

Beskrivelse af området

Sygeplejen udfører lovbundne Sundhedslovsydelsler, med lægehenviisning. Det er sygeplejerskeme der selv visiterer hvad den enkelte borger har behov for. Dette sker med udgangspunkt i et indsatskatalog og standardtider. Der foretages altid en individuel konkret vurdering. SUL-opgaverne kan delegeres til SSA'ere jf. kommunens kompetenceprofil.

Der er i Slagelse Kommune flere leverandører af sygepleje, fordelingen ses her:

Sundhedslovsydelsler(SUL)

<u>Leverandør:</u>	<u>Timer uge 1-10</u>	<u>%-fordeling</u>
Antvorskov	2.153,28	7,74
Private	206,19	0,74
Kommunal	24.842,56	89,31
Stillinge	612,52	2,20
I alt	27.814,55	100

Tendenser og udvikling

Opgaveglidningen fra sygehuse til kommuner har gennem flere år været et fokus. Således er der nu kortere indlæggelsestider på sygehuse og dermed flere opgave i kommunerne. Summen af sygdom og behov for behandling er forventeligt ikke faldet, men opgaverne håndteres i højere grad af kommunerne. Det betyder, at borgerne kommer hurtigere hjem fra sygehusene og med kortere varsling end tidligere. Derfor er der behov for kontinuerlig tilpasning af opgaver i sygeplejen. Det er normalt at opgaver hjemtages med timers varsel.

Udvikling i visiteret og disponeret tid, samt antal borgere



Iværksatte tiltag

Iværksatte tiltag ift. håndtering af stigende mængde opgaver

Sygeplejeopgaverne (SUL) spænder over opgaver, som både kan varetages af Sygeplejersker, Social og Sundheds assistenter (SSA) og i mindre grad af Social og Sundheds hjælpere (SSH).

For at sikre, at opgaverne løses på det rette kompetenceniveau er der udarbejdet kompetenceprofil for faggrupperne. Samtidig er det besluttet, at opgaverne skal løses på lavest muligt kompetenceniveau og dermed skal alle opgaver, som kan løses af SSA eller SSH delegeres til hjemmeplejen. Dette sikrer samtidig, at vi arbejder med at have færrest muligt fagpersoner i borgernes hjem.

For at sikre kvaliteten og justering af tid til opgaverne, til gavn for borgerforløb og patientsikkerhed, er der til hvert område tilknyttet faste sygeplejersker. Ugentligt er der sparringsmøder faggruppene imellem, hvor opgavernes placering, tidsinterval, kompleksitet mm vurderes.

Sygeplejerskerne er organiseret i en samlet sygepleje, men hver især tilknyttet et hjemmeplejeområde.

Alle ydelser i hjemmeplejen er beskrevet via indsatskatalog og standardtid er også angivet jf. arbejdet under Valcon-analysen.

Ydelserne er ved Valcon-analysen justeret, så de i bedst muligt omfang repræsenterer den nødvendige gennemsnitstid for den givne ydelse. Siden 2018's tidsangivelser på ydelser, er der sket tilpasninger – både op og ned. Et eksempel er, at tidligere havde sygeplejefaglig udredning fast 35 minutter. Den er nu justeret til 45 minutter - i mange andre kommuner ligger denne ydelse på 60 minutter. Risikoen ved at sætte ydelsen for lavt som udgangspunkt er, at opgaven ikke kan nås på den afsatte tid og i værste tilfælde udføres opgaven ikke tilstrækkeligt sikkert. Ofte vil konsekvensen være, at der skal planlægges med endnu et besøg og derved anvendes samlet mere tid, end hvis der fra start var planlagt hensigtsmæssigt. Aftalen er nu, at den enkelte sygeplejerske/planlægger kan justere ydelsestiden, hvis det fagligt vurderes at standardtiden ikke er det bedste i den konkrete situation. Alt dette for at der fra første færd planlægges så hensigtsmæssigt som muligt – til gavn for borger og drift.

Økonomi

Budget 2021-2024 tager udgangspunkt i et rammebudget som årligt pris- og lønfremskrives. Dertil kommer en årlig demografiregulering. Den nuværende demografimodel, tager afsæt i data fra 2 år tilbage, samt en effektivisering i sygeplejen på 50% af tilvæksten i timer. Denne effektivisering har i mange år været indlejret i demografimodellen og sygeplejen har derved effektiviseret meget gennem årene. Den kommunale del af sygeplejebudgettet blev i 2019 tilført knap 6 mio. kr. i tillægsbevilling, begrundet i at der fremover skulle ske konkret afregning på delegerede ydelser. Tidligere var denne afregning en ramme til hjemmeplejen og via Valcon-analysen fandt man, at det var en af årsageme til Hjemmeplejen dengang præsterede underskud.

Tillægsbevillingen har ikke været i en størrelse svarende til udgiftsstigningen på de delegerede ydelser. De 6 mio. kr. reduceres hvert år som følge af en nedtrapning af beløbet i overslagsårene. I 2020 bliver tillægsbevillingen således reduceret med 10%.

Sygeplejen har gennem årene således effektiviseret løbende. Med den nuværende opgaveglidning i kombination med stigning i antal ældre de kommende år, er det ikke muligt, at overholde budgettet i 2020 og årene frem.

Der er behov for en ny budgettildelingsmodel, som tager højde for den demografiske udvikling og samtidig i seneste aktivitetsdata i form af antal modtagere af Sundhedslovsydelser samt visiterede timer. Derudover skal der indarbejdes en realistisk stigning i forhold til den igangværende og fortsat varslede opgaveglidning fra regioner til kommuner.

Seneste opfølgning i 2020 viser et forventet merforbrug på 9 mio. kr. i 2020. Tilsvarende må som minimum forventes i 2021 og frem.

Handlemuligheder

Lægehenviste sundhedslovsydelser er lovbundne for kommunerne at udføre. Det er ikke muligt, at fastsætte kommunalt serviceniveau.

Kommunen har indflydelse på driftsudgifterne – altså de medarbejderrelaterede udgifter. Der er løbende fokus på at udføre opgaverne effektivt og samtidigt kvalitetsmæssigt forsvarligt. Herudover er der stort fokus på medarbejderes trivsel.

Den ikke direkte borgerrettede tid er der særligt fokus på. Møder i sygeplejen udmøntes jf. kriterierne sat under Valcon-analysen, hvor fokus var at afholde den mængde af møder, som opgaven kalder på, men heller ikke mere end det. Det er dog et faktum, at det i 2019 har været umuligt at gennemføre/deltage i flere af møderne, da direkte borgerrettede opgaver har måttet prioriteres.

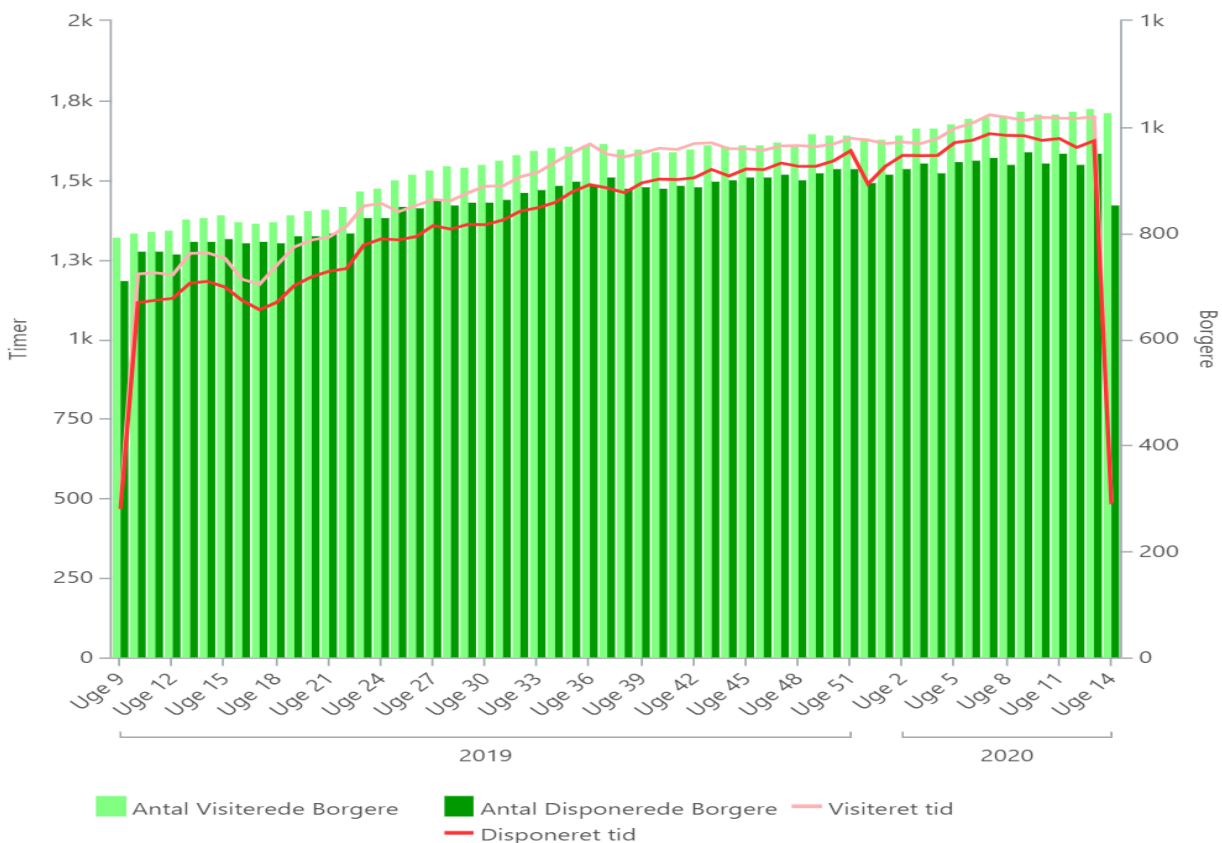
I den daglige ruteplanlægning for borgerbesøg er udgangspunktet i første omgang, at overholde aftalerne jfr. Valcon-analysen. En rute er udtryk for behov for fremmøde af en sygeplejerske og består af borgerrettede disponerede ydelser, køretid, møder mm. Særligt i slutningen af 2019 har der været pres på bemandingsbehovet, da behovet for antallet af ruter har været større end den reelle bemandingskapacitet.

Delegering/placering af opgaver:

I slutningen af foråret 2019 blev der strategisk sat ekstra skub på, at delegere flest mulige opgaver – jf. kompetenceprofilen. Derved blev der fokus på at øge bemanningen af SSA'ere i hjemmeplejen, samt sikre, at de SSA'ere der var i vagt "udnyttede" deres kompetencespænd optimalt.

Data viser, at strategien virker: Graf over delegerede ydelser til hjemmeplejen i 2019/20:

Udvikling i visiteret og disponeret tid, samt antal borgere



Delegering kan være udfordret af rekruttering af SSA'ere. Vi har dog oplevet en stigning i antal ansatte SSA'ere i hjemmeplejen det seneste halve år.

Sygeplejebemandingsbehov i dagligdagen

I gennem 2019 viste udviklingen en stigning i Sundhedslovsydelser (SUL) og samtidig en stigning i antal borgere, der modtager SUL ydelser. Denne stigning er primært håndteret ved delegering til Hjemmeplejen. Hvilket er den "mest driftsøkonomiske" måde stigningen kan håndteres på, da timeprisen der er lavest. Der forventes en forsat stigning i delegerede ydelser og dermed et øget udgiftsbehov til dette i sygeplejen. Dette for at sygeplejen selv kan have kapacitet til den stigning i opgaver der må forventes.

Anvendelse af vikarer kontra fastansatte

For at give det bedst mulige borgerforløb, vil det være hensigtsmæssigt, at der er fast bemanding svarende til det gennemsnitlige behov for ruter.

Udsving i ruter i kortere perioder vil økonomisk bedst kunne håndteres ved vikarer på den enkelte dag.

I 2019 var der ikke økonomi til at sikre fast bemanding på det gennemsnitlige rutebehov. Konsekvensen blev, foruden aflysning af mange møder, en u hensigtsmæssig større udgift til vikarer.

I 2019 har vikaranvendelsen dækket over stigning i visiteret tid, sygefravær, kurser mm.

Vikarforbruget i 2020 forventes at være mindre end i 2019 og i stedet anvendes midlerne til fastansættelser. Dog er budgettet ikke til, at vi disponerer med ansættelser svarende til antal ruter.

Når der aflyses møder har det konsekvens for opfølgningen på borgerforløb, men også konsekvenser ift. arbejdsmiljøet. Når der anvendes vikarer koster det altid tid hos det faste personale ift. introduktion til dagens rute, samt opfølgning sidst på dagen ift. FMK registreringer (vikarer kan teknisk tilgå omsorgssystemet, men ikke FMK – det fælles medicinkort).

Sygeplejens sygefravær vurderes at ligge pænt i forhold til forventeligt og sammenlignet med andre områder – selvfølgelig med plads til forbedringer på steder, men som udgangspunkt pænt. Sygeplejens sygefravær de seneste 12 måneder ligger på 3,79% i gennemsnit.

Kvalitetsudviklingen i sygeplejen har i 2016-2017 været meget lav (ikke eksisterende). I 2018 og frem har vi igen haft medarbejdere på kurser; palliation, specialuddannelse i borgernær sygepleje, demens mm. Specialuddannelsen er en aftale nationalt, hvor kommunerne forventes at sende medarbejdere afsted. I 2019 har vi uddannet tre, som af den årsag har været trukket rigtig meget ud af driften, Det er forventeligt, at kommunerne forsætter med at uddanne i denne retning – på linje med, at sygehusene uddanner deres sygeplejersker til intensiv, akut mm.

Studerende: kommunerne får flere studerende jf. nationale aftaler. Studerende hver studerende fordrer i gennemsnit 4 timers vejledning.