



ALLERØD KOMMUNE

Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Møde nr. 19

Mødet blev holdt onsdag den 26. august 2015 på Rådhuset i Mødelokale C.
Mødet begyndte kl. 09:00 og sluttede kl. 10:00.

Medlemmer: Formand - Birgitte A. Rasmussen (V), Næstformand - Poul Albrechtsen (O),
Henriette Gedde (A), Olav B. Christensen (V)

Afbud: Gurli Nielsen (C)

1. Bemærkninger til dagsordenen	1
2. Meddelelser	2
3. Medfinansiering status og evaluering 2015 samt budget 2016 - 2019	3
4. Sundhedsaftale III og implementeringsplan 2016	6
5. Ændring af ældremilliarden til bloktilskud fra 2016	9

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**1. Bemærkninger til dagsordenen**

Sagsnr.: 14/19447

Punkttype -**Tema** -**Sagsbeskrivelse** -**Administrationens
forslag** -**Afledte
konsekvenser** -**Økonomi og
finansiering** -**Dialog/høring** -**Bilag** Nej**Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 26-
08-2015**

Til efterretning.

Fraværende Henriette Gedde
Gurli Nielsen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**2. Meddelelser**

Sagsnr.: 14/19445

Tema

- Takkebrev fra foreningen Smiley:Days
- Frivillighedspris

Administrationens forslag -

Økonomi og finansiering -

Dialog/høring -

Bilag Nej

**Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 26-
08-2015**

Til efterretning.

Fraværende Henriette Gedde
Gurli Nielsen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**3. Medfinansiering status og evaluering 2015 samt budget 2016 - 2019**

Sagsnr.: 15/9497

Punkttype	Orientering
Tema	Udvalget orienteres om udviklingen i den kommunale medfinansiering samt budget medfinansiering 2016 – 2019.
Sagsbeskrivelse	<p>Med kommunalreformen 2007 blev indført kommunal medfinansiering af Somatiske og psykiatriske sygehusydelse samt sygesikringsydelse. Fra 2012 blev den kommunale medfinansiering ændret fra at indeholde et grundbidrag pr. borger/kommune samt aktivitetsbestemt medfinansiering til udelukkende at bestå af aktivitetsbestemt medfinansiering. Dermed blev takster og betalingslofter hævet.</p> <p>I perioden fra 2012 til senest forventet regnskab 2015 har medfinansieringsudgifterne i planområde nord været stigende. Udgifterne til medfinansiering i Allerød Kommune har tilsvarende været stigende. Udviklingen vises i vedlagte bilag. Særligt i 2014 er der tale om en kraftig stigning i den aktivitetsbestemte medfinansiering omkring Nordsjællands Hospital. Konkret viser sammenligninger med afregningerne på landplan, at de øvrige regioners afregninger ligger på det forventede niveau, at Region Hovedstaden samlet ligger ca. 2 % under niveau, mens kommunerne i planområde nord ligger op til 6 % over.</p> <p>På denne baggrund har der været afholdt en række møder mellem direktørgruppen for de nordsjællandske kommuner og Region Hovedstaden, uden at der er opnået konkrete konklusioner eller løsninger. Problemstillingen er efterfølgende rejst i KKR og K29 regi, og der afventes en samlet plan og analyse af mulighederne for gennemsigtighed fra Region Hovedstaden i august 2015. Dette materiale forventes fremlagt på KKU (Kommunekontaktudvalget) mødet 20. august 2015.</p> <p>Økonomiaftalen for 2016 indebærer en forventet reduktion af medfinansieringsudgifterne til regionen i forhold til den reviderede ramme for medfinansieringsudgifter for 2015. Reduktionen skyldes en nedregulering af DRG taksterne fra 2015-2016, som konsekvens af den øgede produktivitet på sygehusene i 2014. Det korrigerede budgetforslag for 2016 for Allerød er 5,1 mio.kr. højere end KL's udmelding for 2016 i 2015 priser. Den væsentligste årsag er en aktivitetsvækst i Allerød Kommune, som er over landsgennemsnit i 2014 og 2015. Hvis landsresultatet, som i 2014, ender over aftaleniveau, bliver meraktiviteten fordelt blandt alle</p>

kommuner efter bloktilskudsnøglen, og vil blive udbetalt med midtvejsreguleringen i 2017.

For årene 2017-2019 er der i økonomiaftalen hverken indregnet aktivitets- eller produktivitetsvækst. Økonomiaftalen indebærer således, at Allerød Kommune bør opleve uændrede udgifter til medfinansiering i årene 2017-2019 i forhold til 2016. Som følge af stigningstendensen i 2014-2015 og borgersammensætningen i Allerød Kommune skønner forvaltningen, at der er sandsynlighed for, at kommunen kan opleve en stigning også i disse år. Derfor er der i årene 2017-2019 indregnet en årlig stigning i medfinansieringsudgifterne på 0,5 %.

Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og regeringen har som opfølgning på økonomiaftalerne fra 2014 gennemført en evaluering af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet. Evalueringen er afsluttet med en rapport, der blev offentliggjort ultimo maj 2015.

I rapporten fremgår det at flere kommuner påpeger, at medfinansieringen har en aftagende effekt på deres motivation, fordi de oplever, at der ikke er sammenhæng mellem deres indsats på sundhedsområdet og størrelsen på den regning, de modtager fra regionen.

Evalueringen peger på tre mulige ændringer af den nuværende model:

1. Målret medfinansieringen

Medfinansieringen øges på områder, hvor kommunerne har en reel mulighed for forebyggelse. Der peges på uhensigtsmæssige indlæggelser, ældre og udvalgte diagnoser

2. Fjern uhensigtsmæssige incitament

Regionernes økonomi hænger sammen med antallet af aktiviteter – jo flere indlæggelser, jo flere penge. For at undgå uhensigtsmæssige regionale incitament i samarbejdet med kommunerne foreslår evalueringen, at loftet for medfinansiering sænkes, så ”toppen” af sygehusenes aktiviteter finansieres af staten

3. Lad kommunerne betale til staten

For at modvirke modsatrettede incitament og undgå konflikter mellem kommuner og regioner gøres medfinansieringen til et anliggende udelukkende mellem stat og kommune

Forvaltningen vurderer på baggrund af erfaring og de sidste års udvikling og udgiftsøgning, at det er afgørende, at der i en tilrettet eller ny model opnås gennemsigtighed og dataadgang, der sikrer styring og øget adgang til at understøtte incitamentsstrukturen, hvis denne fastholdes. I dag er der ikke tilstrækkelig adgang til at dokumentere de økonomiske effekter og mindreudgifter en indsats kan generere, hvorfor det er vanskeligt at geninvestere i forebyggelse af øget forbrug af sundhedsydelser og som sådan skabe gennemsigtighed i en business case i forhold til en indsats. Dette virker demotiverende og undertiden som en barriere.

Endelig vurderer forvaltningen, at det vil være hensigtsmæssigt at ændre modellen mod differentieret medfinansiering for at fastholde incitamentstanken, ligesom det virker relevant at overveje incitamentet for regionen.

Administrationens forslag	Forvaltningen foreslår, at udvalget tager orienteringen til efterretning.
Afledte konsekvenser	-
Økonomi og finansiering	-
Dialog/høring	Ældreråd og handicapråd
Bilag	Notat status og evaluering af medfinansiering 2015 og budget 2016 - 2019.pdf
Beslutning Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017 den 26-08-2015	<hr/> Udvalget tog orienteringen til efterretning. Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.
Fraværende	Henriette Gedde Gurli Nielsen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**4. Sundhedsaftale III og implementeringsplan 2016**

Sagsnr.: 15/5910

Punkttype Beslutning**Tema** Udvalget anmodes om at godkende svar med bemærkninger vedrørende Sundhedsaftale III implementeringsplan for 2016.**Sagsbeskrivelse** Sundhedsaftale III mellem regionen og kommunerne for perioden 2015 – 2018 blev godkendt i Allerød Byråd den 27. januar 2015. Sundhedsaftalen er opdelt i en politisk og en administrativ del. Den administrative del har været i høring efteråret 2014, og er efterfølgende godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget.

Det endelige forslag til Sundhedsaftalen mål og handlinger er baseret på de fire politiske visioner:

- At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer.
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen

I den administrative aftale er de politiske målsætninger og visioner konkretiseret og uddybet i forhold til bl.a. de obligatoriske indsatsområder og målgrupper. Den administrative aftale udgør således rammen for det konkrete udviklings- og driftssamarbejde mellem kommuner, hospitaler og praksissektoren.

I forhold til implementeringen af de aftaler der ligger i Sundhedsaftalen, er der udarbejdet en omfattende implementeringsplan for processerne i perioden 2015 – 2018. Indsatserne for 2015 er godkendt og arbejdsgrupper til sundhedsaftalens implementering 2015 er nedsat. Planen for 2015 er tænkt udgiftsneutral, idet det ikke har været muligt at budgetterer med indsatserne, da planen først lå klar efter de kommunale budgetter var godkendt.

Forvaltningen har nu modtaget implementeringsplanen for 2016 til

kommentering, idet denne skal godkendes endeligt i Sundhedskoordinationsudvalget den 2. oktober 2015. Det er aftalt, at implementeringsplanerne skal udarbejdes i så god tid, at de kan indgå i budgetprocesserne i kommunerne for det kommende år. Forslag til Implementeringsplanen for 2016 er udsendt til kommunerne nu for at sikre opmærksomhed på, at den indarbejdes i budgetprocessen.

I forhold til den videre proces og godkendelse af Implementeringsplanen for 2016, ønsker Embedsmandsudvalget for Sundhed, at kommunerne giver bemærkninger i forhold til:

- A. Tilkendegivelse om kommunen har implementeringsplanens forslag med i det kommende års budget
- B. Bemærkninger til Implementeringsplanen for 2016, med henblik på endelig godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget. Kommunerne bedes primært forholde sig til, om det er de rette indsatser, der er placeret i 2016, og i mindre grad kommentere på indholdsdelen, som senere udfoldes i de relevante arbejdsgrupper.

Forvaltningen har udarbejdet udkast til bemærkninger på baggrund af de foreliggende oplysninger, idet implementeringsplanens budgetskøn, på baggrund af byrådet godkendelse af Sundhedsaftale III, er indarbejdet i det administrative budget for 2016.

I forhold til selve implementeringsplanen anbefaler forvaltningen, at denne godkendes med supplerende bemærkning om, at indsats 33: tilbud om alkohol- og tobaksintervention bør sammentænkes med indsats 70 om træning forud for planlagte operationer. Desuden tilkendes generel bekymring i forhold til de mange opgaver, der forudsætter øgede kompetencer og ressourcer de kommende år.

Administrationens forslag

Forvaltningen forslår, at udvalget godkender det udarbejdede svar med bemærkninger vedrørende budgettering og implementeringsplan, til det fælles sundhedssekretariat.

Afledte konsekvenser

-

Økonomi og finansiering

Udgifterne vedrørende implementering af Sundhedsaftale III er indarbejdet i budgetoplæg 2016-2019 (statusnotat 2), som følges op med statusnotat 3 på ØU den 8. september 2015.

Dialog/høring

Ældreråd og handicapråd.

Bilag

Implementeringsplanen for sundhedsaftale III 2015 - 2018
Implementeringsplanen for 2016
Udkast til bemærkninger vedr. sundhedsaftale III

**Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 26-
08-2015**

Udvalget godkendte Forvaltningens forslag.

Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.

Fraværende

Henriette Gedde
Gurli Nielsen

SUNDHEDS- OG VELFÆRDSUDVALGET 2014-2017**5. Ændring af ældremilliarden til bloktilskud fra 2016**

Sagsnr.: 15/11327

Punkttype	Beslutning
Tema	Som følge af, at puljen afsat til ældre fra finanslovsaftalen for 2014 den såkaldte "ældremilliard" indgår i bloktilskuddet fra 2016, anmodes udvalget om tage stilling til oversendelse af de foreslåede besparelser til Økonomiudvalget, således at de kan indgå i budgetforhandlingerne 2016-2019.
Sagsbeskrivelse	<p>I økonomaftalen for 2016 mellem Regeringen og Kommunernes Landsforening, fremgår det, at Regeringen vil arbejde for, at prioriteringer af de kommunale velfærdsområder ikke sker i form af puljer eller med bindinger på kommunernes muligheder for at prioritere.</p> <p>I forlængelse heraf er der enighed om at omlægge ældremilliarden fra finanslovsaftalen 2014 til bloktilskuddet fra 2016. Det vil spare kommunerne for bureaukrati og samtidig styrke kommunernes mulighed for prioritering af midlerne.</p> <p>For Allerød Kommune er der tale om et årligt puljebeløb på 4.362.000 mio.kr. (2015-tal), der i 2014 og 2015 er anvendt til indsatser på ældreområdet. Alle indsatser er prioriteret og besluttet i Sundheds- og Velfærdsudvalget.</p> <p>Som følge af økonomaftalen for 2016, vil beløbet fremover indgå i bloktilskuddet og dermed i kommunens samlede økonomiske ramme. Konkret bevirker ændringen, at det samlede beløb i lighed med udvalgets øvrige prioriteringer, skal vurderes i forhold til besparelspotentialer og konsekvenser af ændringerne.</p> <p>I 2015 er det samlede beløb anvendt til en række politisk besluttede indsatser på ældreområdet. En stor andel er bundet direkte i konkrete ansættelser til håndtering og løsning af de prioriterede opgaver, mens de resterende midler anvendes til indsatser der er mere tidsbegrænsede.</p> <p>De konkrete indsatser er:</p> <ul style="list-style-type: none">· Genoptræning· Aktivitet og hverdagsrehabilitering på plejecentre· Ernæringsindsats på plejecentre og hos hjemmeboende borgere· Ekstra nærvær til de svageste ældre· Hverdagsrehabilitering· Hjælpemidler· Administration

På baggrund af ændringen til bloktilskud fra 2016, har forvaltningen gennemgået indsatserne og prioriteret dem i forhold til mulige besparelser efter samme model, som det allerede udarbejdede besparelseskatalog på Ældre- og Sundhedsområdet.

Forvaltningens vurdering er, at det samlede beløb, der kan anbefales til at indgå i besparelserne for 2016 er 1.580.736 kr./årligt (2015-tal). De resterende midler 2.781.264 kr. er bundet i faste stillinger, der løser indsatser af forebyggende og sundhedsfremmende karakter.

Gennemføres de anbefalede besparelser vil det betyde:

1. En mindre omfattende ernæringsindsats, idet det primært vil være kompetenceudvikling af personalet og skærpet indsats hos de hjemmeboende borgere, der vil ophøre. Dette øger risiko for udvikling af underernæring og dermed sygdomsudvikling
2. Mindre tid til ekstra nærvær hos de svageste ældre på plejecentre og hos de hjemmeboende
3. Bortfald af tilbud om aldersbetinget bevilling af hjælpemidler
4. Bortfald af administration og styring af forbruget til de omtalte indsatser.

Efter forvaltningens vurdering vil bortfald af de øvrige indsatser føre til et øget samlet udgiftsniveau på området. Det skyldes, at indsatser som hverdagsrehabilitering og fastholdelse af træningsindsatser ikke vil kunne opretholdes i samme omfang. Konkret vil det betyde længere indlæggelsestid på midlertidig gang og dermed i sidste ende flere ventedage og større risiko for fald og komplikationer med indlæggelser til følge.

Administrationens forslag

Forvaltningen foreslår, at udvalget indstiller de foreslåede besparelser til Økonomiudvalget, idet det udarbejdede oversigtsmateriale derefter kan indgå i budgetforhandlingerne for 2016-2019.

Afledte konsekvenser

-

Økonomi og finansiering

Bevares beløbet uændret og fordelt som i 2015 er der ingen økonomiske konsekvenser.

Gennemføres de anbefalede besparelser vil det betyde et samlet beløb på 1.580.736 kr./år, der kan indgå i kommunens samlede økonomi.

Spares alle indsatser væk vil det betyde et samlet beløb på 4.362.000kr./år (2015-tal), der kan indgå i kommunens samlede økonomi.

Dialog/høring

Ældreråd og handicapråd

Bilag

Status ældremilliard 2015 og bloktilskud fra 2016

**Beslutning
Sundheds- og
Velfærdsudvalget
2014-2017 den 26-
08-2015**

Udvalget indstiller til Økonomiudvalget, at beløbet fra ældremilliarden fortsat anvendes på ældreområdet, idet alle indsatser skal fortsætte.

Der forelå høringssvar fra Ældrerådet. Taget til efterretning.

Fraværende

Gurli Nielsen

Signeret af:

Birgitte A. Rasmussen
Formand

Poul Albrechtsen
Næstformand

Henriette Gedde
Medlem

Olav B. Christensen
Medlem

**Bilag: 3.1. Notat status og evaluering af medfinansiering 2015 og budget 2016 -
2019.pdf**

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 26. august 2015 - Kl. 9:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 61082/15

NOTAT

Medfinansiering status 2015 og budget 2016-2019

Medfinansiering

Med kommunalreformen 2007 blev indført kommunal medfinansiering af somatiske og psykiatriske sygehusydelse samt sygesikringsydelse.

Fra 2012 blev den kommunale medfinansiering ændret fra at indeholde et grundbidrag pr. borger/kommune samt aktivitetsbestemt medfinansiering til udelukkende at bestå af aktivitetsbestemt medfinansiering. Dermed blev takster og betalingslofter hævet. Samtidig blev det vedtaget i regeringens økonomiaftale, at medfinansieringsudgiften blev flyttet fra servicerammen. Baggrunden var, at kommunerne reelt har ringe indflydelse på aktivitetsniveauet, og derfor kunne risikere at få undergravet den sanktionsbehæftede serviceramme pga. aktivitetsøgning udenfor de områder kommunerne kan påvirke.

Incitamenter til ændret opgaveløsning mellem kommune og region

Incitamenter til ændret opgaveløsning skal ses i forhold til det borgerrelaterede-, det faglige-, det tværsæktorielle-, det forebyggende og det økonomiske perspektiv. I dette notat er der taget udgangspunkt i det økonomiske perspektiv med mulige effekter på medfinansiering gennem kommunale indsatser og prioriteringer.

Konkret er den kommunale finansiering steget, omend det fortsat kun er en mindre andel af regionens udgifter som dækkes af den kommunale medfinansiering. Heri ligger et skisma, idet kommunerne kun betaler en mindre del af den reelle regionsudgift, hvorfor en kommunal indsats ofte kan være dyrere end medfinansieringsudgiften. Hermed mangler kommunerne økonomisk incitament til at iværksætte tiltag.

En udfordring i forhold til forebyggende indsatser og hjemtagning af opgaver er, at sygehusene økonomisk er bundet op på at levere et fastsat aktivitetsniveau. Således kan færre patienter på ét område betyde, at der produceres mere på et andet område samlet set.

Set i et afgrænset økonomisk perspektiv i forhold til en kommunal indsats for at styre medfinansieringsudgifterne, er det vanskeligt at isolere og dokumentere årsager og sammenhænge, og dermed om der er opnået en besparelse. Et særligt forhold i den forbindelse er Allerød kommunes størrelse, idet der er få borgere, der modtager behandlinger på bestemte diagnoser, og dermed kan tilfældige udsving overskygge effekterne af en indsats.

Udvikling af medfinansiering generelt

I perioden fra 2012 til forventet regnskabsresultat 2015 har medfinansieringsudgifterne i planområde nord været stigende. Særligt i 2014 er der tale om en kraftig stigning i den aktivitetsbestemte medfinansiering omkring Nordsjællands Hospital. Konkret viser sammenligninger med afregningerne på landsplan, at de øvrige regioners afregninger ligger på det forventede niveau, at Region Hovedstanden samlet ligger ca. 2 % under niveau, mens kommunerne i planområde nord ligger op til 6 % over.

Allerød Kommune

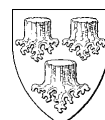
Ældre og Sundhed

Allerød Rådhus
Bjarkesvej 2
3450 Allerød
Tlf: 48 100 100
kommunen@alleroed.dk
www.alleroed.dk

Dato: 12. august 2015

Sagsnr. 15/9497

Sagsbehandler:
Lisbeth Pedersen



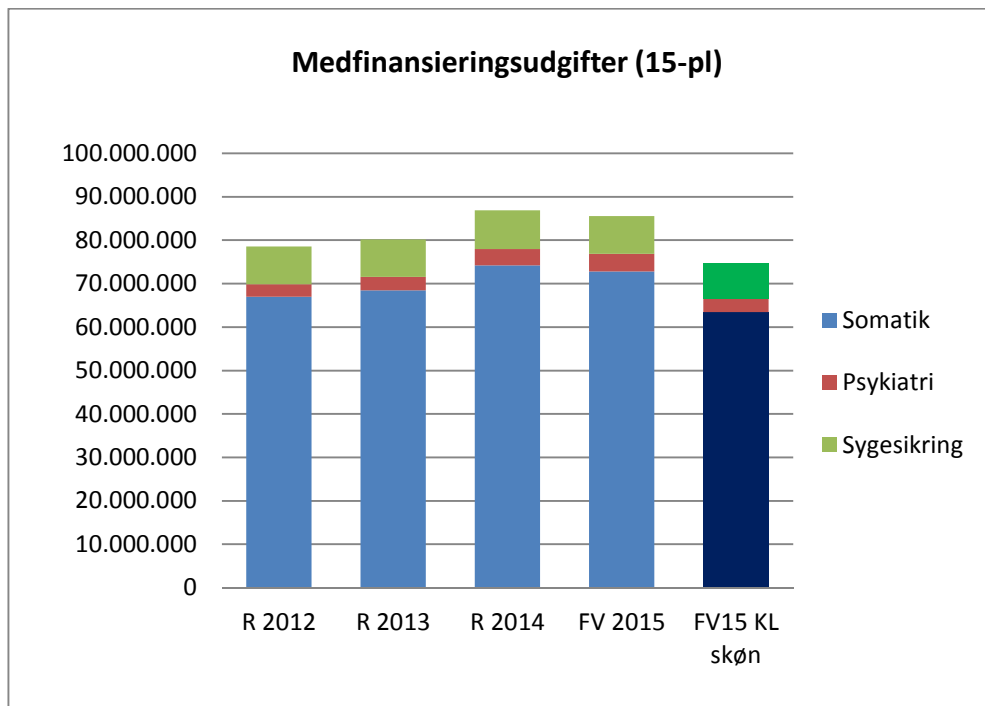
Konkret endte 2014 regnskabet for Allerød Kommune godt 8 mio.kr. højere end KL's skøn i økonomiaftalen. I midtvejsregulering 2015 modtager kommunerne kompensation for højere aktivitet på sygehusene end den aftalte for i alt 667 mio.kr. Fordi meraktiviteten fordeles blandt alle kommuner efter bloktilskudsnøglen, må kommuner med stor vækst dog se deres merafregning fordelt blandt alle kommuner. Allerød kommunes andel af kompensationen svarer til ca. 2,6 mio.kr. Hermed har Allerød netto haft et aktivitetsniveau som er ca. 5,5 mio.kr. højere end forventet af KL for 2014.

På denne baggrund af udviklingen i 2014 har der været afholdt en række møder mellem direktørgruppen for de nordsjællandske kommuner og Region Hovedstaden, uden at der er opnået konkrete konklusioner eller løsninger. Problemstillingen er efterfølgende rejst i KKR og K29 regi, og der afventes en samlet plan og analyse af mulighederne for gennemsigtighed fra Region Hovedstaden i august 2015. Dette materiale forventes fremlagt på KKU mødet 20. august 2015.

I forventet regnskab pr. 30. juni 2015 skønnes medfinansieringsudgifterne i Allerød Kommune 10,8 mio. kr. højere end KL's skøn for 2015. KL's skøn er baseret på økonomiaftalen for 2015 inklusiv en efterfølgende negativ regulering, idet konstateret fejl i DRG-grundlaget har medført lavere DRG takster (den såkaldte reviderede ramme for medfinansieringsudgifter). Bloktilskuddet til kommunernes finansiering af medfinansieringsudgifterne er nedsat tilsvarende. De forventede udgifter er estimeret ud fra afregningerne i 2015 baggrund af afregninger for januar til juni 2015.

I Allerød Kommune forventes der således i lighed med 2014 en vækst over landsgennemsnit. Det er ikke muligt på nuværende tidspunkt at skønne, om der kommer efterregulering i 2016 for aktivitetsniveauet på sygehusene i 2015. Det vil afhænge af landsresultatet.

Nedenfor fremgår udviklingen i medfinansieringsudgifterne i 2015 priser for perioden 2012-2015.



Forventninger til medfinansieringsudgifter i budget 2016-2019

Økonomaftalen for 2016 indebærer en forventet reduktion af medfinansieringsudgifterne til regionen i forhold til den reviderede ramme for medfinansieringsudgifter for 2015. Reduktionen skyldes en nedregulering af DRG taksterne fra 2015-2016, som konsekvens af den øgede produktivitet på sygehusene i 2014.

Økonomaftalen indeholder ikke aftaler om øget aktivitet i forhold til aktivitetsniveauet i 2015, idet Økonomaftalen mellem regeringen og regionerne for 2016 endnu ikke forhandlet. Såfremt den kommer til at indeholde en aftale om meraktivitet i forhold til 2015 eller en produktivitetstigning udover 2014 niveauet, vil kommunerne blive bloktilskudsreguleret tilsvarende. Dette vil i så fald ske i forbindelse med udsendelse af et bloktilskudsaktstykke for regionerne for 2016.

Det administrative budgetforslag 2016, som fremgår af statusnotat 2, er 10,6 mio.kr. højere end KL's skøn for 2016 i 2015 priser. Budgetforslaget er beregnet på basis af regnskab 2014 tillagt vækstskøn 2015 på 3 pct. og 2 pct. for 2016. Siden statusnotat 2 er der dog tilgået ny viden, som giver følgende tilpasninger til statusnotat 3, som fremlægges på ØU den 8. september 2015:

- Baseret på 4 måneders afregning blev der i maj, ved beregning af budget 2016, indlagt et vækstskøn for 2015 på 3 pct. De efterfølgende måneder har afregningerne ligget på et lavere niveau, hvilket har betydet et nedjusteret vækstskøn. Pt. skønnes således en vækst i 2015 på 0,6 pct.
- Den indregnede vækst på 2 pct. i 2016 tages ud, idet en eventuel aftale om meraktivitet på sygehusene, som vil fremgå af aftale mellem regering og regioner, vil blive indregnet efterfølgende dels som bloktilskud og dels som øgede driftsbudgetter
- KL's udmelding om reducerede DRG-takster som følge af produktivitetstigninger i 2014 indregnes

Samlet set giver disse tilpasninger en reduktion i budgetforslag 2016 i statusnotat 3 på 5,6 mio.kr. i 2015 priser i forhold til statusnotat 2 jf. tabellerne nedenfor.

Det korrigerede budgetforslag er herefter 5,1 mio.kr. højere end KL's udmelding for 2016 i 2015 priser. Den væsentligste årsag er, som tidligere nævnt, en aktivitetsvækst i Allerød Kommune, som er over landsgennemsnit i 2014 og 2015. Hvis landsresultatet, som i 2014, ender over aftaleniveau, bliver meraktiviteten fordelt blandt alle kommuner efter bloktilskudsnøglen, og vil blive udbetalt med midtvejsreguleringen i 2017.

Alle tal i 1.000 kr., 2015-PL	KL tal		Allerød tal				
	Hele landet	Allerød	R2014	B15	FV15 (30/6)	B16 Status-notat 2	B16 Status-notat 3*
Basisbalance 2014	19.632.000		85.330				
Aftalt øget sygehusaktivitet 2015	234.000						
Økonomaftale 2015	19.866.000	78.035					
Regulerede DRG-takster 2015 pga. konstaterede fejl i DRG systemet	-822.000						
Revideret 2015 ramme	19.044.000	74.806		85.139	85.639		
Regulerede DRG-takster 2016 pga. produktivitetsforbedringer i 2014	-317.000						
KL udmelding 2016	18.727.000	79.247				89.866	84.298



	1.000 kr.	
* korrektion af budget 2016 fra statusnotat 2 til statusnotat 3	15-PL	16-PL
Administrativt budgetforslag	89.866	91.394
Indregnet vækst trækkes ud (R14 +5 pct)	-4.227	-4.299
Skønnet udgiftsniveau for 2015 (skøn pr 30/6)	85.639	87.095
Effekt af lavere DRG i 2016 iflg. KL	-1.341	-1.364
Korrigeret administrativt budgetforslag	84.298	85.731
Justering af administrativt budget	-5.568	-5.663
Merbudgettering ift. KL udmelding	5.051	5.137

For årene 2017-2019 er der i økonomaftalen hverken indregnet aktivitets- eller produktivitetsvækst. Økonomaftalen indebærer således, at Allerød Kommune bør opleve uændrede udgifter til medfinansiering i årene 2017-2019 i forhold til 2016. Som følge af stigningstendensen i 2014-2015 og borgersammensætningen i Allerød Kommune skønnes det dog, at der er sandsynlighed for, at kommunen kan opleve en stigning også i disse år. Derfor er der i årene 2017-2019 indregnet en årlig stigning i medfinansieringsudgifterne på 0,5 %.

Mulige områder med styringsadgang i forhold til medfinansieringsudgifter

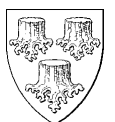
Med fokus på faglige indsatser, vurderer Forvaltningen, at de områder hvor en kommunal prioritering af indsatser kan påvirke medfinansieringsudgifterne, især er potentialer i forhold til forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser, samt den generelle borger- og patientrettede forebyggelse. En øget indsats forudsætter en kommunal prioritering, fx ved oprettelse af flere midlertidige og/eller akut pladser, en styrket kompetencesammensætning på tværs samt en smidig og fleksibel indsats i hjemmepleje og plejecentre. Desuden er der brug for at følge udviklingen af en række ydelser fx vederlagsfri fysioterapi.

En gennemgående udfordring i forhold til styring af området er, at kommunen kun har kontakt med en mindre andel af borgerne. Dermed vil mange af de sundhedsydelse, der indgår i medfinansieringsmodellen, genereres af ydelser til borgere, som kommunen ikke har kendskab til, hvilket betyder, at den eneste mulighed for at påvirke udgifterne er gennem forebyggelse og oplysning.

Det tværsektorielle samarbejde

Det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet er i konstant udvikling, og der er fokus på at udvikle samarbejdet og indsatserne for at forebygge indlæggelser og optimere udskrivningsforløb. Der pågår fx et udviklingsarbejde med afprøvning af en ambulans udredningsenhed på hospitalerne, hvilket har til formål at afprøve om nogle borgerne kan sendes hjem med en plan uden at blive indlagt.

Den kommende sundhedsaftale III, nationale strategier for det kommunale sundhedsvæsen, herunder krav og forventninger til kommunerne i forhold til det tværsektorielle samarbejde om indsatser og patientforløb, øger fokus på incitamentsmodeller og finansiering af den kommunale udvikling på sundheds- og ældreområdet.



Udfordring

Den eksisterende models implikationer er, at en kommunal indsats for at nedbringe den kommunale medfinansiering forudsætter, at denne skal prioriteres og finansieres i kommunens serviceramme.

Udfordringerne i forhold til kommunal medfinansiering er således blandt andet styrbarhed, modsatrettede incitamenter i regioner og kommuner, budgetsikkerhed og manglende gennemsigtighed i forhold til, hvad kommunerne betaler for. Det betyder fx, at det er svært for kommunerne at vurdere, om forebyggelsesindsatsen har en effekt.

Evaluering

Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og regeringen har som opfølgning på økonomiaftalerne fra 2014 gennemført en evaluering af den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet. Evalueringen er afsluttet med en rapport, der blev offentliggjort ultimo maj 2015.

I rapporten fremgår det at flere kommuner påpeger, at medfinansieringen har en aftagende effekt på deres motivation, fordi de oplever, at der ikke er sammenhæng mellem deres indsats på sundhedsområdet og størrelsen på den regning, de får fra regionen.

Evalueringen peger på tre mulige ændringer af den nuværende model:

1. Målt medfinansieringen
Medfinansieringen øges på områder, hvor kommunerne har en reel mulighed for forebyggelse. Der peges på uhensigtsmæssige indlæggelser, ældre og udvalgte diagnoser
2. Fjern uhensigtsmæssige incitamenter
Regionernes økonomi hænger sammen med antallet af aktiviteter – jo flere indlæggelser, jo flere penge. For at undgå uhensigtsmæssige regionale incitamenter i samarbejdet med kommunerne foreslår evalueringen, at loftet for medfinansiering sænkes, så "toppen" af sygehusenes aktiviteter finansieres af staten
3. Lad kommunerne betale til staten
For at modvirke modsatrettede incitamenter og undgå konflikter mellem kommuner og regioner gøres medfinansieringen til et anliggende udelukkende mellem stat og kommune

Forvaltningen vurderer på baggrund af erfaring og de sidste års udvikling og udgiftsøgning, at det er afgørende, at der i en tilrettet eller ny model opnås gennemsigtighed og dataadgang, der sikrer styring og øget adgang til at understøtte incitamentsstrukturen, hvis denne fastholdes.

I dag er der ikke tilstrækkelig adgang til at dokumentere de økonomiske effekter og mindredgifter en indsats kan generere, hvorfor det er vanskeligt at geninvestere i forebyggelse af øget forbrug af sundhedsydelser og som sådan skabe gennemsigtighed i en business case i forhold til en indsats. Dette virker demotiverende og undertiden som en barriere.

Endelig vurderer forvaltningen, at det vil være hensigtsmæssigt at ændre modellen mod differentieret medfinansiering for at fastholde incitamentstanken, ligesom det virker relevant at overveje incitamentet for regionen.



Bilag: 4.1. Implementeringsplanen for sundhedsaftale III 2015 - 2018

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 26. august 2015 - Kl. 9:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 59441/15

IMPLEMENTERINGSPLAN for Sundhedsaftalen for 2015 - 2018 - oversigt over fordeling af indsatserne 13.04.15

Farvekode: Borgeren som aktiv samarbejdspart				
Farvekode: Nye og bedre samarbejdsformer				
Farvekode: Lighed i sundhed				
Farvekode: Sammenhæng og kvalitet				
Alle opgaver er som udgangspunkt forankret i DAS.				
Indsats nr.	afsnit i SA3	Forankring	Indsatsbeskrivelse	Opstart
2015				
1	2.1	Borgerinddragelse	Fremme aktivt samarbejde med borgere i alle sektorer ved at prioritere mellem eksisterende aktiviteter og metoder, der kan styrke samarbejdet mellem borgere, herunder pårørende og fagprofessionelle, og tage stilling til udbredelse af projekter, som har vist sig virkningsfulde og effektive.	2015
2	2.1	Telemedicinsk Videncenter	Understøtte borgerens indflydelse på og muligheder for egenomsorg, herunder sikker behandling, forebyggelse og rehabilitering i eget hjem gennem udbredelse af telemedicinske indsatser. I arbejdet skal der indledningsvist identificeres og tages stilling til udbredelse og koordinering mellem eksisterende aktiviteter på området for telesundhed.	2015
3-4	2.2	Borgerinddragelse	Arbejde for styrkelse af systematisk involvering af borgere ved udvikling og tilrettelæggelse af det organisatoriske samarbejde, der vedrører tværsektorielle indsatser og forløb	2015
5	3.1	Nye samarbejdsformer	Aftale principper for arbejdet med integrerede organisatoriske modeller med f.eks fælles drift, mål og samfinansiering på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.	2015
9	4.1.2	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	For at sikre udvikling af differentierede tilbud, hvor borgerens behov og ønsker er i fokus, vil vi udvælge to til tre målgrupper, hvor der afprøves løsninger, der tilgodeser det øgede behov for koordinering og fleksibilitet, der gør sig gældende for målgruppen. Dette skal ske med afsæt i den tilgængelige viden.	2015
11	4.2.2.	Uafklaret	For at sikre borgere med samtidig psykisk sygdom og misbrugsproblematik en effektiv, koordineret udredning og behandling af både psykisk sygdom og misbrug vil vi udvikle og udbrede nye organisatoriske modeller for dette samarbejde mellem region og kommuner. Det skal ske med afsæt i lokale erfaringer fra samarbejdsaftalerne og eksisterende projekter. Modellerne tilpasses tillige de nationale retningslinjer for koordinerede indsatsplaner	2015
13	5.1.1	Rehabiliteringsdatabase, CSU	For at styrke datadreven kvalitetsudvikling vil vi registrere data i rehabiliteringsdatabase indenfor udvalgte indikatorer først for diabetes og dernæst for KOL.	2015
16	5.1.2	IT og Elektronisk kommunikation	Følge den Nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet anvisninger for udbredelse af beskedbaseret digital kommunikation for psykiatrien, socialpsykiatrien, handicapområdet og jobcentre. Med udgangspunkt i ovenstående punkter skal den eksisterende tværsektorielle kommunikationsaftale udbygges og implementeres.	2015
17	5.1.2	FMK-tværs	For at styrke brugen af det Fælles Medicin Kort vil vi udarbejde og medio 2015 have implementeret en aftale om, hvordan parterne anvender FMK i det tværsektorielle samarbejde. Aftalen skal dels dække forhold under implementeringen og dels sikre arbejdsgange og følge op på kvaliteten i anvendelsen af FMK, når FMK er i drift medio 2015. Aftalen skal imødekomme de særlige forhold, der gør sig gældende, på det specialiserede socialområde.	2015
18	5.1.3	Patientsikkerhed	Medvirke til udvikling af Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD), så data kan ses på tværs af sektorer.	2015
19	5.1.3	Patientsikkerhed	Aftale og implementere en tværsektoriel organisering af samarbejdet mellem region og kommunerne omkring utilsigtede hændelser, som tager udgangspunkt i samarbejdet mellem regionale og kommunale risikomanagere og patientsikkerhedskonsulenter fra almen praksis.	2015
21	5.1.4	Patientrettet forebyggelse og sygdom	Fastlægge hvilke indikatorer, der skal anvendes til at følge implementeringsgraden og kvaliteten af forløbsprogrammerne, samt aftale hvilke konkrete mål for kvalitet i tilbuddene og videre implementering, der skal nås.	2015
22	5.1.4	Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	Med henblik på mere effektiv ressourceudnyttelse og bedre patientoplevelse kvalitet gennemføres først et fælles analysearbejde, hvor der kan samkøres data på tværs af sektorgrænser. Dernæst udvikles og afprøves en model, der kan reducere forebyggeligt storforbrug af sundhedsydelser for ældre medicinske patienter med kroniske sygdomme. Efterfølgende vurderes mulighederne for udbredelse af modellen.	2015
27	5.1.5	Sårpleje, CSU	Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sårpleje. I aftalen skal der udpeges særlige indsatsområder, herunder evaluering og udvikling af rådgivningen via telemedicinsk kommunikation samt udvikling af indikatorer på området. Der skal i aftalen være fokus på at øge kompetencerne hos relevante målgrupper omkring forebyggelse af tryksår.	2015
29	5.1.6	Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	Udarbejde en overordnet ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere, når de udfører lægelige ordinationer i hjemmesygeplejen, på plejehjem, i akutfunktioner og botilbud. (Skal løftes i sammenhæng med indsats 56)	2015
30	5.1.7	DAS	Løbende og efter behov indgå aftaler i regi af Sundhedskoordinationsudvalget om opgaveoverdragelse i forbindelse med større, strukturelle og principielle flytninger af opgaver mellem kommuner og region.	2015
32	5.2.1	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	Sikre systematisk opdatering af kommuner og hospitalers informationer om tilbud på forebyggelses- og rehabiliteringsområdet på SOFT-portalens således, at den nyeste og relevante information om konkrete forebyggelses- og rehabiliteringstilbud altid er tilgængelig på Sundhed.dk. Herunder skal der også sikres synlighed af tilbud, som er rettet mod borgere med psykisk sygdom, vidtgående psykisk og/eller fysisk handicap og borgere med et skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler	2015
42	5.2.6	administrativt oplæg	Sikre entydig og lettilgængelig henvisningsprocedure til misbrugsbehandling	2015

50	5.2.10	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	For at styrke den tidlige opsporing i almen praksis af borgere med KOL og astma hos børn udarbejdes samarbejdsaftaler herom.	2015
51	5.3.1	DCK	Snarligt revidere den gældende Kommunikationsaftale blandt andet med henblik på en forenkling af centrale aftaledele. Der skal endvidere sættes fokus på aktiv inddragelse og samarbejde med borgeren i forbindelse med udskrivelse	2015
52 + 15	5.3.1	IT og Elektronisk Kommunikation	52: Udarbejde og implementere Kommunikationsaftaler for: Ambulante forløb, børn og unge, det akutte område og på psykiatriområdet – herunder også for børne- og ungdomspsykiatrien (børn+unge+psyk) 15: For at understøtte sammenhæng og tilgængelighed af data vil vi implementere beskedbaseret digital kommunikation for det ambulante område og akutområdet	2015
54 + 36a + 39 + 47	5.3.1	Revision af samarbejdsaftaler på psykiatriområdet Børn og voksne	54: Revidere og omdanne Samarbejdsaftalerne på psykiatriområdet til én generisk samarbejdsaftale på voksenområdet henholdsvis børne- og ungeområdet, der gælder for alle kommuner og alle psykiatriske centre/børne- og ungdomspsykiatriske center. Herunder skal der arbejdes systematisk med understøttelse af aftalernes implementering i den daglige drift. 36a: Aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner og praktiserende læger om børn og unge, der ønskes henvist til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center. 39: Sikre synlighed og let tilgængelig information om henvisning fra primærsektor til regionens børne- og unge psykiatri 47: Sikre klar kommunikation om udrednings- og behandlingsansvar og sikre lettilgængelige henvisningsveje til behandlingstilbud i kommuner, hospitaler og praksissektoren. (psykisk sygdom)	2015
58	5.3.3.1	Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	For at skabe overblik og effektiv ressourceudnyttelse vil vi sikre koordinering og implementering i forhold til forløbskoordination og de regionale og kommunale følgeordninger: Følge hjem, ringe hjem og opfølgende hjemmebesøg samt kommunale ordninger, der følger op efter udskrivning. (red. forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter)	2015
61	5.3.4	Hospitalsdirektionerne	Understøtte en samlet set hurtigere fremsendelse af epikriser til egen læge end i dag. Særligt for borgere, hvor kommunen eller egen læge er umiddelbart involveret i den fortsatte behandling af borgeren, sikres det at epikrisen fremsendes til egen læge, samme dag for borgere udskrevet på hverdage inden kl 12 og ellers senest en hverdag efter udskrivelsen af borgeren	2015
62	5.3.5	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	Vi har i 2014 udarbejdet en fælles plan for implementering af anbefalingerne i det nationale forløbsprogram for kræftrehabilitering og palliation, som vi vil følge.	2015
63	5.3.5	Implementeringsgruppe, CSU	Arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogrammer for rehabilitering af børn og voksne med erhvervet hjerneskade.	2015
68	5.4.2	Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler	For at skabe mere smidige kommunikationsveje mellem hospital og kommune om borgere med samtidigt behov for genoptræning og rehabilitering vil vi bl.a. i takt med udviklingen af MedCom-standarderne arbejde for, at den samme MedCom-standard anvendes til både genoptrænings- og rehabiliteringsforløb	2015
69	5.4.3	Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler	For at skabe sammenhæng i genoptræningsforløb, der bygger på mest mulig evidens, skal allerede igangsat udvikling af tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser færdiggøres og implementeres. Arbejdet med at udvikle nye tværsektorielle genoptræningsforløbsbeskrivelser fortsættes ud fra en organisering af udviklingsarbejdet, der er ressourceeffektiv.	2015
72	5.4.4.4	Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler	Indgå aftale om udmøntning af Bekendtgørelse samt vejledning om genoptræning eksempelvis ved udarbejdelse af et nyt snitfladekatalog og fastsættelse af ventetider, der hvor det er sundhedsfagligt begrundet.	2015
73	5.4.4.4	Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler	Implementere nationale visitationsretningslinjer for personer med erhvervet hjerneskade når retningslinjerne kommer.	2015
			2016	
6	3.1	Nye samarbejdsformer	Udvælge og afprøve to til tre større modelprojekter, som udvælges ud fra ovennævnte aftale om principper. Der skal i den konkrete projektudvikling tages hensyn til de organisatoriske rammer, der er gældende for praksissektoren	2016
7	4.1.1	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	For at sikre, at borgere i højere grad tilbydes en indsats, der tager udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og ressourcer, vil vi udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/multisygdom. (2015)	2016
8	4.1.1	Børn - Uafklaret	For at styrke behandling af børn med sygdom i socialt sårbare familier vil vi udarbejde og afprøve en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde om socialt sårbare familier med syge børn.	2016
10	4.2.1	Fødeplanudvalget	For at styrke grundlaget for en forbedret indsats over for sårbare gravide, skal der foretages en samlet evaluering af tidligere og igangværende tværsektorielle projekter, som er målrettet sårbare gravide, med henblik på at beskrive anbefalinger til generel implementering.	2016
14	5.1.1	Administrativt oplæg	Almen praksis vil levere data fra datafangst, efterhånden som det bliver muligt, og løbende deltage i udvikling af nye indikatorer med afsæt i datafangst.	2016
20	5.1.3	Patientsikkerhed	Med henblik på at skabe sammenhængende og sikre forløb, hvor læring fra fx hændelsesanalyser, kerneårsagsanalyser og andre relevante patientsikkerhedsanalyser inddrages, vil vi etablere et systematisk og struktureret samarbejde mellem relevante aktører, som har direkte berøringsflade med borgere på botilbud og borgere med komplekse psykiatriske forløb.	2016

23	5.1.5	Styregruppen for sundhedsprofilerne - FCFS	Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sundhedsprofilerne. Sundhedsprofilerne skal fortsat bruges som monitoreringsværktøj til at følge udviklingen i borgernes sundhed og sygelighed. Aftalen skal sikre, at sundhedsprofilerne samtidig er anvendelsesorienterede i forhold til kommunernes forebyggelsesindsatser. Aftalen skal desuden medvirke til kompetenceudvikling indenfor evaluering og metodeudvikling.	2016
24	5.1.5	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. kronisk sygdom og multisygdom. I aftalen skal der bl.a. være fokus på datadrevet rådgivning baseret på monitoreringen af borgere med kronisk sygdom og differentierede indsatser overfor sårbare borgere.	2016
28	5.1.5	Hospitalsdirektionerne	Indgå aftale, som understøtter let adgang til rådgivning og specialviden i konkrete tværsektorielle forløb for borgere med komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov samt borgere med psykisk sygdom. Aftalen skal målrettes udvalgte grupper af patienter, der kræver en specialiseret indsats. Vi er enige om, at der ikke er tale om en stående, fri og vederlagsfri ret til at trække på hinandens kompetencer.	2016
31	5.1.8	Styregruppen for tværsektorielt forsknings samarbejde	For at understøtte vores arbejde med at sikre lighed i sundhed gennemføres et mindre antal, men større tværsektorielt forankrede forsknings- og udviklingsprojekter vedrørende tidlig opsporing, rekruttering og fastholdelse af sårbare og udsatte borgere i forebyggelses- behandlings- og rehabiliteringstilbud, herunder forskning om muligheder for at understøtte, at sårbare og udsatte borgere er aktive samarbejdspartner i eget forløb.	2016
33	5.2.1	Samordningsudvalgene	Styrke samarbejdet omkring anvendelsen af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud gennem lokale initiativer. Herunder bl.a. aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis der sikrer, at borgere med behov herfor tilbydes alkohol- og tobaksintervention forud for operation. (sammenhæng til indsats 32)	2016
43	5.2.7	Børn - uafklaret	Synliggøre eksisterende tilbud til børn i familier med misbrugsproblemer.	2016
45	5.2.8	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	Tage stilling til udvikling og implementering af forløbsprogrammer for psykiske lidelser, når den generiske model fra Sundhedsstyrelsen foreligger.	2016
48	5.2.9	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	Fastlægge principper for, hvordan kommuner, hospitaler og praksissektoren kan samarbejde om at motivere borgere med psykisk sygdom til at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.	2016
53	5.3.1	Administrativt oplæg	Udarbejde en aftale for støtte til borgere (børn og voksne) med svære kommunikationsvanskeligheder, der indlægges fra sociale tilbud til udredning og behandling på hospital.	2016
55	5.3.2	Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	Styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing og tidlig indsats vedr. begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom ved at implementere redskaber, som er udviklet til formålet, og som så vidt muligt er evidensbaseret og derudover tage afsæt i en opsamling af erfaringerne med tidlig opsporing og tidlig indsats.	2016
56	5.3.2.1	Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	Med udgangspunkt i eksisterende erfaringer udarbejdes aftaler for samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og hospitalerne omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud. Aftalerne skal beskrive samarbejdet omkring og ansvarsfordelingen af det lægefaglige behandlingsansvar, tilgængelighed for lægefaglig rådgivning og vurdering af borgerens situation og samarbejde om understøttelse og oplæring af medarbejdere. Aftalerne skal omfatte både psykiatri og somatik. (sammenhæng til indsats 29)	2016
57	5.3.2.2	Fødeplanudvalget	Analysere genindlæggelsesmønstret for nyfødte med henblik på vurdering af behovet for implementering af yderligere tværsektorielle indsatser.	2016
59	5.3.4	Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	Præcisere organiseringen og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem kommunerne, hospitalerne og praksissektoren med fokus på rettidig og korrekt medicinkommunikation. Der skal til enhver tid være klart kommunikeret, hvem der har det lægefaglige ansvar for den samlede medicinering af borgeren.	2016
60	5.3.4	Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg/Frederiksberg Hospitaler	Implementere en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning.	2016
64	5.3.5	Implementeringsgruppe, CSU	Etablere indsatser for borgere med erhvervet hjerneskade, som kan forebygge genindlæggelser og forværring af borgerens og familiens situation. Det kan eksempelvis handle om opretholdelse af en hjerneskadekoordinatorfunktion i kommunerne, gennem etablering af mulighed for revurdering/tilbageløb for borgere med særlige problemstillinger og gennem etablering af graduerede rehabiliteringstilbud både i kommunerne og på hospitaler.	2016
65	5.3.5	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	Understøtte indsatser, der fremmer tidlig og kvalificeret opsporing, idet jo tidligere sygdommen (demens) opdages, des bedre er mulighederne for at vælge effektive behandlingsmetoder, planlægge den sociale indsats og inddrage borgeren og de pårørende som aktive samarbejdspartner.	2016
66	5.3.5	Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	Forløbsprogrammet for demens - Tilrettelægge og gennemføre den videre implementering af forløbsprogrammets indsatser samt revisionen af forløbsprogrammet med afsæt i den gennemførte evaluering af forløbsprogrammet for demens.	2016
67	5.4.1	Hospitalsdirektionerne	For at sikre mindst mulig tab af funktionsevne under indlæggelse vil vi sikre, at hospitalerne har tilstrækkeligt fokus på mobilisering og genoptræning af ældre medicinske patienter.	2016
			2017/ 2018	
12	4.2.3	Uafklaret ? (udsatte borgere)	For at understøtte, at særligt udsatte borgere får lettere adgang til udredning, behandling og pleje, vil vi indgå aftaler, der bl.a. skal sikre lettere adgang til opfølgende pleje- og behandlingsindsatser efter udskrivelse fra hospital. Samarbejdsaftalerne udvikles med afsæt i eksisterende erfaringer.	2017/ 2018

25	5.1.5	Hygiejnenetværket	Videreudvikle aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. hygiejne ved at følge op på evalueringen af den nuværende hygiejneaftale og eventuelt komme med anbefalinger til indsatsområder.	2017/ 2018
26	5.1.5	Forebyggelse af ind- og genindlæggelser	Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. medicin. I aftalen skal der udpeges særlige indsatsområder, herunder f.eks. Fælles MedicinKort (FMK) og polyfarmaci (anvendelse af mange slags medicin) hos borgere med multisygdom.	2017
34	5.2.2	IT og Elektronisk Kommunikation	Arbejde for en bedre tværsektoriel kommunikation på svangre- og barselsområdet.	2017/ 2018
35	5.2.2	Fødeplanudvalget	Indgå aftaler, der sikrer fælles fødsels- og forældreforberedelse på tværs af sektorerne. Tilbuddene skal udformes på en måde, der særligt fremmer sårbare gravides motivation og muligheder for at deltage i fødselsforberedelsen. (2016)	2017/ 2018
36	5.2.3	Uafklaret - Børn + praksisplanudvalget	Aftale retningslinjer for systematisk kommunikation på børneområdet mellem almen praksis og den kommunale sundhedspleje om udveksling af relevante helbredsoplysninger	2017/ 2018
37	5.2.4	Uafklaret - Børn	Udvælge og udbrede værktøjer til brug for tidligere opsporing af psykisk mistrivsel hos børn i forskellige aldersgrupper hos såvel kommune som almen praksis.	2017/ 2018
40	5.2.5	Uafklaret - Børn	Udarbejde retningslinjer for tidlig opsporing af børn og unge som pårørende og aftale, hvordan der varsles mellem sektorerne i forhold til børn og unge, der oplever dødsfald og/eller er pårørende til familiemedlemmer med alvorlig psykisk eller somatisk sygdom	2017/ 2018
41	5.2.6	Uafklaret	Understøtte tidlig opsporing og indsats overfor borgere, herunder unge med skadeligt og afhængigt forbrug af rusmidler, uanset hvor i sundhedsvæsenet, borgeren mødes.	2017
44	5.2.7	Uafklaret - Børn	Aftale, hvordan varsling mellem sektorerne kan udbygges i forhold til børn i familier med misbrugsproblemer, således at det sikres, at børnene med behov findes og henvises til eksisterende tilbud.	2017
46	5.2.8	Administrativt oplæg	Sikre rådgivning af medarbejdere på bl.a. ungdomsuddannelserne og i jobcentrene om metoder til identifikation af mulig psykisk lidelse.	2017/ 2018
49	5.2.9	Praksisplan udvalget	Aftale, hvordan borgere, der er tilknyttet kommunernes socialpsykiatri og botilbud, systematisk kan tilbydes og motiveres til at gennemføre forebyggende sundhedsundersøgelser hos egen læge.	2017/ 2018
70	5.4.3	Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler	Udvikle og implementere retningslinjer for træning før operation eller behandling indenfor udvalgte diagnosegrupper, hvor der er evidens for effekt (eksempelvis ryg, knæ og skulder).	2017
71	5.4.3	Genoptræning, rehabilitering og hjælpemidler	Fortsætte den fælles implementering af valide og pålidelige test og målinger for konkrete patientgrupper.	2017/ 2018
74	5.4.5	Praksisplan for fysioterapeuter	Sikre løbende dialog mellem kommunen og praktiserende fysioterapeuter om gråzonen mellem de kommunale og praktiserende fysioterapeuters tilbud om rehabilitering, genoptræning og vederlagsfri fysioterapi med henblik på at sikre en	2017

Bilag: 4.2. Implementeringsplanen for 2016

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 26. august 2015 - Kl. 9:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 59440/15

IMPLEMENTERINGSPLAN for Sundhedsaftalen for 2015 - 2018 V17 15.06.2015									
Farvekode: Borgeren som aktiv samarbejdspart									
Farvekode: Nye og bedre samarbejdsformer									
Farvekode: Lighed i sundhed									
Farvekode: Sammenhæng og kvalitet									
Alle opgaver er som udgangspunkt forankret i DAS.									
<p>Faseopdeling: Fase 1 er den indledende administrative fase hvor kommissorier udarbejdes ud fra en overordnet beskrivelse af arbejdsopgaven og godkendes i DAS. Udpegningsprocessen gennemføres og arbejdsgruppen etableres og der indkaldes til 1. møde. Fase 2 indeholder den forberedende fase hvor arbejdsgruppen drøfter og kvalificerer projektbeskrivelse/plan for opgaveløsningen som evt skal godkendes af DAS. Arbejdsgruppen løser opgaven i henhold til kommissoriet og leverer produkter til godkendelse i DAS. Der indgår eventuelt en høringsfase og/ eller en pilotafprøvning. Fase 3 indeholder forberedelse af implementering. arbejdsgruppens medlemmer skal eventuelt tilpasses af hensyn til inddragelse af de rette kompetencer. Der udarbejdes en implementeringsplan der eventuelt godkendes i DAS. Herefter kommer implementering.</p> <p>Økonomi: Der skelnes mellem to standardformuleringer i forhold til de overordnede økonomibetragninger: 1) primært personaleressourcer og 2) Ekstra ressourcer til igangsættelse af aktiviteter og efterfølgende implementering</p>									
Indsats nr.	afsnit i SA3	Emne	Indsatsbeskrivelse	Opgaven	Tidsplan eventuelt opdelt i faser	Start	Slutdato	Organisatorisk forankring og ansvar for igangsættelse og gennemførelse af tidsplan	Prioritering
6	3.1	Nye sam	<i>Udvælg og afprøv to til tre større modelprojekter, som udvælges ud fra ovennævnte aftale om principper. Der skal i den konkrete projektudvikling tages hensyn til de organisatoriske rammer, der er gældende for praksissektoren</i>	<p>Opgaven er afhængig af, at der er aftalt principper jfr indsats 5. Derefter skal der udarbejdes et samlet oplæg til proces og indhold:</p> <p>a. Kriterier for udvælgelse aftales (skal der aftales en 'ansøgningsprocedure', hvilke kriterier skal modelprojektet opfylde, hvilke øvrige hensyn skal være en betingelse for udvælgelse)</p> <p>b. Betingelser for modelprojektets afprøvning aftales (skal der eksempelvis afsættes en central pulje til at understøtte projektets afprøvning, skal der nedsættes et centralt projektsekretariat der kan være behjælpelig med opstart, implementering og drift)</p> <p>c. Krav til dokumentation og evaluering aftales (for at sikre sammenlignelighed på tværs af projekter og dokumentation der kan bruges, hvis et modelprojekt ønskes udbredt af andre aktører eller i andre områder)</p> <p><u>Udvælgelse af modelprojekter</u></p> <p>a. Udvælgelse</p> <p>b. For hvert projekt aftales en konkret udmøntningsplan (opstart, reference til evt. projektsekretariat, datoer for statusmøder, dokumentation og afslutning)</p> <p>Løbende evaluering og afsluttende opsamling/rapport efter en afprøvningsperiode på 1-2 år afhængig af projektets omfang. Evt. afholdelse af en samlet konference/temadag, hvor resultater og erfaringer udbredes til en bred interessentgruppe.</p>	Fase 1: 1. kvartal 2016. Fase 2: 2. - 4. kvartaler 2016 herunder løbende evaluering efter de aftalte kriterier for dokumentationen. Fase 3: 2017	2016	2018	Arbejdsgruppe vedr. nye samarbejdsformer	2016
7	4.1.1	Kronisk sygdom /DÆMP	<i>For at sikre, at borgere i højere grad tilbydes en indsats, der tager udgangspunkt i borgerens behov, ønsker og ressourcer, vil vi udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kronisk sygdom/multisygdom. (2015)</i>	Denne opgave skal ses i sammenhæng med udvikling og afprøvning af differentierede indsatser. Metoderne skal bruges til at identificere sårbare borgere med henblik på, at de skal tilbydes en indsats mere målrettet deres behov. Der er følgende trin i arbejdet med udvikling af metoder: 1) Hvilke kriterier er der for sårbarhed og derved hvilke målgrupper (fx etniske, multisyge etc.) 2) Afgrænsning af problemstillingen, herunder hvilke udfordringer er der knyttet til de forskellige målgrupper. 3) Hvad ved vi om, hvilke metoder der kan bruges til de afgrænsede målgrupper og 4) udvikle eller udvælge metoder	Fase 1: 3+4. kvartal 2016. Fase 2: 2017	2016		Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	2016
8	4.1.1	Børn	<i>For at styrke behandling af børn med sygdom i socialt sårbare familier vil vi udarbejde og afprøve en samarbejdsmodel for det tværsektorielle samarbejde om socialt sårbare famili-er med syge børn.</i>	Der skal udvikles en model for samarbejdet, som sikre bedre hjælp til socialt sårbare familier. Der skal ske en afdækning af målgrupper, dvs. hvor behovet er størst, fx sårbare familier med børn med psykiatriske diagnoser eller familier med børn med specifikke somatiske kroniske sygdomme. Der skal beskrives hvilken type tværsektoriel indsats, som vil hjælpe disse familier. Indsatsen afventer erfaringer fra igangværende initiativer på området [360 grader- projekt for sårbare familier, resultater fra Børnedatabasen Børns Sundhed, herunder analyser fra SIF vedr. kobling med socioøkonomi og LPR]. Afprøvning af model, evaluering og overvejelser omkring evt. udbredelse.	Afventer resultater fra igangværende arbejde. Fase 1 og 2: 3-4. kvartal 2016.	2016	2018	Uafklaret - Børn ?	2016

10	4.2.1	Svangre	<i>For at styrke grundlaget for en forbedret indsats over for sårbare gravide, skal der foretages en samlet evaluering af tidligere og igangværende tværsektorielle projekter, som er målrettet sårbare gravide, med henblik på at beskrive anbefalinger til generel implementering.</i>	Det er/har været mange lokale tværsektorielle projekter om sårbare gravide. Der er således en vis "projektræthed" på området samtidig med, at der ikke er et samlet overblik over projekterne. Der er således behov for en samlet evaluering af tidligere/igangværende tværsektorielle projekter. Evaluering bør have fokus på, hvilke anbefalinger der vil kunne udbredes bredt for at sikre en bedre indsats over for sårbare gravide.	Fase 1: 2 kvartaler i 2016 Fase 2: Forberedelse og analyse, 3-4 kvartaler i 2016/17 Fase 3: implementering af anbefalinger	2016		Fødeplanudvalg	2016
14	5.1.1	Kronisk sygdom /DÆMP	<i>Almen praksis vil levere data fra datafangst, efterhånden som det bliver muligt, og løbende deltage i udvikling af nye indikatorer med afsæt i datafangst.</i>	Afventer national juridisk afklaring og beslutning om databasen. Grundlaget for datafangst er beskrevet i overenskomsten og Sundhedsloven. Indsatsen forventes indarbejdet i praksisplanen.	Afventer praksisplan	obli/2016		Administrativt oplæg DAS sekretariatet - Forankret i DAS	2016 Obli
20	5.1.3	Patientsikkerhed	<i>Med henblik på at skabe sammenhængende og sikre forløb, hvor læring fra fx hændelsesanalyser, kerneårsags-analyser og andre relevante patientsikkerhedsanalyser inddrages, vil vi etablere et systematisk og struktureret samarbejde mellem relevante aktører, som har direkte berøringsflade med borgere på botilbud og borgere med komplekse psykiatriske forløb.</i>	Opgaven: Informations og læringsspredning.	Opstart medio 2016. Det kræver et forarbejde før der kan beskrives en tidsplan	2016		Tidsafgrænset arbejdsgruppe vedr. patientsikkerhed	2016
23	5.1.5	Rådgivning	<i>Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. sundhedsprofilerne. Sundhedsprofilerne skal fortsat bruges som monitoringsværktøj til at følge udviklingen i borgernes sundhed og sygelighed. Aftalen skal sikre, at sundhedsprofilerne samtidig er anvendelsesorienterede i forhold til kommunernes forebyggelsesindsatser. Aftalen skal desuden medvirke til kompetenceudvikling indenfor evaluering og metodeudvikling.</i>	Der pågår allerede rådgivning af kommunerne med udgangspunkt i sundhedsprofilarbejdet herunder strategier for forebyggelse ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed (FCFS). Denne rådgivning skal udvikles med henblik på anvendelse af data og prioritering af indsatser, herunder skal der foregå en afgrænsning i forhold til specifikke evalueringsprojekter. Desuden skal der være fokus på snitflader til rådgivning i andet regi, eksempelvis fra nationalt niveau. Efterfølgende udarbejdes en aftale mellem kommunerne og Region Hovedstaden, hvor rådgivningen konkretiseres i form af fagligt indhold, form, organisering, økonomi og evaluering.	1. fase: 1. kvartal 2016. 2. fase: 2.-4. kvartal 2016	2016		styregruppe for sundhedsprofilarbejdet - FCFS	2016
24	5.1.5	Rådgivning	<i>Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. kronisk sygdom og multisygdom. I aftalen skal der bl.a. være fokus på datadrevet rådgivning baseret på monitoreringen af borgere med kronisk sygdom og differentierede indsatser overfor sårbare borgere.</i>	A) Vedr. datadrevet rådgivning baseret på monitoreringen af borgere med kronisk sygdom og multisygdom, se under pkt. 23. B) Rådgivning vedr. differentierede indsatser udfoldes i takt med, at der høstes erfaringer fra andre indsatser i sundhedsaftalen.	vedr. A) Fase 1: 1. kvartal 2015. Fase 2: 2.-4. kvartal 2015. Vedr. B) Faseplan er afhængig af øvrige indsatser i sundhedsaftalen og må derfor afklares senere	2016		Vedr. A) se under pkt. 23. Vedr B) Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	2016
28	5.1.5	Rådgivning	<i>Indgå aftale, som understøtter let adgang til rådgivning og specialviden i konkrete tværsektorielle forløb for borgere med komplekse pleje- og rehabiliteringsbehov samt borgere med psykisk sygdom. Aftalen skal målrettes udvalgte grupper af patienter, der kræver en specialiseret indsats. Vi er enige om, at der ikke er tale om en stående, fri og vederlagsfri ret til at trække på hinandens kompetencer.</i>	Kommunernes behov for let adgang til rådgivning og specialviden i konkrete forløb for borgere med komplekse behov beskrives, herunder behov for systematisering af adgangen. Efterfølgende udarbejdes en aftale mellem kommunerne og Region Hovedstaden, hvor rådgivningen konkretiseres i form af fagligt indhold, form, organisering, økonomi og evaluering.	Fase 1: 3.-4. kvartal 2016. Fase 2: 2017	2016		Hospitalsdirektionerne	2016
31	5.1.8	Forskning	<i>For at understøtte vores arbejde med at sikre lighed i sundhed gennemføres et mindre antal, men større tværsektorielt forankrede forsknings- og udviklingsprojekter vedrørende tidlig opsporing, rekruttering og fastholdelse af sårbare og udsatte borgere i forebyggelses- behandlings- og rehabiliteringstilbud, herunder forskning om muligheder for at understøtte, at sårbare og udsatte borgere er aktive samarbejdspartner i eget forløb.</i>	Forud for igangsættelsen af forskningsprojekterne skal der identificeres områder hvor der er særligt stort behov for at gennemfører tværsektorielt forankrede forskningsprojekter. Herudover skal der identificeres kommuner med interesse og mulighed for at indgå i forskningsprojekter. Processen skal udarbejdes under hensyn til budgetprocessen i de deltagende kommuner. Der skal udarbejdes konkrete oplæg til "forskningsprojekter" og indhentes tilsagn fra involverede kommuner, godkendelse i SKU.	Fase 1: 1. kvartal 2016: Fase 2: 2-3 kvartal 2016: Fase 3: fra 4. kvartal 2016	2016	2018	Styregruppen for tværsektorielt forskningssamarbejde	2016
33	5.2.1	Forebyggelse + rehab	<i>Styrke samarbejdet omkring anvendelsen af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud gennem lokale initiativer. Herunder bl.a. aftale retningslinjer for samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis der sikrer, at borgere med behov herfor tilbydes alkohol- og tobaksintervention forud for operation. (sammenhæng til indsats 32)</i>	1) Definere hvilke borger-patientgrupper der er tale om. 2) Indgå lokale aftaler om henvisning til kommunale tilbud forud for operation.	Fase 1: 1. kvartal 2016. Fase 2 og 3: resten af 2016	2016		Samordningsudvalgene	2016

43	5.2.7	Børn	Synliggøre eksisterende tilbud til børn i familier med misbrugsproblemer.	Det skal være nemt at få overblik over, hvilke tilbud der findes til børn i familier med misbrugsproblemer. Der skal træffes beslutning om, om det fx også er SOFT-portalen, der er mest hensigtsmæssig hertil.	Fase I: De nuværende tilbud (primært kommunale) afdækkes og det afklares, hvem der typisk henviser hertil og om der er andre faggrupper, som evt. ikke henviser pga. manglende kendskab. Dvs. målgruppen for formidlingen af tilbuddene skal indkredses. Fase III: Det beslutes, hvad der er mest hensigtsmæssigt mht. synliggørelse. Fase 3: Implementering	2016	2016	Uafklaret - Børn ?	2016
45	5.2.8	Psyk	Tage stilling til udvikling og implementering af forløbsprogrammer for psykiske lidelser, når den generiske model fra Sundhedsstyrelsen foreligger.	Afventer generisk model for forløbsprogram fra Sundhedsstyrelsen.		2016		Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	2016
48	5.2.9	Psyk	Fastlægge principper for, hvordan kommuner, hospitaler og praksissektoren kan samarbejde om at motivere borgere med psykisk sygdom til at benytte kommunale og regionale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.	Der skal sikres synlighed omkring eksisterende forebyggelsestilbud (sammenhæng til indsats 32) - herefter skal principper aftales. Den konkrete implementering aftales i Samordningsudvalgene.	Fase 1: 1. kvartal 2016 Fase 2: 2. og 3. kvartal 2016 Fase 3: aftales i Samordningsudvalgene	2016		Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	2016
53	5.3.1	Kommunikation	Udarbejde en aftale for støtte til borgere (børn og voksne) med svære kommunikationsvanskeligheder, der indlægges fra sociale tilbud til udredning og behandling på hospital.	Udarbejdes aftale for området med udgangspunkt i lokale erfaringer.	Der udarbejdes et administrativt udkast til aftale på baggrund af erfaringer i Midt og Bornholm	2016	2016	Administrativt oplæg DAS sekretariatet - Forankret i DAS	2016
55	5.3.2	Kronisk sygdom /DÆMP	Styrke det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing og tidlig indsats vedr. begyndende sygdomsudvikling eller forværring af sygdom ved at implementere redskaber, som er udviklet til formålet, og som så vidt muligt er evidensbaseret og derudover tage afsæt i en opsamling af erfaringerne med tidlig opsporing og tidlig indsats.	Følge op på implementering af redskaber til tidlig opsporing, herunder afklaring af, hvorvidt der er behov for understøttende aktiviteter i kommunerne og almen praksis	opstart 2016 med foranalyser	2016		Arbejdsgruppe vedr. forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser	2016
56	5.3.2.1	Kronisk sygdom /DÆMP	Med udgangspunkt i eksisterende erfaringer udarbejdes aftaler for samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og hospitalerne omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud. Aftalerne skal beskrive samarbejdet omkring og ansvarsfordelingen af det lægefaglige behandlingsansvar, tilgængelighed for lægefaglig rådgivning og vurdering af borgerens situation og samarbejde om understøttelse og oplæring af medarbejdere. Aftalerne skal omfatte både psykiatri og somatik. (sammenhæng til indsats 29)	Nedsætte arbejdsgruppe med repræsentation fra kommuner, almen praksis og hospitalerne (samme som under 29) med henblik på at udarbejde aftaler for det tværsektorielle samarbejde omkring de kommunale subakutte/akutte pleje- og behandlingstilbud.	Fase 1: 1. kvartal 2016 Fase 2: 2. og 3. og 4. kvartaler 2016. Fase 3: 2017 og 2018	2016	2018	Arbejdsgruppe vedr. forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser	2016
57	5.3.2.2	Svangre	Analysere genindlæggelsesmønstret for nyfødte med henblik på vurdering af behovet for implementering af yderligere tværsektorielle indsatser.	Nyfødte udskrives i dag meget tidligt efter fødslen, hvilket medfører en del genindlæggelser, typisk som følge af manglende etablering af velfungerende amning. Der er tal, som tyder på en markant stigning, men også metodemæssig tvivl om, hvordan dette opgøres. Der er derfor behov for en analyse på området, som er grundig mht. hvilke diagnoser osv. der medtages. Der er en ny vejledning til dataopgørelse fra SST/SSI, som skal inddrages.	Fase I: Beskrivelse af analyseopgaven . Fase II: Analyse. Fase III: Konklusioner/anbefalinger.	2016	2016	Fødeplanudvalg	2016
59	5.3.4	Medicin	Præcisere organiseringen og ansvarsfordelingen i samarbejdet mellem kommunerne, hospitalerne og praksissektoren med fokus på rettidig og korrekt medicinkommunikation. Der skal til enhver tid være klart kommunikeret, hvem der har det lægefaglige ansvar for den samlede medicinering af borgeren.	Afventer resultatet af FMK tværsektoriel arbejdsgruppen se punkt 17	Det kræver et forarbejde før der kan beskrives en tidsplan	2016	2016	Arbejdsgruppe vedr. forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser	2016
60	5.3.4	Medicin	Implementere en tværsektoriel model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning.	Med udgangspunkt i notat fra marts 2014 om tværsektorielle anbefalinger for medicingennemgang/ajourføring i Region Hovedstaden udarbejdes forslag om en model for systematisk medicingennemgang og medicinafstemning. Når modellen er godkendt udarbejdes en implementeringsplan. Dernæst er opgaven at få modellen implementeret og efterfølgende evalueret.	Fase 1: 1. kvartal 2016. Fase 2: 2., 3. og 4. kvartaler i 2016. Fase 3 : 2017. Fase 4: evaluering 1. kvartal 2018.	2016		Medicinfunktionen på Bispebjerg/Frederiksberg Hospitaler	2016

64	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	<i>Etablere indsatser for borgere med erhvervet hjerneskade, som kan forebygge genindlæggelser og forværring af borgerens og familiens situation. Det kan eksempelvis handle om opretholdelse af en hjerneskadekoordinatorfunktion i kommunerne, gennem etablering af mulighed for revurdering/tilbageløb for borgere med særlige problemstillinger og gennem etablering af graduerede rehabiliteringstilbud både i kommunerne og på hospitaler.</i>	Indhold i og organisering af indsatserne beskrives i implementeringsplanerne vedr. implementering af forløbsprogrammerne for rehabilitering af erhvervet hjerneskade for hhv. børn/unge og voksne (jf. indsats 63).	Der foretages en prioritering ift. opstart af de enkelte indsatser i hhv. 2016 og 2017 på baggrund af økonomi-notat og implementeringsplaner	2016	2018	Arbejdsgrupperne vedr. implementering af forløbsprogram for rehabilitering af erhvervet hjerneskade. Når planen er godkendt, overdrages ansvar for implementering til SOU samt de enkelte hospitaler og kommuner	2016
65	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	<i>Understøtte indsatser, der fremmer tidlig og kvalificeret opsporing, idet jo tidligere sygdommen (demens) opdages, des bedre er mulighederne for at vælge effektive behandlingsmetoder, planlægge den sociale indsats og inddrage borgeren og de pårørende som aktive samarbejdspartner.</i>	Skal håndteres i forbindelse med revision af programmet - se indsats 66	Arbejdsgruppe vedr. implementering er allerede nedsat. Revision af forløbsprogrammet for demens opstartes i 2015 med henblik på implementering i 2016	2016	2017	Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	2016
66	5.3.5	Kronisk sygdom /DÆMP	<i>Forløbsprogrammet for demens - Tilrettelægge og gennemføre den videre implementering af forløbsprogrammets indsatser samt revisionen af forløbsprogrammet med afsæt i den gennemførte evaluering af forløbsprogrammet for demens.</i>	At revidere forløbsprogrammet i løbet af 2015 med endelig godkendelse i DAS primo 2016. Se indsats 65. Fortsat implementering af det nuværende program med særligt fokus på almen praksis. - obs til praksisplanen.	Arbejdsgruppe vedr. implementering er allerede nedsat. Revision af forløbsprogrammet for demens opstartes i 2015 med henblik på implementering i 2016	2016	2017	Arbejdsgruppe vedr. Patientrettet forebyggelse og kronisk sygdom	2016
67	5.4.1	Forebyggelse + rehab	<i>For at sikre mindst mulig tab af funktionsevne under indlæggelse vil vi sikre, at hospitalerne har tilstrækkeligt fokus på mobilisering og genoptræning af ældre medicinske patienter.</i>	Sikre videndeling og best practice på området. Sag til SFR ortopædkirurgi?		2016		Hospitalsdirektionerne	2016

Bilag: 4.3. Udkast til bemærkninger vedr. sundhedsaftale III

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 26. august 2015 - Kl. 9:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 59952/15

Det fælles kommunale sundhedssekretariat

Bemærkninger implementeringsplan 2016

Vedr. punkt A, kan det oplyses, at Forvaltningen på baggrund af byrådets godkendelse af Sundhedsaftalen, har indarbejdet budgetskøn for implementeringsplanen for 2016 i det administrative budget for 2016.

Vedr. punkt B, har Allerød Kommune følgende bemærkninger:
I forhold til selve implementeringsplanen bifalder kommunen denne, med en supplerende bemærkning om at indsat 33: tilbud om alkohol- og tobaksintervention bør sammentænkes med indsats 70 vedrørende træning forud for planlagte operationer samt en generel bemærkning om bekymring i forhold til de mange opgaver, der forudsætter øgede kompetencer og ressourcer de kommende år.

Venlig hilsen

Allerød Kommune

Ældre og Sundhed

Allerød Rådhus
Bjarkesvej 2
3450 Allerød
Tlf: 48 100 100
kommunen@alleroed.dk
www.alleroed.dk

Åbningstider
Mandag-Tirsdag 10-14
Onsdag lukket
Torsdag 10-18
Fredag 10-12

7. august 2015



Bilag: 5.1. Status ældremilliard 2015 og bloktilskud fra 2016

Udvalg: Sundheds- og Velfærdsudvalget 2014-2017

Mødedato: 26. august 2015 - Kl. 9:00

Adgang: Åben

Bilagsnr: 60674/15

NOTAT

Status ældremilliard 2015 og overgang til bloktilskud fra 2016

Dato: 11. august 2015

Sagsnr. 15/11327

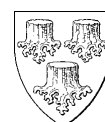
Sagsbehandler:
Lisbeth Pedersen

Allerød Kommune har i lighed med landets andre kommuner modtaget en andel af ældremilliarden i 2014 og 2015. Alle midlerne er søgt og bevilget. I 2014 var anvendelsen fordelt på kortere – og længere indsats, mens midlerne fra 2015 i højere grad er bundet i konkrete og varige indsatser. Alle indsatser er politisk prioriteret og besluttet i Sundheds- og Velfærdsudvalget.

Kommunen modtog i 2014 4,2 mio. kr. mens beløbet i 2015 er 4.362.000 kr.

Skema 1

Oversigt anvendelse ældremilliard 2015 og frem				
Område	Beløb kr./år	Indsats	Status	Konsekvens ved bortfald
Genoptræning	815.501	Øget træning på midlertidig plads og fastholdelse af træningsindsatser	Fastansat personale løser opgaverne	Mindre træning, længere ophold og forventet øget udgift på sigt
Aktivitet på plejecentre, herunder hverdagsrehabilitering	1.555.867	Aktivitet og hverdagsrehabilitering på plejecentre	Fastansat personale løser opgaverne	Mindre aktivitet, mindre hverdagsrehabilitering, manglende stimulering og øget pres på det øvrige personale
Ernæringsindsats, plejecentre og hjemmeboende	621.911	Indsats for ernærings-truede ældre på plejecentre og hjemmeboende ældre	Fastansat personale løser opgaverne	Øget risiko for udvikling af sygdom og nedsat funktionsevne
Ekstra nærvær til de svageste ældre	1.001.490	Nærvær og ekstra tid til de svageste ældre i plejecentre og de hjemmeboende ældre	Løses indeholdt i personale-normeringen	Mindre nærvær og øget pres ved besøg og på det øvrige personale
Hverdagsrehabilitering	187.986	Indsats hos hjemmeboende borgere	Fastansat personale løser opgaverne	Mindre hverdagsrehabilitering og udgiften vil blive flyttet til budget for hjemmepleje
Hjælpebidler	102.688	Aldersbetingede hjælpebidler	Bevilges efter ansøgning	Bortfald af aldersbetinget visitation til hjælpebidler
Administration	76.558	-	-	



Forvaltningen har vurderet mulige besparelser i forhold til overstående indsatser efter samme model, som er anvendt i det generelle sparekatalog for 2016. Vurderingen fremgår af skema 2.

Skema 2

Oversigt mulige besparelser fra 2016, hvor modellen ændres til bloktilskud.				
Område	Beløb kr./år	Indsats	Status	Konsekvens ved bortfald
Genoptræning	815.501	Øget træning på midlertidig plads og fastholdelse af trænings-indsatser	Fastansat personale løser opgaverne	Mindre træning, længere ophold og forventet øget udgift på sigt
Aktivitet på plejecentre, herunder hverdagsrehabilitering	1.555.867	Aktivitet og hverdagsrehabilitering på plejecentre	Fastansat personale løser opgaverne	Mindre aktivitet, mindre hverdagsrehabilitering, manglende stimulering og øget pres på det øvrige personale
Ernæringsindsats, plejecentre og hjemmeboende*	621.911	Indsats for ernærings-truede ældre på plejecentre og hjemmeboende ældre	Fastansat personale løser opgaverne	Øget risiko for udvikling af sygdom og nedsat funktionsevne
Ekstra nærvær til de svageste ældre	1.001.490	Nærvær og ekstra tid til de svageste ældre i plejecentre og de hjemmeboende ældre	Løses indeholdt i personale-normeringen	Mindre nærvær og øget pres ved besøg og på det øvrige personale
Hverdagsrehabilitering	187.986	Indsats hos hjemmeboende borgere	Fastansat personale løser opgaverne	Mindre hverdagsrehabilitering og udgiften vil blive flyttet til budget for hjemmepleje
Hjælpemidler	102.688	Aldersbetingede hjælpemidler	Bevilges efter ansøgning	Bortfald af aldersbetinget visitation til hjælpemidler
Administration	76.558	-	-	-

*i forhold til ernæringsindsats vurderes det, at der kan spares 400.000 kr. årligt, mens den resterende andel på 221.911kr. fortsat vil skulle finansiere en særlig indsats for de svageste, ernæringstruede ældre.

Det samlede beløb, der efter forvaltningens vurdering kan indgå i besparelserne fra 2016 er således i alt kr. 1.580.736.

