

## 3.30 Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg

### 1. Ydre vilkår, grundlag og strategi

Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg er ansvarlig for sundheds- og omsorgsområdet i Aarhus Kommune. Flere opgaver, flere ældre og stramme økonomiske vilkår har givet Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg en platform for forandring. Forandringen er forankret i Sundhed og Omsorgs strategi og de fem ledetråde, som har været pejlemærkerne for udviklingen i afdelingen siden 2010. For de tre af ledetrådene er borgerne i centrum, og implementering af strategien fordrer, at borgerne indgår som medspillere og at forventningerne til den offentlige service revideres.

Siden 2010 har Sundhed og Omsorg målrettet arbejdet for at gøre borgerne mere selvhjulpne og effektivisere ressourceforbruget. En strategi og arbejdsmåde, der er helt i overensstemmelse med det mål byrådet har stillet op om, at flere borgere skal hjælpes til at blive selvhjulpne. Regnskabet for 2014 viser således, at antallet af modtagere af kompenserende hjælp falder, men det fremgår også, at der gennemføres færre rehabiliteringsforløb med henblik på, at borgerne kan klare sig selv i længere tid uden kompenserende hjælp. Derfor arbejdes der med udvikling af forløbsmodeller, hvor rehabilitering tænkes ind i alle borgerforløb. I forlængelse af den udvikling har Sundhed og Omsorg udarbejdet et forslag til en strategisk investering på Rehabiliteringsområdet.

Sundhed og Omsorg vil intensivere implementeringen af velfærdsteknologiske og digitale løsninger. Det er en indsats, der kræver yderlige midler, hvorfor Afdelingen har udarbejdet et forslag under titlen turbo på velfærdsteknologi (i plejeboligerne).

Sundhed og Omsorgs økonomi vil fortsat være under pres især grundet udefrakommende bevægelser, som afdelingen ikke selv kan påvirke. Presset kommer bl.a. fra det voksende antal ældre handicappede i botilbud og med bostøtte, hvor Sundhed og Omsorg overtager finansieringsansvaret, når borgeren bliver 67 år og fra genoptræningsområdet, hvor antallet af genoptræningsplaner fra sygehusene fortsat vokser kraftigt. Derudover er der et bagvedliggende pres, som stiger kontinuerligt som følge af, at budgetmodellen ikke giver fuld kompensation for det ekstra antal ældre, ligesom området oplever et kraftigt pres som følge af tidligere udskrivning fra hospitalerne og opgaveflytning fra hospitalerne til kommunen.

For at understøtte arbejdet med at forfølge disse visioner og for at imødekomme de udfordringer, der er nævnt i ovenstående, har Sundhed og Omsorg udarbejdet en langsigtet strategi for sundheds- og omsorgsområdet i Aarhus Kommune. Det er hensigten, at strategien skal fungere som en overordnet ramme for arbejdet i årene 2012-2020.

Strategien består af fem ledetråde, hvoraf de tre er rettet direkte mod den indsats, Sundhed og Omsorg yder for borgerne:

### **Vi holder borgerne væk**

- Borgerne vil klare sig selv. Derfor hjælper vi borgerne med at klare sig selv bedst muligt

### **Al magt til borgerne**

- Det er borgerne, vi er her for

### **Vi er sammen med borgerne**

- Det er i mødet med borgeren, at den gode pleje og omsorg skabes

Disse ledetråde fungerer samtidig som de overordnede effektmål. Det sker for at sikre, at der er sammenhæng mellem den langsigtede strategi og de delmål, der arbejdes efter i et givent budgetår, ligesom det helt konkret vil illustrere, om Sundhed og Omsorg lever op til de principper, der er opstillet i den langsigtede strategi.

Sundhed og Omsorg har det tværgående ansvar for kommunens sundhedsopgaver. På sundhedsområdet er retningen for afdelingen og kommunens arbejde sat i Aarhus Kommunes Sundhedspolitik – 'Sammen om Sundhed - Mere af det der virker!', der blev vedtaget af byrådet i 2014.

## **2. Mål for effekt og ydelser**

### **2.1. Overordnede effektmål**

**Mål 1.0:** Vi holder borgerne væk

**Mål 2.0:** Al magt til borgerne

**Mål 3.0:** Vi er sammen med borgerne

### **2.2 Delmål og målopfyldelse**

**Mål 1.0:** Vi holder borgerne væk (effektmål)

Borgerne vil gerne klare sig selv. Derfor hjælper Sundhed og Omsorg borgerne med at klare sig selv bedst muligt. Det sker ved, at rehabilitering, sundhedsfremme og forebyggelse tænkes ind i alle de sammenhænge, hvor der er kontakt med borgerne. Gennem udvikling og implementering af velfærdsteknologiske løsninger understøttes borgernes ønske om at kunne klare hverdagen selv. Sundhed og Omsorg udvikler de nære sundhedstilbud og styrker samarbejdet med hospital og almen praksis. Det betyder også, at Sundhed og Omsorg opsøger borgere, som har behov for hjælp, samt vejleder borgere i at træffe sunde valg. I den nære relation med borgeren skal hænderne i højere grad 'holdes på ryggen', så borgeren får plads til selvhjælp og egne løsninger. Sundhed og Omsorg går med andre ord fra kompenserende til rehabiliterende hjælp.

**Delmål 1.1:** Frem til år 2019 skal middellevetiden i Aarhus Kommune stige med stige med 0,5 år pr. år (Effektmål)

Middellevetiden anvendes ofte som mål for den generelle sundhedstilstand i befolkningen og er velegnet til at belyse tendenser i udviklingen over en længere tidsperiode. Middellevetiden angiver det gennemsnitlige antal år, som en 0-årig født i det pågældende år kan forvente at leve, hvis de aldersspecifikke dødeligheder ikke ændres i dennes levetid. Forbedringer i middellevetiden afspejler altså summen af fortidige såvel som nutidige sundhedsforbedrende tiltag og generelle forandringer og er derfor mindre velegnet til at vurdere kortsigtede effekter.

Målet om en stigende middellevetid er derfor ikke et mål, Sundhed og Omsorg alene kan indfri. Det kræver et tværmagistratsligt og tværsektorielt samarbejde om at hæve den generelle sundhedstilstand blandt hele Aarhus Kommunes befolkning. Som tovholder på sundhedspolitikken lægger Sundhed og Omsorg derfor op til bredt samarbejde om at nå et fælles mål for hele kommunen.

Status og forventet målopfyldelse:

### Middellevetid

Tekst	R 2013	B 2014	B 2015	B 2016	B2017	B 2018	B2019
Middellevetid* (MP118)	81,5	82,0	82,5	83,0	83,5	84,0	84,5

\*Regnskabstallet for middellevetid vil af datamæssige årsager altid være forsinket med ca. 1 år.

**Delmål 1.2:** I 2019 skal 9 ud af 10 borgere over 65 år ikke modtage praktisk hjælp eller personlig pleje (effekt mål)

Sundhed og Omsorg arbejder på at 'vende borgerne i døren' og derved holde flest mulige borgere væk fra et varigt behov for hjælp. Dette gøres ved at sætte særligt fokus på at udnytte mulighederne for rehabilitering, træning, sundhedsfremme og forebyggelse.

Borgerne tilbydes først og fremmest hjælp til at kunne klare sig selv. Dette indebærer bl.a. en styrkelse af træningsområdet, hvor borgerne trænes til selv at kunne udføre praktiske gøremål. Via en gennemgående rehabiliterende tankegang styrker Sundhed og Omsorg borgernes egne ressourcer og kompetencer.

Derudover vil Sundhed og Omsorg gøre en indsats for at forebygge komplikationer og forværing af sygdomme, der fører til (gen)indlæggelser. Af særlige indsatser på området har Sundhed og Omsorg akuttillbud og rehabilitering, der skal medvirke til, at borgerne kan generhverve tabte færdigheder.

Som noget nyt er budgetmålet "Andel borgere over 65 år, der ikke modtager praktisk hjælp" ændret til at være dem, der hverken får praktisk hjælp eller personlig pleje. Dermed stemmer det bedre overens med det overordnede mål "Vi holder borgerne væk". Målet dækker udelukkende hjemmeplejen, da beboere i plejebolig altid modtager pleje og praktisk hjælp, og det derfor ikke er muligt at påvirke denne gruppe borgere. Budgetmålene er justeret ud fra den ændrede målsætning, men målet på sigt er fastholdt som 9 ud af 10, hvilket fortsat vurderes at være realistisk.

Status og forventet målopfyldelse:

### Andel borgere over 65 år der ikke får hjælp eller pleje

Tekst	R 2013	R 2014	B 2015	B 2016	B2017	B 2018	B2019
Andel af borgere over 65 der ikke får praktisk hjælp eller personlig pleje (%)	85,1%	86,1%	86,9%	87,7%	88,4%	89,2%	90,0%
Antal borgere over 65 der ikke får praktisk hjælp eller personlig pleje *	35.497	36.968	38.212	39.398	40.562	41.916	43.056

\* Antallet beregnes ud fra borgere, som enten får personlig pleje eller praktisk hjælp i hjemmeplejen. Borgere, der bor i plejebolig, medtages ikke. Dette er en ny måde at opgøre målet på.

Note: Målet er ændret og dermed er både regnskabstal og budgetmål justeret ud fra den nye definition.

Sundhed og Omsorg har ansvaret for træning og rehabilitering efter service- og sundhedsloven. Borgerkonsulenten skal under sit visitationsbesøg sørge for at afdække borgerens ressourcer og have øje for at fremme den enkelte borgers mulighed for at klare sig selv – for at øge borgerens livskvalitet. Udgangspunktet er en udredning af den enkelte borger ift. mulighe-

derne for at forbedre borgerens funktionsniveau, inden eventuelt behov for pleje og praktisk hjælp fastlægges. Dette vil kunne aflæses i et mindre behov for pleje og praktisk hjælp.

Gennem forebyggende hjemmebesøg og systematisk forebyggelse er målet, at borgerne så længe som muligt kan klare sig selv. Som en ny indikator på dette er andelen af borgere over 85 år, som ikke er visiteret til pleje, praktisk hjælp, sygepleje eller genoptræning. I 2014 var det 31,1% af borgerne over 85 år, der ikke var visiteret til indsatser. Målet for 2019 er 40% af borgerne over 85 år ikke er visiteret til indsatser.

### Andel borgere over 85 år, der ikke er visiteret til indsatser

Tekst	R 2013	R 2014	B 2015	B 2016	B2017	B 2018	B2019
Andel af borgere over 85, der ikke er visiteret til indsatser * (%)	30,8%	31,1%	33,0%	35,0%	37,0%	38,5%	40,0%
Antal borgere over 85, der ikke er visiteret til indsatser *	1.636	1.673	1.813	1.952	2.090	2.211	2.316

\* Indsatser er praktisk hjælp, personlig pleje, sygepleje eller genoptræning. Målet omfatter både borgere i hjemmepleje og plejebolig.

Den nuværende rehabiliteringsmodel Grib Hverdagen understøtter ikke det længerevarende fokus på årsagerne til borgerens behov for hjælp, ligesom den heller ikke muliggør arbejdet med at sætte mål for indsatsen sammen med borgeren. Der arbejdes derfor med en ny model, der har større fokus på sammenhængende forløb og skal muliggøre et mere systematisk arbejde med borgerens mål, systematisk forebyggelse og tidlig opsporing. Ved at lave en ekstra rehabiliterende indsats på det rigtige tidspunkt forventes det at begrænse, at borgerens behov for hjælp øges.

Overgangen fra den nuværende model Grib Hverdagen til den nye forløbsmodel betyder, at Sundhed og Omsorg fremover går fra at tænke rehabilitering ind for en begrænset målgruppe til at tage afsæt i rehabiliteringstilgangen i alle indsatser for alle borgere.

Den nye indikator bygger på, hvor mange minutters personlig pleje og praktisk hjælp en borger i hjemmeplejen i gennemsnit modtager. I budgetperioden forventes det at kunne falde fra nuværende 186 minutter per uge til under 176 minutter, altså under 3 timer.

### Rehabiliteringseffekt målt på ugentlig tid pr. borger

Tekst	R 2013	R 2014	B 2015	B 2016	B2017	B 2018	B2019
Den gennemsnitlige tid pr. borger, der modtager personlig pleje eller praktisk hjælp i hjemmeplejen	187	186	184	182	180	178	176

### Ændringer i forhold til budget 2015-2018

Projektet med den nye rehabiliteringsmodel er i gang i 2015 og betyder, at rehabiliteringsprojektet Grib Hverdagen erstattes af en mere gennemgående rehabiliterende indsats. Budgetmålene "Antal påbegyndte på Grib Hverdagen" og "Effekten af et rehabiliteringsforløb ifht. selvhjulpethed (Grib Hverdagen)" er derfor taget ud af budgetbemærkninger fra 2016. Der er i stedet opsat et rehabiliteringsmål, som er den gennemsnitlige ugentlige tid pr. borger i hjemmeplejen.

### Mål 2.0: Al magt til borgerne (effekt mål/ydelsesmål)

Det er borgeren, der bestemmer - altid og i alle situationer. Det gælder i særlig grad, når de har brug for vores hjælp. Derfor skal Sundhed og Omsorg sikre, at borgerne bestemmer over egen hverdag og den hjælp, de får. Det skaber trivsel og livsglæde. Borgerne er eksperter i eget liv, og Sundhed og Omsorg er borgernes medspillere og støtter det enkelte menneskes individuelle behov med vores faglighed. Sundhed og Omsorg vil som afdeling understøtte dia-

log og inddragelse af borgeren og borgerens netværk i målsætninger, afgørelse og planlægning mv.

**Delmål 2.1** Sundhed og Omsorg understøtter borgerne i deres hverdag med respekt for den enkelte borgers ønsker og behov (effektmål) (ændret mål)

Borgeren bestemmer altid og i alle situationer. Dette indebærer, at man har mulighed for at tilrettelægge tilværelsen efter egne behov, forventninger og mål. Sundhed og Omsorg bestræber os derfor på, at borgeren har størst mulig indflydelse på hjælpen og på hvornår hjælpen modtages. I brugerundersøgelsen af hjemmeplejen spørges der til, om borgeren oplever at have indflydelse på den måde, hjælpen udføres. Til at understøtte denne strategi med borgernes oplevelse af valgfrihed er der opsat nye mål, som var med første gang i brugerundersøgelsen i 2014.

Status og forventet målopfyldelse:

### Borgeren bestemmer hvornår og hvordan hjælpen skal gives

Tekst	R 2013	R 2014	B 2015	B 2016	B2017	B 2018	B2019
I hvilken grad oplever du, at det er muligt at ændre i den planlagte hjælp? **	*	44%	45%	51%	57%	63%	69%
I hvilken grad får du hjælpen på de tidspunkter, der passer dig? **	*	67%	70%	72%	75%	77%	79%

\*Undersøgelsen blev ikke gennemført i 2013

\*\* Målet angiver andelen af borgere, der har svaret "I høj grad" eller "I nogen grad" på spørgsmålet.

Borgerens oplevelse af valgfrihed og tilfredshed med hjælpen er et vigtigt mål for kvaliteten. Det er i sidste ende borgernes oplevelse af hjælpen, der - sammen med fagligheden - viser, om Sundhed og Omsorg som afdeling gør det godt.

I forbindelse med omlægning af strategien lægges der vægt på, at hjælpen tager afsæt i den enkelte borgers behov. Det forventes, at tilfredsheden med hjælpen kan løftes. Den overordnede tilfredshed med hjælpen er på den baggrund justeret for budgetårene 2015-2019. I den følgende indikator er to tidligere mål taget ud, og der er i stedet tilføjet et nyt mål, der vedrører borgernes oplevelse af, at hjemmehjælperne kender deres behov.

### Tilfredshed med pleje og praktisk hjælp (hjemmeplejen)

Tekst	R 2013	R 2014	B 2015	B 2016	B2017	B 2018	B2019
Hvor tilfreds er du med hjemmehjælpen alt i alt? (MP001) **	*	69%	71%	75%	77%	79%	80%
I hvilken grad oplever du, at hjemmehjælperne, der kommer i dit hjem kender dine behov? ***	*	62%	66%	70%	72%	74%	75%

Note: Forventningerne til udviklingen i tilfredsheden er revurderet i forbindelse de nye strategimål og målene for årene 2015-2019 er på den baggrund justeret.

Note: I Sundhed og Omsorg har vi tillige en målsætning om, at dem vi er mest sammen med dvs. de, der modtager personlig pleje og ikke kun praktisk hjælp, oplever en højere tilfredshed ligesom de skal opleve, at vi kender deres behov godt. I selve budget- og regnskabsbemærkningerne sondres dog ikke mellem de to grupper.

\*Undersøgelsen blev ikke gennemført i 2013

\*\* Målet angiver andelen af borgere, der har svaret "Meget tilfreds" eller "tilfreds" på spørgsmålet.

\*\*\* Målet angiver andelen af borgere, der har svaret "I høj grad" eller "I nogen grad" på spørgsmålet.

### Ændringer i forhold til budget 2015-2018

Andelen af borgere, der benytter læse-/skriveadgang i Journalen er ikke længere et delmål. Der er foreløbig kun passiv læseadgang, og der ikke umiddelbart udsigt til skriveadgang, hvor

borgeren ville kunne bidrage aktivt med input, lave selvbetjening på ansøgninger og lignende. Det forventes i stedet på sigt, at borgeren kan tilgå sin Omsorgsjournal via sundhed.dk. Budgetmålet er derfor taget ud.

De nye strategimål lægger i højere grad vægt på, at det er borgeren, der bestemmer. I brugerundersøgelsen, der blev gennemført i 2014, var en del af de tidligere spørgsmål fra budgetmålene taget ud, som det også fremgår i regnskab 2014.

Budgetmålet "Hvor tilfreds er du med hjælperens imødekommenhed over for individuelle ønsker og behov" er derfor taget ud. I stedet er valgt et budgetmål, der fokuserer mere på borgerens oplevelse af valgfrihed, dvs. "I hvilken grad oplever du, at det er muligt at ændre i den planlagte hjælp".

"I hvilken grad får du hjælpen på det tidspunkt, der passer ind i din døgnrytme" er erstattet af et spørgsmål, der fokuserer mere på borgerens oplevelse. Det nye budgetmål er "I hvilken grad får du hjælpen på de tidspunkter, der passer dig?".

"I hvilken grad får du den hjælp du er bevilget?" er også taget ud af brugerundersøgelsen og er dermed ikke længere budgetmål. I stedet er der kommet et budgetmål, der fokuserer på, hvordan borgeren oplever situationen. Det nye mål er "I hvilken grad oplever du, at hjemmehjælperne, der kommer i dit hjem, kender dine behov?".

### **Mål 3.0:** Vi er sammen med borgerne (ydelsesmål)

Det er i mødet med borgeren, at den gode pleje og omsorg skabes. Indsatsen skal understøtte borgerens trivsel og livsglæde. Sundhed og Omsorg vil fremme borgernes mulighed for at fortsætte deres sociale liv med familie og venner og understøtte, at borgerne har god kontakt til civilsamfundet. Familie og venner skal inddrages aktivt, og de skal mødes af støtte men også forventninger og krav. Sundhed og Omsorg bruger faglighed, innovation og teknologi til at få mere tid sammen med borgerne. Og det tilstræbes, at borgeren er meget tilfreds med den tid.

Sundhed og Omsorg skal gøre det enkelt – for os selv og for borgeren. Den gode omsorg skabes sammen med borgeren. Det er det, der giver mening.

**Delmål 3.1:** I 2019 er den direkte brugertid i fritvalgsområdet steget til 56% (Ydelsesmål)

For borgerne er det tiden sammen med personalet, der betyder noget. Det er her, de har den personlige kontakt med personalet og får hjælp til det, de ikke selv kan. Den direkte brugertid måles ved at sammenholde antal leverede timer hos borgeren med den forbrugte normering inklusiv udgifter til vikar. Ud over direkte brugertid består arbejdstiden også af ferie, møder, kurser, transporttid og sygefravær.

Sundhed og Omsorg arbejder for at nå målet ved bl.a. at bruge velfærdsteknologi til at forbedre borgernes livs-kvalitet og selvhjulpethed og til at understøtte, at Sundhed og Omsorg er mest muligt sammen med borgerne. Arbejdet med forenkling og fjernelse af unødige regler og dokumentation fortsætter. Samtidig øger Sundhed og Omsorg fokus på kommunikation, gode arbejdsgange og hensigtsmæssig fordeling af opgaver i løbet af en arbejdsdag. Det skal øge den tid, Sundhed og Omsorg bruger med borgerne og sikre god dialog med borgere og pårørende.

Den direkte brugertid i hjemmeplejen i regnskab 2013 og regnskab 2014 er nedjusteret som følge af tekniske korrektioner. Der laves på denne baggrund en revurdering af budgetmålet, således, at der anvendes en mere forsigtig betragtning de første år, hvor Sundhed og Omsorg får de første erfaringer med forløbsarbejdet. Målet på sigt er - dog indtil konsekvenserne af at overgå til forløbsstankegangen er kendt - fastholdt på 56%.

Status og forventet målopfyldelse:

### Direkte brugertid i hjemmeplejen

Tekst	R 2013	R 2014	B 2015	B 2016	B2017	B 2018	B2019
Direkte brugertidsprocent (BTP) (MP029) *	50,6%	50,4%	51,2%	52,0%	53,2%	54,5%	56,0%

\* Målet er et gennemsnit for de opgaver, der varetages af sosu-personale, dvs. pleje, praktisk hjælp, uddelegeret sygepleje og rehabilitering

Note: Regnskabstallene for 2013 og 2014 er nedjusteret som følge af en teknisk korrektion. Den endelige budgetmål på 56% er fastholdt.

Det er vigtigt, at medarbejderne er sunde og raske og at de udfører arbejdsopgaverne så sikkert som muligt. Sundhed og Omsorg går derfor systematisk efter nedbringelse af sygefraværet og reduktion af arbejdsulykker. I Sundhed og Omsorg har der gennem de seneste år arbejdet med vores væsentligste arbejdsmiljøforhold og har haft et særligt fokus på at nedbringe antallet af arbejdsulykker.

Som noget nyt opgøres antallet af arbejdsulykker pr. 100 medarbejdere. Det gøres det, fordi det dagligt vurderes at være mere retvisende end et absolut tal, idet det ikke påvirkes af udviklingen i antallet af medarbejdere.

Målene for 2015-2019 svarer til de tidligere mål, blot fastsat ud fra det aktuelle antal medarbejdere. På det absolutte antal arbejdsulykker var der et markant fald frem til 2013 men en stigning i antallet af ulykker i 2014. De foreløbige tal for 2015 tyder ikke på, at det er en generel tendens, og der kan derfor forsat forventes et fald i antallet af ulykker. Den systematiske og analyserende tilgang til forebyggelse af sygefravær og arbejdsulykker samt tæt opfølgning og kontakt ved medarbejders sygefravær og ulykker gør, at Sundhed og Omsorg fortsat forventer et markant fald i begge nøgletal.

### Sygefravær og arbejdsulykker (ændret indikator)

Tekst	R 2013	R 2014	B 2015	B 2016	B2017	B 2018	B2019
Gennemsnitlig antal sygedage pr. fuldtidsansat * (MP052)	13,2**	11,0	10,0	9,5	9,4	9,3	9,3
Arbejdsulykker pr. 100 medarbejdere ***	10,9	12,0	10,4	10,1	9,8	9,5	9,2

\* I Sundhed og Omsorg opgøres det gennemsnitlige antal sygedage som faktisk fravær pr. fuldtidsansat dvs., at opgørelsen trækkes ud af vagtplanssystemet og ikke som den øvrige fraværstatistik i Aarhus Kommune, der følger en 7-dages kalenderuge. Elever medtages ikke i beregningen.

\*\* I 2013 er antallet af sygedage opgjort inkl. elever. Antal sygedage pr. medarbejder i 2013 excl. elever er 12,6.

\*\*\* Antal anmeldte arbejdsulykker i Aarhus Kommunes selvforsikring. Omfatter både arbejdsulykker med og uden fravær. Det forventede antal arbejdsulykker i årene 2015 til 2019 svarer til dem som fremgår af budgetbemærkninger for 2015, blot er de justeret i forhold til det faktiske antal medarbejdere i 2014.

Indførelsen af velfærdsteknologiske løsninger er en anden faktor, der skal bidrage til at imødekomme de store udfordringer Sundhed og Omsorg står overfor, bl.a. ved at frigive tid samt forbedre arbejdsbetingelser for de ansatte. Velfærdsteknologi indføres desuden, hvor det giver mening, og hvor Sundhed og Omsorg kan forbedre borgernes livskvalitet og selvhjulpethed.

I 2015 har Sundhed og Omsorg igangsat et projekt, der har til formål at sætte turbo på velfærdsteknologien. Tanken er, at beboere i eksisterende plejeboliger tilbydes en basispakke af velfærdsteknologi. Der findes allerede en anderledes sammensat pakke i de 10 plejeboligenheder (ca. 471 plejeboliger), der har været renoveret siden 2010. Den nye pakke har til formål gøre borgerne så selvhjulpne som muligt, at give borgerne tryghed og at frigive mere af medarbejderens tid til at være direkte sammen med borgerne. Såfremt byrådet imødekommer an-

lægsansøgningerne om velfærdsteknologi, forventes det at pakken er udrullet i alle eksisterende og nye plejeboliger i 2019.

I perioden 2009-2011 har alle plejeboliger fået installeret loftlift og i 2013 og 2014 er det også udrullet i hjemmeplejen. Fremover er indsatsen rettet mod at øge antallet af enkeltmandsforflytninger ved brug af loftlift og der er derfor fastsat et nyt mål. Målet på effekten af loftslifte er fastsat ud fra KL's nationale strategi for udbredelse af velfærdsteknologi.

### Den velfærdsteknologiske indsats

Tekst	R 2013	R 2014	B 2015	B 2016	B2017	B 2018	B2019
Andel plejeboliger, hvor der er en basispakke af velfærdsteknologi **	25%*	25%*	27%	48%	69%	86%	100%
Antal toiletter med skylle- og tørrefunktion i fritvalgsområdet	300	355	400	400	400	400	400
Andel enkeltmandsforflytninger ved brug af loftlift***	56%	48%	56%	66%	70%	73%	75%

\* I 471 boliger (25 pct.), der er renoveret frem til 2014, er der opsat skylle-tørretoilet (samt øvrige teknologier, som ikke indgår i basispakken). Den procentvise stigning fra år til år, kan ikke direkte omsættes til en udgiftsstigning. De renoverede boliger (471) forventes først at få hele basispakken i 2018 og 2019, hvilket medfører en ekstra udgift i disse år.

\*\* Udgiften er højere for basispakken til nye boliger (2018 og 2019) end for eksisterende plejeboliger. Basispakken til de øvrige eksisterende plejeboliger omfatter udover skylle-tørretoilet en række andre teknologier, fx påklædningshygiejnестol. I nye plejeboliger er der en bredere vifte af teknologier, eksempelvis gennemgående loftslifte.

\*\*\* Tallet angiver andelen af forflytninger ved brug af loftlift, der foretages én medarbejder i stedet for to. Det omfatter loftslifte i plejeboliger og hjemmepleje.

### Ændringer i forhold til budget 2015-2018

Målene med antal arbejdsulykker opgjort som absolut tal og opgjort i forhold til 2010 er taget ud af budgetbemærkningerne, da de er erstattet af et mål på antal arbejdsulykker per 100 medarbejdere.

På den velfærdsteknologiske indsats er budgetmålet på velfærdsteknologi i plejeboligerne ændret. Tidligere så man udelukkende på antallet af nye plejeboligheder, hvor der blev etableret velfærdsteknologi. Det nye budgetmål bygger i stedet på andelen af det samlede antal plejeboliger, hvor der er etableres velfærdsteknologi.

På loftslifte er budgetmålet ændret fra et være er ydelsesmål, hvor man talte antallet af loftslifte til at være et effektmål, hvor man måler om loftslifte reelt har en effekt. Der vurderes også at være en positiv effekt for borgeren af, at der kun skal én medarbejder til forflytning, idet kontakten mellem borger og medarbejder dermed bliver bedre.

### Delmål 3.2: Sundhed om Omsorg forebygger ensomhed og øger livsglæde (effektmål)

Sundhed handler også om trivsel og muligheden for at indgå i meningsfulde relationer og fællesskaber. Ensomhed og isolation kan gøre os syge. Derfor er et vigtigt indsatsområde at forebygge og bekæmpe ensomhed og social isolation. I 2014 svarede 16% af respondenterne i Sundhed og Omsorgs brugerundersøgelse i hjemmeplejen, at de ofte var uønsket alene. Sundhed og Omsorg er med i Folkebevægelsen mod ensomhed, og budgetmålet lægger sig derfor op af Folkebevægelsens målsætning om at halvere andelen af danskere, der føler sig ensomme, inden 2020.

Status og forventet målopfyldelse:



### Nedbringelse af ensomme borgere

Tekst	R 2013	R 2014	B 2015	B 2016	B2017	B 2018	B2019
Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre? *	**	16%	14,5%	13%	11,0%	9,5%	8%

\* Måltallet er andelen af borgere i hjemmeplejen, der har svaret "Ja, ofte" på spørgsmålet.

\*\* Undersøgelsen blev ikke gennemført i 2013.

Derudover er en barriere for at bekæmpe ensomhed, at man ikke kender til de aktiviteter og tilbud i tilstrækkeligt omfang. Her er stort forbedringspotentiale i forhold til at give borgere viden og information.

### Borgere oplever meningsfulde aktiviteter i hverdagen

Tekst	R 2013	R 2014	B 2015	B 2016	B2017	B 2018	B2019
I hvilken grad har du den nødvendige information om mulighederne for aktiviteter for dig? (fx motion, hobby, foreninger og muligheden for at være frivillig)	**	52%	60%	70%	80%	80%	80%
Hvor ofte benytter du dig af aktiviteterne? *	**	53%	54%	55%	56%	57%	58%

\* Måltallet er andelen af borgere i hjemmeplejen, der har svaret, at de benytter sig af aktiviteterne.

\*\* Undersøgelsen blev ikke gennemført i 2013.

Det er vigtigt for Sundhed og Omsorg, at beboerne i plejeboligerne skal føle sig trygge, veltilpasse og "hjemme". Det er en væsentlig forudsætning for trivsel og sundhed, at man føler sig hjemme i de daglige omgivelser - ikke mindst når man er kommet dertil, hvor livet skal leves i plejebolig.

I Sundhed og Omsorg sætter vi i de kommende år øget fokus på at hjemliggøre vores plejehjem. Vi vil vedvarende arbejde på, at der skal være gode rammer, en hyggelig atmosfære og at beboerne i vores plejeboliger oplever, at de har indflydelse på hvordan deres hverdag leves.

### Hjemmelighed i plejeboligerne

Tekst	R 2013	R 2014	B 2015	B 2016	B2017	B 2018	B2019
I hvilken grad føler du dig hjemme? *	*	*	60%	70%	75%	80%	80%

\* Undersøgelsen er ikke tidligere blevet gennemført. I maj 2015 gennemføres en pilotundersøgelse, som forventes at give en indikation om det nuværende niveau. Dette kan føre til en efterjustering af målene.

### Ændringer i forhold til budget 2015-2018

Ensomhedsområdet og livsglæde er en del af de nye strategimål. Det er et stor fokusområde i MSO, og det er bl.a. gennem aktiviteter, at borgerne i hjemmeplejen skal komme ud af ensomheden. For borgere i plejebolig lægges der vægt på, at borgeren føler sig hjemme, og dette spørges der til i en ny plejeboligundersøgelse.

Hele delmål 3.2 er derfor et nyt budgetmål, som der arbejdes efter i MSO. Det hænger tæt sammen med det næste delmål omkring frivillige.

**Delmål 3.3:** I sundheds- og omsorgsområdet vil Sundhed og Omsorg konstant forbedre rammer og samarbejde ift. at tiltrække og fastholde frivillige (ydelsesmål)

En styrkelse af det frivillige arbejde er en del af afdelingens langsigtede strategi. Det konkrete mål er at styrke fokus på, hvordan frivillige og borgere i øget omfang kan indgå i samarbejde med lokalcentre omkring skabelse af aktiviteter og tilbud for borgere i lokalområdet med et

ensomhedsbekæmpende sigte. Det er samtidig et mål at udvikle nye typer partnerskaber med aktører i civilsamfundet, der kan bidrage til nye løsninger og muligheder for, at flere aarhusianere får et godt liv og forbedring af implementering af målsætninger gennem Aarhus Kommunes Sundhedspolitik.

Et gensidigt samarbejde mellem frivillighed og faglighed etableres ud fra en helhedsorienteret indsats i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse for de ældre borgere i Aarhus Kommune. En konkret målsætning er mere frivillighed i plejeboligerne. Også frivillighed og medborgerskab i caféerne og spisegrupper på alle lokalcentercaféer er et mål, der skal med til at løfte ensomhedsindsatsen gennem medborgerskab.

Antallet af frivillige forventes fortsat at stige med 5% årligt. Tilfredsheden blandt de frivillige blev første gang målt i 2014 og resultatet på 94% var markant højere end budgetmålet. Budgetmålene for de kommende år er på denne baggrund justeret opad og det forventes, at de dette gode resultat kan fastholdes.

Pårørendestøtte blev også målt første gang i 2014, og her lå resultatet markant under budgetmålet på 80%. Pårørendeområdet er dog et stort indsatsområde i de kommende år, så der forventes i stedet en løbende stigning frem til målet på 80%, som forventes opnået i 2019. Målene for de kommende år er på den baggrund justeret.

Status og forventet målopfyldelse:

#### Rammer og samarbejde med frivillige og pårørende

Tekst	R 2013	R 2014	B 2015	B 2016	B2017	B 2018	B2019
Antal frivillige, som faciliterer- og samarbejder med lokalcentre og plejehjem om aktiviteter for borgere (MP124)	2.595	2.829	2.970	3.119	3.275	3.439	3.611
Frivilligtifredshed*	***	94%	94%	94%	94%	94%	94%
Pårørendestøtte**	***	56%	60%	65%	70%	75%	80%

\* Måltallet er andelen af frivillige på både lokalcentre og i frivillighusene, der har svaret "Ja" eller "ja i høj grad" til, at de alt i alt er tilfredse med at være frivillige.

\*\* Målingen af pårørendestøtte er foretaget blandt pårørende til plejeboligbeboere. Den samlede tilfredshed er en sammenlægning af fire tilfredshedsspørgsmål vedrørende støtte, kontakt, information og inddragelse fra personalet.

\*\*\* Målingerne er ikke blevet foretaget i 2013.

Note: Målene er justeret i forhold til budget 2015 på baggrund af resultatet fra regnskab 2014.

### 3. Særlige indsatsområder

I Sundhed og Omsorg er der udarbejdet en strategi for perioden 2012-2020. Strategien justeres årligt. I strategien er der formuleret en række mål for en 5 års periode. De ovennævnte tre overordnede mål (ledetråde) samt delmål udgør en del af strategien. Omdrejningspunktet i forhold til at indfri målene i strategien er, som det fremgår af de udvalgte budgetmål, vores rehabiliterende indsats, velfærdsteknologi og medborgerskab. Samtidig arbejdes der løbende med effektiviseringer for at få mål og økonomi til at mødes.

Som led i Sundhed og Omsorgs arbejde med at indfri den byråds vedtagne effektivisering på 1 procent om året er der igangsat en strategisk investering vedrørende rehabilitering. Ved at investere i kompetenceudvikling for assistenter og plejere i hjemmeplejen øges kompetencen til at samskabe og planlægge indsatsen fleksibelt med udgangspunkt i den enkelte borgers ønsker og behov. Et centralt fokus bliver at få skærpet rollen/ansvaret som kontaktperson og styrke inddragelsen af borgeren og de pårørende. Effekten er, at Sundhed og Omsorg bliver bedre til at holde borgere væk, og at der skal bruges mindre tid sammen med borgeren, hvilket resulterer i færre udgifter til pleje og praktisk hjælp.

I forbindelse med ovenstående vil Sundhed og Omsorg også sætte særligt fokus på sygeplejerskernes rolle, arbejdsopgaver og organisering. Dette sker særligt som følge af det oplevede opgavepres fra sygehusene, hvor de accelererede patientforløb stiller nye udfordringer for varetagelsen af det nære sundhedsvæsen. Dette kalder både på, at den traditionelle opgaveløsning effektiviseres, ligesom der skal stilles skarpt på fremtidens sygeplejekompetencer og organisering. I Sundhed og Omsorg er der derfor sat et arbejde i gang, der på den ene side skal bidrage til effektivisering ved bl.a. i højere grad at arbejde med borgeroplysning, velfærdsteknologi og delegering og samtidig skal bidrage til at Sundhed og Omsorg sikrer høj sygeplejefaglig kvalitet i opgaveløsningen.

#### 3.1. Hensigtserklæringer

Sundhed og Omsorg og Sociale Forhold og Beskæftigelse gennemfører i løbet af 2017 en ny evaluering af Hjerneskadeteamet, som forelægges byrådet.

Ved opførelse af almene pleje- og ældreboliger og ved tildeling af kvoter til almene familie- og ungdomsboligbyggerier vil Sundhed og Omsorg overveje muligheden for at indarbejde elementer fra de 11 forslag fra borgerne, som Medborgerskabsudvalget har udvalgt.

Borgmesterens Afdeling foretager i samarbejde med Sundhed og Omsorg en gennemgang af alle budgetmodeller på Sundhed og Omsorgs område. Gennemgangen skal foreligge senest ved fremsendelsen af afdelingernes budgetforslag til budgettet for 2017.

### 4. Beskrivelse af ydelser

Sundhed og Omsorg er ansvarlig for sundheds- og omsorgsområdet i Aarhus Kommune. Afdelingen yder hjælp til pleje og praktiske opgaver ud fra en samlet vurdering af den enkelte borgers behov og ressourcer.

Opgaver:

- Drift af lokalcentre og plejeboliger
- Pleje og praktisk hjælp til alle borgere uanset alder
- BPA-ordning
- Hjælpebidrag til alle borgere uanset alder
- Aktivitets- og sundhedsfremmetilbud
- Sundhedsfremme, forebyggelse og genoptræning i hele Aarhus Kommune

- Rehabilitering
- Madtilberedning og drift af caféer på lokalcentre
- Inddragelse af frivillige og civilsamfund

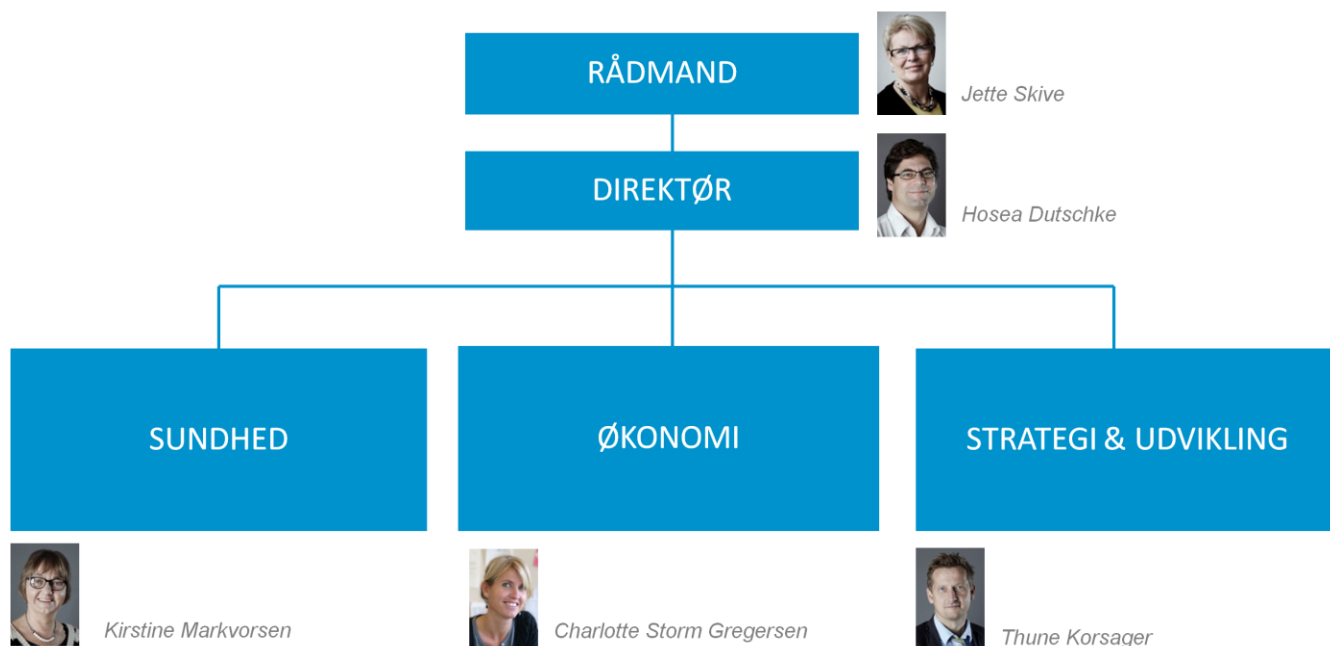
## 5. Organisation

Sundhed og Omsorg er organiseret med det formål at tilgodese borgeren bedst muligt. Lokalcentrene er kernen i organisationen – det er herfra, pleje, sygepleje, praktisk hjælp, ernæringspleje, aktiviteter og træning leveres.

Afdelingen for "Sundhed" har det overordnede ansvar for driften af lokalcentrene. Ligeledes varetages samarbejdet med frivillige, pårørende, brugerråd, beboer-pårørenderåd og folkesundhed samt den tværgående administration.

"Økonomi" har bl.a. ansvaret for den overordnede økonomistyring, ledelsesinformation, regnskabssupport og bygninger.

"Strategi og Udvikling" har det overordnede ansvar for HR-udvikling og -rådgivning, strategi, innovation og kommunikation samt forestår betjening af rådmand og direktør samt HMU, Ældrerådet, Sundheds- og omsorgsudvalget og Det Sociale Forbrugerråd, IT-understøttelse af forretningen, borgerjournalen, samt den velfærdsteknologiske indsats.



## 6. Supplerende nøgletal

### Ældreområdet:

#### Nettodriftsudgifter til ældreområdet – regnskab 2014 (6-by nøgletal)

Kr. pr. 65 årige og derover	Aarhus	Odense	Aalborg	Esbjerg	Randers	København
Pleje og omsorg	31.637	30.029	32.133	33.945	32.636	47.312
Hjælpe midler	1.935	2.695	1.797	1.801	1.804	2.529
Sikringsydelse	3.519	3.310	3.426	3.365	3.729	4.490
<b>I alt</b>	<b>37.091</b>	<b>36.034</b>	<b>37.356</b>	<b>39.111</b>	<b>38.169</b>	<b>54.331</b>

### Sundhedsområdet:

#### Udgifter pr. indbygger på medfinansieringsområdet – regnskab 2014 (6-by nøgletal)

Kr. pr indbygger	Aarhus	Odense	Aalborg	Esbjerg	Randers	København
Stationær somatisk behandling	1.267	1.232	1.256	1.755	1.624	1.553
Ambulant somatisk behandling	1.240	1.531	1.194	1.633	1.448	1.215
Stationær psykiatrisk behandling	64	53	43	59	46	96
Ambulant psykiatrisk behandling	135	89	118	155	128	161
Sygesikring	295	272	233	265	295	345
Genoptræning under indlæggelse	60	77	78	72	69	53
<b>Samlede udgifter på medfinansieringsområdet</b>	<b>3.061</b>	<b>3.254</b>	<b>2.922</b>	<b>3.939</b>	<b>3.610</b>	<b>3.423</b>

#### Udgifter til ambulant træning/genoptræning og vederlagsfri fysioterapi pr. indbygger – regnskab 2014 (6-by nøgletal)

Kr. pr indbygger	Aarhus	Odense	Aalborg	Esbjerg	Randers	København
Ambulant genoptræning efter sygehusudskrivning efter SUL §140	62	249	141	78	115	127
Specialiseret ambulant genoptræning efter sygehusudskrivning efter §140	38	35	33	30	40	22
Genoptræning og træning efter SEL §86	232	0	114	0	285	64
<b>Genoptræning/træning i alt</b>	<b>332</b>	<b>284</b>	<b>288</b>	<b>108</b>	<b>440</b>	<b>213</b>
Vederlagsfri fys. SUL §140	208	160	193	159	210	88

#### Udgifter til sundhedsfremme og forebyggelse (6-by nøgletal)

Kr. pr indbygger	Aarhus	Odense	Aalborg	Esbjerg	Randers	København
Sundhedsfremme og forebyggelse	82	121	135	144	133	259

**Udgifter til færdigbehandlede patienter (6-by nøgletal)**

Kr. pr indbygger	Aarhus	Odense	Aalborg	Esbjerg	Randers	København
Færdigbehandlede somatiske patienter	8	2	8	5	1	32
Færdigbehandlede psykiatriske patienter	12	0	24	8	3	34
Udgifter til hospice	26	26	24	40	5	9

**7. Ressourcer****7.1 Tidligere år****Sektorens regnskabsresultat for årene 2011 til 2014 og budget for 2015:**

	R 2011	R 2012	R 2013	R 2014	B 2015
	- 1.000 kr. i 2016-priser - - antal fuldtidsansatte -				
Nettodriftsudgifter	3.438.069	3.747.931	3.388.312	3.404.033	3.388.187
Nettoanlægsudgifter	352.512	255.292	106.879	53.878	653.694
Gennemsnitl. personaleforbrug	5.376	5.120	5.085	5.168	5.295

**7.2 Kommende år****Sektorens budget for 2015 til 2019:**

	B 2015*	B 2016	BO 2017	BO 2018	BO 2019
	- 1.000 kr. i 2016-priser - - antal fuldtidsansatte -				
Nettodriftsudgifter	3.388.187	3.489.667	3.476.516	3.478.445	3.492.951
Nettoanlægsudgifter	653.694	254.889	21.471	55.611	86.904
Gennemsnitl. personaleforbrug (**)	5.295	5.316	5.343	5.397	5.449

\*) Budget 2015 er fremskrevet til 2016-priser med KL's vægtede fremskrivningsprocenter

\*\*) Personaleforbruget er opgjort efter besparelserne.

De væsentligste budgetændringer i forhold til budget 2015:

- På sektor 3.31 er der indarbejdet sparekrav på -24,6 mio. kr. i 2016 stigende til -91,7 mio. kr. i 2019. Det er inklusive effektiviseringskravet i 2016 på 0,5 % af lønsummen.
- MSOs andel af barselsudligningsordningen (sektor 3.31) udgør -1,5 mio. kr. pr. år, som budgettet er reduceret med.
- Budgetmodellerne (sektor 3.31) medfører en tilførsel på 14,2 mio. kr. i 2016 stigende til 50,6 mio. kr. i 2019.
- Ældremilliarden er fra 2016 en del af det kommunale bloktilskud. I 2014 og 2015 blev det udbetalt som et tilskud og var ikke en del af budgettet. Det medfører en permanent tilførsel på sektor 3.31 på 45,1 mio. kr. pr. år.
- Budgetforliget medførte en forbedring af serviceniveauet på rengøring og mad, svarende til en årlig tilførsel på 8,9 mio. kr. på sektor 3.31. Desuden indebar forliget en tilførsel på 33 mio. kr. i 2018 og 2019 på anlægsområdet til velfærdsteknologi og atriumgårde/vinterhaver.
- Der er indarbejdet ændringer på almene boliger (sektor 3.34) på mellem 6,4 og -17,4 mio. kr. i budgetperioden. Det skyldes bl.a. udgifter til ændrede vedligeholdelsesplaner, som stiger i starten af perioden og falder i slutningen. Hertil kommer forventet åbning af Abildgården i 2019, som medfører nettomerindtægter på 6,0 mio. kr.
- Der er indarbejdet merudgifter til vederlagsfri fysioterapi (sektor 3.35) med 8,9 mio. kr. i 2016 stigende til 19,5 mio. kr. i 2019. Budgetforliget indeholder også en afprøvelse af en investeringsmodel, der forventes at udløse færre udgifter fremadrettet. Modellen indebærer, at der flyttes 2,8 mio. kr. pr. år fra 2016 til 2018 fra vederlagsfri fysioterapi til sektor 3.31.

- På anlæg forventes der 6 mio. kr. i 2016 til projekt SPARK. Det finansieres af reduktioner på driftsudgifterne (sektor 3.31) på -0,3 mio. kr. pr. år.

### Sektor 331 - overskud/underskud og status for 2014 til 2018:

	B/R 2015	B 2016	BO 2017	BO 2018	BO 2019
	1.000 kr. i 2015-priser	- 1.000 kr. i 2016-priser -			
Forventet ramme <sup>1)</sup>	2.550.054	2.654.061	2.640.607	2.638.584	2.663.279
Nettobudget	2.549.559	2.654.050	2.640.596	2.638.573	2.663.267
Forventet overskud/underskud <sup>2)</sup>	494	11	11	11	12
Saldokorrekktioner	-12.000	0	0	0	0
Status, ultimo <sup>3)</sup>	112.689	112.700	112.710	112.721	112.733

1) Nettobudgettet er afgrænset til rammebelagte områder. I budget 2014 er der tale om ajourført budget.

2) Overskud/underskud = ramme - nettobudget (+: overskud; -: underskud).

3) Status ultimo korrigeres fra år til år med overskud/underskud og rentetilskrivning.

Budgettet er i lighed med tidligere år tilpasset til rammen.

### Produktivitetstal for Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg

	R 2012	R 2013	R 2014	B 2015	B 2016
1. Direkte brugertid fritvalg <sup>1</sup>	51,5 %	50,6 %	50,4 %	51,2 %	52,0 %
2. Ansatte pr. plejebolig <sup>2</sup>	0,91	0,90	0,92	0,92	0,92
3. Andel af borgere bosat i AAK over 65 år, der er startet i Grib Hverdagen <sup>3</sup>	2,7 %	2,0 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %

<sup>1</sup> Brugertidsprocenten (BTP) for pleje og praktisk hjælp i fritvalg i dagtimerne  
<sup>2</sup> Antal fuldtidsstillinger i plejeboliger (excl. sygeplejersker og træningspersonale) og vikarbureauforbrug i plejeboliger omregnet til stillinger i forhold til det gennemsnitlige antal plejeboliger  
<sup>3</sup> Tallet er antal borgere, der modtager deres første Grib hverdagen indsats i året, og som pr. årsultimo er 65 år eller derover, delt med antal borgere bosat i Aarhus Kommune som pr. årsultimo er 65 år eller derover.

Produktivitetstallene 1 og 2 vedrører pleje og praktisk hjælp, som er den væsentligste ydelse i Sundhed og Omsorg med et omfang på 1 mia. pr. år.

Produktivitetstal 3 vedrører "Grib hverdagen", der indfører en rehabiliterende tilgang. Andelen af nye borgere i Grib Hverdagen er faldende. Så der er færre borgere, der starter et nyt forløb. Det skyldes blandt andet, at der bliver færre i målgruppen, som ikke før har haft et forløb i Grib Hverdagen.