

REFERAT Socialudvalget d. 12-09-2013

Mødedato Torsdag d. 12. september 2013 kl. 15:00

Mødested

Indholdsfortegnelse

Styrings- og visitationsmodel for plejehjemmene.....	3
Styrings- og visitationsmodel for Sygeplejen.....	5
Socialudvalgets budgetlægning 2014-2017 - specielle bemærkninger.....	7
Midtvejsstatus på satspuljeprojektet "Fleksibel koordination af forløb for borgere med erhvervet sei	8
Benchmark på handicap- og psykiatriområdet 2014.....	10
Lukket: Madordninger i botilbud.....	13
Status på og evaluering af Projekt Velfærdsteknologi.....	13
Kvalitets- og evalueringsplan for Special- og Rehabiliteringscentret.....	15
Udvikling af Det Nære Sundhedsvæsen, regeringsaftalen 2014 og de kommende sundhedsaftaleforl	17
Gensidig orientering.....	19

Styrings- og visitationsmodel for plejehjemmene

Udvalget skal i denne sag godkende styrings- og visitationsmodellen for Plejehjemmene. Modellen bygger på den overordnede Styrings- og Visitationsmodel for Sundhed & Omsorg. Den overordnede model blev godkendt i Byrådet d. 26. juni 2013.

Styrings- og visitationsmodellen for Plejehjemmene er struktureret i tre hovedafsnit: 1) Visitation til Plejehjemmene, 2) Budgettet for Plejehjemmene og 3) Afregning af Plejehjemmene.

1) Visitation til Plejehjemmene

Visitation & Rehabilitering er ansvarlig for visitationen til plejehjemspladser i Aabenraa Kommune. Ansvar for visitation af borgere fra andre kommuner påhviler borgerens hjemkommune.

Plejehjemmene leverer indsatser i henhold til Lov om Social Service § 83/§91.

2) Budgettet for Plejehjemmene

Budgettet, i den nye styrings- og visitationsmodel, er opdelt i tre niveauer; a) Aktivetsbudget, b) Rammebudget og c) Driftsbudget.

a) Aktivetsbudgettet for Plejehjemmene

Budgetansvaret for aktivetsbudgettet ligger hos Visitation & Rehabilitering.

Aktivetsstyring af plejehjemmene bygger på følgende grundprincipper:

- Plejehjemmenes aktivitet bunder i kvalitetsstandarden for indsatser givet efter Servicelovens §83/§91.
- Plejehjemsaktiviteterne er defineret som et pakkekoncept med én pakke.
- Der defineres i løbet af 2014 en specialiseringspakke, til borgere med særlige behov.
- Aktiviteten er prisfastsat ud fra en politisk fastlagt gennemsnitsnormering (Plejeboligstrategien) og medarbejdernes aktuelle gennemsnitsløn.
- Afregningsprisen for en plejehjemsplads er den samme for alle kommunens egne plejehjem.
- Forskellen mellem afregningsprisen og den faktiske normering på det enkelte plejehjem er reguleret i rammetildelingen.
- SRC Rødekro Plejehjem afregnes som øvrige aktivetsstyrede plejehjem
- Special- og Rehabiliteringscenterets aflastningspladser afregnes ved en rammetildeling.
- Plejehjemmene udarbejder, i samarbejde med Visitation & Rehabilitering, et udførerbudget (skyggebudget) på baggrund af den budgetterede visitationsramme. Skyggebudgettet skal sikre plejehjemmenes mulighed for, at estimere et forventet aktivetsniveau samt sikre tilpasning af ressourcer til opgaven.
- Plejehjemmene skal sikre, at aktiviteten leveres inden for den aftalte ramme og med den aftalte målopfyldelse.
- Plejehjemmene er ansvarlige for løbende at dokumentere den faglige indsats og målopfyldelse for borgeren.
- Plejehjemmene er ansvarlige for, løbende, at dokumentere det faktiske aktivetsniveau, med henblik på korrekt afregning af indsatser.
- Der foretages månedlig opfølgning på aktivitet og kvalitet.

b) Rammebudgettet for Plejehjemmene

Plejehjemmene tildeles et rammebudget, med afsæt i en fast normering, til dækning af beredskab i nattetimerne. Beredskabet udgør en fuld nattevagt i plejehjem med op til 48 boliger og 2 nattevagter på plejehjem på mere end 48

boliger. Herudover 1 time pr. bolig i aftenvagter (15-23) og 1,5 time pr. bolig i dagtimerne i weekender.

Rammebudgettet indeholder det minimumsberedskab på de mindre plejehjem, der sikrer at alle plejehjemspladser kan afregnes til samme pris.

Budgettet beregnes på baggrund af SOSU-personalets gennemsnitslønnings inkl. særlige ydelser, beklædning, kurser og øvrige personaleomkostninger.

Plejehjemmene er budgetansvarlige for rammebudgettet og der udarbejdes en kvartalsvis opfølgning på den realiserede aktivitet.

c) Driftsbudgettet for Plejehjemmene

Plejehjemmene tildeles en driftsramme til dækning af løn til ledelse, administration, pedeller samt dækning af udgifter til plejehjemmenes drift. Lønbudgettet beregnes på baggrund af det gennemsnitlige lønniveau.

Driftsbudgettet indeholder, udover lønninger, personaleomkostninger, udgifter til bygninger og areal, vedligehold og forbrugsstoffer, forsikringer og tekniske anlæg. Driftsbudgettet indeholder også alle beboerrelaterede udgifter og indtægter samt IT/telefoni og kontorhold.

3) Afregning af Plejehjemmene

Afregning af indsatser leveret af plejehjemmene foretages på baggrund af en belægningsstatistik, der udarbejdes månedligt af plejehjemmene. Belægningsstatistikken skal indeholde antal belægningsdage pr. bolig, med angivelse af borgerens navn og cpr-nummer.

Der afregnes pr. løbende måned for den enkelte bolig og afregningen sker månedsvis bagud, inden regnskabsperioden lukker. Ved dødsfald eller fraflytning afregnes for løbende måned + 1 måned, der kan ikke forekomme dobbelt afregning for samme plads.

Økonomi og afledt drift

Aktivitetsbudgettet for 2014 udgør 94,999 mio. kr., der budgetomplaceres fra Plejehjemmene (politikområdet Pleje & Omsorg) til politikområdet Visitation & Rehabilitering.

Rammebudgettet for 2014 udgør 19,754 mio. kr. og Driftsbudgettet for 2014 udgør 26,121 mio. kr. Rammebudgettet og driftsbudgettet forbliver Plejehjemmenes (politikområdet Pleje & Omsorg) budgetansvar.

Indstilling

Sundhed & Omsorg indstiller,

at styrings- og visitationsmodel for Plejehjemmene godkendes,

at der budgetomplaceres 94,999 mio. kr. fra politikområdet Pleje og Omsorg til politikområdet Visitation og Rehabilitering.

Beslutning Socialudvalget den 12-09-2013

1. – 2. **at**: Godkendt.

Udvalget ønsker en evaluering af styrings- og omkostningsmodellen, når der foreligger grundlag herfor.

Styrings- og visitationsmodel for Sygeplejen

Udvalget skal i denne sag godkende styrings- og visitationsmodellen for Sygeplejen. Modellen bygger på den overordnede Styrings- og Visitationsmodel for Sundhed & Omsorg. Den overordnede model blev godkendt i Byrådet d. 26. juni 2013.

Styrings- og visitationsmodellen for Sygeplejen er struktureret i tre hovedafsnit: 1) Visitation til Sygeplejen, 2) Budgettet for Sygeplejen og 3) Afregning af Sygeplejen.

1) Visitation til Sygeplejen

Afdelingen Visitation & Rehabilitering er ansvarlig for visitationen til sygeplejeindsatser, i Aabenraa Kommune.

Sygepleje indsatserne er beskrevet i områdets indsatskatalog.

2) Budgettet for Sygeplejen

Budgettet, i den nye styrings- og visitationsmodel, er opdelt i tre niveauer; a) Aktivitetsbudget, b) Rammebudget og c) Driftsbudget.

a) Aktivitetsbudgettet for Sygeplejen

Budgetansvaret for aktivitetsbudgettet ligger hos Visitation & Rehabilitering.

Aktivitetsbudgettet for Sygeplejen bygger på følgende principper:

- Sygeplejeindsatserne er specificeret i kvalitetsstandarderne og det tilhørende indsatskatalog.
- Omkostningerne af en indsats er fastsat ud fra en gennemsnitstid og timepris.
- Sygeplejen udarbejder, i samarbejde med Visitation & Rehabilitering, et skyggebudget på baggrund af den tildelte visitationsramme. Skyggebudgettet skal sikre Sygeplejens mulighed for, at estimere et forventet aktivitetsniveau samt løbende sikre tilpasning af ressourcer til levering af indsatserne.
- Sygeplejen sikrer, at indsatserne leveres inden for den aftalte ramme og målopfyldelse.
- Sygeplejen er ansvarlig for fagligheden i varetagelse og koordinering af de sygeplejefaglige indsatser.
- Sygeplejen er ansvarlig for at koordinere indsatsen med Visitation & Rehabilitering.
- Sygeplejen er ansvarlig for løbende, at dokumentere den faglige indsats, herunder også målopfyldelsen.
- Sygeplejen er ansvarlig for, løbende, at registrere det faktiske aktivitetsniveau, med henblik på korrekt afregning af aktiviteter.
- Der foretages månedlig opfølgning på aktivitet og kvalitet.
- Indgår Sygeplejen i udviklingsprojekter, afregnes timeforbruget efter den gennemsnitlige timeløn.

b) Rammebudgettet for Sygeplejen

Sygeplejen tildeles et rammebudget, med afsæt i en fast normering, til dækning af beredskab i nattetimerne. Beredskabet omfatter den fulde nattevagtsdækning, svarende til 2 sygeplejersker dagligt hele året. Budgettet beregnes på baggrund af Sygeplejens gennemsnitslønninger inkl. særlige ydelser, beklædning, kurser og øvrige personaleomkostninger.

Sygeplejens budget til sygeplejeartikler fastsættes i en ramme.

Sygeplejen er budgetansvarlig for rammebudgettet. Der laves en kvartalsvis opfølgning på den realiserede aktivitet i forhold til aftalte niveau.

c) Driftsbudgettet for Sygeplejen

Sygeplejen tildeles en driftsramme til ledelse, administration og øvrige faste udgifter. Budgettet, til ledelse og administration, omfatter en områdeleder, to driftsledere samt en administrativ medarbejder. Budgettet beregnes på baggrund af det gældende lønniveau og inkluderer befordring, uddannelse og øvrige personaleomkostninger. Den øvrige drift er budgetteret under hjemmeplejen, da hovedparten af funktionerne er fælles. Det drejer sig blandt andet om husleje, bygningsdrift, udgifter til biler, samt IT/telefoni og kontorhold i de fælles bygninger.

3) Afregning af Sygeplejen

Afregningen foretages, bagudrettet pr. løbende måned, på baggrund af de registrerede indsatser under aktivitetsbudgettet. Betalingen udgår fra Visitation & Rehabiliterings visitationsramme.

Afregningen af indsatser, leveret af Sygeplejen, foretages på baggrund af visiteret tid. Det er i denne sammenhæng Sygeplejens ansvar, at sikre at samtlige borgerrettede indsatser er registreret og dokumenteret i omsorgssystemet.

Indsatskataloget danner baggrund for normtiden, for de enkelte indsatser, der disponeres efter. Normtiden i indsatskataloget er angivet som minimumstid, men vil i forbindelse med overgangen til den nye styrings- og visitationsmodel blive udvidet med gennemsnitstider, der vil danne grundlaget for afregningen.

Økonomi og afledt drift

Aktivitetsbudgettet for 2014 udgør 36,1 mio. kr., der budgetomplaceres fra Hjemmesygeplejen (politikområdet Pleje & Omsorg) til politikområdet Visitation & Rehabilitering.

Rammebudgettet for 2014 udgør 2,752 mio. kr. og Driftsbudgettet for 2014 udgør 1,043 mio. kr. Rammebudgettet og driftsbudgettet forbliver Sygeplejens (politikområdet Pleje & Omsorg) budgetansvar.

Indstilling

Sundhed & Omsorg indstiller,

at styrings- og visitationsmodel for Sygeplejen godkendes,

at der budgetomplaceres 36,1 mio. kr. fra politikområdet Pleje og Omsorg til politikområdet Visitation og Rehabilitering.

Beslutning Socialudvalget den 12-09-2013

1. – 2. **at**: Godkendt.

Udvalget ønsker en evaluering af styrings- og omkostningsmodellen, når der foreligger grundlag herfor.

Socialudvalgets budgetlægning 2014-2017 - specielle bemærkninger

Som led i Socialudvalgets budgetlægning for 2014 samt overslagsårene 2015-2017 fremsendes 2. udgave af udvalgets specielle bemærkninger.

De specielle bemærkninger indeholder budgettet materielle forudsætninger, herunder aktivitetsforudsætninger.

Bemærkningerne er udarbejdet i overensstemmelse med den godkendte budgetramme og tilrettet jf. de beslutninger, som Socialudvalget godkendte den 30. maj 2013.

I forhold til 1. udgave af bemærkningerne, som Socialudvalget drøftede på mødet den 15. august 2013 er bemærkningerne tilrettet med konsekvenserne af Lov- og Cirkulæreprogrammet for budget 2014-2017. Disse blev godkendt på Byrådets møde den 28. august 2013.

Der er ligeledes foretaget en timeprisberegning for hjemmehjælpen, som indgår i forudsætningerne til budget 2014-2017.

På Socialudvalgets møde i dag forventes styringsmodellerne for henholdsvis Sygeplejen og plejehjemmene godkendt.

Godkendelsen af modellerne betyder, at en konsekvens heraf er, at der vil blive budgetomplaceret midler fra politikområdet Pleje og Omsorg til politikområdet Visitation og Rehabilitering.

De økonomiske konsekvenser er indarbejdet i 2. udgave af Socialudvalgets specielle bemærkninger og der tages særskilt stilling til budgetomplaceringerne i forbindelse med godkendelsen af styringsmodellerne.

Det bemærkes, at konsekvenserne af Økonomiudvalgets 1. behandling af budget 2014-2017 ikke er indarbejdet i bemærkningerne.

Indstilling

Sundhed & Omsorg indstiller,

at timeprisen for hjemmehjælp budget 2014 godkendes,

at de specielle bemærkninger godkendes,

at de specielle bemærkninger efterfølgende tilrettes administrativt i overensstemmelse med eventuelle justeringer i den videre budgetproces.

Beslutning Socialudvalget den 12-09-2013

1. – 3. **at**: Godkendt.

Midtvejsstatus på satspuljeprojektet "Fleksibel koordination af forløb for borgere med erhvervet senhjerneskade"

I denne sag orienteres udvalget om status på det 3 årige projekt: "Fleksibel koordination af forløb for borgere med erhvervet hjerneskade". Aabenraa Kommune har modtaget projektmidler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet til projektet.

Der er gennemført en undersøgelse, der synliggør, hvordan kvaliteten af kommunens indsats opleves, og hvilke elementer i borgerforløbet der ikke fungerer optimalt. Undersøgelsen er baseret på interviews af udvalgte borgere og personale.

Undersøgelsen peger på flg. udviklingsområder:

1. Bedring af kommunikation – både mellem borger og kommunen og mellem de professionelle aktører
2. Koordination
3. Kompetenceudvikling af kommunens personale.

Der er midtvejs i projektet iværksat flg. i relation til udviklingsområderne:

Bedring af kommunikation

- Etableret samarbejde med koordinatore i de andre sønderjyske kommuner, hvilket bl.a. har resulteret i ensrettet samarbejdsrelation til det regionale sygehusvæsen.
- Udarbejdet pjece i fællesskab med de sønderjyske kommuner
- Oprettet side vedr. hjerneskadekoordinatorfunktionen på kommunens hjemmeside
- Afholdt møde med hjerneskade- og handicapforeninger samt neurologisk afdeling på Sygehus Sønderjylland

Koordination

- Pr. 1. april 2012 er der ansat en hjerneskadekoordinator, der varetager koordination i konkrete forløb både på tværs af afdelinger og forvaltninger i kommunen og i relation til eksterne samarbejdspartnere
- Udarbejdet hjælpeværktøjer, der er under afprøvning.

Kompetenceudvikling af kommunens personale

- Hjerneskadekoordinator har gennemført undervisning af forskellige personalegrupper, både i generelle emner og specifikt relateret til problemstillinger hos konkrete borgere.
- Hjerneskadekoordinator yder faglig konsulentbistand til ansatte i kommunen i relation til konkrete forløb.
- Der er i samarbejde med de øvrige sønderjyske kommuner og University College Syd etableret et modul vedr. neurorehabilitering på den sundhedsfaglige diplomuddannelse

Tiltag, der forventes iværksat i 2013

- Etablering af fremskudt visitation hvor hjerneskadekoordinator ugentligt kommer på relevante afdelinger på Sygehus Sønderjylland
- Etablering af fast mødetid i Jobcenteret, hvor hjerneskadekoordinator kan indgå som faglig konsulent for de ansatte i Jobcenteret; rådgive og vejlede borgere med erhvervet hjerneskade, der har tilknytning til arbejdsmarkedet og sikre koordination i relation til Jobcenteret og øvrige aktører i forløbene.

Efter udvalgets behandling af sagen vil der blive udsendt en pressemeddelelse om projektets foreløbige resultater.

Økonomi og afledt drift

Det bemærkes at Aabenraa Kommune i projektperioden (2011-2014) modtager følgende tilskud, i 2011 0,318 mio. kr., i 2012 0,426 mio. kr. og i 2013 et tilskud på 0,442 mio. kr. Under forudsætning af bevillingens optagelse på Finansloven vil der i 2014 blive givet et tilskud på 0,442 mio. kr.

Aabenraa Kommune vil dermed samlet modtage 1,628 mio. kr.

Indstilling

Sundhed & Omsorg indstiller,

at orientering om midtvejsstatus på senhjerneskadeprojekt tages til efterretning.

Beslutning Socialudvalget den 12-09-2013

Taget til efterretning.

Benchmark på handicap- og psykiatriområdet 2014

Aabenraa Kommune har i forsommeren 2013 indgået i to benchmarkanalyser på handicap- og psykiatriområdet med henholdsvis Fredericia Kommune og Haderslev Kommune som bestillere.

Fredericia Kommunes analyse blev behandlet på udvalgets seneste møde, og nu foreligger Haderslev Kommunes analyse.

Analysen er udarbejdet af BDO for Haderslev Kommune, og Aabenraa indgår blandt sammenlignings-kommunerne. De øvrige kommuner er Haderslev, Horsens og Vejen.

Der er taget udgangspunkt i regnskab 2012.

Benchmarking handler om systematisk at sammenligne ensartede områder med henblik på at identificere forskelle mellem enhederne.

Benchmarking er som udgangspunkt derfor også mest velegnet til at identificere områder og formulere relevante spørgsmål til kommunens nuværende opgaveløsning, ligesom benchmarking kan medvirke til at pege på områder, hvor nærmere undersøgelser kan være nyttige.

Formålet med denne benchmarkanalyse er at identificere analyse- og indsatsområder inden for voksenområdet, således at kommunens handlinger, der skal sikre effektiviseringer, besparelser og budgetoverholdelse, fremadrettet kan fokuseres.

Analysen:

Ud over en benchmarkinganalyse af udgifts- og aktivitetsniveau indeholder denne rapport en kvalitativ kortlægning af særlige opmærksomhedspunkter i organiseringen af området i Haderslev Kommune. Denne er udelukkende kommenteret i forhold til Haderslev, men interessant læsning i forhold til at drage sammenligninger over til vores egen organisation. I det efterfølgende er udelukkende kommentarer i forhold til benchmarkinganalysen.

Der er taget udgangspunkt i regnskab 2012 og ved sammenligning i udvikling over tid indgår også regnskab 2011 samt korrigeret budget 2013.

Haderslev Kommune anvender 247,6 mio.kr. på voksenområdet, hvor Aabenraa anvender 210 mio.kr. Indbyggermæssigt er der 3.400 borgere flere i Aabenraa sammenholdt med Haderslev. Andelen af 18 – 64-årige i sammenligningskommunerne udgør mellem 58 og 62 %, hvor Aabenraa og Haderslev ligger på samme niveau (58,6 % og 58,9 %).

Ses der overordnet på den gennemsnitlige udgift til voksenområdet pr. indbygger i aldersgruppen 18 – 64-årige ligger Aabenraa og Vejen kommune som de "billigste" kommuner og markant lavere end de øvrige sammenligningskommuner. I 2012 udgør differencen ca. 1.800 kr. pr. indbygger, hvor Aabenraa ligger med det laveste gennemsnit på ca. 5.800 kr. og Fredericia med den højeste på ca. 7.600 kr.

Hovedparten af udgifterne anvendes på §§ 85, 107 og 108 svarende til botilbud samt støtte i eget hjem. Aabenraa ligger på niveau med Haderslev og Vejen med en andel svarende til ca. 70 %, hvor andelen af borgere dog varierer noget. Her ligger Aabenraa med 17,1 som den næstlaveste.

Botilbud SEL § 107 + § 108

Opgørelsen på botilbud er opstillet for hver af paragrafferne men bør ses samlet, idet disse anvendes forskelligt i kommunerne, og er nok nærmere et udtryk for historikken frem for om det er et midlertidigt eller et længevarende botilbud.

Som eksempel kan nævnes gennemsnittet i Aabenraa på § 107 med 455.820 kr., som dækker over gennemsnitspriser på egne botilbud lige fra 350.000 til 1 mio.kr. pr. botilbud.

Samlet set for botilbud ligger Aabenraa med den 2. laveste gennemsnitspris pr. botilbud og under gennemsnittet. På udviklingen fra regnskab 2011 frem til korrigeret budget 2013 ses et mindre fald fra år til år i Aabenraa Kommune som den eneste kommune – dette i fin overensstemmelse med rammeaftalen. Horsens har dog ikke kunnet opgøre data for 2013.

Der er i sammenligningerne ikke taget højde for målgrupper (senhjerneskedede, udviklingshæmmede, autister m.m.), fordelingen af dag/døgn-tilbud samt specialiseringsgraden. Disse faktorer ville fortælle mere om en reel forskel end fordelingen i forhold til midlertidig og længerevarende botilbud.

Beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud SEL § 103 + § 104

Der er efterfølgende sendt korrektioner til data fra Aabenraa, idet disse var anvendt forkert fra BDO's side i forhold til egne tilbud. Korrektionerne er kommenteret i rapporten men ikke indregnet i de angivne gennemsnitsberegninger.

Korrektioner til tabel 20, side 32: Udgifter til dagtilbud pr. enhed, 2012 (egne + eksterne)

gnst. pr. plads	indarbejdet i rapport	korrigeret tal
§103	154.271	138.353
§104	217.109	184.224
samlet § 103 + § 104	175.883	153.461

Korrektioner til tabel 22, side 33: Udgifter til dagtilbud fordelt på egne og eksterne tilbud.

gnst. pr. plads	indarbejdet i rapport	korrigeret tal
§103 eget tilbud	143.885	120.463
§104 eget tilbud	228.778	169.281

Den gennemsnitlige udgift pr. plads på både § 103 og § 104 tilbud i Aabenraa kommune ligger som den næst højeste set samlet for egne og eksterne tilbud.

I forhold til egne § 103 tilbud ligger Aabenraa på niveau med Vejen og Fredericia, hvor egne § 104 tilbud ligger som den næst højeste. Her kan nævnes at § 104 tilbuddene i Aabenraa Kommune er Skovbogård og Beskæftigelsen i Hjernecenter Syd og samtidig er de uvisiterede væresteder i socialpsykiatrien med en meget lav omkostning pr. borger ikke indarbejdet i de foreliggende opgørelser.

Forskellene vurderes ikke til at være et udtryk for hvor god/dårlig man kan drive tilbuddene, men skal nærmere findes i forhold til målgrupperne og dermed også behovet for specialisering.

Typisk vil der være sammenhæng mellem botilbud og beskæftigelses- og aktivitetstilbuddene, idet borgerne typisk er visiteret til begge dele.

Behandling af alkohol- og stofmisbrugere, SEL § 101 og SUL §141

Sammenholdes udgiften til behandling pr. indbygger i aldersgruppen 18 – 64-årige kommunerne imellem, ligger Aabenraa Kommune på niveau med Haderslev kommune med den anden laveste udgift med ca. 290 kr. pr. indbygger, hvor Horsens ligger højest med ca. 450 kr. pr. indbygger. Ligeledes ligger Aabenraa anden lavest i den gennemsnitlige udgift pr. borger med 24.670 kr., hvor Haderslev ligger lavest med 16.519 kr. og Horsens som den højeste med 39.568 kr.

Dækning af nødvendige merudgifter, SEL §100

Aabenraa Kommune har sammen med Vejen den højeste udgift til § 100 pr. indbygger i aldersgruppen 18 – 64-årige svarende til ca. 48 kr., hvilket er ca. 20 kr. højere end laveste som er Haderslev. Derudover udgør

modtagerandelen også den højeste med 5,1, hvor øvrige kommuner ligger mellem ca. 3,3 og 4,8.

Den gennemsnitlige udgift pr. borger udgør 9.401 kr. i Aabenraa, hvor den højeste udgør 11.024 kr. (Vejen) og den laveste 8.432 kr. (Haderslev).

Nøgletallene indikerer, at et service-tjek kan anbefales, dog skal lige tilføjes at forventede udgifter i 2013 viser et mindre fald. De samlede bruttoudgifter i 2012 udgjorde samlet 3,3 mio.kr., og indregnet statsrefusion 1,65 mio.kr. Der er taget initiativer til styrkelse af sagsbehandlingen og gennemførelse af strammere bevillingsgrundlag.

Øvrige områder

På øvrige områder ligger Aabenraa Kommune blandt de 2 "billigste" kommuner set ud fra den gennemsnitlige udgift pr. indbygger i aldersgruppen 18 – 64-årige.

Der er taget initiativ til økonomisk optimering i forhold til forsorgshjem (SEL § 110).

Sammenfattende viser de to benchmarkanalyser, at Aabenraa Kommunes udgifter på det specialiserede socialområde for voksne er på niveau med en af sammenligningskommunerne og generelt er lavere end udgiftsniveauet i de øvrige kommuner. I forhold til kommunerne med det højeste udgiftsniveau har Aabenraa Kommune et markant lavere udgiftsniveau.

Indstilling

Sundhed & Omsorg indstiller,

at udvalget drøfter benchmarkanalysen fra Haderslev Kommune.

Beslutning Socialudvalget den 12-09-2013

Udsat.

Status på og evaluering af Projekt Velfærdsteknologi

Socialudvalget orienteres i denne sag om:

- 1) status på arbejdet med velfærdsteknologi og
- 2) resultatet af en gennemført ekstern evaluering af organisationens arbejde med implementering af velfærdsteknologi.

På møde den 30. november 2010 (sag nr. 173) tog Socialudvalget projektbeskrivelsen til pilotprojekt Velfærdsteknologi (PiVe) til efterretning.

I projektbeskrivelsen står der, at der udarbejdes en evalueringsrapport ved projektafslutning i januar 2013.

Det fremgår endvidere af projektbeskrivelsen, at "Pilotprojekt Velfærdsteknologi har til formål at fremskynde og forstærke Sundhed & Omsorgsforvaltningens ønske om at anvende velfærdsteknologi så meget som muligt til gavn for borgerne, medarbejderne og kommunen".

Succeskriterier:

- a) Borgerne skal anvende velfærdsteknologi og blive mere selvhjulpne
- b) Medarbejderne skal være parate og selv efterspørge velfærdsteknologi
- c) Velfærdsteknologi skal effektivisere arbejdsgange og frigøre arbejdskraft til andre opgaver
- d) Velfærdsteknologi skal resultere i anvendelse af færre økonomiske ressourcer dokumenteret ved en "Velfærdsteknologivurdering eller en Business Case"

Siden 2010 er der løbende sket en opdatering af Projekt Velfærdsteknologi bl.a. beskrevet i de anlægsskemaer, der er udarbejdet for at sikre anlægsmidler til projektet frem til og med 2017. Projekt Velfærdsteknologi er derfor ikke afsluttet men forlænget i takt med sikring af fortsatte anlægsmidler til projektet.

I vedlagte interne statusnotat beskriver forvaltningen en række udfordringer ved implementering og, at Projekt Velfærdsteknologi er gået ind i sin 3 fase med fokus på samarbejde med a) de sønderjyske kommuner i VT Syd (Velfærdsteknologi Syd) i URS regi (UdviklingsRåd Sønderjylland) og b) de 22 kommuner i Region Syddanmark, hvor der er udarbejdet en fælles strategi og handleplan godkendt i KKR 14. april 2013 sag nr. 2.5.

Nye mål og national strategi for udbredelse af velfærdsteknologi er nævnt i regeringsaftalen for 2014. Under afsnittet "Digital Velfærd" beskrives, at der iværksættes et fælleskommunalt program for en national udbredelse af moderne velfærdsteknologi, som skal øge borgernes selvhjulpenhed og effektivisere arbejdsgange. Det økonomiske potentiale skal frigøre nettogevinster for mindst ½ mia. kr. i kommunerne ved fuld indfasning i 2017.

Den eksterne evaluering af Sundhed og Omsorgs arbejde med implementering af velfærdsteknologi er gennemført af DELTA med metoden ImprovAbility Assessment af organisationen. DELTA er med 270 medarbejdere et Godkendt Teknologisk Serviceinstitut (GTS) og metoden er ISO-certificeret til forbedring af teknologiske implementeringsprocesser i virksomheder.

Forvaltningen gennemgår statusnotat og evalueringen på mødet. Som forlængelse af denne tilbagemelding skitseres det videre arbejde, der skal forbedre resultaterne og implementering af velfærdsteknologi i Aabenraa Kommune.

Indstilling

Sundhed & Omsorg indstiller,

at status på og evaluering af Projekt Velfærdsteknologi tages til efterretning.

Beslutning Socialudvalget den 15-08-2013

Udsat til næste møde.

Afbud: Svend Hansen Tarp.

Beslutning Sundhedsudvalget den 27-08-2013

Taget til efterretning.

Afbud: Else Gehrke Hansen.

Beslutning Socialudvalget den 12-09-2013

Udsat.

Kvalitets- og evalueringsplan for Special- og Rehabiliteringscentret

Med denne sag orienteres Sundhedsudvalget og Socialudvalget om planen for kvalitets- og effektevalueringen af Special- og Rehabiliteringscenteret (SRC).

SRC er etableret som et 3-årigt fælles udviklingsprojekt mellem Sundhedsudvalget og Socialudvalget. I forbindelse med godkendelsen af projektet lagde udvalgene vægt på, at projektet evalueres for at afklare om der er en økonomiske nytteværdi af det nye tilbud for kommunen. Det er det, der er det primære fokus kvalitets- og evalueringsplanen.

SRC startede op 1. januar 2013 med det formål at tilbyde intensiv individuel genoptræning og rehabilitering hele døgnet i en afgrænset periode til en række udvalgte målgrupper. Det er målet med opholdet, at borgeren i højere grad vil være i stand til at klare sig selv i hverdagen og efterfølgende vil efterspørge mindre hjælp fra kommunen.

Som det fremgår af kvalitets- og evalueringsplanen i bilaget vil der dels blive foretaget en outcome-evaluering og en økonomisk evaluering af de borgere, der har været på en døgnrehabiliteringsplads.

Outcome-evalueringen undersøger bl.a. hvilke effekter af indsatsen der er opnået, og hvordan de stemmer overens med de opstillede succeskriterier? Her svares således på, i hvilken grad indsatsens mål er opfyldt.

I den økonomiske evaluering undersøges det, om der er en driftsøkonomisk effekt for Aabenraa Kommune ved at rehabilitere borgere på SRC. Det vil sige at de faktiske økonomiske gevinster sammenholdes med de faktiske omkostninger ved rehabiliteringen. Gevinsten er her målt ved fald i den visiterede mængde hjemmehjælp efter afsluttet ophold på SRC i forhold til skyggevistiteringen ved starten af opholdet.

Der udarbejdes desuden en nulpunktsanalyse (breakeven-analyse), som har til formål at afdække, hvor mange dage der går efter endt ophold på SRC, før merudgiften forbundet med opholdet er udlignet. Bilaget beskriver i flere detaljer de anvendte evalueringsmetoder.

Der foretages endvidere en brugerundersøgelse af de midlertidige pladser.

Formålet med undersøgelsen er at:

- Få viden om borgernes oplevelser og vurderinger
- Afdække hvor der er behov for forbedringer
- Bidrage til kvalitetsudvikling.

Dataindsamlingen til brug i evalueringen startede 1. juni. En midtvejsevaluering præsenteres for udvalget primo november 2014. Midtvejsevalueringen vil desuden bestå af resultaterne af brugerundersøgelsen. Den endelige evalueringsrapport præsenteres for udvalget primo juni 2016.

Indstilling

Sundhed & Omsorg indstiller,

at orienteringen tages til efterretning.

Beslutning Sundhedsudvalget den 06-08-2013

Taget til efterretning

Beslutning Socialudvalget den 15-08-2013

Udsat til næste møde.

Afbud: Svend Hansen Tarp.

Beslutning Socialudvalget den 12-09-2013

Udsat.

Udvikling af Det Nære Sundhedsvæsen, regeringsaftalen 2014 og de kommende sundhedsaftaleforhandlinger

I denne sag orienteres udvalget om de sundhedspolitiske mål i forhold til: de fælles mål i 22 kommuner, regeringens sundhedspolitiske udspil maj 2013 "Mere borger, mindre patient", mål i regeringsaftalen for 2014 og den nye sundhedsaftale 2015-2018.

Nedenfor gennemgås kort status og sammenhænge mellem:

a) Udviklingen af Det nære sundhedsvæsen,

b) Regeringens sundhedsudspil og økonomiaftalen for 2014 på sundhedsområdet samt

c) De forestående sundhedsaftaleforhandlinger

(a) KKR Syddanmark udtrykte den 30. januar 2013 sin opbakning til fire forpligtende fælles politiske målsætninger for de syddanske kommuner som en del af udviklingen af KL's udspil "Det nære sundhedsvæsen" (2012).

Målsætningerne består af fire overordnede temaer godkendt på Byrådsmøde den 20. marts 2013 sag 56 hvor alle 22 kommuner skal:

- forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser
- have tilbud af høj kvalitet til kronisk syge
- arbejde med rehabilitering
- arbejde med systematisk ledelsesinformation på sundhedsområdet
- gennemføre en fælleskommunal opfølgning på sundhedsområdet

(b) Regeringen præsenterede i maj 2013 sundhedsudspillet, Mere borger, mindre patient. Udspillet var udgangspunkt for prioriteringen af det nære og det sammenhængende sundhedsvæsen i aftalen om kommunernes økonomi for 2014. Således løftes kommunernes forebyggende og sundhedsfremmende indsats med 300 mio. kr. fra 2014. Aabenraa Kommune får ca. 3 mio. kr. Midlerne skal anvendes til nye indsatsområder i de kommende 5 sundhedsaftaler 2015-2018 herunder patientrettet forebyggelse på tværs af sektorgrænser.

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om følgende nationale mål for den patientrettede forebyggelsesindsats:

- Færre uhensigtsmæssige genindlæggelser.
- Færre forebyggelige indlæggelser.
- Færre uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser.
- Færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene.

For at udmønte de aftalte målsætninger for den patientrettede forebyggelse anbefaler KL (i EG Kommuneinformation 31. juli 2013) at midlerne i kommunerne anvendes på:

- Rehabilitering og træningstilbud, herunder døgntilbud til ældre, der ofte indlægges på sygehus
- Telemedicinske løsninger
- Styrket sygepleje til akuttilbud
- Beredskab til modtagelse af færdigbehandlede patienter, aflastning og døgnrehabilitering
- Kompetenceudvikling af personale ift. Tidlig opsporing
- Integrated care modeller
- Samarbejde med praksis

Udmøntning vil ske som led i disponering af DUT-midler og forhandling om den nye sundhedsaftale.

I økonomiaftalen fremgår det endvidere at der afsættes yderligere 328 mio. kr. til kommunernes indsats vedr.

kræftrehabilitering, svangreomsorg, alkoholindsats og rygestop.

(c) De syddanske sundhedsaftaleforhandlinger påbegyndes med Sundhedskoordinationsudvalgets konference om vision for den kommende sundhedsaftale den 2. september 2013. I de forberedende administrative fælleskommunale drøftelser for den kommende sundhedsaftale har følgende fem forhandlingstemaer været centrale:

- Fælles tilgang til Rehabilitering
- Forpligtende aftaler på et vidensgrundlag
- En sundhedsaftale, der binder region og kommuner sammen
- En udviklingsorienteret sundhedsaftale med fælles retning
- Forpligtende politiske mål med klare succeskriterier, effektmål og opfølgning

Sundhedsudvalget har på møde den 5. marts 2013 sag 18 og sag nr. 41 "Sundhedsudvalgets budgetlægning for 2014 samt overslagsår 2015-2017" (se bilag 1 side 6) godkendt disponering og anvendelse af regeringsaftalens 3,19 mio. kr. til sundhed.

Økonomiudvalget har på møde den 13. august 2013 sag 198 behandlet regeringsaftalen for 2014 og anbefalet, "at sundhedsområdet tilføres 2,1 mio. kr. årligt i 2014-17 med henvisning til, målrettet en indsats mhp. nedbringelse af hospitalsindlæggelserne." Økonomiudvalget anbefaler samtidigt, at de 3,2 mio. kr. tilført sundhedsområdet i regeringsaftalen 2013 ligeledes anvendes målrettet til nedbringelse af hospitalsindlæggelser.

Samlet set disponerer Sundhedsudvalget således over 5,29 mio. kr. i budget 2014-2017, der efter regeringsaftalerne i 2013 og 2014 er til rådighed til at realisere ovenstående mål i regeringsaftalerne og "Det Nære Sundhedsvæsen".

På mødet uddyber forvaltningen ovennævnte mål, sundhedspolitiske bidrag og forventninger til sundhedsaftalerne 2015-2018.

Indstilling

Sundhed & Omsorg indstiller,

at orienteringen tages til efterretning.

Beslutning Sundhedsudvalget den 27-08-2013

Taget til efterretning.

Helga Nørgaard deltog ikke under dette punkt.

Afbud: Else Gehrke Hansen.

Beslutning Socialudvalget den 12-09-2013

Udsat.

Gensidig orientering

Beslutning Socialudvalget den 12-09-2013

Der forelå intet til punktet.