.000	1.000.000
I alt		-	8.770.000	8.770.000

	Beslutnings-dato	Indarbejdet i budgettet	Puljer med refusion	I alt
Finanslovsmidler 2018 - øvrige - i LC-program				
Værdig død		1.020.000		1.020.000
Pårørende		1.020.000		1.020.000
I alt		2.040.000	-	2.040.000

	Beslutnings-dato	Indarbejdet i budgettet	Puljer med refusion	I alt
Økonomiaftale mellem Regeringen og KL 2019				
Midler til kompetenceudvikling (kun 2018)		1.700.000		1.700.000
I alt		1.700.000	-	1.700.000

		Indarbejdet i budgettet	Puljer med refusion	I alt
Puljer i alt		35.113.420	33.635.266	68.748.686

Bilag 1.2. Budgetændringer 2006-2018 på omsorgsområdet

Budgetår	Samlet besparelse	Fordelt på år											
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ændring fra ->		2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18
Budget 2006-2007													
Fra 10 til 9 områdecentre	-500	-500											
Øget ATA-tid til mobile enheder	-3.015	-2.250	-765										
Del af ATA-besparelse udgår	2.500	2.500											
Øget ATA-tid til aktivitetsområdet	-2.010	-1.500	-510										
Nednormering, døgnbemandede boliger	-3.518	-2.625	-893										
Nednormering, plejeboliger	-1.507	-1.125	-382										
Etablering af rengøringsteams	-1.105	-825	-280										
EU-udbud, ældreboliger	-1.010	-500	-510										
Budget 2007-08													
Rammerreduktion	-2.200		-2.200										
Ensartet madservice	-5.100		-5.100										
Andel af indkøbsreduktion	-385			-385									
Budget 2009-10													
Ingen prisfremskrivning og ændrede lønskøn	-2.532				-2.532								
Budget 2011-14													
Omdannelse af Kastaniebo	-2.784					0	-1.670	-1.114					
Ombygning af Optimus	-2.435					435	-2.870						
Nedlæggelse af fløj på Lindevænget (SMG)	-2.805					-455	-445	-900	-1.005				
Dragonparken ændres til ældreboliger	-3.830					-557	-626	-1.217	-1.430				
Konkurrenceudsættelse af et plejecenter	-800					-400	-400						
Rammebesparelse på ældreområdet	-5.900					-3.000	-2.900						
Træning i stedet for rengøring	-1.800					-1.000	-800						
Færre aftenplejersker	-2.700					-1.800	-900						
Færre Administrative medarbejdere, ledere og pedeller	-2.500					-1.250	-1.250						
Centralisering af genoptræning	-2.000					-1.000	-1.000						
Reduceret åbningstid i cafeer	-1.000					-1.000							
"Tvungen" brug af sygeplejeklinikker	-450					-225	-225						
Forhøjelse af prisen på dagcenterkørsel	-300					-300							
Besparelse ved reduktion af forebyggende hjemmebesøg	-225					-225							
Reduktion af tilsynsbesøg	-130					-130							
Elektronisk kommunikation Hjemmepleje - Sygehus	-150					-150							
Indkøbsbesparelse	-1.309					-1.309							
Besparelse, køb af konsulentydelse	-152					-152							
Andel af besparelse, ledelse og administration	-2.400					-2.400							
Budget 2012-15													
Ledelsesstruktur på ældreområdet	-3.000						-3.000						
Teknologi og træning i stedet for hjælp	-4.000						-4.000						
Fokus på inkontinens	-1.000						-1.000						
Optimering af kørslen på ældreområdet	-1.700						-1.700						
Reduktion af rammebeløb - ombygning af ældrecentre	-1.200						-1.200						
Digitalisering af rekruttering	-268							-147	-121				

Bilag 1.2. Budgetændringer 2006-2018 på omsorgsområdet

Samlet besparelse Budgetår	Fordelt på år												
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Ændring fra ->	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	
Budget 2013-16													
Nedlæggelse af 14 plejeboliger på Kollektivhuset	-4.300						-2.100	-2.200					
Øget specialisering	-2.000						-2.000						
Møde direkte hos borgeren og færre fællesmøder	-2.000						-2.000						
Optimering af pleje om natten	-3.200						-3.100		-100				
Optimering afspadseringsafvikling	-1.000						-1.000						
Færre skader på hjemmeplejebiler	-500						-500						
Dokumentation afpasses efter medarbejderens kompetence+ indførelse af standardformuleringer	-1.000						-1.000						
Rehabilitering af plejekrævende ældre (træning som hjælp)	-4.100						-2.000	-2.100					
Reduktion i antallet af nødkald	-1.000						-1.000						
Oprettelse af særlige botilbud	-2.000						-2.000						
Undladelse af demografifremskrivning for de 65-74 årige	-11.500						-4.300	-2.800	-2.400	-2.000			
Reduktion i ledelse og administration	-285						-285						
Ingen prisfremskrivning	-2.587						-2.587						
Lavere takst i forbindelse med kørselsgodtgørelse	-856						-856						
Indkøbsbesparelse	-1.043						-522	-521					
Aftaleenheder får ansvaret for indvendig vedligeholdelse uden kompensation	0						??						
Budget 2014-17													
Omklassificering af visse pleje-/ældreboliger	-6.000							-2.000	-2.000	-1.000	-1.000		
Ændret demografiregulering	-5.188							-2.345	-2.843				
Ingen prisfremskrivning	-1.544							-1.544					
Moderniseringsaftale	-1.589							-1.589					
Budget 2015-18													
Rammerreduktion 1%	-8.100								-8.100				
Innovationsprojekter	-5.300								-5.300				
Budget 2016-19													
Rammerreduktion 1%	-7.900									-7.900			
Ejendomservice (ej beløbsat)	0												
Budget 2017-20													
Rammerreduktioner 2017	-9.100											-9.100	
Afdrag på lån til Fremtidens Plejehjem	0												
Budget 2018-20													
Ingen prisregulering	-2.100											-2.100	
I alt, besparelser													
	-149.412	-9.325	-8.140	-385	-2.532	-14.918	-23.986	-28.628	-17.655	-20.743	-10.900	-10.100	-2.100
Akkumulerede besparelser		-9.325	-17.465	-17.850	-20.382	-35.300	-59.286	-87.914	-105.569	-126.312	-137.212	-147.312	-149.412

Bilag 1.2. Budgetændringer 2006-2018 på omsorgsområdet

	Samlet besparelse Budgetår	Fordelt på år											
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	Ændring fra ->	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18
Udvidelser													
Demografi	109.139	3.825	2.870	7.655	7.227	9.412	9.362	11.512	9.379	9.397	11.500	15.000	12.000
Regulering vedr. demografi	-2.345								-2.345				
Drift af hospice	1.000		1.000										
Kvalitetsløft, ældreplejen	5.356					5.356							
Tilbageførsel af tidligere besparelser	10.000									10.000			
Udvidelse af Tryghedshotellet	2.000									2.000			
Ældremilliard flyttes fra refusion til bloktilskud	17.100										17.100		
Overført fra sundhedspuljer	4.300											4.300	
Handleplan, ældre medicinske patient	600											1.000	-400
Styrkelse af akutfunktion	2.200											1.600	600
Klippekort til hjemmehjælp fra refusion til bloktilskud	2.600											2.600	
Demenshandleplan	400											200	200
Driftstilskud, Vennepunktet (et årig)	150												150
I alt, udvidelser	152.500	3.825	3.870	7.655	7.227	14.768	9.362	11.512	7.034	21.397	28.600	24.700	12.550
Akkumulerede udvidelser		3.825	7.695	15.350	22.577	37.345	46.707	58.219	65.253	86.650	115.250	139.950	152.500
I alt ændringer i året	3.088	-5.500	-4.270	7.270	4.695	-150	-14.624	-17.116	-10.621	654	17.700	14.600	10.450
Nettovirkning, akkumulerede ændringer		-5.500	-9.770	-2.500	2.195	2.045	-12.579	-29.695	-40.316	-39.662	-21.962	-7.362	3.088

Bilag 1.3. Udgift pr. 67 årig og derover til ældreområdet i regnskab 2017.

	Boliger	"Frit-valgs-området"	Træning og aktivitet	Hjælpe midler og depot i alt	Øvrige udgifter	Ældreudgifter i alt
København	19.299	24.218	6.546	6.946	20.736	77.745
Gladsaxe	21.118	18.985	6.946	4.503	7.590	59.142
Øvrige 6-byer	20.339	19.629	3.802	5.045	8.062	56.877
Aarhus	20.199	19.089	3.875	4.660	8.206	56.030
Fredericia	19.633	21.857	3.750	5.196	2.525	52.961
Aalborg	22.705	17.657	4.392	4.034	3.145	51.933
Esbjerg	23.211	19.409	1.567	4.589	2.061	50.836
Randers	26.599	12.606	3.801	3.844	3.289	50.138
Ringkøbing-Skjern	19.836	14.268	2.258	2.825	10.858	50.045
Kolding	16.942	22.802	3.642	3.068	3.219	49.674
Hele landet	18.034	18.434	3.279	3.979	5.110	48.837
Samsø	23.826	17.310	2.001	3.644	1.541	48.322
Fredericia, Kolding og Vejle	17.150	19.351	3.261	3.803	4.637	48.202
Gennemsnit alle nævnte kommuner, excl. Randers	18.162	17.737	3.408	3.948	4.838	48.094
Odense	16.280	17.774	2.627	4.998	6.162	47.841
Region Midtjylland	18.628	16.924	3.358	3.859	4.702	47.472
Norddjurs	17.565	15.352	4.563	4.660	4.345	46.485
Ikast-Brande	16.898	18.966	2.630	4.437	3.395	46.325
Silkeborg	16.672	18.994	3.179	3.304	3.590	45.738
Horsens	18.970	17.177	3.838	3.938	1.812	45.734
Viborg	18.810	16.747	3.255	3.087	3.645	45.543
Struer	18.635	15.485	2.701	2.993	5.126	44.939
Skive	16.308	19.658	1.371	3.616	3.920	44.873
Øvrige 7-byer	17.313	17.064	2.957	3.879	3.429	44.642
Odder	16.542	18.005	2.266	3.093	4.572	44.478
Hedensted	15.458	20.051	1.580	3.757	2.923	43.769
Skanderborg	18.119	14.646	2.929	3.388	4.308	43.391
Syddjurs	13.017	20.174	6.092	2.645	1.371	43.299
Holstebro	15.813	16.213	3.103	4.715	3.411	43.255
Lemvig	17.870	13.803	5.156	3.693	2.431	42.953
Herning	17.305	13.595	2.998	4.612	4.197	42.708
Vejle	14.875	13.393	2.390	3.144	8.167	41.970
Favrskov	16.313	15.546	2.959	3.101	2.531	40.449

Akutfunktioner og midlertidige pladstilbud i de midtjyske kommuner

I forbindelse med implementeringen af de dele af den nye overenskomst for almen praksis, der handler om sygebesøg, har den administrative styregruppe bag Praksisplanudvalget ønsket at få et samlet overblik over akutfunktioner og øvrige midlertidige pladstilbud i de 19 midtjyske kommuner.

Oversigten nedenfor viser akutfunktioner samt øvrige midlertidige pladstilbud i de midtjyske kommuner, som billedet ser ud i november 2017. Alle de midtjyske kommuner har en akutfunktion.

Definitioner

- Ved akutfunktioner forstås kommunale funktioner, der opfylder Sundhedsstyrelsens faglige krav til en akutfunktion. Kravene er beskrevet i "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen - krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser" (Sundhedsstyrelsen, 2017) og kan læses her: https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~/_media/F69BEB14789842818FA1096DE20C19D9.ashx (Oversigt over krav til akutfunktioner fremgår af side 10-13)

Kvalitetsstandarden stiller ikke bestemte krav til, hvordan varetagelsen af opgaverne i akutfunktionen organiseres. Varetagelsen af opgaverne i den kommunale akutfunktion er organiseret forskelligt i kommunerne, oftest som akutteams og/eller akutpladser. Hvordan kommunerne organiserer akutfunktionen, beror på en konkret vurdering i den enkelte kommune på baggrund af blandt andet befolkningsgrundlag, geografi, kommunestørrelse, afstand til hospital, lægebetjening mv. (Sundhedsstyrelsen, 2017)

- Ved øvrige midlertidige pladstilbud forstås kommunale pladser med midlertidigt ophold, som ikke er akutpladser. Det kan fx være rehabiliteringspladser, midlertidige pladser eller aflastningspladser.

Oversigt over akutfunktioner og øvrige midlertidige pladstilbud

Kommune	Akutfunktion			Antal øvrige midlertidige pladser
	Akutteam	Akutpladser	Antal akutpladser	
Favrskov	Ja	Ja	2	26
Hedensted	Ja	Nej	0	19
Herning	Ja	Ja	10	48
Holstebro	Ja	Ja	10	49
Horsens	Ja	Ja	17	34
Ikast-Brande	Ja	Ja	2	25
Lemvig	Nej	Ja	9	14
Norddjurs	Ja	Ja	15	23
Odder	Ja	Ja	3	11
Randers	Ja	Ja	18	60
Ringkøbing-Skjern	Nej	Ja	25	16
Samsø	Nej	Ja	4	4
Silkeborg	Ja	Ja	2	65
Skanderborg	Ja	Nej	0	32
Skive	Ja	Ja	3	50
Struer	Ja	Ja	15	9
Syddjurs	Ja	Ja	4	20
Viborg	Ja	Ja	3*	83
Aarhus	Ja	Ja	22	81**

*Fra 1. januar 2018

** 16 af pladserne åbner primo 2018

Bilag 2.2. Oversigt over akutpladser i Region Midtjylland ift. indbyggertal, 2017

Kommune	Antal akutpladser	Plads pr. 1000 borger 67 årig og derover
Hedensted	0	0,00
Skanderborg	0	0,00
Silkeborg	2	0,13
Viborg	3	0,18
Favrskov	2	0,26
Ikast-Brande	2	0,28
Skive	3	0,33
Syddjurs	4	0,44
Aarhus	22	0,52
Herning	10	0,68
Odder	3	0,69
Holstebro	10	0,99
Randers	18	1,04
Horsens	17	1,22
Norddjurs	15	1,91
Lemvig	9	2,04
Ringkøbing-Skjern	25	2,31
Struer	15	3,30
Samsø	4	3,58
I alt	164	0,77

Note: Baseret på opgørelse fra KOSU-sekretariatet i efteråret 2017 og udtræk fra Danmarks statistik.

Bilag 6.1: Andel borgere fordelt på træningsparagraf og leverandør, januar-juni 2018.

Visiteret paragraf	§ 140 Sundhedsloven	§ 86.2 Serviceloven	§ 86.1 Serviceloven	Samlet andel for leverandør
Leverandør	Andel	Andel	Andel	Samlet andel
Rosenvænget	21,3%	14,7%	23,4%	18,7%
Møllevang	17,5%	9,7%	1,7%	11,7%
Tirsdalen	16,0%	5,6%	15,5%	11,2%
Kollektivhuset	12,2%	7,3%	20,4%	11,1%
Borupvænget	6,0%	14,2%	15,5%	11,1%
Åbakken	7,2%	5,3%	6,4%	6,2%
Kildevang	5,5%	5,3%	5,9%	5,5%
Dragonparken	7,2%	3,8%	4,5%	5,3%
Lindevænget	6,0%	4,0%	3,2%	4,7%
Vorup	0,1%	7,6%		3,5%
Bakkegården		5,4%		2,4%
Lindevænget/Dragonparken		4,5%		2,0%
Kristrup/Assentoft		3,9%		1,8%
Solbakken	0,2%	1,8%	2,3%	1,2%
Aktivitet Brugerhuset*		2,4%		1,1%
Randers Kloster	0,7%	1,4%	1,1%	1,1%
Aktivitet Fristedet*		1,6%		0,7%
Spentrup		0,8%		0,4%
Aktivt Fællesskab*		0,5%		0,2%
Sum	100%	100%	100%	100%
(N) Antal borgere	1523	1681	529	

Note: Andele er baseret på antallet af borgere, der har modtaget en af ovenstående træningsparagraffer i perioden januar-juni 2018.

*Særlige tilbud til borgere med demens. To foregår på Dronningborg plejecenter og et på Fårup Ældrecenter.

Bilag 6.2: Andel med overordnet diagnose fordelt på leverandør, genoptræningsplaner §140

Leverandør	Borupvæ ngel	Dragonp arken	Kildevan g	Kollektiv huset	Lindevæ ngel	Møllevan g	Rosenv ængel	Tirsda len	Åbakke n	Randers Kloster	Solbakke n	Rehabilit eringsen heden	SUM	Omsorgs området i alt	(N) Antal
Overordnet diagnose	Andel	Andel	Andel	Andel	Andel	Andel	Andel	Andel	Andel	Andel	Andel	Andel		Andel	Antal
Andet - Funktionelle lidelser												100%	100%		4
Andet - Psykiatri							100%						100%	100%	1
Andet - Smerte												100%	100%		1
Med - Almen svækkelse	11%	1%	7%	15%	5%		23%	21%	12%	1%	1%	4%	100%	96%	170
Med - Cancer		2%	2%	9%	2%	2%	11%	22%	4%			44%	100%	56%	45
Med - Gynækologi												100%	100%		4
Med - Hjerter	1%		1%	3%	1%	1%	1%		2%			91%	100%	9%	106
Med - KOL		5%	11%	16%	11%		16%	16%	16%			11%	100%	89%	19
Neu - Apopleksi	1%	20%	5%	19%	1%	1%	16%	2%	8%	1%	2%	25%	100%	75%	102
Neu - Neurologiske lidelser	3%	11%		11%	3%		17%		6%			49%	100%	51%	35
Neu - Traumatisk hjerneskade	11%	33%		11%			22%					22%	100%	78%	9
Ort - Albue konservativ					27%			36%				36%	100%	64%	11
Ort - Albue opereret					21%		7%	7%				64%	100%	36%	14
Ort - Amputation	25%	38%	38%										100%	100%	8
Ort - Ankel/fod konservativ	8%	3%	3%	10%	3%	10%	15%	18%	3%			30%	100%	70%	40
Ort - Ankel/fod opereret	2%		2%	18%	4%	18%	4%	10%	8%		4%	30%	100%	70%	50
Ort - Hofte konservativ	14%			21%		14%	14%	21%				14%	100%	86%	14
Ort - Hofte opereret	8%	2%	7%	8%	6%	10%	17%	18%	7%		2%	17%	100%	83%	106
Ort - Hånd/finger konservativ			2%				81%	15%	2%				100%	100%	47
Ort - Hånd/finger opereret	3%		3%		3%		73%	18%					100%	100%	33
Ort - Knæ konservativ	2%			1%	3%	30%			1%			63%	100%	37%	105
Ort - Knæ opereret	4%			1%	4%	21%	4%	6%	1%			60%	100%	40%	109
Ort - Nakke konservativ						26%		6%		3%		66%	100%	34%	35
Ort - Nakke opereret						50%						50%	100%	50%	6
Ort - Ryg konservativ	5%		4%	1%		13%	5%	13%	4%			56%	100%	44%	171
Ort - Ryg opereret			1%	1%		3%	3%	2%	2%			87%	100%	13%	89
Ort - Skulder konservativ			5%	20%	11%	11%	9%	12%	4%	1%		27%	100%	73%	75
Ort - Skulder opereret	1%		3%	8%	10%	13%	5%	5%	3%			51%	100%	49%	96
Ort - UE andre frakturer konservativ	50%		50%										100%	100%	2
Ort - UE andre frakturer opereret	17%				17%	17%	17%		17%			17%	100%	83%	6
SUM															1513

Note: Andel er baseret på antal skemaer, med den specifikke overordnede diagnose fordelt på leverandør. Andel af skemaer er genoptræningsplaner, der er modtaget i perioden januar-juni 2018. Leverandører som private fysioterapeuter, Regionshospitalet Randers, døgn-genoptræning, træningshøjskolen m.m. er sorteret fra.

Bilag 7.1. Overblik over fordele og ulemper ved omsorgsrådets budgettildelingsmodel

	Afsat til	Tildelingsprincip (2017-beløb)	Fordele	Ulemper
Delmodel 1				
Ledelse og administration	Områdeledere, distrikts- og centerledere, ernæringsledere, sygeplejeadere, trænings- og aktivitetsledere, administrative ledere, administrativt personale samt tekniske servicemedarbejdere	Modellen tildeles hvert område en lønsum svarende til det antal ledere, der er i organisations-modellen, godkendt af byrådet den 2. maj 2011.	Giver budgetsikkerhed for det enkelte år vedr. ledere, adm. medarbejdere og tekniske servicemedarbejdere	
Tekniske servicemedarbejdere		Der tildeles 9.812.000 kr. efter lønsum til øvrige administrative stillinger, herunder til tre administrative ledere. Endvidere tildeles områderne ressourcer til tekniske servicemedarbejdere på baggrund af aftale om Ejendomsservice, hvor halvdelen af det tekniske servicepersonale er overført til Ejendomsservice samt i henhold til driftsaftaler omkring ældreboliger.		
Delmodel 2				
Boliger	Basimedarbejdere hele døgnet i alle boligtyper - inklusiv sygepleje	Pr. bolig tildeles (note 1):	Modellen giver budgetsikkerhed for udførersiden (aftaleenhederne), da driftsbudgettet er kendt på forhånd og ikke ændres hvis der f.eks. er ledige boliger. Giver endvidere simple administrative arbejds gange for ressource tildeling.	Der er ikke sammenhæng mellem visitationsansvar (bestilleransvar) og økonomiansvar. Dermed har visitationen et incitament til altid at fylde ledige boliger op frem for at tænke helhedsorienteret i forhold til faglighed og økonomi. Ved automatisk ressource tildeling tages ikke højde for borgers støttebehov på indflytningstidspunktet, udover boligkategorien.
	inklusive særydelser	Ældreboliger med kald: 152.031 kr.		
		Plejeboliger og aflastningsboliger: 304.063 kr. Demensboliger: 377.078 kr.		
Delmodel 3 A				
Personlig pleje og praktisk hjælp i fritvalgsområdet	Basimedarbejdere, der leverer personlig pleje og praktisk hjælp i fritvalgsområdet inkl. særydelser	Tildeles efter gennemsnittet af visiterede timer på fritvalgsområdet samt uddelegerede sygeplejeydelser (som leveres af sosu-personale) i uge 31-43. (note 2). Der tildeles 17.582 kr. pr. visiteret time på årsbasis inkl. betaling til de private leverandører.	Man kender sit budget for hele året, giver en vis sikkerhed, dog med forbehold for udsving i visiterede og leverede timer. Se delmodel 6.	Der er ikke en ensidig sammenhæng mellem bestilleransvar og det overordnede økonomiske ansvar. Mangler incitament til løbende revidering og til at tænke helhedsorienteret ift. økonomi og faglighed.
Delmodel 3 B				
Hjemmesygepleje i fritvalgsområdet	Basimedarbejdere, der leverer hjemmesygepleje i fritvalgsområdet, inkl. særydelser	Tildeles 22 % i forhold til antallet af visiterede fritvalgs-timer samt leverede uddelegerede sygeplejeydelser i området	Færre administrative opgaver i form af en smidigere visitation og levering af sygeplejeydelser.	Umiddelbart ikke hensigtsmæssig incitamentstruktur, da flere uddelegerede sygeplejeydelser vil generere højere budget
Delmodel 4				
Trænings- og Aktivitetsområdet	Basimedarbejdere på aktivitets-området inkl. genoptræning efter serviceloven, ekskl. genoptræning efter sundhedsloven	Der fordeles beløb pr. bolig (jf. delmodel 2) + pr. borger over 75 år i fritvalgsområdet:	Selvisterende i forhold til §86 SEL	Potentiel mangel på ensartethed i visitation, da flere enheder har "egen praksis" vedr. hjælpemidler
		Pr. bolig (note 3): 13.694 kr.		
		Pr. øvrig +75 årig: 2.014 kr.	Jf. Randers Kommunes kvalitetsstandard er tilbuddene efter §86, stk. 2 tilzænk den ældre borger.	
Delmodel 5				
Køkkenområdet	Basimedarbejdere i køkkener og caféer	Tildeles ud fra omsætningen 1. oktober 2014 til 30. september 2015 fratrukket 45 % til køb af råvarer		
Delmodel 6				
Øvrige	Natcentret	11.369.000 kr.	Behandles i særskilt afsnit af analysen.	Behandles i særskilt afsnit af analysen.
	Hospice	5.426.000 kr.		
	Tryghedshotellet	10.844.000 kr.		
	Psykisati	3.910.000 kr.		
	Genoptræningspladser	6.925.000 kr.		
	Træningshøjskole	4.495.000 kr.		
	Til senere fordeling ved stigning i antallet af visiterede timer mv.	4.000.000 kr.	Se evt. delmodel 3A	Budgettet dækker kun i begrænset omfang mulige stigninger i visiterede timer.

1) Antallet af boliger opgøres som det forventede antal "helårs-boliger" i budgetåret. Hvis der sker ombygninger eller forventede udvidelser, medregnes til- eller afgang af boliger forholdsvismæssigt.

2) Antallet af fritvalgstimer opgøres som det gennemsnitlige ugentlige visiterede timer og uddelegerede sygeplejeter, i 2016 efter antallet af timer i perioden uge 31-43.

3) Her er anvendt samme antal boliger som i delmodel 2. Boliger under delmodel 6 indgår ikke i beregningen.

I forhold til antallet af 75+ årige anvendes befolkningen i området pr. 1. januar 2017 ifølge befolkningsprognosen.