

INDLEDNING

Der blev i forbindelse med budgetforlig 2016 politisk aftalt, at der udarbejdes en analyse af ældreområdet, som skal:

- Afdække årsager og handlemuligheder i relation til udgiftsstigningerne de senere år
- Afdække hvorvidt, der er uhensigtsmæssige incitamentsstrukturer i den måde, hvorpå der sker bevillinger, i forhold til den samlede styring af området
- Afdække mulighederne for en demografimodel
- Evt. normeringsproblemer herunder sikring af et fortsat godt arbejdsmiljø.

Der er i forligsteksten fremhævet, at punkt 1 og punkt 2 skal løses i henhold til at sikre undgåelse af normeringsproblemer samt sikre et fortsat godt arbejdsmiljø på fagområdet. Der har været nedsat en styregruppe med deltagelse af chef og medarbejderrepræsentanter fra området.

Analysen er af praktiske og tidsmæssige årsager opdelt i flere faser:

I delanalyse 1 er der fokus på at få udarbejdet en risikovurdering for 2016 samt afdækning af årsager til udgiftsstigningerne. Der vil i notatet så vidt muligt være fokus på handlemuligheder.

Muligheden for handlemuligheder skærpes i delanalyse 2, hvor Varde Kommunes ældreområde sammenlignes med udvalgte kommuner på: Regnskab, organisation og serviceniveau.

På Social og Sundhedsudvalgets møde i juni vil der forelægges et notat, som beskriver mulighederne for en demografimodel.

INDHOLDSFORTEGNELSE:

Delanalyse 1: RISIKOANALYSE R2016 OG AFDÆKNING AF ÅRSAGER TIL UDGIFTSSTIGNINGERNE

1. Overordnet vurdering af økonomien indenfor den samlede ramme
2. Gennemgang af konto 5.32 – risikovurdering Regnskab 2016
3. Historisk udvikling personale
4. Historisk udvikling konto 5.32 (regnskab) – sammenligning med andre kommuner
5. Gennemgang af aktivitet - hjemmeplejen og plejecentre
6. Rammestyring hjemmeplejen – fremskrevet forbrug 2016
7. Fritvalg og pris udvikling - hjemmeplejen
8. Forskelle i produktivitet i hjemmeplejen

Delanalyse 2: SAMMENLIGNING OG ANBEFALINGER

1. Indledning
2. Generelt indtryk fra besøgene i sammenligningskommuner
3. Præsentation af sammenligningskommuner

Samlet Konklusion

DELANALYSE 1

RISIKOANALYSE R2016 OG AFDÆKNING AF ÅRSAGER TIL UDGIFTSSTIGNINGERNE

1. OVERORDNET VURDERING AF ØKONOMIEN INDENFOR DEN SAMLEDE RAMME

Det godkendte budget Social- og Sundhedsudvalget for 2015 er 769,47 mio. kr., imens det korrigerede budget er 801,72 mio. kr. og det endelige regnskab 801,33 mio. kr. Forskellen på det godkendte budget og det korrigerede budget skyldes *primært* budgetoverførsler fra 2014-2015 på 13 mio. kr., tillægsbevilling på 10 mio. kr. ved budgetopfølgningen april 2015 (skulle primært dække merudgifter til medfinansiering af sygehushæsenet og til flere borgere på plejecentre udenfor kommunen) og tilførsel af sygdoms- og barselspuljer, som udgjorde ca. 10 mio. kr.

Regnskab 2015 er tæt på det korrigerede budget 2015, men når overførslerne på ca. 13 mio. kr. indregnes er der et samlet underskud på 12,6 mio. kr., som finansieres af kassebeholdningen.

Figur 1. regnskab 2015 sammenholdt med budget 2016

	Godkendt budget 2015	Korr. budget 2015	Regnskab 2015	Mer-/mindreforbrug i 2015	Overførsel 2015-2016	Mer- mindre forbrug 2015 incl. overførsel	Godkendt budget 2016
Udvalget for Social og Sundhed	769.473.600	801.729.818	801.333.799	396.019	13.056.469	-12.660.450	790.381.400
Udvalgte konti							
<u>04 Sundhedsområdet</u>	210.010.050	217.009.654	215.206.583	1.803.071	2.723.197	-920.126	219.048.570
62 Sundhedsudgifter m.v.	210.010.050	217.009.654	215.206.583	1.803.071	502.139	1.300.932	219.048.570
81 Aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsvæsenet	168.868.060	172.868.060	173.733.315	-865.255		-865.255	175.637.340
82 Kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning	16.973.960	18.671.239	17.705.833	965.406	502.139	463.267	18.740.900
84 Vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut	8.933.600	9.433.600	10.284.885	-851.285		-851.285	9.511.910
<u>05 Sociale opgaver og beskæftigelse</u>	559.463.550	584.720.164	586.127.216	-1.407.052	10.333.272	-11.740.324	571.332.830
23 Døgninstitutioner for børn og unge	-4.390.240	-3.589.780	1.978.186	-5.567.966	1.407.076	-6.975.042	-1.453.980
32 Tilbud til ældre og handicappede	374.499.540	397.907.030	400.904.919	-2.997.889	3.217.422	-6.215.311	386.941.640
30 Ældreboliger	-14.080.650	-14.880.650	-14.612.116	-268.534		-268.534	-14.968.130
32 Pleje og omsorg m.v. af ældre og handicappede	341.066.220	362.352.680	370.312.756	-7.960.076	2.038.088	-9.998.164	355.483.490
35 Hjælpe midler, forbrugsgoder, boligindretning og befordring	27.725.060	30.044.620	25.154.756	4.889.864	1.179.334	3.710.530	26.823.360
38 Tilbud til voksne med særlige behov	179.031.160	179.446.910	173.670.766	5.776.144	1.888.462	3.887.682	177.376.430
50 Botilbud til længerevarende ophold (§ 108)	53.301.310	53.110.231	49.078.044	4.032.187	1.814.217	2.217.970	52.537.980
52 Botilbud til midlertidigt ophold (§ 107)	74.851.630	74.000.586	75.711.833	-1.711.247	50.000	-1.761.247	73.859.730
58 Beskyttet beskæftigelse (§ 103)	9.306.640	12.849.930	12.598.887	251.043		251.043	13.419.770
59 Aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	22.449.100	19.177.692	17.228.631	1.949.061	24.245	1.924.816	17.773.980
Total ('Udgift')	952.685.880	988.533.986	996.538.702	-8.004.716			964.740.180
Total ('Indtægt')	-183.212.280	-186.804.168	-195.206.451	8.402.283			-174.358.780
Total ('Netto')	769.473.600	801.729.818	801.332.251	397.567	13.056.469	-12.660.450	790.381.400

Nedenfor gennemgås de mest markante forskelle på korrigeret budget og regnskab og årsagerne hertil:

Der er et merforbrug på konto 5.23 *tilbud til børn og unge med særlige behov* på 7 mio. kr.

Det bemærkes, at myndighedsdelen på børnehandicap varetages af børn og unge, og at der dermed er en adskillelse udvalgmæssigt af bestiller og udfører på dette område. Området er underlagt *regionens rammeaftale*, hvilket betyder, at underskud i 2015 indregnes – og dermed dækkes – af øgede takster i 2017. Da en stor del af borgerne er fra Varde Kommune vil de øgede priser i 2017 betyde stigende udgifter for Børn og Unge udvalget.

Det fremgår af det endelige regnskab at ældreområdet (konto 5.32) samlet set har et underskud på ca. 6 mio. kr. På underkontoen *pleje og omsorg m.v. af ældre* er der et underskud på 10 mio. kr., når der korrigeres for overførsler. Dette merforbrug modsvares i en vis grad af, at der er et mindreforbrug på 4 mio. kr. på underkontoen *hjælpemidler (biler, hjælp til boligindretning)*. Det bemærkes, at overførslen på underkontoen *pleje og omsorg mv. af ældre* var 4 mio. kr. fra 2014-2015 og 2 mio. kr. fra 2015-2016, dvs. underskuddet kunne have været 2 mio. kr. større, hvis institutionerne ikke havde haft overførslerne fra sidste år som buffer. Det største underskud tilskrives hjemmeplejen grundet større aktivitet og højere omkostninger for at levere ydelserne end forudsat.

Der er en overførsel på *længerevarende ophold på det specialiserede område* (konto 5.50) som hovedsageligt skyldes merindtægter som følge af øget aktivitet på Lunden samt mindre udgifter på Samstyrken.

Derudover er der et mindreforbrug på *Aktivitets- og Samværstilbud* (konto 5.59) på 1,9 mio. kr. som hovedsageligt vedrører en overvurdering af behovet for dette tilbud hos myndigheden (Social og Handicap). Da beløbet er udenfor rammen er det med til at reducere merudgifterne på udvalgets samlede område.

Det bemærkes, at der altid vil være økonomiske usikkerheder, både i opad og nedadgående retning, i så stort et budget som det Social- og sundhedsudvalget råder over. Medfinansiering af syghusvæsenet er en strukturel usikkerhed, derudover vil store hjælpemiddelsager, nye opholdsbevillinger, af og tilgang fra og til området og demografiske faktorer kunne ændre billedet pludseligt.

Et skøn i forhold til en risikoanalyse på dette overordnede niveau er at sammenstille forbrug 2015 (prisfremskrevet) med budget 2016 under forudsætning om samme aktivitetsniveau.

Ses på godkendte budget 2016 og tillægges barsels og sygdomspuljer (svarende til 10 mio. kr.) vil det korrigerede budget 2016 være ca. 800 mio. kr. (ekskl. overførsler på 13 mio. kr. fra 2015). Pris og lønfremskrives regnskab 2015 (for at kunne sammenligne med Budget 2016) vil forbruget være 809 mio. kr.

En "alt andet lige" vurdering er dog for usikker, da aktiviteten for 2015 og 2016 samlet set ikke kan sidestilles, da der både har været tiltag til driftsbegrænsninger, nye ønsker 2016 og udmøntning af et råderumskatalog samt centrale midler på 10 mio. fra ny ældrepakke (værdighedsmilliarden), som ikke er indregnet. Det bemærkes, at heraf er de 3 mio. kr. indregnet som del af budgetforliget for år 2016.

En væsentlig konklusion er dog, at det er ældreområdet og aflastningsområdet (Krogen i regi af Samstyrken), som er de to største økonomiske underskudsdrivere for regnskab 2015. Det er derfor væsentligt at få vurderet om der er sket en opbremsning af aktiviteten på ældreområdet (5.32).

Med baggrund i ovenstående følger i afsnit to en gennemgang af udvalgte konti under 5.32. Dette giver et indblik i de mange indbyrdes afhængigheder og konti, der er i budgettet på ældreområdet.

Delkonklusion

- Det er vurderingen, at et eventuelt merforbrug på ældreområdet i år 2016 ikke vil kunne dækkes ind af mindreforbrug på andre områder indenfor Social og sundhedsudvalgets område.

HØRNING

2. GENNEMGANG AF KONTOEN 5.32 TILBUD TIL ÆLDRE OG HANDICAPPEDE UDFRA REGNSKAB 2015

I nedenstående tabel er forbruget for 2015 fremskrevet til 2016 priser og der er korrigeret for råderum samt videreførte "ældrepulje" aktiviteter. Dette giver et beregnet forbrug for 2016 (udfra forudsætning om i 2015 aktiviteten). Dette sammenholdes med budget 2016 tillagt centrale puljer (barsel og sygdom) for at få en risikovurdering af regnskab 2016:

Figur 2. Vurdering af mer/mindre forbrug 2016 udfra 2015 aktivitet

Udvalgte underkonti	Forbrug 2015 16 priser	- råderum	aktivitet B2016	Beregnet forbrug	Puljer	Budget 2016	Korrigeret B2016	Beregnet mer /mindre forbrug	vurderet
5.32 Sociale opgaver og beskæftigelse	404.773	7.560		397.213	6.209	384.521	390.730		
30 Ældreboliger	-14.601	1.000		-15.601		-14.968	-14.968	633	-876
32 Pleje og omsorg mv. ældre/ handicap	373.744	6.260		367.514	6.204	355.139	361.343		
001 personlig og praktisk hjælp frit valg	122.988	3.669	2.800	122.119	2.614	113.448	116.062	-6.057	-6.057
002 tilskud til hjælper (SL §95)	2.661			2.661		1.492	1.492	-1.169	0
003 tilskud til hjælper (SL §96)	6.273			6.273		4.847	4.847	-1.427	-1.427
004 Hjemmesygepleje	33.686	1.079		32.607	640	32.122	32.762	155	0
009 Private leverandører	15.332			15.332	34	10.363	10.363	-4.935	-4.935
011 Personlig/ praktisk hjælp plejecentre	177.053	1.511	2.700	178.242	2.894	175.729	178.623	381	0
200 ledelse og administration	12.862			12.862		14.337	14.337	1.475	1.475
33 Forebyggende indsats ældre/handicap	17.756	300		17.456		17.149	17.149	-307	0
003 afløsning og aflastning (SL §84)	6.579			6.579		5.967	5.967	0	0
35 Hjælpemidler/forbrugsgoder	25.380			25.380		24.747	24.747	-633	-633
37 plejevederlag og hjælp til døende	2.351			2.351		1.867	1.867	-484	-484
								-12.368	-12.937

30 Ældreboliger

Et af forslagene i råderumskataloget var reduktion af antallet af ældreboliger og dermed tomgangsleje på 1 mio. kr. Dette forslag forventes ikke at kunne realiseres, hvorfor der forventes et merforbrug på 0,875 mio. kr.

32 Pleje og omsorg mv. af ældre/handicappede

Denne konto består af mange væsentlige underkonti. Den første (konto 001) vedrører fritvalgsområdet - den kommunale del. Der er indregnet følgende råderumstiltag på samlet 3,7 mio. kr.: Udbud af madservice 1,7 mio. kr., elever 1,1 mio. kr., tjenestekørsel 0,5 mio. kr., tøjvask 0,2 mio. kr., serviceareal 0,1, mindreforbrug vikarer 0,1 mio. kr..

Det ses, at der er et merforbrug på 6 mio. kr., hvis man fortsætter aktiviteten fra 2015. Dette skal sammenholdes med et merforbrug på konto 009 vedrørende de private leverandører på 5 mio. kr. under forudsætning af samme aktivitet som 2015. Dette betyder ved samme aktivitet et samlet merforbrug på ca. 11 mio. kr. for disse to konti samlet set.

Et af tiltagene i forhold til at sikre økonomisk styring af området for 2016 er indførelse af rammestyring, som betyder, at ældreområdet har aftaler omkring levering af delegeret sygepleje og hjemmehjælp. Det er derfor væsentligt at få belyst, hvorvidt rammestyningen på området virker efter hensigten i forhold til forventet forbrug 2016. **Delanalyse 1. vil derfor fokusere på udviklingen i aktiviteten på både delegeret sygepleje og udviklingen i hjemmehjælp.**

Det fremgår af tabellen, at der er et merforbrug på *hjælperordningerne*. De borgere, der konteres her, er fysisk og eller psykisk handicappede, som alternativt kunne være placeret på konto 5.50 eller 5.52 (handicapkonti vedrørende botilbud og dermed en udgifts- og opgaveglidning fra ældre- til handicapområdet). Det bemærkes, at §95 hjælperordninger udelukkende vedrører ydelser, der kan

sammenlignes med hjemmehjælp, imens der i §96 hjælperordningerne kan være aktivitet og ledsagelse involveret. Der forventes mindre aktivitet på området i 2016 som følge af fraflytning og alder, derfor er der kun medregnet et merforbrug på 1,4 mio. kr. på begge ordninger.

Hjemmesygeplejen har et overskud på 1,2 mio. kr. i 2015 som ikke fremgår af tabellen. Dog er hjemmesygeplejen beskåret med 1 mio. kr. i råderumsforslag og vikarer for 2016. Overskuddet for 2016 får ikke betydning for det samlede regnskab 2016 eller fremadrettet da der er overførselsret på disse midler jf. principperne i aftalestyring. Der skal være en opmærksomhed omkring sammenhængen mellem udgifterne til delegeret sygepleje og sygepleje. Alt andet lige vil sygeplejen ved større delegation få frigjort flere midler (der kan selvfølgelig være nye opgaver fra regionen eller flere opgaver samlet set der imødegår ressourcebesparelsen). For at styrke den økonomiske styring på det samlede sygeplejeområde er det for budget 2016 besluttet, at det er sygeplejen, der har ansvaret for at overholde den nyligt indførte delegationsrammen i år 2016, fremfor visitationen.

Der er et mindreforbrug på *ledelse og administration* på ca. 1,5 mio. kr., som i den økonomiske vurdering indgår som mindreforbrug. *Under forebyggende indsats* konto 33 er der et beregnet merforbrug på ca. 0,3 mio. kr. Dette skyldes en reduktion af kørselsbudgettet (råderumsforslag fra Borgerservice på 0,3 mio. kr.), som ikke modsvares af reduktion i forbruget. Vurderingen anden fordeling af kørselsbudgettet.

KONKLUSIONEN PÅ GENNEMGANG AF 5.32 UDFRA REGNSKAB OG AKTIVITET 2015

Området er fortsat under pres særligt i forhold til fritvalgsområdet, hvor der forventes et merforbrug, jævnfør figur 2, hvis aktiviteten og prisforudsætningerne forbliver de samme som for 2015.

Der forventes derfor et samlet merforbrug (ekskl. overførsler) på ældreområdet ved samme aktivitet og samme forudsætninger på konto 5.32 som i 2015.

Dette er naturligvis et skøn – og det er derfor væsentligt at få undersøgt, hvorvidt aktiviteten afholdes indenfor den aftalte ramme og budget i forhold til et lavere niveau end sidste år.

Punkter til overvejelse og videre fokus:

- **Anbefaling:** Der bør være et særligt fokus på overholdelse af rammerne for delegerede sygeplejeydelser og visterede hjemmeplejeydelser

3. HISTORISK UDVIKLING PERSONALE

Ses på den historiske udvikling i personale på ældreområdet ekskl. træning og sundhedscentret samt den respirator del, der hører under sygehusvæsenets betalingsforpligtelse, er antallet af medarbejdere ansat ved Varde Kommune øget med 19 % i perioden fra 2012 til 2015. Det bemærkes at der samtidigt har været et øget antal ydelser til private leverandører og flere borgere på plejecentre i andre kommuner, som øger antallet af ansatte yderligere.

Baggrunden for en del af stigningerne er udvidelser i serviceniveauet herunder Søgården og akutteamet hos sygeplejen. Derudover har der været en ombygning af Ansager plejecenter, som har resulteret i en udvidelse af pladserne.

Figur 3. Personaletilgang 2012-2015

Personaleoversigt	Fuldtidsansatte Total				Afvigelse 2012 - 2015	Afvigelse i procent
	2012	2013	2014	2015		
Ældreområdet total - Egne ansatte	597,37	646,96	689,49	708,18	110,81	19
Sygeplejen	59,12	64,04	67,68	70,87	11,75	20
Centerområde Midt	122,99	121,62	124,87	126,80	3,81	3
- Leder	1,00	1,00	1,00	1,00		
- Horne/Sig	0,06					
- Carolineparken	62,13	61,34	54,12	45,40		
- Carolineparken - Træningscenter	0,06	0,00	10,74	19,98		
- Tistrup Plejecenter	16,41	18,37	16,21	17,61		
- Helle Plejecenter	43,33	40,91	39,25	42,80		
Centerområde Sydøst	85,27	109,98	117,90	120,70	35,43	42
- Leder	1,00	1,00	1,00	1,00		
- Lyngparken	41,89	47,46	45,72	48,54		
- Lyngparken - Bofællesskabet	18,51	20,51	20,85	20,42		
- Det alternative Plejehjem "Søgården"		7,52	11,50	12,88		
- Ansager Plejecenter	9,53	16,79	19,18	19,41		
- Sognelunden	14,34	16,71	16,65	18,44		
Centerområde Nord/Vest	121,04	127,76	136,78	141,53	20,49	17
- Leder	1,00	1,00	1,00	1,00		
- Aktivitetscentret	32,66	34,39	35,15	36,69		
- Vinkelvejcentret	30,94	31,76	37,06	39,58		
- Poghøj	23,14	24,74	25,84	26,93		
- Skovhøj	10,76	11,95	13,34	14,98		
- Møllegården	22,49	23,93	24,39	22,34		
- LUKKET Thueslund/Vidagerhus	0,05					
Hjemmepleje Midt/Vest	103,12	114,88	123,98	122,57	19,45	19
Hjemmeplejen Nord/Øst	105,18	107,24	115,86	121,29	16,11	15
Respiratorteam	0,65	1,44	2,42	4,42	3,77	

Kilde: Varde Kommunes lønsystem

Der er en generel stigning i antallet af medarbejdere både i hjemmeplejen og på plejecentrene på i alt 110 fuldtidsstillinger eller 19 %.

Udover ovenstående er der sket en stigning i træning og rehabiliteringsindsatsen fra 19,35 fuldtidsstillinger i 2012 til 30,15 fuldtidsstillinger i 2015, imens sundhedscentret er ca. status quo med knapt 23 fuldtidsstillinger. Stigningen i Træningsafdelingen skal ses i lyset af nye opgaver (træning efter sygehusudskrivning §140) og midler fra ældrepuljen, hvoraf dele udgår i budget 2016 med personalereduktioner til følge.

Der kan med fordel være fagligt fokus på, hvorvidt rehabiliteringsindsatsen kan dokumentere en effekt i forhold til mindreforbrug i plejeindsatsen alternativt en stigning i borgernes livskvalitet.

På plejecentrene, træningsafsnittet og i sygeplejen skyldes størstedelen af personaleudvidelserne politisk bestemte serviceudvidelser derudover har der været stigende aktivitet på plejecentrene (større belægningsprocent). Når der ses bort fra serviceudvidelser på centre og i sygeplejen, er udviklingen i personale i hjemmeplejen den mest markante og årsagerne vil afdækkes i de følgende afsnit.

Punkter til overvejelse og videre fokus

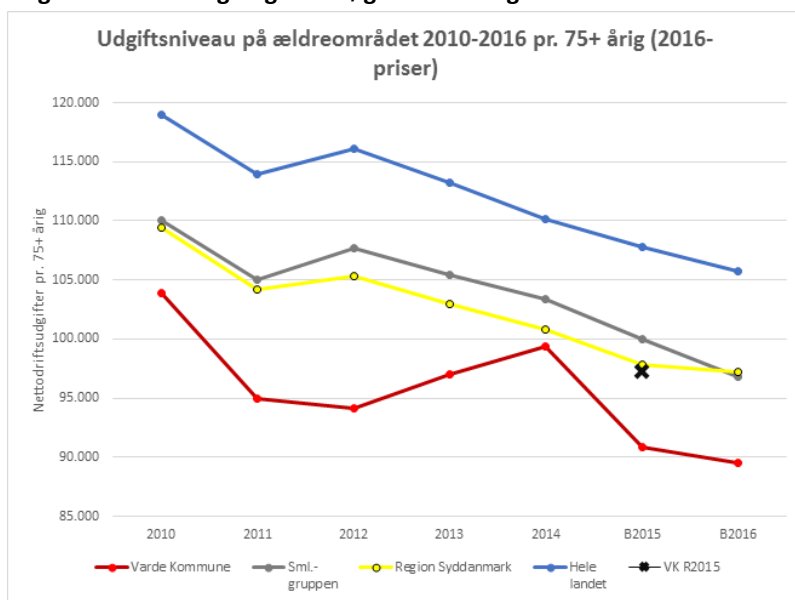
- Der kan med fordel arbejdes målrettet med effektmåling på sundhedsområdet (træning og rehabilitering og sundhedscentret). Analysen behandler ikke temaet effektmåling, men punktet medtages i delanalyse 2 som et strategisk tema, der kan arbejdes videre med.
- Større og mere målrettet fokus på rehabilitering (færre medarbejdere skal specialisere sig i opgaven og udvalgte problemområder). Der arbejdes med en udvikling- og strategiplan for træning og rehabilitering.
- Konstatation: En 19 % stigning er en markant stigning og årsagen hertil må undersøges nærmere.

4. HISTORISK UDVIKLING I FORHOLD TIL REGNSKAB – BELYST VED ECO NØGLETAL

Når Varde Kommunes udvikling skal beskrives og sammenholdes med andre kommuners udvikling kan ECO nøgletallene tages i anvendelse. Baggrunden for at anvende ECO nøgletal fremfor indenrigsministeriets nøgletal er, at der i ECO nøgletallene er korrigeret for de underkonti på konto 5.32, som kommunerne er enedes om ikke umiddelbart vedrørende ældre herunder: personlige hjælperordninger, pædagogisk støtte, støtte til handicapbiler, arm og benproteser mv.

Grafen nedenfor viser, at Varde Kommune oplevede et markant fald i udgifterne for 75+ årige på området umiddelbart efter kommunesammenlægningen, imens kommunen fra 2012 oplevede en vækst i udgifterne. Data er mest valide frem til 2014 i forhold til at det er regnskabstal, hvorefter der sammenlignes med budgettal, som er et mere usikkert sammenligningsgrundlag som følge af forskellig konteringspraksis.

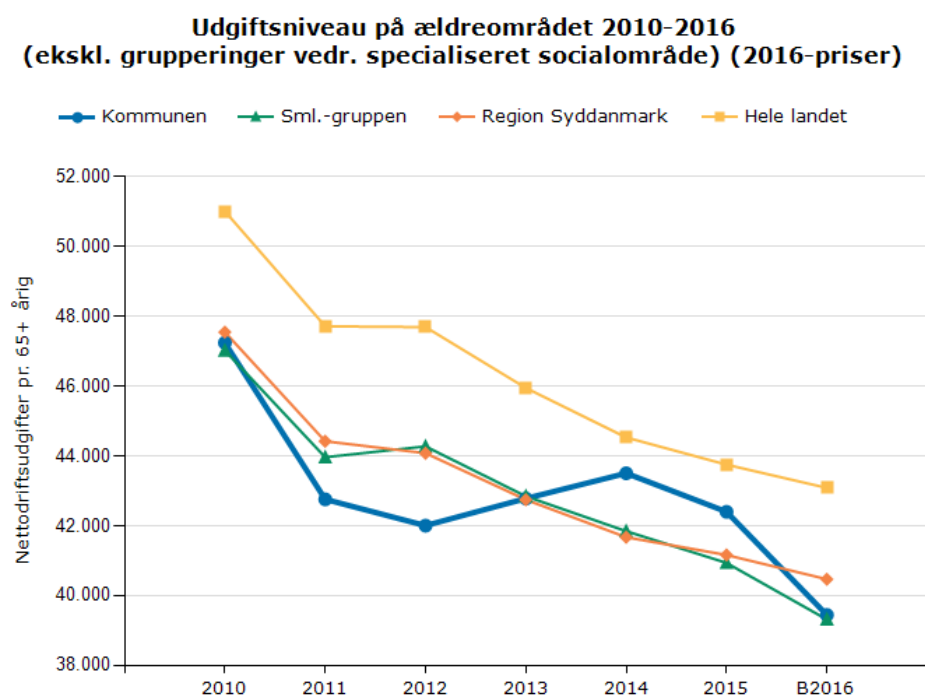
Figur 4. Sammenligning ECO nøgletal 75+ årige



Da ECO nøgletallene for udgiftsniveau på ældreområdet år 2015 per 75+ årige endnu ikke forelægger er det udviklingen frem til 2014, der er mest interessant, hvor Varde Kommune adskiller sig fra forløbene i andre kommuner ved at have et stigende udgiftsniveau på ældreområdet fra år 2012. Varde Kommunens regnskabstal er lagt ind i grafen og viser at kommunen nærmer sig sammenligningskommuner per 75+ årige. Varde kommune har historisk været på et markant lavere niveau end både landsplan og sammenligningskommuner. Men fra 2012 opleves en udgiftsstigning, som forklares efter figur 5. Det er forventningen, at Varde Kommune med regnskab 2015 sat i forhold til antal 75+ årige nærmer sig niveauet for sammenlignelige kommuner. Det skal ses i lyset af at sammenlignelige kommuner er gennemsnit.

Sammenlignes udgifterne per 65+ årige er Varde kommune lidt over sammenligningskommuner jf. figur 5. Dette er udtryk for, at Varde kommune har relativt flere 75+ årige end sammenligningskommuner.

Figur 5. Sammenligning af ECO- nøgletal 65+ årige



Der er flere forklaringer på den økonomiske udvikling (figur 4 og 5) i Varde Kommune og på udgiftsstigningerne fra år 2012 og frem. Nedenfor er de største forklarende variable nævnt:

- Grafen angiver en nettoudgift, dvs. at der er korrigeret for de indtægter, som kommunen har på området. I 2011 og 2012 ændrede socialafdelingen takstopkrævningerne fra andre kommuner for borgere på plejecentre. Det var muligt at gå 3 år tilbage og opkræve ydelser fra andre kommuner. Dette skabte en ekstra indtægt i enkelte år på op til 6 mio. kr. De lave regnskabstal for 2011 og 2012 er derfor blandt andet udtryk for ekstraordinære indtægter i disse år.
- Udfordringen for området har været, at indtægterne i årene efter 2012 er vurderet for høj. Den manglende indtægt har kunnet afholdes inden for det samlede budget frem til 2014, fordi der på det tidspunkt var lavere aktivitet på andre konti og derfor ikke har givet anledning til politisk handling.
- Området har oplevet en svag stigning i antal af egne borgere på plejecentre og dermed et reduceret antal borgere fra andre kommuner (omtales i daglig tale som "udenrigshandlen") samt en stigning i antallet af borgere der søger andre kommuner. Der er derfor et stigende antal Varde borger på plejecentre samlet set.
- Der har været en markant stigning i delegerede sygeplejeydelser i hjemmeplejen siden 2011 svarende til 12 mio. kr. (forskellen i kr. fra 2011 til 2015, 2015-priser).
- Stigende fritvalgspriser på personlig pleje og flere borgere, der vælger privat leverandør
- Egentlige udvidelser af serviceniveauet fx akutsygeplejen, det alternative plejecenter, udvikling af Det Nære Sundhedsvæsen, osv.

Det bemærkes at der er kommuner, der ligger over gennemsnit og kommuner, der ligger under gennemsnit. Gruppen af sammenligningskommuner er på 16, hvilket giver plads til store individuelle

forskelle. Det er derfor forvaltningens vurdering, at Varde Kommunes forbrug skal sammenholdes med udvalgte kommuners frem for et gennemsnit og at denne sammenligning bør foregå i dialog med sammenligningskommuner for at validere og sikre data.

Punkter til overvejelse og videre fokus

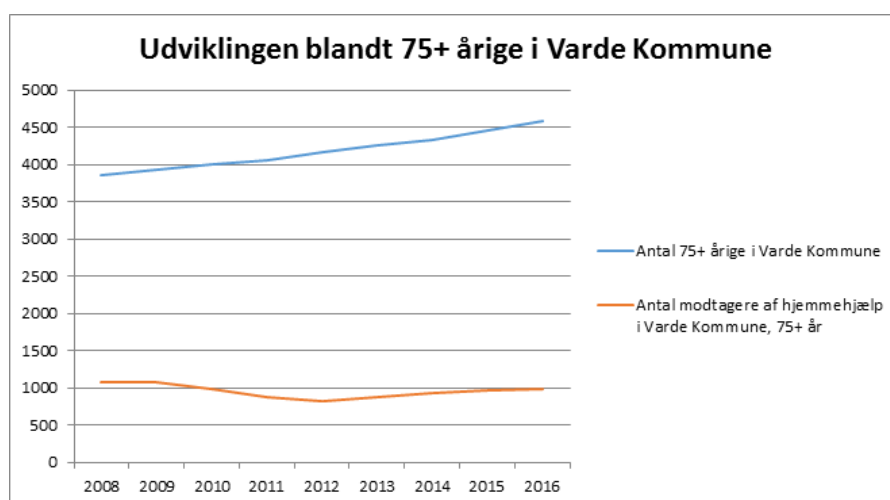
- Konstatning: Varde Kommune har haft en anden historisk økonomisk udvikling end gennemsnit af sammenligningskommunerne.
- Konstatning: Varde kommune har et højere udgiftsniveau regnskabsniveau 2015 per 65+ årig på ældreområdet end region Syddanmark og sammenligningskommuner.
- Konstatning: Varde kommune har et lavere udgiftsniveau end sammenligningskommuner, hvis der måles i 75+ årige i forhold til sammenligningskommuner samlet set ift. B16.
- Da konto 5.32 er sammensat af flere underkonti kan der med fordel sammenlignes specifik på hjemmepleje og sygepleje med udvalgte kommuner (afdækkes i delanalyse 2)
- Det anbefales, at der udarbejdes en effektmåling af akutsygeplejen
- *Generelle forskelle kommunerne imellem: Der er en konteringsmæssig udfordring i forhold til at servicelovsydelser konteres sammen med sygeplejeydelser (delegeret sygepleje) derudover er der store forskelle på uautoriserede grupperinger. Disse konteringsproblematikker betyder, at sammenligninger med andre kommuner ikke altid holder vand.*
- *Det kan være et konteringsmæssig opmærksomhedspunkt, at vi har centrale sygdomspuljer, imens andre kommuner konterer dem på området, hvorfor der er usikkerhed i forhold til sammenligninger.*

Kursiveret tekst: vedr. administrative overvejelser

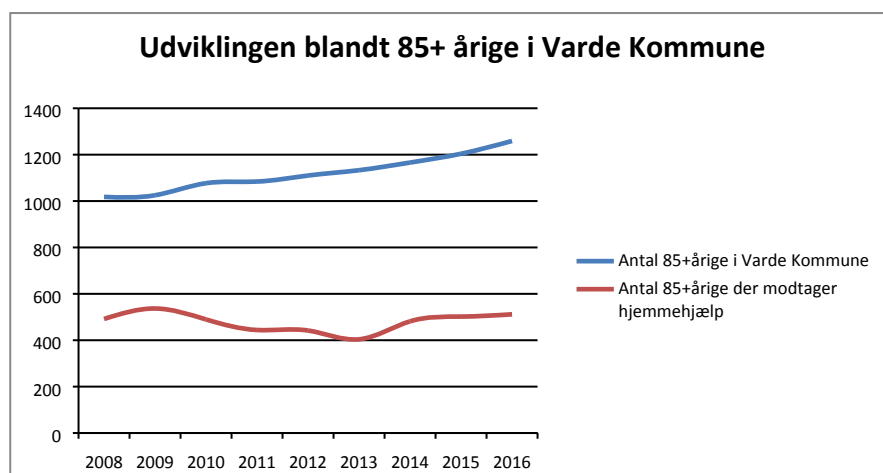
5. UDVIKLING I AKTIVITETEN HJEMMEPLEJEN

Der er to faktorer, der kan hæve udgiftsniveauet på området enten aktiviteten, som er et udtryk for behovet hos borgerne eller serviceniveauet, eller prisen, som er et udtryk for områdets produktivitet. Disse faktorer belyses derfor nærmere. Der ses her på udviklingen i antallet af plejekrævende 75+ årige for at koble det til ECO nøgletallenes udvikling i udgifterne per 75+ årig. Det fremgår af kurven nedenfor, at der er en beskedent stigning i antal modtagere af hjemmehjælp fra år 2012. Det bemærkes, at niveauet stadig er under 2009 niveauet. Tesen er, at borgerne er mere komplekse end tidligere og dermed trækker flere ydelser både i forhold til sygepleje og i forhold til hjemmehjælp.

Figur 6: Andelen af 75+ årige der modtager hjemmehjælp

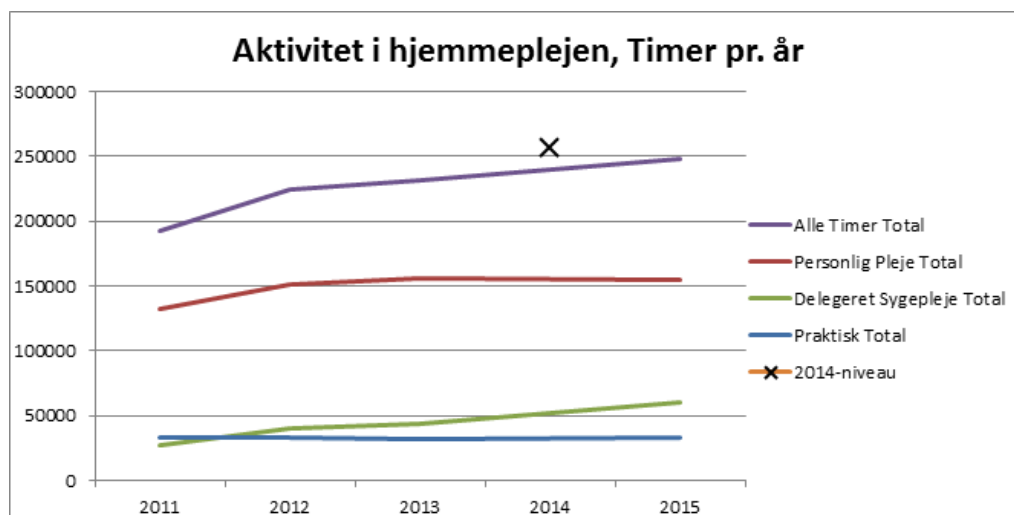


Figur 6b: andelen af 85+ årige der modtager hjemmehjælp



Der ses derfor på den historiske udvikling i visiterede timer både i forhold til praktisk bistand, personlig pleje og delegeret sygepleje. Figur 7 angiver udviklingen over tid i visiterede ydelser samlet set. Der er i figuren lagt et sort punkt ind, som angiver det aktivitetsniveau som *Avaleo* opgjorde for 2014 og som senere blev anvendt i beregningen af fritvalgsprisen for 2015. Dette niveau vurderes i dag at have været for højt i forhold til både faktisk visiteret og faktisk leverede timer, hvorfor der i grafen ses bort fra år 2014.

Figur 7: Udvikling i aktiviteten i hjemmeplejen:



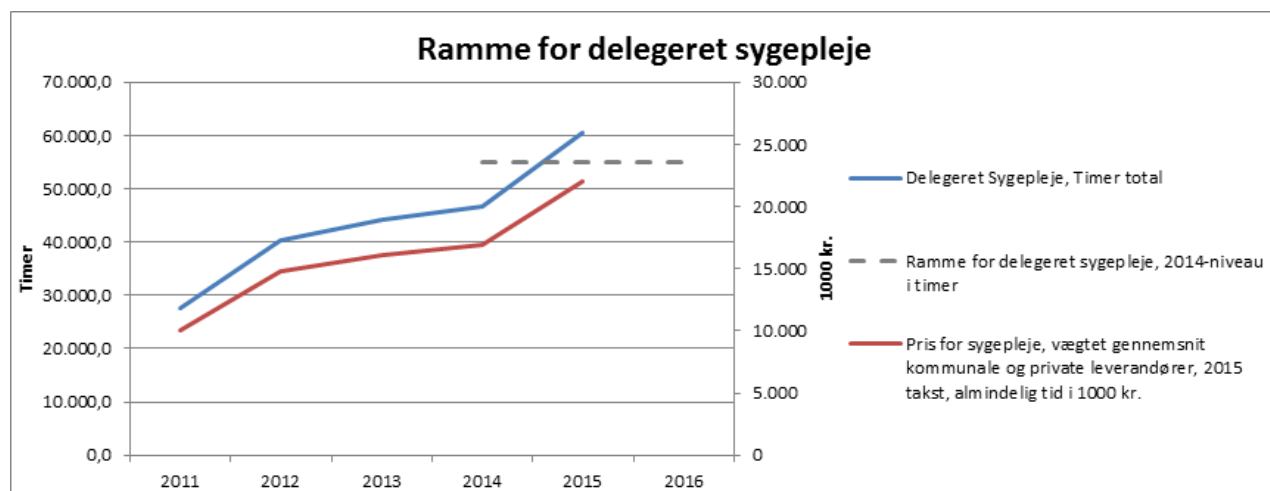
Det bemærkes, at der over perioden har været store udfordringer med at få valide og dag- til dag data, og at dette bør være et fokus for en fremtidig strategisk indsats for ældreområdet.

Det kan være en overvejelse, at den ledelsesmæssige *controlling* af kørelister og faktisk anvendt tidsforbrug øges, herunder et øget fokus på muligheden for udslusning til sygeplejeklinik og afslutning af forløb. Det bemærkes, at en afledt konsekvens af det for højt vurderede antal visiterede timer i 2014 er, at de forudsætninger, der blev anvendt for beregning af timeprisen for 2015 for fritvalgsområderne, ikke var korrekte og at der derfor primo 2016 har været en efterregulering af taksterne i forhold til de private leverandører.

Figur 7 viser også, at antallet af plejetimer har været næsten konstant over perioden imens har været en markant stigning i antallet af delegerede sygeplejeydelser, som er ydelser efter sundhedsloven, men som konteres på fritvalgsområdet. Det kan dermed konstateres, at det er stigningen i antallet af delegerede sygeplejeydelser, der historisk har været den tungeste underskudsdriver i hjemmeplejen. I figur 8 er udviklingen i antallet af sygeplejeydelser angivet sammen med udgifterne per år.

Ses på udviklingen i delegeret sygepleje fremgår det at udgifterne er øget med 12 mio. kr. i perioden 2011-2015.

Figur 8: Historisk udvikling i delegeret sygepleje i antal timer og i kr.



Punkter til videre overvejelse og fokus

- Konstatering: Der er stabilt antal 75+ årige, der modtager hjemmehjælp over perioden.
- Konstatering: Budgettet på delegeret sygepleje overføres til sygeplejen, så bestilling og betaling følges ad – dette vurderes at være et solidt styringsmæssigt tiltag.
- Budget til delegeret sygepleje er udvidet med 12 mio. kr. i perioden 2011-2015.

5.1 UDGIFTSDRIVERE DELEGERET SYGEPLEJE

Der er flere årsager til udviklingen i delegeret sygepleje. Den mest synlige faktor er indførelse af ny *afregningsmodel for delegerede ydelser*. Disse ydelser blev tidligere afregnet som en fast opgaveramme i frit valg, så når hjemmehjælpeområderne nåede rammen for delegerede sygepleje kunne sygeplejerskerne som udgangspunkt ikke aflevere flere opgaver til hjemmehjælpen.

Baggrunden for at indføre en ny afregningsmodel, var ønsket om at styrke udførelse af opgaver på lavest effektive uddannelsesniveau. Afregningsmodellen blev fulgt op strategisk af ansættelse af flere assistenter og færre hjælpere, hvorved det blev muligt at "aflevere" flere opgaver til hjemmehjælpen.

Det har således været en politisk bevidst strategi at højne det faglige niveau i hjemmehjælpen i forhold til at sikre flere assistenter. Der var først en antagelse administrativt om at dette ikke ville være udgiftsdrivende for prisen på hjemmehjælp, da ældreområdet forudsatte, at assistenterne ville være mere effektive i forhold til hjælpere ud fra en antagelse om, at de i højere grad kunne klare alle opgaver omkring borgeren og dermed, at man sparer flere gange kørsel. En af udfordringerne i forhold til at indfri forudsætningen om effektivisering i forhold til assistenterne er forholdet, at mange af borgere benytter flere forskellige

leverandører samtidigt. Det er derfor vurderingen, at ændringen i forholdet assistenter/hjælper kan få en udgiftsdrivende effekt på prisen på hjemmehjælp.

Det er beregnet, at omlægningen i alt vil betyde en merudgift på tre millioner kroner. Beregningen er baseret på lønforskellen på sluttrin mellem en hjælper og en assistent. Den regnskabsmæssige effekt vil imidlertid blive mindre end tre millioner kroner, idet plejecentrene, der står for 60 procent af udgifterne, har faste budgetter. Selv om gennemsnitslønningerne stiger, stiger plejecentrenes udgifter altså ikke. Konsekvensen er i stedet, at plejecentrene må reducere i antallet af timer, de har medarbejdere på arbejde.

Udfordringen på området har siden været at sikre en effektiv controllerfunktion, herunder bevilling af og afslutning af ydelser. Sygeplejen afleverer således ikke automatisk ressourcer til hjemmeplejen ved aflevering af opgaver. Sygeplejens tilbagemelding (og som ydelsestildelingen i *Avaleo* bekræfter) har været, at de også har flere opgaver som konsekvens af nyt indsatskatalog, tidligere udskrivninger og mere komplekse patienter.

En stor ændring i perioden har været *implementering af nyt indsatskatalog på sygeplejeområdet* (ligeledes delegeret sygepleje), som dels skaber en ændring i de visiterede ydelser (nye ydelser som følge af udrulning af *det Nære Sundhedsvæsen*), og som dels skaber en ændring i forhold til, hvem der kan varetage hvilke ydelser i hjemmeplejen (de såkaldte delegerede sygeplejeopgaver). Der har løbende været drøftelser af serviceniveauet i forhold til katalogets tider og opgaver. Det vil det være naturligt at sammenligne ydelseskataloget med det niveau, der er i sammenligningskommunerne.

Der har i perioden 2011 til 2015 været et delt ansvar mellem visitationen og sygeplejen, og det er vurderingen, at områderne historisk ikke er lykkedes i at skærpe visitationen og få afsluttet ydelserne hurtigt nok.

Derfor blev det i forbindelse med budget 2016 besluttet at styrke den økonomiske styring på det samlede sygeplejeområde. Dette medførte to tiltag: Fra januar 2016 er sygeplejen, der har ansvaret for at overholde delegationsrammen i år 2016 frem for visitationen. Der blev politisk afsat ekstra ressourcer til opgaven, og det er den administrative vurdering, at det er en fordel at sygeplejen styrer området økonomisk, da det er dem der afslutter de delegerede opgaver.

Den økonomiske ramme for delegeret sygepleje er stadig placeret i Social- og Handicap men uden for rammen. Det er dog aftalt at den økonomiske ramme placeres i sygeplejen på sigt.

Et andet politisk prioriteret effektiviseringstiltag er oprettelse af sygeplejeklinikker, hvor man politisk ønsker at flere borgere tilknyttes fremfor, at de modtager besøg ved sygeplejen. Ved tiltaget kan der spares kørsel og tid. Det er vurderingen, at sygeplejen med fordel kan vurdere, hvorvidt flere af de delegerede sygeplejeydelser kan tilknyttes sygeplejeklinikkerne, f.eks. i forbindelse med afslutning af ydelserne.

Punkter til videre overvejelse og fokus

- Konstatning: Der mangler en sikring og levering af dag til dag data fra omsorgssystemet.
- Konstatning: Strategien med ansættelse af assistenter og ændret kompetenceprofil i opgaveløsningen har en udgiftsdrivende effekt over tid.

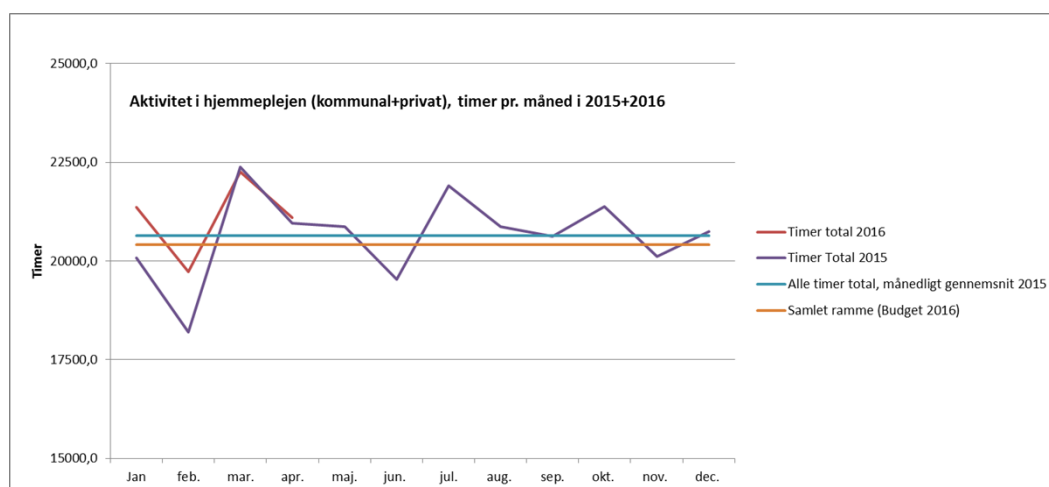
Undersøges i dialogen med andre kommuner (delanalyse 2):

- Sammenligning af serviceniveau sygeplejen + delegeret sygepleje i forhold til andre kommuner
- Vurdering af hvorvidt sygeplejeklinikkerne kan rumme flere opgaver indenfor sygeplejen herunder delegeret sygepleje
- Erfaringer med at styrke controlling funktionen i forhold til leverede ydelser kan med fordel styrkes

6. RAMMESTYRING HJEMMEPLEJEN – FREMSKREVET FORBRUG 2016

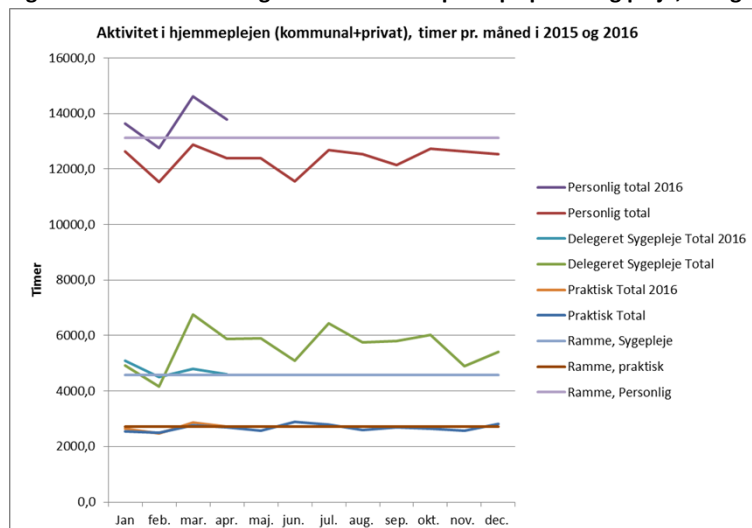
For at sikre styringen af området er der i forbindelse med indgåelse af budget 2016 angivet rammer for aktiviteten i hjemmeplejen på i alt 245.000 timer om året, jf. budget 2016 for både hjemmehjælp og delegeret sygepleje. Dette er ekskl. timer i nat, der er afregnet som fast normering, da der ikke er private leverandører på området. En forudsætning for at overholde budget 2016 er, at aktiviteten er lavere end 2015. Ses på første kvartal (figur 9) ser det ud som om, at aktiviteten er på niveau med, eller over, sidste års aktivitet, og dermed at der er risiko for et underskud på hjemmeplejen (alt andet lige herunder priser og udvikling øvrige konti).

Figur 9. Aktivitet og rammestyling af hjemmeplejen, totaler



Udfordringen med overholdelse af den aftalte ramme for 2016 er, at området med udgangen af december 2015 har ligget over rammen, og dermed har ældreområdet skulle arbejde sig ned fra et for højt niveau i forhold til det for 2016 aftalte budget. Det er vurderingen, at dette arbejde er igangsat for sent. Der derfor behov for en fælles strategi for ældreområdet i forhold til, hvordan man kommer under rammen, og i forhold til, hvordan man overholder det samlede niveau i forhold til budgetrammen for 2016. Ses på udviklingen de par sidste måneder jf. figur 10 er der en **ny tendens** i forhold til at stigningen sker i forhold til personlig pleje, imens de delegerede sygeplejeydelser holder sig under sidste års niveau.

Figur 10. Aktivitet 2015 og 2016 1. kvartal opdelt på personlig pleje, delegeret sygepleje og praktisk bistand



Det bemærkes, at rammen er opdelt på og dermed afhængig af mange ydelser og leverandører. Dette betyder, at der er mange gensidige afhængigheder. Anvendes der fx flere plejetimer skal der fx anvendes færre delegerede sygeplejetimer for at overholde rammen, og hvis der er en stigning i antallet af timer til de private leverandører skal der være et fald i aktiviteten hos de kommunale leverandører ligeledes for at overholde rammen.

Der kan med fordel arbejdes med en strategi for, hvordan man håndterer udsving i forskellige variable herunder om flere visiterede plejetimer resulterer i servicereduktioner i forhold til plejen eller i forhold til delegeret sygepleje eller praktisk bistand. Der skal derfor fokus på, hvordan man får den samlede ramme under det aftalte økonomiske niveau, alternativt skal man politisk prioritere hjemmeplejen endnu en gang og prioritere hovedparten af den ny ældrepulje (værdighedsmilliarden) til dette område.

Punkter til overvejelse og videre fokus

Anbefaling: Såfremt området samlet set ligger over den aftalte ramme for 2016, anbefales det, at der udarbejdes en strategi og handletiltag til at imødegå dette. (Handlemuligheder i delanalyse 2)

I forhold til politiske prioriteringer inden for rammen kan det undersøges, hvorvidt områderne ligger over/eller under niveau i forhold til sammenligningskommuner (belyses i delanalyse 2)

Anbefaling: Midlerne fra den ny ældrepulje (værdighedsmilliarden) primært anvendes til at øge aktivitetsniveauet for hjemmeplejen

Da området i en årrække har haft stigende udgifter og styringsmæssige vanskeligheder, er det anbefalingen, at der fremadrettet sker en politisk månedlig opfølgning (budget og aktivitet) således at området følges tæt (anbefaling i delanalyse 2)

Anbefaling: Der skal koordineres og sikres fælles datamodeller og ledelsesinformation.

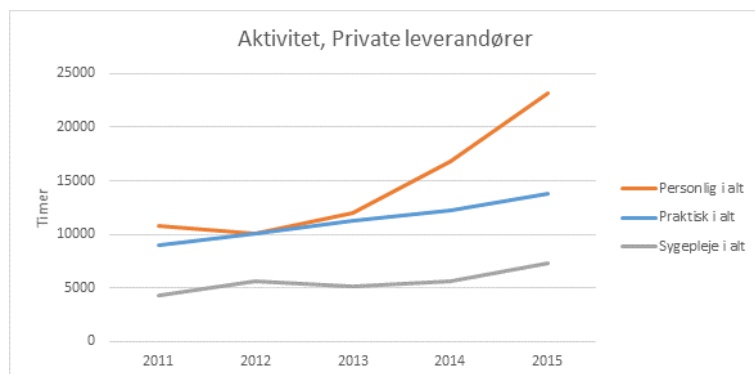
Kursiveret tekst: vedr. administrative overvejelser

Borgerens frie valg i hjemmeplejen kan tilvejebringes ved tre hovedmodeller:

- Anvendelse af udbud
- Godkendelsesmodellen, hvor leverandørerne afregnes til kommunens langsigtede omkostninger
- At tilbyde fritvalgsbeviser, hvor borgerne frit kan vælge mellem CVR registrerede virksomheder til udbuds- eller godkendelsesprisen

Modellerne kan kombineres. I Varde Kommune er det frie valg i hjemmeplejen tilvejebragt ved en ren godkendelsesmodel. I Varde kommune leverer de private leverandører ca. 40 % af det samlede antal timers praktisk bistand. Fra 2014 blev Blåbjerg pleje og Aktivitetscenter godkendt i hele Varde Kommune (var godkendt i Hjemmepleje Nord/Øst-distriktet) og dette har betydet en vækst i antallet af borgere der vælger privat leverandør.

Figur 11. Aktivitet private leverandører



Der ses derfor en stigning i antallet af personlig pleje timer (figur 11) som udføres af privat leverandør. I dag udføres ca. 15 % af det totale antal hjemmeplejetimer af privat leverandør. Fortsætter tendensen i forhold til at timerne overgår til privat leverandør, kan det påvirke produktiviteten i de to kommunale hjemmeplejedistrikter.

Godkendelsesprisen er baseret på de gennemsnitlige langsigtede omkostninger i hjemmeplejen. vedr. fritvalgsområdet. Denne består af direkte henførbare omkostninger som f.eks. løn, vikarer etc. og indirekte henførbare omkostninger som ledelse og administration. Alle omkostninger fordeles så ud fra valgte forudsætninger om kompetence og lønforskelle ud på ydelserne: Praktisk bistand, personlig pleje og delegeret sygepleje. Der kan også indregnes forskelle i kørsel eller beredskab for de forskellige ydelser ligesom der kan lægges effektiviseringer ind.

Nedenfor ses prisudviklingen på området (vægtede gennemsnitspriser i forhold til land og by) i Varde Kommune (ekskl. moms).

Figur 12. Prisudvikling i hjemmeplejen

Eksterne priser (ekskl. moms)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Praktisk hjælp	310,91	316,16	323,30	318,19	303,22	285,00
Personlig pleje	389,05	400,38	409,28	402,38	382,94	423,69
Weekend	455,20	425,20	421,70	422,51	409,17	447,56
Aften	463,90	499,20	466,80	472,64	457,80	504,72

Interne priser (ekskl. moms)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Praktisk hjælp	273,21	305,69	303,25	304,32	293,33	263,00
Personlig pleje	344,56	389,57	386,42	387,49	372,99	391,38
Weekend	412,51	402,40	399,25	405,52	393,94	411,64
Aften	421,15	447,40	443,94	449,83	431,41	458,58

Forskellen på interne priser og eksterne priser er omkostninger til drift af økonomi, løn- og vagtplanssystemer, andel af lønnen til Ældre og Handicapchefen og øvrige omkostninger. Da det er en nulsumsberegning i forhold til at omkostningerne og det samlede antal visiterede timer er faste vil øgede priser på pleje kunne betyde lavere priser på praktisk bistand. Omkostningerne er et udtryk for hvor produktiv kommunens hjemmepleje er på de forskellige ydelser. Ses på udviklingen i priser er det prisen personlig pleje, der har udviklet sig mere end prisfremskrivningen (svarer ca. til 9 procent renset for pris- og lønfremskrivningen). Kommunen har pligt til jf. fritvalgslovgivningen at ændre taksterne for de private leverandører, hvis kommunen ikke selv kan levere til den beregnede pris. Denne efterkalkulation af priser bør følges op et par gange årligt og efter 1. kvartal i det nye år. For 2015 var der som tidligere nævnt i notatet udfordringer med at kommunen ikke selv kunne levere til prisen fordi aktiviteten i 2014 var vurderet for højt (nævneren i pris brøken) og priserne for 2015 dermed for lave (markeret med gult). Dette betød at der skete en efterregulering af de private leverandører i februar 2016. Priserne er dermed ikke valide for år 2015 og derfor mærket med **gult**.

Taksterne for 2016 er beregnet med en forudsætning om, at hjemmeplejen gik ud af markedet på praktisk hjælp, og at det var ufaglært personale, der udførte opgaven. Politisk besluttede man, at de kommunale leverandører skulle levere ligeså produktivt som de private leverandører. Det har vist sig svært at indfri i realiteternes verden, hvorfor prisen på praktisk bistand i 2016 kan være for lav i forhold til, den pris der faktisk leveres praktisk bistand til i den kommunale hjemmepleje.

Der skal dermed ske ændringer på området i forhold til at øge produktiviteten alternativt skal prisen revideres. Det bemærkes, at hvis prisen ændres i opadgående retning bliver timerammen mindre. Alternativt kan prisen på personlig pleje genvurderes i forhold til om hjemmeplejen er mere effektive end

forventet på dette område og prisen derfor skal nedsættes. Udover prisudviklingen i egen kommune, er det interessant at vurdere prisniveauet ud fra niveauet i andre kommuner. Ses der på priserne (inkl. moms) er det vurderingen – ud fra data fra fritvalgsdatabasen- at prisen på personlig pleje er høj, imens prisen på praktisk bistand er i den lave ende som følge af forudsætningen om at opgaven udføres på et lavere kompetenceniveau end social og sundhedshjælper. Det bemærkes, at der kan være usikkerheder i data.

Figur 13. Sammenligning af priser med andre kommuner inkl. moms

Sammenligning personlig pleje

Takst	Personlig pleje Hverdagstimer
Varde Kommune	488,75
Vejle kommune	445
Esbjerg kommune	407,36
Ringkøbing Skjern	406,25
Vejen kommune	411,25

Sammenligning praktisk bistand

Takst	Praktisk bistand Hverdagstimer
Varde Kommune	328,75
Vejle kommune	362
Esbjerg kommune	379,72
Ringkøbing Skjern	406,25
Vejen kommune	316,25

Tallene ovenfor valideres derfor i delanalyse 2, hvor forvaltningen er i dialog med sammenligningskommunerne. Men umiddelbart er vi dyrere end sammenligningskommunerne i forhold til plejeprisen og i den lave ende i forhold til praktisk bistand som følge af ændringen af kompetenceniveauet. Det er KLs og forvaltningens vurdering, at det er mere ressourcetungt at operere indenfor en godkendelsesmodel fremfor en udbudsmodel. Da der lovgivningsmæssigt er åbnet op for at den kommunale leverandør kan fortsætte til egen pris efter et udbud er forvaltningens anbefaling, at man politisk genovervejer et udbud på området i forhold til at tilvejebringe en lavere pris på plejen. Samtidigt bliver ældreområdet lettere at administrere i forhold til prisberegning og efterkalkulation. I et udbud vil den kommunale leverandør kunne levere til sin pris imens man får en "markedspris" på øvrige ydelser.

Punkter til overvejelse og videre fokus

Anbefaling: Taksterne valideres 1. halvår 2015

Konstatering: Det er vurderingen at prisen på pleje er steget 9 pct. mere end prisudviklingen (mindre produktivitet)

Konstatering: Det er vurdering af at prisen på personlig pleje er højere end sammenligningskommuner (belyses i delanalyse 2)

Anbefaling: Udarbejdelse af prisstrategi, da der er et stort økonomisk potentiale i at nærme sig prisniveauet for personlig pleje for sammenligningskommuner. Udvalget besluttede i maj måned at arbejde med to forslag til udbudsmodeller

8. FORSKELLE I PRODUKTIVITET I HJEMMEPLEJEN

Efterkalkulation af priserne for 2015 giver følgende forskelle på distrikterne (interne priser ekskl. moms):

Figur 14. takster beregnet på hvert enkelt distrikt

Takster kr/time	Nord/Øst	Midt/Vest
Praktisk hjælp	322	304
Personlig pleje	413	389
Weekend	441	400
Aften	484	446

Hvis Varde kommune kunne afregne både kommunale og private leverandører til taksten i Midt/Vest ville udgifterne til fritvalg kunne reduceres med ca. 4 mio. kr. til kommunale leverandører og ca. 1,5 mio. kr. til private leverandører. Dette forudsætter at Midt/Vest er ligeså produktive 1. kvartal 2016 som år 2015.

Forskellene i priserne for år 2015 kan være udtryk for forskelle i produktivitet: Forskelle i planlægning, personalesammensætning, sygefravær, brug af vikarer etc. Det kan også skyldes forskelle i strukturelle vilkår herunder kørsel og landområder.

Da forskellen er markant på taksterne i de to distrikter er det anbefalingen at Ældre og Handicapchefen arbejder videre med en prisstrategi for området.

Punkter til overvejelse og videre fokus

Anbefaling: Der udarbejdes en prisstrategi med henblik på at øge produktiviteten og dermed sænke taksterne

Anbefaling: Det kan overvejes at indføre differentierede takster på de to distrikter (interne afregning)

DELANALYSE 2 SAMMENLIGNING OG ANBEFALINGER

1. INDLEDNING

Delanalyse 1 førte til følgende konklusioner:

- Det vurderes, at et merforbrug på ældreområdet i 2016 ikke vil kunne dækkes ind af mindreforbrug på andre af Social- og Sundhedsudvalgets områder
- Varde Kommune har haft en anden historisk økonomisk udvikling end sammenligningskommuner (ECO-nøgletallene)
- Varde Kommune har større udgifter til ældreområdet per 65+ årige end sammenligningskommuner og region Syddanmark (regnskab 2015)
- Udgifterne per 75+ årige er på niveau med region Syddanmark og lavere end gennemsnitskommuner (regnskab 2014 og estimeret regnskab 2015)
- Der er et stabilt antal 75+ årige, der modtager hjemmehjælp over perioden. Men de borgere, der indvisiteres i hjemmeplejen modtager flere ydelser (som følge af mere komplekse borgere og nye ydelseskataloger)
- Der er i perioden 2012-2015 sket en 19% stigning i personalet i hjemmeplejen (ekskl. private leverandører), som primært kan tilskrives serviceudvidelser og udvikling i aktiviteten herunder delegeret sygepleje (som tegner sig for 12 mio. kr.)
- Der har været udfordringer i gennem et par år i forhold til at styre aktivitet og økonomi særligt i forhold til delegerede sygeplejeydelser. Dette har resulteret i en ramme på dels delegeret sygepleje og dels hjemmeplejeaktiviteter
- Der er i indeværende år sket en opbremsning af delegerede sygeplejeopgaver, som (marts 2016) er marginalt over det aftalte niveau. Der er oplevet en vækst i udviklingen af visiterede timer til pleje efter årsskiftet (frem til marts 2016)
- Der er høje takster på personlig pleje når der sammenlignes med andre kommuner og prisen er steget 9% mere end almindelig prisfremskrivning

Der er et forventet merforbrug ved uændret aktivitet på hjemmeplejen (ude/inde) i størrelsesordenen 9 mio. kr. (budgetopfølgningen april). Der er igangsat tiltag for at imødegå en større aktivitet end forudsat på ældreområdet:

- 1) Politisk prioritering af midler fra værdighedsmilliarden
- 2) Opbremsningen i delegerede sygeplejetimer som følge af ændring i visiteringen
- 3) Forventede forbedrede interne takster (svarende til 2 mio. kr. årligt)
- 4) Effektivisering af nattevagt på 0,5 mio. som følge af en kommunal overtagelse af nattevagtsforpligtelsen

Tiltagene betyder at den økonomiske udfordring er mindre end udgangspunktet i regnskab 2015.

Administrativt vurderes udfordringen i Varde Kommune at være, at der historisk siden 2012 har været en anden udgiftsudvikling end i andre kommuner.

Baggrunden for at udvælge sammenligningskommuner er, at delanalyse 1 viste, at der er brug for at komme bag om tallene fra ECO og FLIS nøgletallene, da registreringspraksis er forskellig kommunerne imellem. Samtidig er det ikke alle kommuner, der oplyser ECO nøgletal eller er tilmeldt det fælleskommunale ledelsesindeformationssystem FLIS. Sidst er der 16 kommuner i ECO nøgletallenes

sammenligningsgruppe og dermed kan der være stor variation kommunerne imellem (over og under Varde Kommunens niveau).

Formålet med dialogen med kommunerne var at afdække og udvælge kritiske indikatorer, som kan anvendes i en sammenligning af serviceniveauet. Samtidig har dialogen med andre kommuner mulighed for at få inspiration af de strategiske overvejelser og tiltag, der arbejdes med i andre kommuner.

2. GENERELT INDTRYK EFTER BESØG I SAMMENLIGNINGSKOMMUNER

Der sammenlignes med Vejle, Vejen, Ringkøbing Skjern og Esbjerg kommuner, jf. skema i bilag.

Det har i løbet af arbejdsprocessen vist sig vanskeligt at indhente og validere oplysninger efter dialogbesøgene. Det er dog forvaltningens vurdering, at et tæt samarbejde mellem kommunerne også fremadrettet kan bidrage til strategiske overvejelser om fremtidens ældrepleje og til at udfordre egen praksis og måder at drive ældreområdet på.

Indikatorerne fremgår af skemaet i bilag, hvor der blandt andet sammenlignes med højeste fællesnævner regnskab 2015 på 5.32 og udvalgte underkonti samt timepriser. Der er steder i bilaget, hvor det ikke har været muligt at indhente svar for kommunerne. Disse felter er mærket med grønt.

Det bemærkes, at der er længere levetid i Varde end i sammenligningskommuner. Varde Kommune har også historisk haft en længere levetid ligesom andelen af ældre har været større end sammenligningskommunerne.

Med udgangspunkt i samlet regnskab 5.32 og korrigeret for antal indbyggere har Varde Kommune et højere serviceniveau end sammenligningskommuner. I det samlede tal indgår hjælperordninger, dagtilbud, hjemmepleje, sygepleje osv.. Korrigeres der for antal ældre ville det ændre billedet for Varde Kommune (Esbjerg og Vejen vil fx have højere serviceniveau), da Varde Kommune har forholdsvis flere 75+ årige.

Imidlertid er det ikke alle ældre, der trækker på hjemmeplejen, jf. de kommunale nøgletal (andel visiterede 75+ årige eller figur 6 i delanalyse 1), hvorfor en sådan beregning vil overvurdere budgetbehovet. I de samlede udgifter vil der samtidig være stor forskel på, hvor mange hjælperordninger, der er konteret på området.

Ses der udelukkende på underkonti for hjemmeplejen (frit valg) og sygeplejen har Varde Kommune et højere udgiftsniveau end hovedparten af kommunerne.

Kommunebesøgene og indikatorerne peger på, at Varde Kommune på udvalgte punkter kan have et højere niveau end udvalgte sammenligningskommuner. Dette vedrører:

- Ledelse: Antal chefer, administrativ bistand og områdeledere
- Hjemmeplejen herunder udviklingen i delegerede sygeplejeydelser
- Udgiftsniveauet for sygepleje
- Vagtberedskab – natbemandingen
- Kvalitetsstandard: fx på Trygheds og støttebesøg
- Fritvalgstaksten på personlig pleje 2016
- Visitationskriterierne generelt
- Flere visitatorer

Der er også i tabellen i bilag nævnt FLIS nøgletal (Kilde: *Brug nøgletal i styringen – kend din kommune*) i forhold til visiteret andel ældre og visiteret tid til hjemmehjælp for udvalgte aldersgrupper. Forvaltningen bemærker, at disse tal kan være behæftet med stor usikkerhed, da det i dialogen med sammenligningskommunerne er blevet klart, at der er stor forskel på, hvordan kommunerne definerer grænsen mellem sygeplejeydelser og servicelovsydelser. Det er vurderingen, at Varde Kommune definerer flere ydelser som sygeplejeydelser og dermed bliver FLIS nøgletallene for lave når der sammenlignes med øvrige kommuner.

Det bemærkes, at der til gengæld er tillid til regnskabstallene fra FLIS, da der qua budgetvejledningen er større krav til registreringen end registreringerne på aktivitetsområdet.

Som led i analysen blev det besluttet, at Varde kommunes indsatskatalog for sygeplejeindsatser og serviceniveau heri skulle sammenlignes med andre kommuner. Følgende kommuner blev udvalgt som sammenligningskommuner; Esbjerg Kommune, Kolding Kommune, Ringkøbing/Skjern Kommune, Thisted Kommune, Vejle Kommune og Københavns Kommune. De pågældende sammenligningskommuner blev udvalgt dels på baggrund af at disse kommuner også bruges som sammenligningskommuner i den øvrige analyse (Esbjerg, Ringkøbing/Skjern og Vejle) og dels på baggrund af deres arbejde med deres indsatskataloger, da de ligesom Varde Kommune har deltaget i partnerskabsprojektet omkring Sygepleje. Det blev besluttet at analysen blev foretaget internt af sygeplejen og visitationen.

I analysen er fokuseret på de områder, hvor der var forskel i ydelser.

Den sammenlignende analyse har ikke givet et entydigt billede; på nogle områder er der afsat mere tid og på andre områder mindre tid. Der er derfor valgt at fokusere på de områder hvor der var forskel i ydelser.

Det generelle billede viser at følgende store områder kan der med fordel arbejdes videre med: Sårbehandling, forebyggelse af tryksår, medicingivning og medicinindtagelse.

Resultatet skal desuden ses i lyset af at der er sket en opstramning af de delegerede sygeplejeydelser.

Der er flere kommuner, der anvender pakkeafregning. Det anbefales, at denne afregnings og styringsmetode overvejes indført. Fordelen med pakkeafregning er dels, at den er lettere at administrere for visitationen, og dels at ydelser som bevilges midlertidigt fx delegerede sygeplejeydelser eller trygheds- eller støttebesøg afsluttes automatisk i omsorgssystemet efter en periode, hvis ikke der fagligt argumenteres for at fastholde ydelser. Dermed er der ikke ydelser, som kører med fast automatik i omsorgssystemet.

3. PRÆSENTATION AF SAMMENLIGNINGSKOMMUNER

De 4 kommuner forvaltningen besøgte var alle er meget forskellige: Esbjerg, Ringkøbing Skjern, Vejen og Vejle. Der var inspiration at hente fra alle besøgene. Det største indtryk var dog Vejle, som adskiller sig markant fra andre kommuner i forhold til et lavt udgiftsniveau.

Esbjerg har netop adskilt sygepleje og hjemmepleje imens alle andre kommuner har ”integreret pleje”, som betyder, at sygeplejen, terapeuterne og hjemmeplejen er tilknyttet de samme grupper. Alle sammenligningskommuner er geografisk inddelt med områdeledere, som har både ude og inde institutioner/afdelinger. Varde Kommune adskiller sig ved at have flere chefer og områdeledere på området samt flere akademiske medarbejdere (placeret decentralt).

Der er ingen af kommunerne der har oplevet samme udvikling i antallet af delegerede sygeplejeydelser som Varde Kommune. De fleste kommuner har en fast personaleramme, som vurderes at være mere styrbar end afregning per ydelse.

Der var i alle sammenligningskommuner fokus på økonomisk styring og alle kommuner overfører henholdsvis over og underskud på institutionerne. Flere kommuner har ansat centrale controllere eller understøttende teams, som kontrollerer køreplaner og borgerplaner, og som "fanger" borgere, der kan overgå til sygeplejeklinikker eller helt afsluttes.

Derudover skal der i de mindre kommuner afgives forklaringer overfor fagudvalget i forhold til merforbrug herunder planer for afvikling af "gælden" på institutionsniveau.

Det er vurderingen, at der kan hentes inspiration fra alle kommuner i forhold til effektiviseringer, forbedret produktivitet og muligheder for servicereduktioner. Omvendt kan de øvrige kommuner også hente inspiration fra Varde Kommune fx på hjælpemiddelområdet, hvis det var dem, der ledte efter effektiviseringsgevinster.

3.1 ESBJERG KOMMUNE

I Esbjerg var der dialog med Ældre og sundhedsdirektøren, leder af visitationen og chef for økonomi og administration på fagområdet. Esbjerg har historisk haft et højt udgiftsniveau og er optaget af et "paradigmeskifte" i forhold til økonomisk og faglig styring. Esbjerg er inspireret af Vejle i forhold til paradigmeskiftet, hvor der er fagligt fokus på at gøre borgerne selvhjulpne og som har resulteret i en reorganisering i færre områder, færre plejeboliger og færre områdeledere og en konsekvent opfølgning på visiterede ydelser og faktisk anvendt tid. Der er ansat et understøttende team, som gennemgår kørselslister for hjemmeplejen og sygeplejen.

Paradigmeskiftet har reduceret tiden til ydelserne markant. Der er stort fokus på at afslutte borgerne eller få borgerne i klinikker og Esbjerg Kommune nærmer sig udgiftsniveauet for Varde Kommune. Esbjerg har oplevet et markant overskud på driften i 2014 og 2015 på 35 mio. kr. begge år. Der forventes for regnskab 2016 et lavere udgiftsniveau end regnskab 2015, dvs. et fortsat faldende udgiftsniveau.

Esbjerg Kommune har stort fokus på indførsel af velfærdsteknologiske løsninger, som kan minimere besøg i hjemmene herunder medicinbehandling, tryghedsbesøg og skylle/tørre toiletter.

Nye tiltag i forhold til regionen (opgave overdragelse fx akutberedskab) blev indgået med CVS (FAM – fælles akut modtagelsen), således at kommunen har styr på, hvilke opgaver, der overtages, og således at kommunen ikke overtager regionens opgaveforpligtelse i forhold til opgaver. I Esbjerg er der etableret sundhedshuse (bemandet i tidsrummet 7-18), med sygeplejersker og terapeuter, som skal kunne varetage opgaver også sidst på dagen og som forventes at kunne anvendes til at afslutte eller udsluse fx delegerede sygeplejeopgaver og træningsopgaver. Det er forventningen, at sundhedshusene på sigt kommer til at huse praktiserende læger.

3.2 VEJLE KOMMUNE

I Vejle Kommune har der været kontakt til henholdsvis ældrechef og myndighedschef.

Ældrechefen i Vejle (som ikke havde myndighedsforpligtelsen) er optaget af princippet om "hjælp til selvhjælp", som konkret betyder, at borgerne skal klare de daglige gøremål, som de selv kan og som

betyder, at personalet skal "slippe borgerne igen", når de vurderes at kunne løfte opgaven. Dette kommunikerer til personale og ledere. Ydelseskataloget er også bygget op, således at de fleste ydelser vurderes indenfor en afgrænset tidsperiode fx tryghedsbesøg.

Ældrechefen i Vejle er optaget af, hvad der er regionsforpligtelse og kommunens forpligtelse. Dette betyder også, at der ikke er noget akutberedskab i sygeplejen. Sygeplejerskerne er som udgangspunkt generalister og ikke specialister. Specialistfunktioner er som hovedregel en regionsforpligtelse. Der er integreret hjemmepleje og fokus på, at personalet varetager alle de opgaver omkring borgeren, som de kan. Dette betyder fx, at sygeplejersker kan have alle plejeopgaver i et hjem.

Dette fordi det vurderes, at det er dyrere at have flere kørsler og administrativt arbejde til det enkelte hjem, hvis der kommer flere personaler. Det er vurderingen, at Varde med flere fagsøjler fremfor integreret pleje kan have sværere ved at tilgodese princippet med at varetage og koordinere alle opgaverne omkring borgerne.

I Vejle har man i stedet for en demografipulje oprettet en pulje til velfærdsteknologi (3 mio. kr.) som skal minimere behovet for hjælp hos borgerne (tørre og vasketoiletter osv.). Der er et implicit krav til investeringsgevinst, da området ikke tilføres budgetmidler til flere ældre.

Ældrechefen har fokus på, at sygeplejeklinikkerne er en mulighed for udslusning og afslutning af fx delegerede sygeplejeopgaver. Selvom der er udbud i Vejle og der dermed ikke afregnes til en godkendelsespris har ældrechefen valgt at indføre et hold til praktisk bistand for selv at være produktiv. Vejle er frikommune. Dette skaber blandt andet på Ældreområdet mulighed for, at borgerne kan købe tilkøbsydelser ved kommunen. Ældrechefen fortalte, at dette tilbud til borgerne ikke har noget stort omfang.

Et særligt fokus i forhold til Vejle Kommunes frikommunestatus er vederlagsfri fysioterapi, hvor kommunen selv vil administrere (udmåle) disse ordninger. I dag er det regionen der administrerer ordningen og kommunerne, der betaler for faktisk udførte behandlinger. Det er de privatpraktiserende fysioterapeuter, der fastsætter fx om borgeren kan gå på hold eller skal have individuel behandling. Det er vurderingen at der er et større besparelspotentiale i selv at administrere ordningen.

Det er også bemærkelsesværdigt, at Vejle Kommune trods mere end dobbelt så mange borgere som Varde har væsentlig færre vagtlag om natten samt udgifter til sygeplejersker. Dette kan være et fokus område for vurdering af effektiviseringspotentialer i Varde Kommune.

Et nyt fokus i Vejle er opnormering af assistenter og sygeplejersker på plejecentrene (de midlertidige pladser), da det er vurderingen, at det særligt er på dette område kommunen skal løfte intentionerne i det nære sundhedsvæsen. Der er ikke tilsvarende kompetenceløft af hjemmeplejen, hvorfor Varde på dette punkt adskiller sig fra udviklingen i Vejle.

Et sidste væsentlig inspirationskilde er kvalitetsstandarderne på området, hvor der blandt andet arbejdes med tidsbegrænsede indsatser og pakkeafregning.

3.3 RINGKØBING SKJERN

Der har været samtale med chefen for ældre og sundhed og hans myndighedschef.

Ringkøbing Skjern forventer et lavere udgiftsniveau for 2016 end 2015 som følge af, at der er nedlagt 64 plejeboliger. Historisk har der været et højt niveau blandt andet som følge af flere friplejehjem i kommunen. Administrativt vurderes, at det er muligt at reducere yderligere i antallet af kommunale pladser. Det høje antal plejeboliger kan også aflæses i udgifterne til hjemmeplejen som er lavere end fx Varde Kommunes udgifter.

Der er ny organisering per 1. januar 2016 med færre områdeledere. Der er et lavt lederspan (antal medarbejdere per leder) i kommunen idet en gruppeleder (ledelse 10 timer) har 45 medarbejdere. Der er ansat relativt mange sygeplejersker, men til gengæld er der ikke mange ydelser, der er delegeret til plejen. Der er ingen akutberedskab i kommunen.

Vurdering af muligheden for reduktion af sygeplejen eller omlægning af opgaver er et fokus område for ældre og sundhedschefen i indværende år.

Der er fokus på almindelig sund fornuft. Forespurgt til hvorvidt man ville indføre velfærdsteknologi i forhold til trykbesøg, var svaret, at man ringede til mange af borgerne fremfor at køre ud til dem eller fremfor at udstyre dem med iPads.

3.4 VEJEN KOMMUNE

I Vejen Kommune var der et indledende besøg ved økonomikonsulenterne og herefter ved Ældre og handicapchefen.

I Vejen har man i 2015 haft samme udfordringer som i Varde med for lave takster i forhold til den faktuelle produktionspris. Dette skyldes mange langtidssygemeldinger og dermed vikarudgifter sidste år. Områderne overfører underskuddene, som afdrages over en 4 årig periode.

Da regnskabstallene blev gennemgået, blev det synligt, at Vejen konterer pædagogisk personale på 5.32 (den del der svarer til bofællesskaberne). Når regnskabstallet renses for denne del har Vejen lavere udgifter end Varde Kommune. Derudover anvendes der forholdsmæssigt flere midler på hjælperordninger (paragraf 95 og 96). Ældre og handicapchefen bemærkede, at kommunen har lave udgifter på handicapområdet, som blandt andet tilskrives brug af hjælperordninger til senhjerneskadede.

Sidst har kommunen en forebyggelsesstrategi på ældreområdet, som betyder, at udgifterne til fx dagcentre og daghjem er højere end i sammenligningskommunerne i øvrigt. De fleste af disse tilbud er uvisiterede også selvom borgeren skal have hjælp til personlig pleje.

Vejen Kommune er den kommune, der har det forholdsmæssige laveste antal plejeboliger. Der var en stram visitering, hvor borgeren skulle modtage svarende til 15 timers hjælp ugentlig, før der blev visiteret til plejebolig. Det har af tidsmæssige årsager ikke været muligt at foretage en vurdering af antallet af timer borgerne modtager i Varde Kommune inden de visiteres til plejebolig, men det er vurderingen, at dette forhold med fordel kan undersøges nærmere.

Vejen Kommune har næsten samme antal vagtlag som Varde Kommune i hjemmeplejen. Dette skal dog ses i lyset af, at kommunen har lavere natnormering på centrene i Varde, fordi der samarbejdes mellem centre og hjemmepleje. Dette betyder blandt andet, at vagterne har base på hver deres plejecenter.

Vejen Kommune har ligesom Varde Kommune høje udgifter til hjemmeplejen. Dette skal ses i lyset af, at der er få plejeboliger i kommunen. Der er pt. ingen planer om udvidelser af antallet af plejeboliger trods vækst i 85+ årige.

Vejen har som flere af de andre kommuner arbejdet fokuseret med at reducere fra 2 til 1 medarbejder i forflytningssituationer.

Ældre og Handicapchefen følger op hver måned på ydelser på opgaveniveau og informationen tilgår det politiske niveau. Det er vurderingen, at elementer fra denne styring kan overvejes.

SAMLET KONKLUSION

HANDLETILTAG – FORSLAG TIL MULIGE REDUKTIONER AF UDGIFTSNIVEAUET

Med udgangspunkt i delanalyserne 1 og 2 når forvaltningen frem til følgende konklusioner og overvejelser, i forhold til vilkårene for Varde Kommune:

- Ledelse: Antal chefer, administrativ bistand og områdeledere
- Hjemmeplejen – udviklingen i delegerede sygeplejedydelser
- Udgiftsniveauet for sygepleje
- Vagtberedskab – natbemandingen
- Kvalitetsstandard: fx på Trygheds og støttebesøg
- Fritvalgstaksten på personlig pleje 2016
- Visitationskriterierne i almindelighed

På den baggrund, har forvaltningen udarbejdet forslag til en række handletiltag. Handletiltagene kan indgå i de kommende politiske og faglige drøftelser. Herudover er der i handletiltagene forslag til ændrede styringsmekanismer som kan medvirke til at følge og handle på en given udvikling.

Medarbejderrepræsentanterne har peget på, at det for personalet er væsentligt, at man får en klar strategi og udmøntningsplan på området, så personalet ikke årligt skal gennem besparelser.

Handletiltagene er udarbejdet under hensyntagen til de, i forligsteksten nævnte punkter, herunder normering og arbejdsmiljø.

Det bemærkes, at handlemulighederne nedenfor indeholder forslag som kan effektueres tidsmæssigt både på kort og langt sigt. Det bemærkes at der kan være sammenhæng mellem forslagene, således at hvis et forslag høstes, kan et andet ikke realiseres fuldt ud.

	HANDLEMULIGHEDER	Overslag - helårseffekt
	<p>Optimering af samarbejde</p> <p>For at sikre en mere langsigtet løsning og involvering af medarbejdere foreslår styregruppen, at der entres med et eksternt konsulentfirma, som sammen med forvaltningen i øvrigt analyserer området med henblik på at komme med forslag til ny arbejdstilrettelæggelse og implementeringsplan.</p> <p>Ud fra analysen er der følgende effektiviseringspotentialer:</p>	
1	Reduktion af chefer, områdeledelse og administrativ betjening	1,5-2 mio. kr.
2	<p>Styrke den geografiske og faglige sammenhæng mellem områderne</p> <p>Optimering af samarbejdet mellem centre, hjemmepleje, sygepleje og træning (færre kørsler) og en styrkelse af den integreret pleje. Optimeringen omfatter</p> <p>a) en genvurdering af strategien om ansættelse af assistenter og revurdering af kompetencekravene til udførelse af delegerede sygeplejeopgaver fx med afsæt i Vejle Kommunes kompetencekrav.</p> <p>b) en vurdering af omlægning af dag og aftenvagternes beredskabstid på ældreboligcentre (udekørende funktioner)</p> <p>Der er tilknyttet aftenvagt (og en dagvagt på Birgittegården) på 5 ældreboligcentre.</p>	3 mio. kr.

	<p>I dag er det borgerservice, der visiterer borgerne til boligerne. Det er hjemmeplejens vurdering at der er meget spildtid i forhold til reelle (visiterede) opgaver på ældreboligcentrene, så der er stort potentiale i at organiserede denne hjælp anderledes fx ved besøg af hjemmeplejen på centrene eller ved at aftenvagten kører ud fra disse centre</p> <p>c) Styrkelse af den integrerede pleje enten geografisk og eller organisatorisk</p>	
3	<p>Nyt samarbejde mellem vagterne inde og ude forudsættes at kunne reducere behovet med mellem 3-4 vagter (1 vagtlag koster 1. mio. kr.)</p>	3-4 mio. kr.
	<p>Prisstrategi: Det er vurderingen, at taksten på personlig pleje er højere end sammenligningskommuner. Derudover er det vurderingen, at en kalkuleret pris ikke afspejler markedsprisen, da der er andre forhold der gør sig gældende for den kommunale hjemmepleje herunder beredskab og betjening af ældreboligcentre. Det er derfor svært at "beregne en reel markedspris".</p> <p>Det nedsatte kompetencekrav praktisk bistand har hjemmeplejen ikke implementeret i daglig drift og da der kun må opereres med forskellige priser i en udbudssituation, på privat og kommunale ydelser, vil prisen på praktisk bistand på sigt skulle sættes op alternativt bringes i udbud.</p>	
4	<p>Takstregulering: Efterkalkulation 1. kvartal har vist, at hjemmeplejen er mere effektiv på plejen end den beregnede takst. Fremfor at afregne til højere gennemsnitspris skal de offentlige leverandører og Blåbjerg aktivitetscenter afregnes til hhv cost-prisen og ny fritvalgstakst. Dette giver en forventet besparelse på 2 mio. kr. (ér politisk besluttet)</p>	2 mio. kr. (2016)
5	<p>Udbud: Det er vurderingen, at et udbud vil kunne minimere usikkerhederne omkring prisniveauet på fritvalgsområdet og forventeligt reducere prisen på personlig pleje (der sammenlignes med udbudsprisen i Esbjerg Kommune). Den største besparelse vil opnås ved et større udbud af fx plejecenter, fritvalg og sygepleje i et geografisk område.</p> <p>Et alternativ er at bringe den del af hjemmeplejen (inkl. delegerede ydelser) i udbud der er på private hænder, hvorefter priserne er fastlagt efter markedet fremfor en kalkuleret pris, som vurderes at være i den høje ende for plejen.</p> <p>I denne model vil de kommunale leverandører kunne levere til intern pris eller en fast ramme som er uafhængig af markedsprisen. En anden fordel ved udbudsmodellen er at den reducerer antallet af private leverandører og dermed de administrative omkostninger hos myndigheden fx godkendelse af leverandører, oplæring i kvalitetsstandarder, oplæring i brug af omsorgssystemet, afregning og løbende tilsyn osv.</p>	0,5 – 3 mio. kr. Alt afhængigt af udbudsmodellen
	<p>Reduktion af besøg hos borgeren Der er stort potentiale i at begrænse antallet af besøg hos borgeren. Det ses af følgende opgørelse over, hvad besøg hos borgeren koster årligt:</p>	

Priser i Varde Kommune 2016						
Personlig pleje	Pris pr. time	1 x pr. døgn	2 x pr. døgn	3 x pr. døgn	4 x pr. døgn	
Besøg på 5 min. dag	391,38	11.902	23.804	35.706	47.607	
Besøg på 10 min. dag	391,38	23.804	47.608	71.412	95.214	
Besøg på 15 min. dag	391,38	35.706	71.412	107.118	142.821	
Besøg på 5 min. aften	458,58	13.945	27.891	41.836	55.782	
Besøg på 10 min. aften	458,58	27.891	55.782	83.672	111.564	
Besøg på 15 min. aften	458,58	41.835	83.673	125.508	167.346	

6	<p>Implementering af velfærdsteknologi – skylle-tørre toiletter</p> <p>Som eksempel er standarden for toiletbesøg 6 gange i døgnnet og der vil dermed være et potentiale i at reducere antallet af besøg ved at indføre skylle-tørre toiletter. Da personalet ofte er der i forbindelse med andre opgaver – alternativ har opgaver i forbindelse med afklædning – er det kun en vis del der bliver fuldt selvhjulpne ved indførsel af skylle-tørre toiletter.</p> <p>Da der i dag er 251 antal borgere i Varde Kommune, som modtager hjælp til toiletbesøg, er det økonomiske og menneskelige potentiale stort. Det bemærkes, at skylle-tørre toiletterne kan eftermonteres (og dermed genbruges) i eget hjem, hvorfor det ikke er faste installationer, der investeres i. Forvaltningen har udarbejdet en businesscase som ligger til grund for vurderingen.</p> <p>Det er anbefalingen, at Varde Kommune anvender velfærdsteknologipuljen fokuseret til indsatser, hvor der allerede forelægger positive businesscases og så høster effektiviseringsgevinsterne <i>full-scale</i>.</p>	0,6 mio. kr.
7	<p>Ændring af Kvalitetsstandard: Støttebesøg, delegeret sygepleje og tryghedsbesøg</p> <p>Det bemærkes, at der vil være samme økonomiske ræsonnement i at reducere eller omlægge antallet af trygheds og støttebesøg. Der kan måske for enkelte besøg ringes til borgeren fremfor fx at lægge 3 daglige tryghedsbesøg ind i køreplanerne.</p> <p>Derudover kan besøgene tidsafgrænses til niveauet i Vejle.</p> <p>Det er også vurderingen, at de borgere, der modtager delegeret sygepleje, og som selv kan komme i sygeplejeklinikken, med fordel kan udsluses til disse enheder.</p>	2-4 mio. kr.
8	<p>Opstramning af visitationskriterierne</p> <p>Det er vurderingen, at der kan skeles til Vejles standarder på området.</p>	2 mio. kr.
9	<p>Indførsel af Controllerfunktion</p> <p>Indførsel af controllerfunktion (vurdering og gennemgang af niveauet) som konsekvent gennemgår kørelisterne (fx ændring af stilling hos visitationen/ sygeplejen). Kan placeres under ældre og handicapchefen eller sygeplejen. (1-2 mio. kr.)</p>	1-2 mio. kr.

ØVRIGE ANBEFALINGER OG BEMÆRKNINGER

I forbindelse med dataindsamlingen til, og udarbejdelsen af, delanalyse 1, er forvaltningen stødt på oplysninger, som har foranlediget en række forslag og opmærksomhedspunkter som ligger ud over ældreanalysen:

- Reduktion af opgaver omkring medicin håndtering og administration, som er den største sygeplejeopgave både for sygeplejen og for hjemmeplejen. Største udfordring med dette tiltag er samarbejdet med de praktiserende læger. Det kan overvejes, om der skal tilbydes administrativ/sygeplejefaglig hjælp fra kommunen i en periode for at få dosisdispensering op at køre.
- Det anbefales, at der påbegyndes et arbejde med henblik på at måle effekten af trænings- og rehabiliteringsindsatsen.
- I forbindelse med udarbejdelse af økonomiske analyser, hvor man sammenligner med andre kommuner, skal man være opmærksom på konteringspraksis, som er forskellig fra kommune til kommune. Forskellene i konteringer betyder, at sammenligningerne bliver problematiske, da måleenhederne reelt ikke er de samme. Konkret har ældreanalysen afdækket en konteringsproblematik i forhold til puljer (barsel og sygdom), hvor andre kommuner har en anden praksis end Varde Kommune, i forhold til centrale eller decentrale puljer/budgetter, som "skjuler" det reelle talgrundlag.
- Der er fortsat en problematik omkring omsorgssystemet Avaleo, som medvirker til at skabe tvivl om egne tal. Problemstillingen er flersidet, idet en del af det er systemteknisk – altså et problem med programmet – mens en anden del er den måde opgaven med at trække oplysninger er fordelt på – altså en organiseringsproblematik.
- Effektmåling af akutsygeplejen

Sidst foreslår forvaltningen, at der i forlængelse af ældreanalysen udarbejdes månedlige opfølgninger på aktiviteten (timeforbrug) samt fordeling og udvikling i opgaverne til orientering i Social- og Sundhedsudvalget.