

REFERAT Social- og Sundhedsudvalget 2014-2017 d. 04-10-2017

Mødedato Onsdag d. 04. oktober 2017 kl. 10:30

Mødested Administrationscentret Mødelokale 2

Mødedeltagere Birgitte Schjerning Povlsen (C), Anne Anbo (V), Daniel E. Hansen (V), Poul Bach (A), Erik Gissel Jensen (O), Elisabeth Ildal (I), Anna Scharling Brun (L), Birgitte N. Lundgren, Gitte Bylov Larsen, Lilian Jørgensen, Martin Garling

Indholdsfortegnelse

Meddelelser.....	3
Frikommuneforsøg - Godkendelse af etablering af fælles tværkommunal akutfunktion.....	4
Orientering om afrapportering fra udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.....	8
Værdighedspulje 2018.....	11
Kvalitetsstandarder i hjemmeplejen 2017/2018 - høringssvar.....	13

Punkt 1: Meddelelser

Resumé

Birgitte Lundgren orienterede om, at der er 16 kandidater, der stiller op til seniorrådet. Det betyder, at der skal gennemføres valg, hvor der skal vælges 9 kandidater og 7 suppleanter. Valget foregår samtidig med kommunalvalget den 21. november 2017.

Lilian Jørgensen orienterede om, at ældreområdet i øjeblikket arbejder på højtryk for at implementere Fælles Sprog III. Ved implementering skal alle borgere genvisiteres, hvilket koster mange ressourcer. Det betyder, at telefontiden bliver forkortet i 6 uger. Akuttelefonen vil ikke blive påvirket.

Gitte Bylov Larsen orienterede om arbejdet med akkreditering af Rusmiddelcentret efter Den Danske Kvalitetsmodel, som er forløbet tilfredsstillende. Som følge af nye udviklingsmål, vil man ikke længere lade sig akkreditere.

Bilag

Bemærkninger til SOSU møde 4. 10. 2017

Punkt 2: Frikommuneforsøg - Godkendelse af etablering af fælles tværkommunal akutfunktion

15/21372

Resumé

Gentofte, Lyngby-Taarbæk, Gladsaxe og Rudersdal Kommune (4K) blev i oktober 2016 godkendt som frikommunenetværk med henblik på at etablere en fælles, tværkommunal akutfunktion fra 1. januar 2018.

Kommunalbestyrelsen blev senest i juni 2017 orienteret om en revideret ansøgning til Økonomi- og Indenrigsministeriet, som blev forhåndsgodkendt af regeringen inden sommerferien. Det forventes, at Folketinget senest i december 2017 vil vedtage de ansøgte forsøgshjemler.

I denne sag præsenteres en anbefalet model for den fælles, tværkommunale akutfunktion. Den politiske ledelse i de fire kommuner skal træffe en række principbeslutninger, som skal danne grundlag for det videre arbejde med at etablere den fælles, tværkommunale akutfunktion.

Når den endelige godkendelse af frikommunenetværkets ansøgning foreligger, vil forvaltningen primo 2018 forelægge en sag med henblik på en godkendelse af den juridiske aftale, fælles kvalitetstandard, visitationskriterier og budget.

Sagen forelægges Social- og Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen til godkendelse.

Sagsfremstilling

Med Sundhedsstyrelsens kvalitetstandard for kommunale akutfunktioner er der krav om, at alle kommuner skal have en døgndækkende akutfunktion fra 1. januar 2018. 4K ønsker at løfte denne opgave sammen i en tværkommunal akutfunktion for i fællesskab at sikre sine borgere den bedst mulige kvalitet i behandlingen af akut opstået sygdom.

Udgangspunktet for at indgå i samarbejdet om en fælles akutfunktion er forskelligt i kommunerne. I Gentofte Kommune varetages opgaven af hjemmesygeplejersker, der har som funktion ved siden af deres arbejde som hjemmesygeplejersker også at rotere i et akutberedskab i hjemmesygeplejen. Lyngby-Taarbæk Kommune har oprettet et Mobilt Akutteam (MAT), der er en organisatorisk enhed med akutsygeplejersker, der udelukkende løser akutte opgaver. I Gladsaxe og Rudersdal Kommuner varetages de akutte opgaver af hjemmesygeplejen.

Ved at gå sammen på tværs af de fire kommuner er målet at skabe en effektiv, driftssikker og sammenhængende varetagelse af akutområdet, hvor borgerne modtager den fornødne pleje og akutte behandling i hjemmet eller på kommunale institutioner, så unødige indlæggelser og genindlæggelser undgås.

Den fælles løsning forventes fremadrettet som minimum at kunne leve op til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard. Herudover vil den sygeplejefaglig pleje og behandling af akut syge borgere udelukkende ydes af specialiserede sygeplejersker og dækning af det lægelige behandlingsansvar ske gennem et formaliseret samarbejde med almen praksis, Herlev og Gentofte Hospital og Akuttelefonen 1813 i aften og nat.

Med en døgndækket løsning med ens henvisningskriterier til akutfunktionens ydelser fra praktiserende læger på tværs af de fire kommuner samt ved udskrivning fra hospital vil den en akut syge borger og pårørende opleve større patientsikkerhed og mere sammenhængende overgange mellem sektorerne på sundhedsområdet.

Med den nye fælles akutfunktion vil kommunerne understøtte en fremtidssikring af indsatsen på sundhedsområdet i en kontekst med stigende efterspørgsel efter sygeplejersker med akutte kompetencer, flere komplekse opgaver og skærpede krav til kommunernes opgavevaretagelse. 4K vil sammen opnå en større organisatorisk bæredygtighed i det tværsektorielle samarbejde med fokus på at skabe mere sammenhængende forløb for borgerne med ensartede og aftalte sektorovergange til almen praksis, hospital og 1813.

Tilsvarende er det målet også at udvikle en større faglig bæredygtighed, der vil kunne tiltrække og fastholde de nødvendige kompetencer inden for akut sygepleje og dermed understøtte og videreudvikle høj kvalitet i opgavevaretagelsen i den fælles akutfunktion. Akutfunktionens sygeplejersker skal dække et stort borgergrundlag og vil dermed kunne opnå et højt specialiseringsniveau.

Det tætte samarbejde med kommunernes øvrige sundhedspersonale forventes også at videreudvikle de attraktive sygeplejefaglige miljøer og løfte kompetenceniveauet yderligere på kommunernes samlede pleje- og sundhedsområde.

Model for fælles tværkommunal akutfunktion

Den fælles, tværkommunale akutfunktion lever som minimum op til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen hele døgnet.

Den fælles, tværkommunale akutfunktion adskiller sig fra Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard ved udelukkende at være sygeplejerskebetjent, så der hurtigt kan leveres sygeplejeydelser i borgerens hjem døgnet rundt alle ugens dage. Akutfunktionen bliver organiseret som en mobil, udgående enhed, der kan rekvireres af kommunernes øvrige funktioner (hjemmeplejen, midlertidige pladser, plejecenter og bosteder), almen praksis, hospitaler og Akuttelefonen 1813.

Henvisninger fra kommunale enheder går via kommunale sygeplejersker eller via social- og sundhedsassistenter, hvis dette er aftalt med tilstedeværende eller vagthavende sygeplejerske. Henvendelserne til akutfunktionen vil typisk ske, når der er behov for sparring eller behov for at løse en opgave, hvor hjemmesygeplejen i den pågældende kommune vurderer, at der er behov for akutfunktionens kompetencer.

Udover de fire kommuner er det aftalt, at også almen praksis, hospitalet og Akuttelefonen 1813 kan henvende sig direkte til den fælles, tværkommunale akutfunktion.

Lægedækning

Den fælles akutfunktion har lægedækning hele døgnet. Lægedækningen er tilrettelagt på følgende måde:

I tidsrummet 08-16 ligger det lægelige behandlingsansvar i almen praksis inden for rammerne af den gældende overenskomst. Der forventes dog at skulle forhandles en projektaftale med PLO Hovedstaden for at dække ydelser, der ligger uden for overenskomsten.

I tidsrummet 16-08 på hverdage, weekender og helligdage ligger det lægelige behandlingsansvar hos Akuttelefonen 1813 hos Region Hovedstaden. Det giver den fælles akutfunktion lægedækning i den eksisterende vagtlægetjeneste samt systematisk lægefaglig dokumentation af henvendelser fra akutfunktionens sygeplejersker. Borgerens egen læge får automatisk en epikrise fra 1813, hvis der har været en henvendelse og indsats mellem 16-08.

Øvrige samarbejdsflader

Akuttelefonen 1813

De fire frikommuner og de øvrige kommuner i midt- og syd- og vestkysten har sammen med Den Præhospitale Virksomhed/Akuttelefonen 1813 udarbejdet en samarbejdsaftale for akutfunktionerne i planområde Midt. Samarbejdsaftalen rummer klare aftaler om bl.a. at akutfunktionernes sygeplejersker til enhver tid kan få direkte adgang til prioriterede læger med fortrinvis almen medicinsk speciale. Samarbejdsaftalens enkelte elementer vil fra kommunal side blive fulgt tæt med henblik på at sikre, at de almen medicinske kompetencer er til stede som aftalt.

Herlev og Gentofte Hospital

Tilsvarende har kommunerne i planområde Midt udarbejdet et udkast til en samarbejdsaftale med Herlev og Gentofte Hospital vedr. samarbejdet om de borgere, der efter udskrivelse stadig har komplekse sygepleje- og behandlingsbehov, som kræver særlige sygeplejefaglige kompetencer, men kan behandles i hjemmet af akutfunktionen. Denne samarbejdsaftale dækker samarbejdet hele døgnet med klare aftaler om, hvordan borgernes særlige behov bedst varetages. I de situationer, hvor borgerne udskrives til hjemmet har hospitalet behandlingsansvaret, hvis dette ikke formelt er videregivet til den praktiserende læge.

Praksiskonsulentordning

Der vil blive tilknyttet en almen praktiserende læge til den fælles akutfunktion som praksiskonsulent. Praksiskonsulenten skal bygge bro til almen praksis samt føre tilsyn med akutfunktionens instrukser for lægeforbeholdt arbejde, og bidrage til medarbejdernes kompetenceudvikling i akutfunktionen.

Organisering af udarbejdelsen af den foreslåede model

Frikommunenetværkets styre- og projektgruppe og arbejdsgrupper har bred repræsentation fra alle tre sektorer, samt de øvrige kommuner i kommuneklyngen. Alle samarbejdspartner har dermed været involveret i udarbejdelsen af den beskrevne model for en fælles, tværkommunale akutfunktion, ligesom der er løbende dialog med relevante organisationer, fagforeninger og MED-systemet i de fire kommuner.

Udarbejdelsen af den beskrevne model for den fælles akutfunktion har trukket på erfaringerne fra Gentofte Kommune og MAT-teamet i Lyngby-Taarbæk Kommune, samt andre lignende funktioner så som Specialiseret Hjemmesygeplejeteam (SHS) i Ballerup, Furesø og Herlev Kommuner.

Placering

Den fælles, tværkommunale og udgående akutfunktion placeres på én matrikel, hvor de fysiske rammer opfylder akutfunktionens behov for opbevaring af sygeplejefaglige artikler, medicin, eventuelt apparatur til analyser,

arbejdsstationer og IT, afholdelse af møder, omklædning, parkeringsforhold, m.v.

Akutfunktionen placeres centralt inden for de fire kommuners geografi og så tæt på motorvej som muligt med fokus på at sikre så korte køretider til alle de fire kommuners borgere. Dertil vil økonomiske kriterier og tidsplan for evt. ombygninger blive vægtet sammen med målet om at etablere akutfunktionen så hurtigt og omkostningsbevidst som muligt.

Eksisterende sygeplejelokaliteter (f.eks. sygeplejeklinikker eller distriktskontorer) i de forskellige kommuner kan døgnet igennem og efter behov tjene som lokale baser for akutsygeplejerskerne. Kendskab og nærhed til kommunernes øvrige funktioner kan understøttes i den konkrete planlægning af opgaver og kørsler, hvor akutfunktionens sygeplejersker i det daglige kan være primært allokert til bestemte kommuner.

Økonomi

Den foreløbige overordnede økonomiske ramme for den årlige drift af den fælles, tværkommunale akutfunktion forventes at ligge i størrelsesordenen 13 mio. kr. og omfatter de forventede merudgifter, der følger af de nye nationale krav til akutfunktioner, som træder i kraft den 1. januar 2018. De beregnede driftsudgifter er derfor ikke udtryk for de enkelte kommuners aktuelle udgifter, ligesom der ikke er taget højde for finansiering i de enkelte kommuner.

Fordelingen af udgifterne mellem de fire kommuner vil ske efter en fordelingsnøgle, der ligeligt vægter andelen af +65 årige og befolkningsstørrelsen. Forslag til den endelige nøgle til fordeling af både etablerings- og driftsudgifter vil fremgå af den juridiske aftale, der bliver politisk fremlagt primo 2018.

Foreløbige økonomiske ramme for den fælles akutfunktion

	Gentofte	Gladsaxe	Lyngby-Taarbæk	Rudersdal	I alt
Anslået årlig udgift (kr.)	3.845.352	3.215.495	2.804.743	3.075.958	12.941.548

Anm.: Fordelingen af omkostningerne er vægtet med andel +65 årige og befolkningsstørrelse

Der forventes at være stordriftsfordele ved samarbejdet, når kapacitet og efterspørgslen efter akutfunktionens kompetencer har fundet et naturligt leje. Sådanne stordriftsfordele vil kunne findes i forbindelse med natdækning, samt planlægning af vagter og opgaver dag- og aftenlagt. Tilsvarende vil der være stordriftsfordele ved fælles ledelse samt øvrige driftsudgifter, der ellers skulle afholdes af hver enkelt kommune.

Omkostninger til drift af den fælles akutfunktion

Udgifter til drift af den fælles akutfunktion omfatter udgifter til primært løn til leder og akutsygeplejersker, udgifter til praksiskonsulent, IT og telefoni, sygeplejefaglige artikler, biler og husleje.

Det har særlig stor betydning for omkostningerne, hvor mange sygeplejersker der er på vagt døgnet igennem. I beregningerne af den foreløbige overordnede økonomiske ramme er der taget udgangspunkt i, at der i hverdage er 7 akutsygeplejersker på vagt om dagen og i weekend/helligdage 3 akutsygeplejersker på vagt om dagen. I aftentid er der på hverdage 4 akutsygeplejersker på vagt og i weekend/helligdage 3 akutsygeplejersker på vagt. I nat er der 1 sygeplejerske på vagt ad gangen alle dage. Til sammenligning er der i dag 3 akutsygeplejersker i dagvagt i MAT-teamet og 4 akutsygeplejersker i SHS-teamet.

Fremmødemodellen i beregningen bygger på et forsigtigt skøn for det nødvendige antal sygeplejersker i dag, aften og nattevagt - og trækker på erfaringer fra bl.a. Gentofte Kommune og MAT-teamet i Lyngby-Taarbæk Kommune, samt fra SHS-teamet i Ballerup, Furesø og Herlev Kommuner.

Omkostninger til etablering

Der vil være etableringsomkostninger forbundet med selve klargøringen af funktionen. Disse omkostninger vil afhænge af behovet for istandsættelse af lokaler, samt i hvor stort omfang indretning, IT og eventuelt apparatur er tilstede i de fire kommuner allerede og kan tilvejebringes uden indkøb af nyt.

Tidsplan – de næste skridt

- Folketinget forventes at godkende frikommunernes ansøgning senest medio december 2017

- Politisk mødesag i februar 2018 vedr. driftsbudget, anlægsøkonomi, kvalitetsstandard og fælles visitationskriterier for den fælles tværkommunale akutfunktion, samt den juridiske aftale.
- Idriftsættelse af den fælles, tværkommunale akutfunktion vil afhængigt af tidsplan for tilpasning af de fysiske forhold kunne ske senest i april 2018

Organisering og ansvar

Det overordnede politiske, økonomiske og juridiske ansvar for de opgaver, der bliver løst i den fælles, tværkommunale akutfunktion ligger hos kommunalbestyrelserne i de fire frikommuner.

Det overordnede ledelsesansvar vil ligge i en tværkommunal styregruppe bestående af de deltagende kommuners fagdirektører, som er ansvarlige for funktionen.

Lederen af funktionen refererer til den tværkommunale styregruppe. Lederen ansættes formelt i en af de deltagende kommuner og udlånes til akutfunktionen. De øvrige medarbejdere ansættes i de deltagende kommuner efter aftalt fordelingstal og udlånes derefter til funktionen.

Indstilling

Direktionen foreslår indstillet,

- 1) at der etableres en fælles, tværkommunal akutfunktion bestående af Lyngby-Taarbæk, Gentofte, Gladsaxe og Rudersdal Kommuner
- 2) at den fælles, tværkommunale akutfunktion er åben døgnet rundt alle ugens dage og leverer akutte sygeplejefaglige ydelser på tværs af de fire kommuner
- 3) at den overordnede henvisningsmodel samt den beskrevne model for lægedækning kan ligge til grund for den endelige udformning af den fælles akutfunktion
- 4) at de overordnede økonomiske rammer for den fælles, tværkommunale akutfunktion godkendes
- 5) at 4K styregruppen bestående af fagdirektører bemyndiges til at ansætte en leder af den fælles, tværkommunale akutfunktion med start primo 2018
- 6) at 4K styregruppen bemyndiges til at udpege den fysiske placering af den fælles, tværkommunale akutfunktion inden for de principper, der er beskrevet i nærværende sag
- 7) at forvaltningen primo 2018 forlægger en sag, hvor kvalitetsstandarder, anlægsbudget, driftsbudget, og juridisk aftale skal behandles

Vedtagelse i Social- og Sundhedsudvalget den 04-10-2017

SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGET indstiller Direktionens forslag tiltrådt.

Punkt 3: Orientering om afrapportering fra udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

17/16289

Resumé

Regeringen, Kommunernes Landsforening (KL) og Danske Regioner indgik i forbindelse med økonomiaftalen (ØA16) en aftale om at igangsætte et udvalgsarbejde, som skulle komme med forslag, der kunne indgå i en plan for udbygning af Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Ultimo juni 2017 blev udvalgsarbejdet offentliggjort og afrapporteret. Afrapporteringen indeholder en vision for Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025 samt anbefalinger, som skal bidrage til et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen på såvel det somatiske som psykiatriske område.

I efteråret 2017 forventes Sundhedsministeren at komme med et politisk udspil, som sammen med yderligere initiativer vil omsætte mange af udvalgets anbefalinger.

I sagen orienteres om udvalgets anbefalinger og de forventede konsekvenser for den kommunale del af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Sagen skal dermed ses i sammenhæng med sag om etablering af en fælles tværkommunal akutfunktion.

Sagen forelægges Social- og Sundhedsudvalget til orientering.

Sagsfremstilling

Baggrund

Den demografiske udvikling i Danmark, hvor antallet af ældre stiger, og flere borgere lever med en eller flere kroniske sygdomme, stiller krav til sundhedsvæsenet om løbende nytænkning og effektivisering.

På den baggrund indgik Regeringen, KL og Danske Regioner i forbindelse med økonomiaftalen (ØA16) en aftale om at igangsætte et udvalgsarbejde, som skulle komme med forslag, der kunne indgå i en plan for udbygning af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Udvalgets opdrag var at komme med forslag, der skal understøtte, at behandlingen af patientgrupper med forløb på tværs af sektorer sker sammenhængende, borgernært, omkostningseffektivt og er af høj kvalitet. Udvalget har særligt haft fokus på følgende patientgrupper:

- Ældre medicinske patienter
- Patienter med kroniske sygdomme
- Patienter med psykiske lidelser, herunder personer med dobbeltdiagnoser

Ultimo juni 2017 blev afrapporteringen fra Udvalget om Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen offentliggjort. Afrapporteringen indeholder en vision for Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025 samt 20 anbefalinger, der skal bidrage til at nå målsætningen om et stærkere, nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

Vision, målsætninger og anbefalinger

I følge udvalget er et stærkere, nært og sammenhængende sundhedsvæsen en central del af svaret på de udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor nu og i fremtiden. Et økonomisk holdbart sundhedsvæsen i verdensklasse kræver, at Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen styrkes. Anbefalingerne skal jf. økonomiaftalen for 2018 understøtte fremtidens sundhedsvæsen, hvor der tages højde for en mere specialiseret sygehusstruktur.

Rapporten fra udvalget indeholder en samlet vision frem mod 2025 om, at:

"Sundhedsvæsenet skal understøtte patienten i at mestre egen sygdom i patientens nære miljø gennem høj, ensartet kvalitet og samarbejde, så patienten kan leve et liv med højest mulig livskvalitet".

For at realisere visionen vurderer udvalget, at der er behov for, at sundhedsvæsenet lykkes med følgende (forudsætningerne er uddybet i bilaget):

Høj, ensartet kvalitet ud fra rette kompetencer, rådgivning og data

Er grundlæggende for Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Indsatserne skal leveres af høj og ensartet kvalitet - både klinisk og borgeroplevet - i hele landet og være baseret på den bedste faglige viden.

Det kræver blandt andet, at sundhedsvæsenets otte nationale mål forankres, blandt andet gennem lokale mål og indsatser, at relevante faglige standarder og vejledninger følges, samt at relevante data deles.

Systematisk styrkelse af patientens håndtering af egen sygdom

Er en forudsætning for, at patienten kan leve et liv med højest mulig livskvalitet.

Derfor skal udgangspunktet for sundhedsvæsenet være den enkelte patients individuelle behov, ressourcer og målsætninger. Det kræver, at patienten og patientens netværk systematisk og aktivt bliver involveret.

En fælles tilgang til patienten

Er afgørende for at patienten oplever et sammenhængende forløb og ressourcerne i sundhedsvæsenet udnyttes optimalt.

Derfor er der behov for at øge fokus på, at hele sundhedsvæsenet tilrettelægger indsatserne med henblik på at optimere det samlede forløb.

En populationsbaseret tilgang

Som betyder, at indsatser skal tilrettelægges ud fra tilpasning til patientpopulation på baggrund af patienternes behov og risikoprofiler. Dette skal bidrage til at sikre lighed i sundhed, økonomisk holdbarhed, og at patientens individuelle behov understøttes. En populationsbaseret tilgang kræver blandt andet overblik og viden om populationen, som indsatserne derefter tilrettelægges efter. Alle patienter skal tilbydes de indsatser, de har brug for under hensyntagen til individuelle ressourcer, uden at alle patienter nødvendigvis skal tilbydes samme indsats. Derfor skal sundhedsvæsenet differentiere indsatserne.

Levering af indsatser på det laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau

LEON-princippet skal i højere grad være med til at sikre økonomisk holdbarhed og hensynet til mindst mulig indgriben i patientens hverdag. Derfor skal indsatserne tilbydes i patientens nærmiljø, når det er fagligt og økonomisk begrundet.

Herudover er der til hver patientgruppe opsat følgende målsætning.

Målsætning for den ældre, medicinske patient:

· Forebyggende indsatser, behandling, pleje og rehabilitering i forhold til den veludredte, ældre medicinske patient sker i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025.

Målsætning for patienter med kroniske sygdomme:

· Forebyggende indsatser, behandling og rehabilitering i forhold til borgere med de mest hyppige kroniske sygdomme sker i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025.

Målsætning for mennesker med psykiske lidelser:

· Mennesker med psykiske lidelser oplever en sammenhængende indsats og understøttes i selv at tage aktiv del i arbejdet hen imod bedring.

Det er gennemgående i ovenstående målsætninger og de anbefalinger, som udvalget er kommet med, at opgaverne skal løses tæt på borgerne, i sundhedshuse eller hjemme i folks egne hjem. Det er værd at bemærke, at den anvendte definition på *Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen* er de indsatser og funktioner, som borgeren tilbydes i eget hjem eller i nære omgivelser. Indsatserne kan både leveres af kommuner og regioner. Det er afgørende er således ikke hvem, der leverer en indsats, men at der er tale om en indsats tæt på borgerens eget hjem eller hverdag.

Udvalget er enig i en række anbefalinger, som kan styrke udviklingen af det nære sundhedsvæsen. De 20 konkrete anbefalinger er resumeret i bilaget.

Konsekvenser for Rudersdal

Som andre kommuner kan Rudersdal forvente, at kommunen og de praktiserende læger får en udvidet opgaveportefølje idet størstedelen af forebyggelses-, behandlings-, rehabiliterings- og plejeopgaverne i forhold til borgere med kroniske sygdomme, den ældre medicinske patient og borgere med psykiske vanskeligheder kommer til at foregå i primærsektoren.

Almen praksis får behandlingsansvar for borgere med mere specialiserede sygdomme end tidligere, superviseret af hospitalerne på nye måder. Frem for at være på sygehusene som enten indlagt eller i ambulankontrol vil borgerne blive behandlet i almen praksis og være i deres hjem understøttet af kommunerne.

Som KL angiver, er ovenstående en positiv udvikling af sundhedsvæsenet til gavn for borgerne, men det vil medføre en udvikling af det kommunale sundheds- og ældreområde. I Rudersdal Kommune er denne udvikling allerede i gang, men udviklingen og kvalitetssikringen af det nære sammenhængende sundhedsvæsen vil fortsætte mange år frem. Følgende tiltag kan ses som en del af udviklingen i Rudersdal:

- Etablering af den tværkommunale akutfunktion med Gentofte, Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk kommuner
- Integrering af sygeplejen i aftenvagt
- Driftsfællesskab i planområdet om kræftrehabilitering – Vi samler kræfterne
- Implementering af fasttilknyttede læger på plejecentre
- Udvikling af den patientrettede forebyggelse på Teglpporten
- Kompetenceudvikling af sygeplejen
- Der arbejdes med recovery-orienterede tiltag indenfor socialområdet
- På det psykosociale område arbejdes der med sundhedsfremme og forebyggelse

Den samlede rapport kan læses her: [Afrapportering_Udvalg om Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen_Juni 2017](#)

Indstilling

Direktionen foreslår, at sagen forelægges til orientering.

Vedtagelse i Social- og Sundhedsudvalget den 04-10-2017

SOCIAL- og SUNDHEDSUDVALGET fik sagen forelagt til orientering.

Bilag

Uddrag af den samlede rapport_Afrapportering_Udvalg om Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen_juni 2017.pdf

Punkt 4: Værdighedspulje 2018

17/16707

Resumé

Kommunalbestyrelsen godkendte på mødet d. 23.11.2016 anvendelse af og indsatser i Værdighedspuljen i 2017.

Rudersdal Kommune skal indsende redegørelse for anvendelse af puljemidlerne i 2018 senest d. 15.11.2017.

Ældre- og værdighedspolitikken danner rammen om udbetaling af Rudersdal Kommunes andel af puljen på i alt 1 mia. kr.. Puljen har til formål at understøtte udbredelse og implementering af værdighedspolitikker for ældreplejen. Midlerne fordeles mellem kommunerne på baggrund af en objektiv fordelingsnøgle for udgiftsbehovet på ældreområdet.

Rudersdal Kommunes har fra Sundheds- og Ældreministeriet fået oplyst, at de endnu ikke har afsluttet den interne behandling af, hvordan puljen for 2018 skal fordeles mellem kommunerne. Det vides derfor ikke, hvor stort et tilskudsbeløb Rudersdal Kommune kan ansøge om for 2018. I 2017 udgjorde tilskudsbeløbet 12.564.000 kr.

Der fremlægges forslag til anvendelse af midlerne i 2018, idet forvaltningen antager, at tilskuddet i 2018 vil udgøre omtrent samme beløb som i 2017. Forvaltningen anmoder samtidig om mulighed for administrativt at tilpasse beløbene til de enkelte indsatser, når den endelige fordeling af puljemidlerne meldes ud fra ministeriet.

Sagen fremlægges for Social- og Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og Kommunalbestyrelsen til godkendelse.

Sagsfremstilling

For at Rudersdal Kommune kan modtage de reserverede midler fra Værdighedspuljen, som forventes at udgøre i omegnen af 12.564.000 kr. i 2018, skal der fremsendes en kortfattet redegørelse for de indsatser, som midlerne skal anvendes til, herunder hvordan de understøtter Værdighedspolitikken for ældreplejen. Midlerne kan anvendes til nye initiativer eller udvidelse af eksisterende indsatser, og der skal være tale om indsatser, som ligger ud over kommunens vedtagne budgetter for 2018.

Kommunens kan prioritere udmøntningen af midlerne for 2018 inden for ét eller flere af områderne:

1. Livskvalitet
2. Selvbestemmelse
3. Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen
4. Mad og ernæring
5. En værdig død

Forvaltningen har udarbejdet forslag til indsatser, der sikrer, at midlerne fra Værdighedspuljen anvendes i overensstemmelse med de beskrevne vilkår:

Under indsatsområdet "Livskvalitet" foreslår forvaltningen, at midlerne anvendes til gåture, plejopgaver og samvær for borgere på plejecentre og til tilbud om ekstra hjælp efter eget ønske for de mest sårbare hjemmeplejemodtagere. Endvidere foreslås indsatser, som kan bidrage til øget livskvalitet for yngre borgere med demens i daghjemmsregi ved at videreføre de to nuværende puljeprosjekter Aktivgruppen og Vandregruppen. Endelig foreslås afsat ressourcer til udvikling af en sammenhængende strategi for Rudersdal Kommunes indsats på demensområdet med fokus på livskvalitet for borgerne og deres pårørende.

Under indsatsområdet "Selvbestemmelse" foreslår forvaltningen, at midlerne anvendes til træning ved fysioterapeut i eget hjem for borgere, der ikke kan deltage i træning og genoptræning på genoptræningscentre. Endvidere foreslås det, at der tilknyttes en husvært samt cafépersonale til Aktivitetscenter Bakkehuset, som overgår til brugerstyret seniorhus d. 01.01.2018. Herudover foreslås det, at udvalgte materiale- og aktivitetsrettede udgifter i seniorhuset søges dækket af værdighedspuljen.

Under området ”Kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen” foreslår forvaltningen, at midlerne anvendes til hjælpemidler og velfærdsteknologi samt undervisning i bedre brug af disse. Endvidere foreslås det, at der søges om midler til kvalitets- og systemudvikling samt kompetenceudvikling i forhold til optimeret anvendelse af elektronisk journal samt til proces- og læringsbistand ved implementering af nye kvalitetsstandarder mv.

Under området ”Mad og ernæring” foreslår forvaltningen, at midlerne anvendes til kompetenceudvikling for medarbejderne i forhold til behandling af borgere med synkebevær (dysfagi) samt til kostfaglig screening i forbindelse med tidlig opsporing og forløbsprogrammer.

Såfremt Sundheds- og Ældreministeriet når frem til et endeligt tilskudsbeløb som afviger fra tilskuddet i 2017, anmoder forvaltningen om, at der gives mulighed for en administrativ tilpasning af beløbene til de enkelte indsatser, svarende til afvigelsen..

Der vedlægges en oversigt over de enkelte elementer, der søges midler til inden for Værdighedspuljen.

Indstilling

Direktionen foreslår indstillet,

- 1) at de fremlagte indsatser under Værdighedspuljen for 2018 godkendes
- 2) at forvaltningen bemyndiges til at tilpasse beløbene til de enkelte indsatser, såfremt Sundheds- og Ældreministeriet udmelder en pulje for 2018, som afviger fra puljen i 2017
- 3) at forslagene sendes til godkendelse i Ældre- og Sundhedsministeriet.

Vedtagelse i Social- og Sundhedsudvalget den 04-10-2017

SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGET indstiller Direktionens forslag tiltrådt med den tilføjelse, at de ekstra 400.000 kr., som puljen er forhøjet med, bruges til punkt 3, som herefter udgør 2,3 mio. kr., der bliver afsat klippekortsordningen.

Forvaltningen oplyste inden sagens behandling, at Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at Rudersdal Kommune i år 2018 vil modtage 400.000 kr. mere fra Værdighedspuljen end beskrevet.

Social- og Sundhedsudvalget drøftede ved mødet Seniorrådets bemærkninger.

Bilag

Forslag til værdighedspulje 2018

Punkt 5: Kvalitetsstandarder i hjemmeplejen 2017/2018 - høringsvar

17/12829

Resumé

I henhold til bekendtgørelse nr. 1575 af 27.12.2014 skal Kommunalbestyrelsen mindst en gang årligt godkende en kvalitetsstandard for personlig pleje og praktisk hjælp, rehabiliteringsforløb samt kommunal genoptræning, jf. servicelovens §§ 83, 83 a og 86.

På møde den 13.09.2017 godkendte Social- og Sundhedsudvalget, at serviceniveau og kvalitetsstandarder for rehabilitering og hjemmepleje udsendes i høring.

Forvaltningen vender her tilbage med høringsvar.

Sagen forelægges Social- og Sundhedsudvalget til godkendelse.

Sagsfremstilling

Forvaltningen skal mindst én gang årligt fremlægge kvalitetsstandarder til politisk godkendelse. I nærværende sag fremlægges de kvalitetsstandarder, der vil være gældende indenfor rammerne af det foreliggende budgetforslag. Udover de i 2016 vedtagne budgettilpasninger er der samlet set ikke sket ændringer som følge af budgetforslaget. Forvaltningen arbejder som opfølgning på sidste års budgetaftale parallelt med at udarbejde forslag til en ny model for hjemmeplejen, hvilket der tages højde for med de fremlagte kvalitetsstandarder. Endelig er kommunen i lighed med landets øvrige kommuner forpligtet til at overgå til at bruge den nationale dokumentations- og arbejdsmetode Fælles Sprog III. Dette giver anledning til mindre tilpasninger i tildelingen af ydelser, hvilket der redegøres nærmere for i sagen.

Rudersdal Kommune arbejder aktuelt med Fælles Sprog II, som er en systematisk model for afdækning af borgerens funktionsevne og visitation af hjemmehjælp. Modellen står foran en opdatering til Fælles Sprog III.

Forvaltningen har en opgave i at få tilpasset Rudersdal Kommunes Kvalitetsstandarder og indsatskatalog, så de lever op til de nationale krav til ens dokumentation og indrapportering af data, der følger af implementeringen af Fælles Sprog III.

I Kvalitetsstandard for 2017/2018 beskrives på en ny og mere enkel måde de områder, hvor borgerne kan få hjælp, samtidigt med at lovgivningens krav om at tydeliggøre, hvad den enkelte borger kan forvente, søges præciseret i en vejledende maximal tid.

Se bilag 1.

Bag Kvalitetsstandard for 2017/2018 ligger et revideret indsatskatalog, som operationaliserer visitation og planlægning i specifikke indsatser, og som gør det muligt at levere de data, som KL har defineret som obligatoriske datasæt på nationalt niveau.

Høring.

Sagen har været sendt i høring hos Rudersdal Kommunes Seniorråd og hos Rudersdal Kommunes Handicapråd.

Seniorrådet

Seniorrådet har ikke yderligere kommentarer end de kommentarer, der blev fremsendt i forbindelse med Social- og Sundhedsudvalgets møde den 13.09.2017, hvoraf det fremgår at:

”Seniorrådet skal gentage vores høringsvar af 15. august 2017 til kommunens budgetforslag, såfremt der er midler til rådighed, bør de anvendes på hjemmehjælpens rengøring hver 14. dag i stedet for hver 3. uge.”

Handicaprådet

Handicaprådet har fremsendt følgende:

”Handicaprådet takker for fremsendelse af denne høring til rådet. Høringen har været på rådets dagsorden den 28. september 2017, hvilket har givet anledning til følgende bemærkninger:

Det er grundlæggende nogle fine målsætninger, der gives udtryk for i kvalitetsstandarden. Handicaprådet savner et afsnit om hjælp til mennesker med handicap, hvori der relateres til Vision for fremtidens handicapområde og overvejes, hvorvidt mennesker med handicaps behov dækkes af denne kvalitetsstandard.”

Forvaltningens svar: det er forvaltningens opfattelse, at borgere med handicaps er dækket af denne kvalitetsstandard, men forud for næste politiske fremlæggelse vil forvaltningen følge op på om Visionen for fremtidens handicapområde er tydeligt indarbejdet.

”Handicaprådet er bekymret for, om den meget skematiske tilgang til indsatsområderne er i modstrid med den individuelle vurdering.

Det bør tydeliggøres, at de vejledende Max tider er vejledende. Handicaprådet foreslår at bruge begrebet vejledende tider, i stedet for Max tider.”

Forvaltningens svar: Kvalitetsstandarder er en generel serviceinformation til borgerne. Der skal altid være en konkret og individuel vurdering og kvalitetsstandarderne skal fraviges, hvis borgers behov nødvendiggør det.

Den skematiske tilgang er til dels begrundet i krav fra Fællessprog III, men også for at sikre et entydigt redskab til visitation og til leverandør

Da der arbejdes med at samle enkelttydelser i pakker, er det ikke tilstrækkeligt alene at arbejde med begrebet vejledende tider.

”Handicaprådet finder det problematisk, at der for alle grupper kun tilbydes bad en gang om ugen. Mange mennesker er i dag bedre vant. Endvidere finder Handicaprådet, at rengøringsstandarderne ikke lever op til nutidens generelle standard, og vi er bekymrede for, om det kan få konsekvenser for sundhedsstandarderne hos mennesker, der er afhængige af denne hjælp.”

Forvaltningens svar: serviceniveauet vedrørende bad en gang om ugen og serviceniveauet for hjælp til rengøring hver 3. uge er ikke ændret med denne standard.

Med budgetaftalen for 2018 er der afsat i alt 4 mio. kr. til udviklings- og omstillingspulje i hjemmeplejen. Forvaltningen vil udarbejde en særskilt sag om udmøntningen af denne pulje.

Indstilling

Direktionen foreslår,

- 1) at serviceniveau og kvalitetsstandarder for rehabilitering og hjemmepleje godkendes, og
- 2) at opfølgning på høringsvar indarbejdes jævnt før sagsfremstillingen.

Vedtagelse i Social- og Sundhedsudvalget den 04-10-2017

SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALGET tiltræder Direktionens forslag.

Bilag

Kvalitetsstandarder Rehabilitering og Hjemmepleje 2018

KS Ambulant genoptræning Servicelov 2018.

KS Vedligeholdende træning 2018.

KS Døgnrehabilitering 2018.

KS Faldforebyggende indsats 2018.

KS Ambulant genoptræning Sundhedslov 2018.

Brev til borger 2017/18