

REFERAT Omsorgs- og Sundhedsudvalget 2018-2021 d. 10-04-2018

Mødedato Tirsdag d. 10. april 2018 kl. 17:00

Mødested Rød 3, Prøvestenen

Mødedeltagere Mette Lene Jensen, Duygu N. Aydinoglu, Lene Lindberg, Ib
Kirkegaard, Kristina Kongsted, Lisbeth Læssøe, Bente Borg Donkin

Indholdsfortegnelse

Beslutning: Godkendelse af dagsorden.....	3
Orientering: Pensionistvejlederfunktionen.....	4
Orientering: Effekten af hverdagsrehabilitering for borgere i eget hjem efter 52 uger.....	6
Beslutning: Valg af fritvalgsmodel for personlig pleje, praktisk hjælp samt hjemmesygepleje.....	11
Beslutning: Status på pilotperiode med social og mental rehabilitering for borgere i eget hjem.....	16
Orientering: Forløbsprogram for etniske minoriteter med type 2 diabetes.....	21
Beslutning: Anlægsregnskab "Pulje til intelligente investeringer".....	25
Beslutning: 2 mindre anlægsregnskaber til godkendelse.....	27
Orientering: Kommende sager i Omsorgs- og Sundhedsudvalget.....	29
Meddelelser/Eventuelt.....	31

Punkt 1: Beslutning: Godkendelse af dagsorden

17/28611

Beslutninger Omsorgs- og Sundhedsudvalget 2018-2021 den 10-04-2018

Udvalget godkendte at udsætte pkt. 4 efter ønske fra Mette-Lene Jensen (V).

Dagsordenen godkendt.

Punkt 2: Orientering: Pensionistvejlederfunktionen

16/18077

Indledning

Helsingør Kommune har 1 fuldtidsansat pensionistvejleder, der er ansat i Center for Borgerservice It og Digitalisering.

Med budgettet for 2017 har der været taget en besparelse på området, der tidligere bestod af knap 2 årsværk. Dette løser sig i praksis, fordi andre administrative kollegaer understøtter opgavevaretagelsen.

Funktionen er organisatorisk forankret i Borgerservice og hører budgetmæssigt under Økonomiudvalget på konto 826 (administrationen). En stor del af pensionistvejlederens arbejde er koncentreret om borgergrupperne, der også hører til i Center for Særlig Social Indsats samt Center for Sundhed og Omsorg.

Det nye Social- og Beskæftigelsesudvalg samt Omsorgs- og Sundhedsudvalg orienteres med denne sag om pensionistvejlederens arbejde på tværs af organisationen.

Retsgrundlag

Ingen bemærkninger.

Relation til vision og tværgående politikker

Sagen har relation til visionsmålet "tidlig indsats".

Sagsfremstilling

Pensionistvejlederens primære opgave er at være bindeled mellem socialt udsatte uden synderligt pårørendenetværk. Dette er eksempelvis i forbindelse med, at pensionisterne skal flytte i ældre- eller plejebolig. Assistancen består i denne sammenhæng i praktisk hjælp såsom bestilling af flyttefolk, rengøring mv.

Med pensionister menes både ordinære pensionister samt førtidspensionister.

Derudover assisterer pensionistvejlederen borgerne generelt ift. dokumenter; det kan være bank- eller lånedokumenter o lign samt hjælper borgerne med ansøgninger om personlige tillæg, boligsikring mv.

Pensionistvejlederne håndterer også opgaven med sociale begravelser, dvs. besigtigelse af boet, dialog om opsigelse af lejemålet ift. boligselskaber/koordinering med værge ved eventuelt hussalg, afhænde aktiver og effekter til kræmmere mv., så midlerne indgår i boet, dvs. kommunekassen, koordinering med fogedretten osv.

Der håndteres også opgaver for eksempelvis plejehjemmene samt i mindre omfang for Helsingør Rehabilitering og Træningscenter, når borgere mangler personlige ting som fx tøj mv. Disse situationer kan opstå, hvis borgeren bliver akut indlagt. Disse opgaver ligger ud over det, som personalet de respektive steder normalt varetager.

Selvom titlen er pensionistvejleder, så er funktionen også undtagelsesvist udkørende til nogle af de kontanthjælpsmodtagere, der er meget svære ellers at opnå dialog med, og som Center for Job og Uddannelse og Borgerservice, It og Digitalisering i fællesskab vurderer, har brug for at få et besøg hjemme.

Det er også pensionistvejlederen, der bliver kontaktet af bekymrede naboer, når de ikke har set naboen i et stykke tid, hvorefter borgerservice koordinerer med boligselskab, politiet mv.

Andre enkeltstående opgaver er at indhente tilbud på sociale rengøringer; enten i forlængelse af skadedyr eller i de tilfælde, hvor det vurderes hensigtsmæssigt, så der kan bevilliges hjemmehjælp mv. efterfølgende.

Borgerservice fører ikke statistik over pensionistvejlederens sager, men det vurderes fortsat, at der henover de sidste år er sket en negativ udvikling i borgernes behov for hjælp - forstået på den måde, at borgernes livssituationer er sværere at håndtere end tidligere, dvs. at den enkeltes forfald er mere graverende eks. pga. ensomhed, manglende evne til at begå sig socialt eller ift. at kunne tage vare på sig selv.

Det er svært at sætte tal på, hvor mange borgere der hjælpes af funktionen. Nogle borgere har kun behov for hjælp til at få underskrevet nogle breve, mens andre har brug for hjælp til stort set alt, hvilket er tidskrævende.

Økonomi/Personaleforhold

Sagen har ikke afledte konsekvenser for økonomi og personaleforhold.

Kommunikation/Høring

Sagen afgøres i Omsorgs- og Sundhedsudvalget.

Sagen giver ikke anledning til særskilt kommunikation/høring

Sagen forelægges til orientering i Social- og Beskæftigelsesudvalget den 11. april 2018.

Indstilling

Center for Borgerservice, IT og Digitalisering indstiller,

at orientering foretages.

Beslutninger Omsorgs- og Sundhedsudvalget 2018-2021 den 10-04-2018

Orientering foretaget.

Punkt 3: Orientering: Effekten af hverdagsrehabilitering for borgere i eget hjem efter 52 uger

15/27133

Indledning

Det tidligere Socialudvalg blev den 6. juni 2017 orienteret om status på kommunens indsats med de hverdagsrehabiliteringsforløb, som blev påbegyndt og afsluttet i 2016. Som led i orienteringen blev effekten af rehabiliteringsindsatsen målt 20 uger efter afsluttet forløb.

På udvalgsmødet blev det besluttet at lave en måling af effekten efter 52 uger. Med udgangen af 2017 er der gået 52 uger, siden de sidste borgere afsluttede deres rehabiliteringsforløb i 2016.

Med denne sag orienteres Omsorgs- og Sundhedsudvalget om effekten af hverdagsrehabilitering 52 uger efter afsluttet rehabiliteringsforløb.

Områderleder Lene Bergstein, Forebyggelse og Visitation deltager under punktet.

Retsgrundlag

Serviceoven § 83 og 83a

Sundhedsloven § 138

Relation til vision og tværgående politikker

Helsingør Kommunes visionsmål om tidlig indsats.

Politik for et værdigt ældrelev.

Lev godt og lev længe – sundhedspolitik 2017-2022.

Sagsfremstilling

Lovgivningen på området tilsiger, at hverdagsrehabilitering skal tilbydes de borgere, hvor et forløb vurderes at kunne forbedre borgerens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjemmepleje og sygepleje. I praksis betyder det, at nogle borgere med et lavt funktionsniveau, fx svært demente, hjerneskadede og terminale borgere, ikke er i målgruppen for et rehabiliteringsforløb.

Modellen for hverdagsrehabilitering i Helsingør Kommune omfatter både rehabilitering i forhold til servicelovsydelser, dvs. personlig pleje, praktisk hjælp og madservice - og sundhedslovsydelser, dvs. støttestrømper, medicinbehandling, kateter- og stomipleje. Se bilag 1, der beskriver modellen for hverdagsrehabilitering i Helsingør Kommune.

1. Rehabiliteringsforløb

Modellen for hverdagsrehabilitering er opdelt i fem typer af forløb:

Forløb A: Kompressionsstrømper (støttestrømper)

Forløb B: Hjemmeplejeindsats

Forløb C: Terapeutisk indsats

Forløb D: Sygeplejeindsats

Forløb E: Vurdering og instruktion i praktiske opgaver

Se bilag 2 for yderligere beskrivelse af modellen i kvalitetsstandarden for selve rehabiliteringsydelserne.

Både borgere, der er kendte eller ikke er kendte af kommunen kan blive visiteret til et rehabiliteringsforløb. Visitationen kan ske på flere måder, f.eks. ved fremskudt visitation på et hospital eller via forebyggende hjemmebesøg.

Kommunens mål er, at der for hjemmeboende borgere gennemføres 600 rehabiliteringsforløb om året, og at de rehabiliterede borgere i gennemsnit får reduceret deres visiterede tid til hjemmepleje med 25 % målt 20 uger efter endt forløb.

2. Ny opgørelsesmetode/ændret datavaliditet

I den første orienteringssag fra 6. juni 2017 er alle forløbstyper A, B, C, D og E medtaget i opgørelsen. Forløb C og E har dog ikke noget tidsforbrug på hjemmehjælpsydelser og dermed ingen omkostning knyttet til sig. Og da de to forløbstyper kan gives i forbindelse med et af de øvrige forløb A, B eller D, bør de ikke tælle med i effektmålingen.

En medtælling resulterer i en misvisende måling af start- og sluttidsforbrug, da de tælles med to gange.

Center for Sundhed og Omsorg og Center for Økonomi og Ejendomme vurderer derfor, at C og E forløbene fremover ikke bør indgå i effektmålingen. Det skal derfor bemærkes, at effektmålingen efter de 20 uger i sagen fra 6. juni 2017 og tallene i den aktuelle sag, ikke er sammenlignelige på grund af ændret opgørelsesmetode.

Forløb C og E er en del af den rehabiliteringsindsats kommunen yder for at holde borgerne længst muligt i eget hjem.

Effekten af forløb A, B og D måles ved en opgørelse af ydelsesforbruget før indsatsen og efter indsatsen.

3. Status og effekt efter 52 uger

Den nyeste effektmåling, foretaget 52 uger efter afsluttet rehabiliteringsforløb, omfatter 408 forløb eller 325 borgere, da en borger kan blive visiteret til flere forløb.

Tabel 1 viser effektmålingen ud fra den ny opgørelsesmetode. Tabellen viser, at der umiddelbart efter endt rehabiliteringsforløb er en reduktion i visiteret tid til hjemmepleje på 31 %. Efter 20 uger er reduktionen i visiteret tid til hjemmepleje på 35,7 %, og efter 52 uger er reduktionen 40 %.

Tabel 1. Status på hverdagsrehabilitering 2016 – ny opgørelsesmetode

Antal uger efter afsluttet rehabiliteringsforløb	Uge	Uge	Uge
	1	20*	52*

Målsætning om antal gennemførte rehabiliteringsforløb	600		
Antal visiterede rehabiliteringsforløb	483		
Antal afsluttede rehabiliteringsforløb	408		
Gennemførelsesprocent i.f.t. målsætning (408 af 600)	68,0		
Antal rehabiliteringsforløb, der kan måles effekt på*	408	373	348
Antal borgere	325	303	281
Målsætning om reduktion i hjemmepleje (visiteret tid) målt 20 uger efter endt forløb, i %		25,0	
Gennemsnitlig reduktion i visiteret tid til hjemmepleje på målte forløb, i %	31,0	35,7	40,0

**Antallet af forløb, der kan måles effekt på, er mindre end det antal forløb, der er afsluttet. Det skyldes, at et antal borgere er døde, flyttet på plejehjem eller til en anden kommune efter endt rehabiliteringsforløb.*

Når den tidsmæssige besparelse stiger, jo længere tid der måles efter endt rehabilitering, skyldes det, at de borgere, der enten er flyttet på plejehjem, er flyttet til en anden kommune eller er døde, "falder ud af" målingen. Disse borgere er plejemæssigt tungere end de tilbageværende borgere, hvilket forklarer den tidsmæssige reduktion.

Der er tale om, at målingen umiddelbart efter endt rehabiliteringsforløb, dvs. efter 12 uger, foretages på flere borgere end målingen efter både 20 uger og 52 uger, fordi de mest plejekrævende borgere enten flytter på plejehjem, flytter til en anden kommune eller dør. Det betyder, at vi kan måle en tilsyneladende meget høj effekt af rehabiliteringen, som er baseret på et væsentligt mindre antal borgere.

Center for Sundhed og Omsorgs samlede konklusion på effektmålingen 52 uger efter endt rehabiliteringsforløb er, at hverdagsrehabilitering kan bidrage til at udskyde plejebehovet. Det er dog ikke muligt at angive konkret effekt for alle borgere, der har været i et eller flere forløb.

4. Nye henvendelser

Ud over de borgere, der modtog hjemmepleje før rehabiliteringsforløbet, har der i løbet af 2016 været 15 nye henvendelser, dvs. borgere, der ikke forud for rehabiliteringen modtog hjemmepleje, og som var i målgruppen for forløb A, B og D.

Efter 52 uger var der 11 borgere tilbage i gruppen af nye henvendelser, hvoraf de 7 fortsat var selvhjulpne efter rehabiliteringen, mens de resterende 4 borgere med behov for hjemmepleje, i gennemsnit blev visiteret til 3,5 timer pr. uge.

Den kendsgerning, at der efter 52 uger er en relativt stor andel af selvhjulpne borgere blandt de nye henvendelser tyder på, at denne gruppe i særlig grad har gavn af rehabiliteringsindsatsen. Denne konklusion skal tages med forbehold pga. det meget lille antal borgere i denne gruppe.

Økonomi/Personaleforhold

Da rehabiliteringsindsatsen blev vedtaget i 2014, var det en forudsætning, at den ekstra udgift skulle modsvares af en tilsvarende reduktion i udgiften til hjemmepleje. Reduktionen beregnes som forskellen mellem de visiterede ydelser (i kroner) før rehabiliteringsforløbet og efter forløbet for de kendte borgere, dvs. de borgere, hvor det har været muligt at måle en ændring.

I juni 2017 viste opgørelsen efter 20 uger, at der var en potentiel årlig reduktion i hjemmeplejeudgiften på 5.720.000 kr. Dette beløb skal sammenholdes med rehabiliteringsudgiften på 3.762.000 kr. Dermed var der potentielt en besparelsesgevinst på 1.958.000 kr., *forudsat* at det reducerede plejeniveau i uge 20 kunne fastholdes i fulde 52 uger.

Figur 1 viser udgiften pr. uge over et år efter afsluttet rehabiliteringsforløb. Den blå kurve viser prisen før forløbets start på de borgere, der stadig modtager hjemmehjælp. Og den brune kurve viser prisen efter endt forløb på samme gruppe borgere. Forskellen mellem de to kurver viser hhv. besparelsen eller merudgiften. Der, hvor de to kurver krydser hinanden, bliver udgiften til at levere indsatsen højere end effekten af indsatsen, og der er derfor ikke længere en økonomisk gevinst ved at levere indsatsen.

Figur 1. Økonomisk effekt af rehabiliteringsindsatsen



Besparelsen i hjemmeplejeudgifter, for alle modtagere af rehabilitering, er stærkt aftagende over tid, og at den er helt borte ca. 28 uger efter afsluttet rehabiliteringsforløb. Efter 28 uger modtog de fulgte borgere det samme eller mere hjemmepleje, end de gjorde før rehabiliteringen. Målt over hele året beregnes rehabiliteringsindsatsen nu at påføre kommunen en nettoudgift på **740.000 kr.**

Der gøres opmærksom på, at der i de 740.000 kr. ikke er medregnet en eventuel rehabiliteringsgevinst for gruppen af nye henvendelser. Gevinsten kan ikke beregnes, fordi det ikke er muligt at opgøre, hvor meget hjemmepleje disse borgere *ville have haft behov for*, hvis de ikke havde gennemgået rehabiliteringsforløbet.

I beregningen er heller ikke taget højde for den generelle reduktion i borgernes funktionsevne, som finder sted over tid. Efter et år vil borgerne formodentlig have behov for mere hjemmepleje, men dette merbehov kan være blevet neutraliseret af rehabiliteringsindsatsen. Det betyder, at rehabiliteringsindsatsen ser ud til at udskyde eller forsinke plejebetøvet hos de borgere, der modtager hverdagsrehabilitering.

Ud fra de rehabiliteringsforløb, der er gennemført i 2016, konkluderes det, at indsatsen har medført en nettoudgift for kommunen i størrelsen 740.000 kr. Resultatet ville formentlig være mere positivt, hvis en række ikke-målbare effekter, som fx borgeroplevet kvalitet, øget trivsel og livskvalitet kunne indregnes.

Dermed lægger Helsingør Kommunes resultat sig tæt op ad en større norsk undersøgelse fra 2015, som konkluderer, at kommunen bruger lige så mange timer på at rehabilitere, som den sparer i hjemmepleje. Resultaterne fra Helsingør Kommune lægger sig også tæt op ad Sundhedsstyrelsens undersøgelse af rehabilitering i danske kommuner fra 2017, som konkluderer, at det er muligt at opnå en reduktion i ydelsesforbruget ved en målrettet indsats, men fremhæver, at ingen danske studier har målt langtidseffekten, og derfor heller ikke den økonomiske effekt af rehabilitering efter 52 uger.

Kommunikation/Høring

Sagen afgøres i Omsorgs- og Sundhedsudvalget.

Sagen giver ikke anledning til særskilt kommunikation/høring.

Indstilling

Center for Sundhed og Omsorg indstiller,

at orientering foretages.

Beslutninger Omsorgs- og Sundhedsudvalget 2018-2021 den 10-04-2018

Orientering foretaget.

Bilag

- 1: Beslutningssag: Ny model for hverdagsrehabilitering
- 2: Kvalitetsstandard Hverdagsrehabilitering 2018
- 3: Oplæg Omsorgs- og Sundhedsudvalget den 10. april 2018 - Hverdagsrehabilitering

Punkt 4: Beslutning: Valg af fritvalgsmodel for personlig pleje, praktisk hjælp samt hjemmesygepleje

18/6397

Indledning

Siden 2003 har kommunerne været forpligtet til at skabe grundlag for, at borgere har frit valg af leverandører af praktisk hjælp, personlig hjælp og pleje samt madservice. Kommunerne har kunnet vælge, om hjemmesygeplejen skal konkurrenceudsættes.

Helsingør Kommune har i forbindelse med indførelse af det frie valg på hjemmepleje i 2003, valgt at anvende godkendelsesmodel samt konkurrenceudsætte sygeplejen.

Med denne sag fremlægger Center for Sundhed og Omsorg de gældende regler for sikring af frit valg af praktisk hjælp og personlig hjælp og pleje, herunder fordele og ulemper ved fritvalgsmodellerne, med henblik på udvalgets beslutning om, hvorvidt det frie valg fremadrettet skal sikres vha. godkendelsesmodellen eller gennem udbud. Derudover anbefaler Center for Sundhed og Omsorg, at udvalget godkender, at konkurrenceudsættelsen af hjemmesygeplejen ophører og bliver en kommunal opgave.

Sagen fremlægges som en opfølgning på Budgetanalysen i hjemmeplejens anbefalingen om at udbudsmodellen benyttes til udvælgelse af leverandører.

Center for Sundhed og Omsorg fremlægger i maj 2018 en beslutningssag om tilvejebringelse af frit valg af madservice.

Retsgrundlag

Serviceovens §§ 83, 91, 93 og 94.

Sundhedsloven § 138.

Relation til vision og tværgående politikker

Sagen har ingen særskilt relation til vision og tværgående politikker.

Sagsfremstilling

Ifølge serviceovens § 91 er kommunen forpligtet til at tilvejebringe et frit valg af leverandør for de borgere, der er visiteret til praktisk hjælp, personlig hjælp og pleje samt madservice. Kommunen kan desuden vælge at tilbyde frit valg på hjemmesygeplejeindsatser.

Det frie leverandørvalg indebærer, at borgerne skal kunne vælge mellem mindst to leverandører af hjemmehjælp, hvoraf den ene leverandør kan være kommunal. Det frie leverandørvalg gælder kun for hjemmeboende borgere. Beboere på plejehjem, lejere i plejeboligbebyggelser og beboere i friplejeboliger, der er omfattet af lov om friplejeboliger, har ikke frit valg af leverandører, jf. serviceovens § 93.

I 2013 blev fritvalgsreglerne revideret for at give kommunerne bedre mulighed for at udnytte udbud som redskab til bl.a. at skabe en effektiv ældrepleje. Revisionen af reglerne bestod i, at de almindeligt gældende udbudsregler også skal anvendes til at sikre det frie valg for borger og de særlige udbudsregler for området bortfaldt. Derudover blev det muligt at sikre borgerne frit valg gennem udstedelse af fritvalgsbeviser, hvor borger selv indgår aftale med en

virksomhed om levering af de visiterede ydelser. Godkendelsesmodellen, hvor kommunen offentliggør prisbetingelser og kvalitetskrav, som private leverandører kan indgå aftale om, er fortsat gældende (se tabel 1).

Tabel 1: Gældende regler for frit valg på ældreområdet

Fritvalgsmodel	Gældende regler
Godkendelsesmodel	Kommunen offentliggør pris og kvalitetskrav. Private leverandører søger om at blive godkendt og leverer herefter ydelser på lige fod med den kommunale leverandør. Der er ingen øvre grænse for antallet af leverandører.
Udbudsmodel	Kommunen beslutter hvilke ydelser og/eller distrikter, der indgår i et udbud. Kommunen kan beslutte at fortsætte som leverandør efter et udbud. Kommunen beslutter, hvor mange leverandører (minimum 2) borgerne kan vælge imellem.
Udbud efter godkendelsesmodel	Udbud under godkendelsesmodellen er en kombinationsmulighed. Her udbydes en opgave f.eks. på baggrund af kvalitet og pris og der indgås kontrakt med den leverandør, som har afgivet det økonomisk mest fordelagtige tilbud, som derved bliver hovedleverandør. Andre private leverandører kan blive godkendt efter de samme pris- og kvalitetsbetingelser, som den vindende leverandør har budt ind med. Den kommunale leverandør kan deltage på lige fod med de private leverandører ved at afgive et kontrolbud.
Fritvalgsbeviser og selvvalgt hjælper	Kommunen kan beslutte at tilbyde borger fritvalgsbevis, som borger kan bruge til at selv at finde privat leverandør (virksomhed) af de visiterede ydelser. Borger har endvidere mulighed for at benytte sig af selvvalgt hjælper, som skal godkendes af kommunen.

Data fra Fritvalgsdatabasen fra marts 2018 viser, at langt størstedelen af kommunerne fortsat har valgt at anvende godkendelsesmodellen i sikringen af det frie valg, jf tabel 2.

Tabel 2: Kommunernes valg af fritvalgsmodel, marts 2018

Indsats	Antal kommuner, der har valgt godkendelsesmodel	Antal kommuner, der har valgt udbudsmodeller
Personlig hjælp og pleje hverdage	90	8
Personlig hjælp og pleje øvrige tider	88	8
Praktisk hjælp	81	19

Note: Summen af kommuner for de enkelte modeller kan være mere end 98 kommuner skyldes, at nogle kommuner både anvender godkendelses- og udbudsmodel og derfor optræder i begge kolonner.

Helsingør Kommune

Helsingør Kommune har hidtil anvendt godkendelsesmodellen i udmøntningen af det frie valg både i forhold til praktisk hjælp, personlig hjælp og pleje samt hjemmesygepleje.

I Helsingør Kommune er pt. 4 leverandører godkendt til at levere personlig hjælp og pleje: Omsorg Sjælland, Cura Pleje, Din Særlige Pleje og Unik Plejen. I forhold til praktisk hjælp har Helsingør Kommune godkendt følgende 7 leverandører: Omsorg Sjælland, Cura Pleje, Din Særlige Pleje, Unik Plejen, Renell, Strøbæk Rengøring, Elite Miljø.

Helsingør Kommune har de senere år godkendt to private leverandører til sygepleje: Stabil Pleje og Cura Pleje. Der er i øjeblikket kun kommunal leverandør af sygepleje. I september 2016 ophævede Helsingør Kommune kontrakten om sygepleje med Stabil Pleje grundet væsentlig misligholdelse af kontraktforhold og i november 2017 med virkning den 1. februar 2018 valgte Cura Pleje ApS selv at opsige kontrakten på sygepleje med den begrundelse, at omfanget af sygeplejeopgaver (15 borgere) ikke stod mål med den nødvendige kapacitet. Cura Pleje er fortsat godkendt til at levere personlige pleje og praktiske bistand.

Borgernes valg af leverandør fordeler sig sådan, at 92 % af borgerne har valgt kommunal leverandør af personlig hjælp og pleje og 8 % har valgt privat leverandør. I forhold til praktisk hjælp er fordelingen sådan, at 87 % har valgt kommunal leverandør og 13 % privat leverandør.

Tabel 3: Fordelingen af visiterede borgere i Helsingør Kommune i forhold til valg af leverandør af personlig pleje og praktisk hjælp

Indsats	Antal borgere, der har valgt kommunal leverandør	Antal borgere, der har valgt privat leverandør
Personlig hjælp og pleje	849	71
Praktisk hjælp	808	121

Note: Ud over disse, modtager ca. 10 borgere både kommunal og privat pleje/praktisk hjælp

Fritvalgsmodellerne har en række fordele og ulemper, som bør indgå i overvejelserne af valg af model.

Godkendelsesmodellens fordele er:

- Prisen er kendt på forhånd.
- Stor valgfrihed, da der er potentielt mange leverandører, så borger stadig kan vælge en privat leverandør, selvom en leverandør evt. lukker eller beslutter ikke længere at levere i Helsingør Kommune

Godkendelsesmodellens ulemper er:

- Ingen konkurrence på prisen.
- Ofte små leverandører med svingende robusthed – sektoren har de seneste år været ramt af flere konkurser blandt de små leverandører.
- Mange leverandører kan kun levere praktisk hjælp, da deres personale mangler sundhedsfaglige kompetencer. Det betyder, at det kan være svært at se borgers helhedssituation med risiko for at overse tegn på evt. svigtende helbred hos borger.
- Med mange mindre leverandører kan det være en udfordring at gennemføre kvalitetsudviklingstiltag.

Udbudsmodellen har følgende fordele:

- Konkurrence på pris.
- Prisen er kendt.
- Kvalitetsudviklingskrav kan inkluderes i kontrakt med privat leverandør.

- Der kan stilles krav om, at der både skal leveres personlig pleje og praktisk hjælp.

Udbudsmodellen har følgende ulemper:

- Flere omkostninger forbundet med udbud end ved godkendelsesmodel.
- Når prisen er aftalt, kan der ikke justeres efterfølgende som følge af fx effektiviseringer.
- Risiko for konkurs, hvor kommunen med kort varsel skal overtage opgaver og medarbejdere, hvis der kun vælges en anden leverandør end kommunen selv. I givet fald skal gennemføres et nyt udbud for at sikre borgerens frie valg.
- Udelukker visse lokale leverandører, hvis leverandør skal kunne håndtere stort volumen og hvis der stilles krav om, at de både skal levere personlig pleje og praktisk hjælp. Udbud kan dog tilrettelægges i delaftaler, så de lokale leverandører også har mulighed for at byde ind på mindre dele af det samlede udbud.
- Borger vil kun kunne vælge én privat leverandør, hvilket vil begrænse den enkelte borgers valgmuligheder (medmindre der udvælges flere private leverandører).

Udbud efter godkendelsesmodel har følgende fordele:

- Konkurrence på pris.
- Prisen er kendt.
- Kvalitetsudviklingskrav kan inkluderes i kontrakt med privat leverandør.
- Der kan stilles krav om, at der både skal leveres personlig pleje og praktisk hjælp.
- Større sikkerhed for, at man som hovedleverandør sandsynligvis skal levere til en stor del af borgerne.

Udbud efter godkendelsesmodellen har følgende ulemper:

- Kommunen risikerer at blive udelukket fra at stå som leverandør eller kun som en del af det frie valg på lige fod med private leverandører.
- Hvis den private hovedleverandør går konkurs, vil der være en stor opgave i at sikre et beredskab.
- Som hovedleverandør kan man risikere, at mange borgere vælger andre leverandører som følge af det frie valg.

Budgetanalyse af hjemmeplejen, der blev gennemført i foråret 2016, anbefalede, at Helsingør Kommune benytter sig af udbudsmodellen til udvælgelse af leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp. Begrundelsen er, at det er stor administrativ opgave at godkende det stigende antal små leverandører, med et lille borgergrundlag.

Som følge af budgetanalysen undergår hjemmeplejen pt en række forandringer, herunder sammenlægning af hjemmeplejegrupper på en matrikel, ny ledelsesstruktur og ny budgettildelingsmodel. Disse udviklingstiltag ændrer grundlæggende ved hjemmeplejens organisering og økonomi.

Center for Sundhed og Omsorg ønsker en politisk stillingstagen, hvorvidt frit valg af leverandør til personlig pleje og praktisk hjælp skal sikres vha. godkendelsesmodel, udbud eller udbud efter godkendelsesmodel.

I forhold til hjemmesygeplejen står det kommunen frit, om ydelsen skal konkurrenceudsættes. Med opbygningen af det nære sundhedsvæsen er det imidlertid centralt, at der er en smidig sygepleje, der er i stand til at handle hurtigt. I det nære sundhedsvæsen skal kommunen være klar døgnet rundt på alle ugens dage. Det fordrer en robust kommunal hjemmesygepleje, der er i stand til at levere sygepleje til borgere, der oftere udskrives med komplekse problemstillinger. Dertil kommer, at det med de nuværende erfaringer med private leverandørers volumen af sygeplejeydelser (15 borgere), vil være relativt dyrt at konkurrenceudsætte hjemmesygeplejen.

Center for Sundhed og Omsorg anbefaler derfor, at bevare hjemmesygeplejen som en kommunal opgave.

Økonomi/Personaleforhold

Sagen har ikke i sig selv økonomiske og personalemæssige konsekvenser for kommunen.

Kommunikation/Høring

Sagen afgøres i Byrådet.

Sagen sendes i høring i Seniorrådet, Handicaprådet og Udsatterrådet.

Indstilling

Center for Sundhed og Omsorg indstiller,

1. **at** det besluttet, om frit valg til praktisk hjælp samt personlig hjælp og pleje fremadrettet skal sikres vha. godkendelsesmodellen, gennem et udbud eller gennem udbud efter godkendelsesmodellen.
2. **at** det godkendes, at sygeplejeydelser ikke konkurrenceudsættes.

Beslutninger Omsorgs- og Sundhedsudvalget 2018-2021 den 10-04-2018

Sagen udsat til næste møde, således at en beskrivelse af andre kommuners erfaringer med udbud kan blive belyst.

.

Bilag

- 1: Høringssvar fra Udsatterrådet til sagen vedr frit valg af personlig pleje og praktisk hjælp samt sygepleje
- 2: Høringssvar fra Seniorrådet - Valg af fritvalgsmodel
- 3: Høringssvar fra Handicaprådet - Valg af fritvalgsmodel for personlig pleje, praktisk hjælp samt hjemmesygepleje

Punkt 5: Beslutning: Status på pilotperiode med social og mental rehabilitering for borgere i eget hjem

17/1005

Indledning

Det tidligere Socialudvalg besluttede den 2. maj 2017, at en ny indsats om social og mental rehabilitering for hjemmeboede borgere skulle starte op pr. 1. august 2017 og fungere i en pilotperiode indtil 30. april 2018.

Den ny rehabiliteringsindsats er finansieret via en omstilling af midler fra den tidligere klippekortsordning for de svageste hjemmehjælpsmodtagere. Dette blev besluttet i det tidligere Byråds budgetforlig i efteråret 2016. Det tidligere Socialudvalg blev på deres møde den 11. oktober 2016 orienteret om denne omstilling af klippekortsordningen.

Formålet med den ny indsats om social og mental rehabilitering er at støtte borgeren til bedre at kunne håndtere egen hverdag og livssituation, så borgerens trivsel øges. Indsatsen skal bl.a. bidrage til at forebygge ensomhed, genetablere eller etablere sociale relationer og støtte til at kunne lave udadrettede aktiviteter.

Med denne sag skal Omsorgs- og Sundhedsudvalget godkende Center for Sundhed og Omsorgs anbefaling om at sætte indsatsen i drift ud fra erfaringerne i pilotperioden.

Retsgrundlag

Serviceoven § 83 og 83a.

Relation til vision og tværgående politikker

Sagen har relation til Helsingør Kommunes visionsmål om tidlig indsats, politik for et værdigt ældreliv 2016-2018 og til sundhedspolitikken "Lev godt og lev længe – 2017-2022".

Sagsfremstilling

Den ny indsats om social og mental rehabilitering startede op pr. 1. august 2017 og fungerer i en pilotperiode indtil 30. april 2018. Med denne sag beskriver Center for Sundhed og Omsorg erfaringerne fra pilotperioden.

1. Hvad er social og mental rehabilitering?

Indsatsen om social og mental rehabilitering lægger sig tæt op af den mest anerkendte definition af rehabilitering i Danmark fra "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet" fra 2004. Definitionen sidestiller fysiske, psykiske og sociale funktionsevner.

Som supplement tager den ny indsats også afsæt i begrebet om mental sundhed. Helsingør Kommunes sundhedspolitik har fokus på begrebet mental sundhed, som er "en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdagsudfordringer og stress samt indgå i sociale relationer". (WHO, 2005).

2. Formål med social og mental rehabilitering

Formålet med den nye indsats om social og mental rehabilitering er at støtte borgeren til bedre at kunne håndtere egen hverdag og livssituation, så borgerens trivsel øges. Indsatser skal bl.a. bidrage til at: 1) forebygge ensomhed, 2)

genetablere eller etablere sociale relationer og 3) støtte til at kunne lave udadrettede aktiviteter.

3. Overgang fra klippekort til social og mental rehabilitering

109 borgere, som tidligere modtog klippekortsordningen, blev kontaktet af visitationen eller leverandør for at vurdere, om de opfyldte kriterierne for at blive tilbudt social og mental rehabilitering. 23 borgere fik et forløb med social og mental rehabilitering.

4. Status og erfaringer fra pilotperioden

To rehabiliteringssygeplejersker blev ansat i teamet for hverdagsrehabilitering til at levere indsatsen og er forløbsansvarlige for alle borgere, som er visiteret til social og mental rehabilitering. Det betyder, at de i samarbejde med borgeren tilrettelægger og koordinerer individuelle forløb ud fra borgerens egne mål og ønsker.

Rehabiliteringssygeplejerskerne er hver især knyttet til nogle hjemmeplejegrupper og har et tæt samarbejde, der understøttes via ugentlige tværfaglige, koordinerende møde i hver hjemmeplejegruppe.

5. Målgruppe, visitationskriterier og rehabiliteringsforløb

Udgangspunktet var, at målgruppen for den nye indsats om social og mental rehabilitering skulle rette sig mod hjemmeboende borgere, der modtog eller søgte om hjemmehjælp- og pleje og som havde kognitive problematikker, fx lettere hjerneskade efter blodprop, der oplevede sig ensomme og/eller havde tabt energi og livsgnist.

Social og mental rehabilitering udføres som tre forløb (mindre, mellem eller stort forløb), der ikke er målrettet bestemte aktiviteter eller borgergrupper. Forløbene planlægges og fyldes ud med aktiviteter og indhold ud fra de problemstillinger og mål, som borgerne i samarbejde med personalet har fundet frem til, at der skal arbejdes med. En detaljeret beskrivelse af indsatsen om social og mental rehabilitering kan ses i bilag 1.

6. Erfaringer og foreløbige effekter fra pilotperioden

Hovedparten af aktiviteter handler om at støtte borgeren til at mestre deres hverdag, fx ved depression og angst, tab af ægtefælle, misbrug og ensomhed eller social isolation. Social og mental rehabilitering medvirker til, at sårbare borgere, som har svært ved at fastholde hverdagens gøremål og komme i gang med en indsats eller en behandling, støttes til fastholdelse samt at finde de relevante tilbud. Det kan fx være dagcenter, misbrugsbehandling, psykolog på frivilligcenteret, sorggruppe, pårørendekonsulent, lægesamtaler, forløbsprogrammer, forløb hos socialrådgiver og træning. I bilag 2 beskrives tre eksempler på rehabiliteringsforløb.

Borgerne har brug for fysisk og psykisk støtte til at komme af sted til aktiviteter. I samarbejde med fx aktivitetscenter Hamlet og Frivilligcenteret er der etableret en fredagscafe til de borgere, som er ensomme og som har svært ved danne relationer og at indgå i de tilbud, der er i Helsingør Kommune.

Forløbene skabes ud fra fleksible rammer, så de kan tilrettelægges efter borgernes individuelle situation og mål.

6.1. Antal borgere der har modtaget social og mental rehabilitering

Der har været 146 henvendelser fra andre centre, hjemmeplejen, praktiserende læger og Forebyggelse & Visitation, hvor borgeren er vurderet ud fra kriterierne. Ud af dem er der oprettet 111 forløb af et eller flere besøg. 72 forløb er afsluttet pr. 1. marts 2018. Varigheden af de 72 forløb har i gennemsnit været på 8,06 uger.

6.2. Måling af ensomhed, selvoplevet helbred og livskvalitet før og efter rehabiliteringsforløbet

46 borgere er blevet testet på deres oplevelse af ensomhed og livskvalitet, hvor af 35 borgere både svarede ved opstart og afslutning af forløbet. 35 borgere fik målt deres selvoplevede helbredsstilstand ved start og slut af indsatsen, og 35 borgere har svaret på et spørgeskema, der måler på selvoplevet livskvalitet.

Tabel 1. Effektmåling af ensomhed, selvoplevet helbred og livskvalitet før og efter rehabiliteringsforløb

Mål	Ved opstart af forløb	Efter afsluttet forløb
Andel af borgere, som sjældent følte sig ensomme	14.3 %	34.2 %
Andel af borgere, som ofte følte sig ensomme	14.3 %	5.7 %
Selvoplevet helbredsstilstand (skala 1-10, hvor 10 er bedst)	4.9	5.8
Selvoplevet livskvalitet*	0.57	0.67

*Skalaen går fra 0-1. Og 0,57 svarer til en selvoplevet livskvalitet på 57% ligesom 0,67 svarer til 67 %, dvs. at den selvoplevede livskvalitet er øget med 10 %.

Tabel 1 viser, at der ved alle tre effektmål er sket en positiv udvikling, så borgerne efter afsluttet rehabiliteringsforløb oplever sig mindre ensomme og oplever bedre livskvalitet samt helbredsstilstand.

7. Justeringer foretaget i pilotperioden

Undervejs i pilotperioden har der været brug for at justere på målgruppen, så den også indbefattede yngre, voksne borgere, og ikke kun borgere, som søgte eller modtog hjemmepleje. Via samarbejdet med almen praksis og Center for Job og Uddannelse blev der identificeret en gruppe af borgere, som kan have gavn af en tidlig indsats i forhold til forværring af sygdom, tab af funktionsniveau og psykosociale problemstillinger.

Ved afslutning af de første forløb efter 12 uger, kom der en opmærksomhed på, at nogle af borgerne kunne have gavn af at få deres forløb forlænget. 7-10 % af borgerne fik derfor forlænget indsatsen. Forlængelsen af indsatsen kan være nødvendig pga. ventetid på de tilbud, borgeren skulle hjælpes i gang med, eller fordi det fagligt blev vurderet, at det gav mening at understøtte en udvikling af motivation hos borgeren.

Der har vist sig at være et stort behov for tæt samarbejde med pårørende, Rusmiddelcentret, plejehjem, Center for Job og Uddannelse, Frivilligcentret, de praktiserende læger, Center for Særlig Social indsats og Helsingør Rehabiliterings- og Træningscenter.

8. Opsamling

Center for Sundhed og Omsorg har i pilotperioden gjort sig værdifulde erfaringer med indsatsen om social og mental rehabilitering, og vurderer, at der er god effekt af indsatsen. Indsatsen er løbende blevet justeret til, så den imødekommer borgernes behov.

Center for Sundhed og Omsorg anbefaler, at indsatsen går fra at fungere i en pilotperiode til at blive sat i drift.

Økonomi/Personaleforhold

Byrådet har i budget 2017-2020 afsat 1.643.000 kr. årligt til social og mental rehabilitering. Derudover er der i 2017 overført ubrugte statstilskudsmidler til klippekortsordningen fra 2015 og 2016 på i alt 2.000.618 kr.

Sidstnævnte beløb blev ved årsregnskabet 2016 teknisk lagt i kommunekassen, men blev delvist tilbageført til området igen ved budgetrevisionen 31. august 2017, hvor der blev tilbageført 1.645.000 kr.

Endelig er budgettet reduceret med 150.000 kr., et beløb som er øremærket til frikøb af koordinator til rehabiliteringsindsatsen.

Samlet set var budgettet til klippekortsordningen og social og mental rehabilitering 3.138.000 kr. Heraf skal kommunen aflægge regnskab for 2.000.618 kr. til staten.

Økonomien i ordningen er vist i denne oversigt:

Klippekortsordning/Social og mental rehabilitering	2017
<i>Budget</i>	<i>3.138.000</i>
<i>Forbrug</i>	<i>1.524.787</i>
Klippekortsydelser, Hjemmeplejen	393.655
Klippekortsydelser, Private leverandører	120.570
Rehabiliteringsterapeuter, Social og mental rehabilitering	339.703
Projektimplementering i Staben, Sundhed og Omsorg	167.422
Konsulentbistand til implementeringsplanen	493.437
Revision (vedr. regnskab 2016)	10.000
<i>Mindreforbrug, FØR afregning af ubrugte statsmidler</i>	<i>1.613.213</i>
<i>Regnskab vedr. statsmidler, klippekortsordning</i>	
Overførte statsmidler fra 2015 og 2016	2.000.618
Forbrug jf. ovenstående	1.524.787
<i>Ubrugte midler, som tilbagebetales til staten i 2018</i>	<i>-475.831</i>
<i>Mindreforbrug, EFTER afregning af ubrugte statsmidler*</i>	<i>1.137.382</i>

Det fremgår af oversigten, at kommunen i 2018 forventer at skulle tilbagebetale ubrugte projektmidler til staten på 475.831 kr. Beløbet er fremkommet som forskellen mellem de overførte statsmidler 2.000.618 kr. og det faktiske forbrug på 1.524.787 kr. Det endelige tilbagebetalingsbeløb foreligger, når regnskabet er godkendt.

Efter tilbagebetalingen til staten vil der være en restsum af ubrugte midler 1.137.382 kr. som overføres til 2018. Beløbet indgår i overførselssagen.

Kommunikation/Høring

Sagen afgøres i Omsorgs- og Sundhedsudvalget.

Sagen høres i Seniorrådet.

Indstilling

Center for Sundhed og Omsorg indstiller,

at udvalget godkender, at indsatsen om social og mental rehabilitering overgår til drift.

Beslutninger Omsorgs- og Sundhedsudvalget 2018-2021 den 10-04-2018

Indstillingen godkendt.

Bilag

- 1: Beslutningssag: Social og mental rehabilitering for borgere i eget hjem
- 2: Borgercases social og mental rehabilitering
- 3: Høringssvar fra Seniorrådet - Social og mental rehabilitering

Punkt 6: Orientering: Forløbsprogram for etniske minoriteter med type 2 diabetes

17/2804

Indledning

Der er påvist tydelige forskelle i sundhedstilstanden hos etnisk danske borgere og borgere med anden etnisk baggrund. Dette ses blandt andet ved en højere forekomst af sygdomme som fx diabetes, kroniske lungesygdom og hjertekarsygdom hos borgere med etnisk minoritetsbaggrund.

I november 2014 blev det daværende Socialudvalg orienteret om at Center for Sundhed og Omsorg ville igangsætte et forløbsprogram målrettet borgere med type 2 diabetes og etnisk minoritetsbaggrund. Med denne sag fremlægges Omsorgs- og Sundhedsudvalget for erfaringer og resultater fra den 2,5-årige pilotafprøvning.

Retsgrundlag

Sundhedsloven

Relation til vision og tværgående politikker

Forløbsprogrammet har relation til kommunens vision om størst mulig livskvalitet for borgerne.

Sundhedspolitik 2017-2022 *Lev godt og længe* og særligt med henblik på politikken målsætning 2: Skabe større lighed i sundhed.

Sagsfremstilling

1. Baggrund

-

Helsingør Kommune udbyder en række forløbsprogrammer for borgere med kronisk sygdom. Forløbsprogrammerne giver deltagerne sygdomsspecifik viden, vejledning, handlekompetencer og fysisk træning med det formål at styrke deltagerens egenomsorg, forebygge komplikationer og højne livskvaliteten. Forløbsprogrammerne har få deltagere med anden etnisk baggrund end dansk. Dette på trods af, at forekomsten af blandt andet type 2 diabetes er større blandt denne gruppe sammenlignet med etnisk danske borgere. Det vurderes, at sprogbarrierer er den væsentligste årsag hertil.

I november 2014 blev det daværende Socialudvalg orienteret om, at Center for Sundhed og Omsorg ville afprøve et forløbsprogram målrettet borgere med etnisk minoritetsbaggrund som led i den forebyggende indsats. Senest blev Socialudvalget i april 2016 orienteret om en status på forløbsprogrammet. Center for Sundhed og Omsorg har evalueret forløbsprogrammet i perioden 2015-2017 og fremlægger hermed resultater og erfaringer.

2. Beskrivelse af forløbsprogrammet

-

Målgruppen for forløbsprogrammet er voksne borgere diagnosticeret med type 2 diabetes, som har behov for tolk. Det 12 ugers forløb består af 7 undervisningsgange samt træning 2 gange om ugen. Opbygning og indhold ligner det dansksprogede forløbsprogram for diabetes. Dog lægges der særligt vægt på forskellige sårbarheder, sundhedsopfattelser og den interkulturelle kommunikation i dialogen med borgerne.

Undervisning og træning foregår på Plejehjemmet Montebello. Her er der opbygget et kompetent team med en koordinator, en forløbssygeplejerske og tre fysioterapeuter. Dertil kommer et godt samarbejde med en praktiserende læge, en diætist og en fodterapeut, som står for dele af den sygdomsspecifikke undervisning.

En gennemgående enten tyrkisk eller arabisk tolk følger deltagerne gennem forløbet, og tolkene fungerer som brobyggere såvel som oversættere. De to tolke er brobyggere i den forstand, at de bidrager til rekruttering og indgår i en dialog med underviserne i forhold til at forstå deltagernes udfordringer. Derudover er tolkene med til at fastholde deltagerne ved fx at ringe op, hvis en deltager udebliver fra undervisning.

3. Deltagerne

Siden pilotopstarten i efteråret 2015 har 6 hold med i alt 45 borgere været gennem forløbet. Gennemsnitsalderen blandt deltagerne er 56 år. I pilotperioden er den yngste deltager 45 år og den ældste 77 år. Der ses et stort forebyggelsespotentiale, da mange af deltagerne er i den erhvervsaktive alder. Bedre sygdomshåndtering og forebyggelse af komplikationer kan være med til at gøre deltagerne mere klar til arbejdsmarkedet.

Forløbet begyndte som et tilbud til tyrkisktalende kvinder. Siden er det udvidet til tyrkisktalende mænd og arabisktalende kvinder og mænd. Blandt deltagerne er 44 % arabisktalende, mens 56 % er tyrkisktalende.

4. Deltagernes egne rapporteringer om udbytte og tilfredshed med forløbet

-

Ved afslutning af hvert forløb evaluerer deltagerne forløbet gennem spørgeskemabesvarelser og en mundtlig tilbagemelding. Deltagerne rapporterer generelt om stor tilfredshed og udbytte.

Deltagerne bliver bedt om at angive de tre vigtigste ting, de har fået ud af forløbet. En større sygdomsforståelse, viden om kost og motion samt socialt samvær med andre personer med diabetes er gennemgående. Desuden er der flere, der kommenterer, at tolken har været en stor hjælp. Alle deltagerne angiver at have fået et socialt netværk til brug i hverdagen og vil anbefale forløbet til andre med type 2 diabetes. Opsummerende siger en deltager: *"Jeg er blevet mere bevidst, det har været en øjenåbner."*

5. Målbare effekter

-

Nedenfor fremgår deltagernes fysiske testresultater umiddelbart før og efter forløbet. Resultaterne omfatter de deltagere, der er mødt op til en start- og slutsamtale. Det betyder, at der også indgår resultater fra deltagere, der kun har haft sporadisk fremmøde i træningen. Det er derfor med dette forbehold at resultaterne skal fortolkes.

Resultaterne viser, at der er forbedringer fra starttest til slutttest (tabel 1). Når vi tester hvor langt deltagerne kan gå på 6 minutter, ses en gennemsnitlig forbedring på 76 meter. En rejse-sætte-sig test viser en gennemsnitlig forbedring på 3 gentagelser. Det er beskedne forbedringer, som blandt andet kan forklares med, at de fleste af deltagerne måtte holde pauser undervejs i testen på grund af kroniske smerter, dårligt fodtøj eller føleforstyrrelser i fødderne. Deltagerne har et gennemsnitligt vægttab på 3,3 kg og har mindsket livviden med 10 cm, hvilket er meget positivt.

Tabel 1. Gennemsnitlige testresultater fra før- og slutttest hos 28 deltagere

Test	Gennemsnit før test	Gennemsnit efter test	Gennemsnitlig forbedring på 12 uger
6 minutters gangtest	407 meter	483 meter	76 meter

Rejse-sætte-sig test (30 sek.)	11 gentagelser	14 gentagelser	3 gentagelser
Vægt	86,4 kg	83,1 kg	3,3 kg
Livvide	106 cm	96 cm	10cm

46 % af deltagerne har forbedret deres blodtryk, men 31 % har uændret blodtryk og 23 % har forværret deres blodtryk. Resultaterne for blodtryk er baseret på kun 30 % af det fulde deltagerantal, da den resterende andel af deltagere ikke har gennemført målingerne. Som følge heraf er disse resultater mere usikre.

Der er en tendens til at særligt de kvindelige deltagere har haft en gavnlig effekt af forløbet. En stor andel af kvinderne har forbedret deres blodtryksværdier, mindsket deres livvide og tabt sig i vægt. Der ses en mindre, men dog positiv, effekt for mændene i forhold til blodtrykstatus og vægt.

6. Rekruttering og borgergrundlag

-

Forløbsprogrammet kræver en løbende og relativ stor rekrutteringsindsats, som der skal afsættes tid af til. Minimumskravet for at oprette et hold har hidtil været 6 deltagere. Center for Sundhed og Omsorg anbefaler, at denne grænse sættes op til 10, for at gøre holdene mindre sårbare i tilfælde af frafald. Centret vurderer, at der er borgergrundlag til 2-3 forløb om året.

I situationer med små hold er forløbet blevet tilpasset. Fx har der været gode erfaringer med at afholde undervisningsmoduler på tværs af hold. Fremadrettet ønsker Center for Sundhed og Omsorg at udbrede træningen til borgere med andre udvalgte diagnoser. På Helsingør Trænings- og Rehabiliteringscenter er der i dag fælles træning for borgere med hjertesygdom og diabetes. Det samme kan gøre sig gældende for borgere med behov for tolk. Det er tilpasninger, der er med til at holde de økonomiske udgifter nede, samtidig med at forløbsprogrammet kan komme flere borgere til gode.

7. Vedholdende støtte

-

Erfaringer med målgruppen viser, at det for de mest sårbare deltagere er nødvendigt med en støtte, for at sikre fremmøde gennem forløbet. Relationen mellem undervisere, tolk og deltagere har være vigtig for at kunne fastholde motivationen. Til gengæld vurderer Center for Sundhed og Omsorg, at det har været indsatsen værd, idet en betydelig del af deltagerne har flyttet sig fysisk og mentalt undervejs i forløbet.

8. Den fremadrettede indsats på baggrund af piloterfaringer

-

Evalueringen af pilotperiodens resultater viser gode effekter. En forudsætning for, at forløbsprogrammet sættes i drift fra 2019 er, at der findes driftsmidler. Center for Sundhed og Omsorg vil organisatorisk sikre, at den nye afklarende samtale *Din sundhed – din samtale* fremadrettet bliver borgernes indgang til forløbsprogrammet med tolk sammen med kommunens øvrige patientrettede forebyggelsestilbud.

Økonomi/Personaleforhold

I pilotperioden har udgifter til forløbsprogrammet været finansieret af midler til udvikling af forløbsprogrammerne. Midler, der er givet som en del af økonomiaftalerne (på lov og cirkulære programmerne). Udgiften til udvikling af diabetesforløbet med tolk har i pilotperioden været ca. 100.000 kr. pr. hold, idet projektlederrollen har været finansieret over personalekontoen i Sekretariatet for Sundhed og Omsorg. For 2018 og frem forventes idriftsættelse af forløbsprogrammet med tolk derfor fortsat at være på ca. 100.000 kr. pr. hold.

Der er således kun finansiering til forløbsprogrammet til og med 2018 af midlerne til udvikling af forløbsprogrammer, idet udviklingsmidlerne forudsætter at kommunen selv finder midler til at sætte programmerne i drift. Derfor vil en videreførsel kræve budgettilførsel eller omfordeling af eksisterende midler afsat til sundhedsområdet.

Kommunikation/Høring

Sagen afgøres i Omsorgs- og Sundhedsudvalget.

Sagen giver ikke anledning til særskilt kommunikation.

Indstilling

Center for Sundhed og Omsorg indstiller,

at orientering foretages.

Beslutninger Omsorgs- og Sundhedsudvalget 2018-2021 den 10-04-2018

Orientering foretaget.

Punkt 7: Beslutning: Anlægsregnskab "Pulje til intelligente investeringer"

18/6937

Indledning

Center for Sundhed og Omsorg har udarbejdet anlægsregnskab for anlægssagen "Pulje til intelligente investeringer".

I overensstemmelse med Helsingør Kommunes principper for økonomistyring søges regnskabet hermed godkendt. Da anlægsbevillingen overstiger 2 mio. kr., skal sagen forelægges både Omsorgs- og Sundhedsudvalget, Økonomiudvalget og Byrådet.

Retsgrundlag

Principper for økonomistyring.

Relation til vision og tværgående politikker

Sagen har ingen direkte relation til vision eller tværgående politikker.

Sagsfremstilling

På Omsorgs- og Sundhedsudvalgets område er der udarbejdet anlægsregnskab for "Pulje til intelligente investeringer":

(1.000 kr.)	Anlægs- bevilling	Regnskabs- resultat	Mer-/ mindreforbrug*
Pulje til intelligente investeringer	4.972	4.825	-147

* Merforbrug/mindreindtægt +, Mindreforbrug/merindtægt -

Anlægssagen "Demensvenlig indretning plejehjem og træningscenter" blev ligeledes afsluttet ved udgangen af 2017. Dette anlæg havde et merforbrug på 157.386 kr. og skal ses i sammenhæng med nærværende anlæg, der har et mindreforbrug på 146.900 kr. Samlet set er der et merforbrug på disse to sager på 10.486 kr., som finansieres af kommunekassen.

Byrådet vedtog i forbindelse med anlægsplanen for 2012-2015 en pulje til investering i intelligente investeringer (velfærdsteknologi ældreområdet). Puljen er anvendt til indkøb, drift og vedligeholdelse af PDA'er, udrulning af hverdagsrehabilitering, demensvenlig indretning og indkøb af velfærdsteknologi. Fx er der investeret i Triage, som er et arbejdsredskab, der bruges til at registrere og inddele borgere efter grundlæggende (habituel) eller ændret almen tilstand. Således sikres det, at patienter med størst behov bliver behandlet først.

Økonomi/Personaleforhold

Jf. sagsfremstillingen.

Kommunikation/Høring

Sagen afgøres i Byrådet.

Sagen giver ikke anledning til særskilt kommunikation eller høring.

Indstilling

Center for Sundhed og Omsorg indstiller,

at anlægsregnskabet godkendes.

Beslutninger Omsorgs- og Sundhedsudvalget 2018-2021 den 10-04-2018

Indstillingen anbefales.

Bilag

1: Anlægsregnskab

Punkt 8: Beslutning: 2 mindre anlægsregnskaber til godkendelse

18/6864

Indledning

Center for Sundhed og Omsorg har udarbejdet 2 mindre anlægsregnskaber:

- Demensvenlig indretning på plejehjemmet Falkenberg
- Demensvenlig indretning plejehjem og træningscenter

I overensstemmelse med Helsingør Kommunes principper for økonomistyring søges regnskaberne hermed godkendt. Da anlægsbevillingerne er under 2 mio. kr., skal sagerne alene forelægges Omsorgs- og Sundhedsudvalget.

Retsgrundlag

Principper for økonomistyring.

Relation til vision og tværgående politikker

Sagen har ingen direkte relation til vision eller tværgående politikker.

Sagsfremstilling

Resultatet for projekterne fordeler sig således: (1.000 kr.)

	Anlægs- bevilling	Regnskabs- resultat	Mer-/ mindreforbrug*
Demensvenlig indretning plejehjemmet Falkenberg	Udgift 441	42	42
	Indtægt -441		
Demensvenlig indretning plejehjem og træningscenter	Udgift 1.800	157	157
	Indtægt- 1.800		
I alt	0	199	199

* Merforbrug/mindreindtægt +, Mindreforbrug/merindtægt -

Anlægssagen "Pulje til intelligente investeringer" der ligeledes er afsluttet ved udgangen af 2017 omhandler også bl.a. demensvenlig indretning. Da "Pulje til intelligente investeringer" har et mindreforbrug på 146.900 kr., er der samlet set for de 3 anlæg tale om et merforbrug på 52.534 kr., som finansieres af kommunekassen.

1. Demensvenlig indretning, Plejehjemmet Falkenberg

-

Der er afholdt i alt 483.296 kr. til demensvenlig indretning på Plejehjemmet Falkenberg. Formålet har været at styrke tryghed, livskvalitet og trivsel for beboere med demenslignende symptomer eller demens. Anlægsprojektet er finansieret fra Sundheds- og Ældreministeriet med 441.000 kr.

Der er et merforbrug på 42.048 kr., som skyldes at Sundheds- og Ældreministeriet først har informeret Helsingør Kommune efter udgiftens afholdelse, om at tilskuddet på 441.000 kr. også skulle dække momsudgifter. Merforbruget finansieres af kommunekassen.

2. Demensvenlig indretning, plejehjem og træningscenter

-

I Finanslov 2016 blev der stillet krav til alle kommuner om at udarbejde en værdighedspolitik. Samtidig blev der disponeret 1 mia.kr. til fordeling mellem landets kommuner. Disse midler skal gå til en mere værdig ældrepleje. Helsingør Kommunes andel er 12.672.000 årligt. Helsingør Kommunes værdighedspolitik hedder "Politik for et værdigt ældreliv" og dette anlægsprojekt er en del af disponeringen af værdighedsmidlerne i 2016.

Der er et merforbrug på 157.386 kr., hvilket skal ses i sammenhæng med mindreforbrug på 146.900 kr. i anlægssagen "Pulje til intelligente investeringer".

Økonomi/Personaleforhold

Jf. sagsfremstillingen.

Kommunikation/Høring

Sagen afgøres i Omsorgs- og Sundhedsudvalget.

Sagen giver ikke anledning til særskilt kommunikation eller høring.

Indstilling

Center for Sundhed og Omsorg indstiller,

at de 2 anlægsregnskaber godkendes.

Beslutninger Omsorgs- og Sundhedsudvalget 2018-2021 den 10-04-2018

Indstillingen godkendt.

Bilag

1: anlægsregnskab, Demensvenlig indretning Plejehjemmet Falkenberg

2: Anlægsregnskab, Demensvenlig indretning plejehjem og træningscenter

Punkt 9: Orientering: Kommende sager i Omsorgs- og Sundhedsudvalget

17/28618

Sagsfremstilling

1. Sager til behandling_på kommende udvalgsmøder

<i>Sag/Overskrift</i>	<i>Ansvarligt center</i>	<i>Mødedato</i>
		Løbende
Status - Det sammenhængende borgerforløb	Erhverv, Politik og Organisation	08-05-2018
Sundhedsfaglige tilsyn	Særlig Social Indsats	08-05-2018
Orientering om kvalitetsstandarder	Sundhed og Omsorg	08-05-2018
Hjælpe-middelcentralen	Sundhed og Omsorg	08-05-2018
Fritvalgsordning på madlevering	Sundhed og Omsorg	08-05-2018
Godkendelse af fælles handleplan for sundhed og beskæftigelse	Sundhed og Omsorg/ Job og Uddannelse	08-05-2018
Sundhedsprofil 2017	Særlig Social Indsats	08-05-2018
Møde med regionspolitikere	Sundhed og Omsorg	29-05-2018
Budgetrevision pr. 30. april 2018	Økonomi og Ejendomme	07-06-2018
Budgetforslag 2019-2022	Økonomi og Ejendomme	07-06-2018
Et værdigt ældreliv	Sundhed og Omsorg	07-06-2018
Aktiviteter i handleplanen til værdighedspolitikken	Sundheds og Omsorg	07-06-2018
Status på HRT-analysen	Sundhed og Omsorg	07-06-2018
Fællesmøde med Seniorrådet	Sundhed og Omsorg	06-09-2018
Udmøntning af budgetforlig 2018-2021 – Kontinuitet og sammenhæng i hjemmeplejen	Sundhed og Omsorg	06-09-2018
Budgetrevision pr. 31. august 2018	Økonomi og Ejendomme	11-10-2018
Godkendelse af kvalitetsstandarder på ældreområdet fra 1. januar 2019	Sundhed og Omsorg	Ultimo 2018
Magtanvendelser 2018	Erhverv, Politik og Organisation/	Primo 2019

	Særlig Social Indsats/ Sundhed og Omsorg	
Regnskab 2018	Økonomi og Ejendomme	Primo 2019
Driftsoverførsler fra regnskab 2018-2019	Økonomi og Ejendomme	Primo 2019

2. Ikke datofastsatte sager til behandling på kommende udvalgsmøder

<i>Sag/Overskrift</i>	<i>Ansvarligt center</i>	
Nyt Sundhedshus	Sundhed og Omsorg	Løbende
Rekruttering og fastholdelse i Center for Sundhed og Omsorg	Sundhed og Omsorg	Løbende
Konsekvenser ved ny dokumentationsmetode og omsorgssystem	Sundhed og Omsorg	Løbende
Indsatser for at forebygge indlæggelser	Sundhed og Omsorg	
Resultaterne omkring triagering efter fuld implementering	Sundhed og Omsorg	
Kultur på recept	Sundhed og Omsorg	
Ankeafgørelser – orientering	Borgerservice, IT og Digitalisering Særlig Social Indsats Sundhed og Omsorg	
En indgang til forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom	Sundhed og Omsorg	
Forløbsprogrammer for erhvervet hjerneskade	Sundhed og Omsorg	

Beslutninger Omsorgs- og Sundhedsudvalget 2018-2021 den 10-04-2018

Orientering foretaget.

Ændringer

- Rekruttering og fastholdelse i Center for Sundhed og Omsorg – 8. maj 2018.
- Sagen vedr. Hjælpemiddeldepot rykkes til 7. juni 2018.

Ny sag

-

- Studietur for udvalget – medio 2018

Punkt 10: Meddelelser/Eventuelt

17/28614

Beslutninger Omsorgs- og Sundhedsudvalget 2018-2021 den 10-04-2018

Sundhedsprofil 2017

Bente Borg Donkin (F) opfordrede til, at viden fra Sundhedsprofil 2017 viderebringes til børn og ungeområdet.

Udvalget foreslog et oplæg om emnet på kommende møde.

Direktør Stella Hansen foreslog en eventuel fællesdrøftelse med Børne- og Uddannelsesudvalget, om forebyggende indsatser for børn og unge.

Center for Sundhed og Omsorg undersøger muligheder og vender tilbage.

Fællesmøde med Seniorrådet

-

Udvalget evaluerede kort mødet med Seniorrådet.

Centerchef Margrethe Kusk Pedersen redegjorde for borgeres muligheder at benytte cafeerne på kommunens plejehjem.