

Bilag 4. Besvarelse af spørgsmål stillet af Sundheds- & Seniorudvalget på mødet i juni 2017.

Udvalget ønsker et samlet overordnet overblik over handleplanernes økonomi.

Der er til denne opfølgning udarbejdet ny "forside" til bilaget indeholdende opfølgning på handleplaner. Forsiden viser forventninger til regnskab 2017 på alle områder med handleplaner.

Udvalget ønskede på mødet i juni nedenstående undersøgt nærmere til august:

1. Ressourcer hhv. sygepleje og hjemmepleje (område for område) samt myndighedsområdet - serviceniveau (sammenholde medarbejderressourcer, økonomi og ydelser)

Der er taget udgangspunkt i de ECO – nøgletal, som udvalget har fået i forbindelse med budgetsagen i juni måned. Samtidig er der set på det, Slagelse Kommune og sammenlignings kommunerne har budgetteret for 2017.

Da der kan være variationer i kommunernes kontering, kan tallene være behæftet med uligheder og dermed usikkerhed - dog kan det ses, at Slagelse Kommune samlet set, har brugt ca. 25 mio. kr. mere i 2016 end sammenligningsgruppen.

Baggrunden for det større forbrug i 2016 skal ses i forhold til, at områderne Visitation, Hjemmepleje og Sygepleje havde væsentlige budget overskridelser.

Der er flere årsager til budget overskridelserne i 2016. Områderne hjemmepleje og sygeplejen har været belastet af et forholdsvist højt fravær og har derudover brugt ressourcer på at implementere et nyt omsorgssystem og system til at lave tidlig opsporing af begyndende sygdom hos borgerne (TOBS).

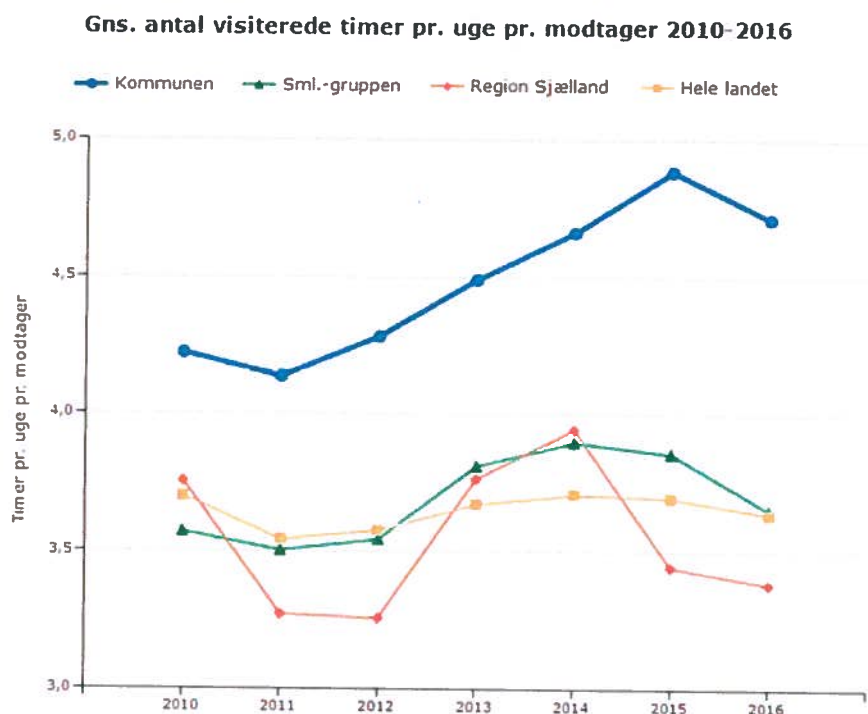
Skift af omsorgssystem har betydet, at der i det første halve år ikke har været tilstrækkelig datagrundlag at styre efter. Derudover har både visitation og plejen været belastet af de hurtigere udskrivelser fra sygehuset.

Antallet af borgere, der modtager hjælp er stabil, men der ses en tendens til, at de borgere, der modtager hjælp fra hjemmeplejen generelt har behov for mere hjælp. Dette skal ses i lyset af, at borgere, der har mulighed for at blive rehabiliteret til at klare hverdagen selv, bliver det.

I forhold til budget 2017 har Slagelse Kommune budgetteret med 7 mio. kr. mere end sammenligningsgruppen. Slagelse Kommune har i forbindelse med ældremilliarden valgt at hæve serviceniveauet - så borgere, der får hjælp til rengøring, kan modtage rengøring hver anden uge, og få hjælp til hovedrengøring en gang om året. Borgere med behov for hjælp til bad, kan få det to gange om ugen, og borgere med behov for meget hjælp, kan få en omsorgstime pr. uge.

Ses der på antal visiteret timer pr. borger pr. uge ligger Slagelse Kommune 1 time højere end sammenligningskommunerne, hvilket skal ses i lyset af det højere serviceniveau.

Bilag 4. Besvarelse af spørgsmål stillet af Sundheds- & Seniorudvalget på mødet i juni 2017.



Samtidig kan det ses, at Slagelse Kommune bruger flere ressourcer på hjemmepleje; en del af forklaringen er ud over ovenstående, at hjemmeplejen løser en række sundhedslovs ydelser hos de borgere, de kommer hos, i forvejen.

Derimod ser det ud til, at Slagelse Kommune bruger færre penge på området, der er fritaget for frit valg – plejecentrene - ift. sammenligningsgruppen, men at der bruges flere ressourcer end kommunerne samlet i Region Sjælland. Da tallene er hentet direkte fra omsorgssystemet til Danmarks Statistik, kan der være sket en sammenblanding mellem hjemmeplejen og plejecentrene og de centernære boliger.

I forhold til myndighedens budget og forbrug er der en direkte sammenhæng mellem de visiterede timer og dermed serviceniveauet.

Det har ikke været muligt at skaffe data, der dokumenterer Slagelse Kommune serviceniveau kontra de øvrige kommuners serviceniveau.

I forhold til budget til borgernære ydelser går den største del til medarbejder lønninger. Dvs. social- og sundhedsmedarbejdere, sygeplejersker, terapeuter m.m.

I forhold til administration og ledelse, har Slagelse Kommune på ældreområdet brugt under halvdelen af, hvad sammenligningskommunerne har brugt i 2016.

Ses der på sygeplejen har Slagelse Kommune i 2016 brugt væsentlig flere penge, end de kommuner, vi sammenligner os med.

Sygeplejen har fået tilført midler i budget 2017 til Akutteam. Vurderingen er, at sygeplejens oprindelige budget for 2017 er passende i forhold til de visiterede timer, der er på området inkl. tid til samarbejde og dokumentation.

Bilag 4. Besvarelse af spørgsmål stillet af Sundheds- & Seniorudvalget på mødet i juni 2017.

På hjælpemiddelområdet ser det ud til, at Slagelse Kommune i regnskab 2016 har brugt færre midler end de kommuner, vi sammenlignes med. Hvis budgettet for 2017 ikke var reduceret med merforbrug fra 2016, ville budgettet være i samme størrelsesorden som i de kommuner, Slagelse Kommune sammenlignes med. Det skal dog bemærkes, at de kommuner, som Slagelse Kommune sammenligner sig med, også har brugt flere ressourcer i regnskab 2016, end der er budgetteret med i 2017.

En af årsagerne kan tilskrives, at borgerne bliver hurtigere udskrevet fra sygehus og dermed i en periode har behov for flere hjælpemidler. Derudover ses også en stigning i kropsbårne hjælpemidler.

Udvalget vil på mødet få en uddybende orientering om budget og ressource behov. Umiddelbart er der balance mellem budget og antallet af visiterede timer og medarbejdere, til at løse opgaverne. Der er fokus på at nedbringe fraværet, da det har betydning for, hvor pressede medarbejderne føler sig.

2. Markant forskel mellem budget 2015 og 2016 - hvad skyldes forskellen?

Milliard puljen.

3. Kan dokumentationskravene nedsættes?

Kravene til dokumentation for ydelser leveret under henholdsvis Serviceloven og Sundhedsloven er forskellige.

Dokumentationskrav for ydelser leveret under Serviceloven

Dokumentationskravet for ydelser leveret under Serviceloven, indebærer, at leverandøren kan dokumentere, at modtageren har fået de ydelser, der er truffet afgørelse om.¹ I praksis fungerer kørelisten som dokumentation for leveret ydelse, og der stilles derfor krav om, at afvigelse fra de planlagte kørelistebesøg dokumenteres, samt årsagen hertil.

Dokumentationskrav for ydelser leveret under Sundhedsloven

Dokumentationskravet for ydelser leveret under Sundhedsloven er skærpede, idet det indebærer sikring af kontinuitet, sammenhængende forløb, sikkerhed og kvalitet i forbindelse med pleje og behandling af patienter. Dokumentationen skal indeholde stamoplysninger om borgeren, samt beskrivelser af potentielle og/eller aktuelle problemer i relation til 12 fastsatte sygeplejefaglige problemområder.² Det sygeplejefaglige personale skal på baggrund af journalen kunne redegøre for borgerens tilstand, hvilke overvejelser, der er gjort, hvilken pleje og behandling, der er planlagt, og hvilken pleje og behandling, der er udført, samt resultatet heraf. Det skal desuden fremgå, hvilken information, borgeren har modtaget og, hvad borgeren har givet sit samtykke til.

> Muligheder

Det søges pt. afklaret hos Styrelsen for Patientsikkerhed, om kørelisten kan betragtes som en del af journalen. "Patientjournalen defineres som optegnelser, der oplyser om patientens tilstand, den planlagte og udførte behandling mv."³ Hvis kørelisten kan defineres som en del af journalen, vil det åbne op for, at delegerede ydelser som støttestrømper og medicinudlevering, ikke skal dokumenteres yderligere end på kørelisten. Dette vil i så fald nedsætte dokumentationsbehovet.

Derudover er en decideret gennemgang og revision af praksis omkring brugen af adviser igangsat med henblik på at reducere evt. dobbeltdokumentation og unødvendigt tidsforbrug.

Endelig vil der i efteråret 2017 blive igangsat et fokus på at gennemgå dokumentation og arbejdsgange på hjælpemiddelområdet, hvor arbejdsgangene omkring bestilling af hjælpemidler kan indebære dobbeltdokumentation.

Administrationen ser, at der er et omfattende dokumentationskrav i relation til afgørelser på myndighedsområdet. I praksis ses længere beskrivelser af borgerens situation og problemstillinger, som

¹ Vejledning om hjælp og støtte efter Serviceloven, s.23

² Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser

³ Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler

Bilag 4. Besvarelse af spørgsmål stillet af Sundheds- & Seniorudvalget på mødet i juni 2017.

i dag ikke altid anvendes i det videre forløb. Også denne dokumentationspraksis vil blive gennemgået i efteråret 2017 med henblik på sikring af, at den dokumentation, der nedfældes, er i overensstemmelse med formålet og anvendes i det videre forløb.

4. Organisatoriske forhold ift. ledelsesniveauer (medarbejder medbestemmelse fx ændringsforslag)

Formålet med LMU er, gennem samarbejde mellem ledelsen og medarbejderne, at sikre alle medarbejdere direkte og reel medindflydelse og/eller medbestemmelse på overordnede mål og rammer, arbejdsmiljø og på den daglige arbejdsituation. Udgangspunktet er, altid at tilstræbe, at mest mulig kompetence uddelegeres til den enkelte medarbejder/gruppe af medarbejdere.

Hjemmeplejen og Sygeplejen har hvert sit lokale MED-udvalg - niveau 1 - med udvalgte medarbejderrepræsentanter. Begge udvalg har overrepræsentation af antal medarbejdere i forhold til ledersiden. LMU - niveau 2 - består af alle medarbejdere i det enkelte område og ledelsen. Der afholdes som minimum LMU - niveau 1 og 2 - en gang hvert kvartal. Derudover afholdes ekstraordinære LMU møder ved behov. Derudover afholdes hver måned personalemøder i områderne. FTR fra Hjemmeplejen og Sygeplejen, samt virksomhedsleder er repræsenteret i Sektor-MED i Center for Sundhed og Ældre og sikrer derved, dels at medarbejderperspektiver løftes på Sektor-MED, dels vidensformidling ud i organisationen.

Andre eksempler på fora for vidensdeling og samarbejde mellem medarbejdere og ledere

- ⇒ Triagemøder, der afholdes i alle Hjemmeplejens områder alle hverdage, hvor områdeledelse og medarbejderne tværfagligt iværksætter handlingsplaner med udgangspunkt i borgernes funktionsniveau
- ⇒ Områdeledelsen er helt tæt på medarbejderne på alle lokationer alle hverdage
- ⇒ Alle medarbejdere har fået arbejdsmail, og flere steder sender ledelsen ugentlige nyhedsmails ud til medarbejdergruppen. Derudover foregår vidensdeling via opslag på lokationen samt lokale drøftelser.
- ⇒ Mange af medarbejderne mødes med kolleger og ledelse ved start af hvert vagtlag i det område, de er tilknyttet. Ofte opstår spontane drøftelser af emner i gruppe lokaliteten
- ⇒ Virksomhedsleder og områdeledere mødes efter behov, men alle mødes fast hver måned og drøfter relevante strategier og tiltag. Som oftest er det områdelederne, der derefter bærer generel information og oplæg til drøftelser videre ud i organisationen og inddrager medarbejderne
- ⇒ Der afholdes Lederforum for alle ledere i Center for Sundhed og Ældre hver 2. måned, hvor relevante emner drøftes og ledelsesperspektiver udvikles via indlæg og arbejdsgrupper
- ⇒ Medarbejderne har god mulighed for daglig dialog med deres planlægger og for medindflydelse på planlægning af ruter. Sygeplejerskerne visiterer tid til opgaver i samarbejde med deres planlægger og har ligeledes stor indflydelse på planlægningen
- ⇒ Aktuelt er virksomhedsleder ude på lokationerne hver uge, for sammen med områdelederne at følge op på, at der alle steder sker god udvikling af tæt samarbejde omkring borgerne mellem SOSU, sygeplejersker, visitator, hjemmeterapeuter og områdeledelsen jf. Værdighedsprocessen.

5. Erfaringer fra de gode eksempler (hvordan spredes fra et område til et andet)

Der henvises til besvarelse ovenfor i punkt 4.

6. "Borgersnitflader" til Handicap og Psykiatri

Myndighedsområderne i Center for Sundhed og Ældre samt Center for Handicap og Psykiatri har i 2017 igangsat et samarbejde omkring de borgere, der er i krydsfeltet mellem servicelovens § 83 (CSÆ) og § 85 (CHP). Målet er, at etablere en samarbejdsmodel, der kan medvirke til at sikre, at "opgaven sætter holdet" på tværs af det organisatoriske skel. Myndighedsområderne har iværksat en kortlægning af de borgere, der modtager hhv. §§ 83 og 85-indsatser. Kortlægningen (således også omfanget af borgere) vil indgå i CSÆ og CHP's videre drøftelser i afklaringen af indhold og aftaler til en samarbejdsmodel.

Tillæg til spørgsmål stillet af Sundheds- og Seniorudvalget på mødet i juni 2017

Medarbejderressourcer, økonomi og ydelser

Hjemmeplejen:

Som tidligere nævnt, ser vi at der er et øget pres på hjemmeplejen. Ses der på de midler der er til rådighed hos myndigheden og det ressourcebehov der er hos hjemmeplejen, er der fra et overordnet økonomisk perspektiv, balance. Dog kan der efter en konkret måling blive behov for at fordele ressourcerne anderledes i forhold til døgnet.

I takt med at der er behov for øgede kompetencer i hjemmeplejen, her tænkes på flere Social og Sundhedsassistenter, kan der være behov for at timeprisen reguleres. I september 2017 vil der blive foretaget en konkret brugertidsmåling som vil kunne danne baggrund for den timetakst der skal gælde fra 2018. Dette vil påvirke myndighedens overordnede budget. Da området er demografireguleret, skønnes det at kunne holdes inden for myndighedens budget i 2018.

Hjemmeplejen løser i dag en række sundhedslovsydelser for sygeplejen. Dette giver rigtig god mening for borgerne og for kommunens økonomi. Hjemmeplejen har kompetencerne til at løse opgaverne og på det laveste omkostningsniveau, modsat hvis sygeplejen udførte disse opgaver.

Sygeplejen:

Ses der på den samlede budgetramme til sygeplejen, viser beregningerne, at de ressourcer der er afsat til sygeplejen holder. Dette er med udgangspunkt i en brugertidsprocent på 39%, hvilket ligger midt i mellem hvad andre kommuners brugertidsprocent, som er fra 34% og 43%.

Ud fra de timer der er visiteret og leveret skønnes en brugertidsprocent på 39% at være realistisk.

Sygeplejen skal lige som hjemmeplejen foretage en brugertidsmåling i september 2017. Målingen vil give en status på hvor der kan være udfordringer.

Ud over de timer der leveres af sygeplejen vil der i budgettet også være plads til at afregne de sundhedslovsydelser som hjemmeplejen leverer, samt de faste omkostninger der er til to områdeledere og tre planlæggere. Derudover vil der være råd til at afholde udgifter til sygeplejedepot.

Sygeplejen belastes i dag unødigt af, at der ofte skal køres flere gange til en medicindossering. Dette arbejdes der på at undgå – det fælles medicinkort er en del af forklaringen og kræver muligvis nye arbejds gange.

Beregning af brugertidsprocent:

For begge områder gælder det at der er lagt 6 ugers ferie, 5% sygefravær, 0,4% seniordage, 0,4% barns 1. og 2. sygedag, 0,2% omsorgsdage og 10 skæve helligdage ind i brugertidsprocenten.

Derudover er der lagt kursusdage, vejtid, gruppemøder, frokost, planlægning/administration, praktikvejledning og tid til tillids- og sikkerhedsrepræsentanter.

Som tidligere nævnt vil der blive lavet konkrete målinger med start/stop i september og en igen i marts.