

Referat Ældrerådet

Dato og klokkeslæt: 21. april 2022, kl. 13.00.

Sted: Maribo Sundhedscenter, blå mødelokale, 1. sal, Sdr. Boulevard 84, Maribo

Fraværende:

Mødeleder: Karen Zubari

Referent: Nina Stangerup

Indholdsfortegnelse:

1.	Godkendelse af dagsorden	1
2.	Påbud fra styrelsen for Patientsikkerhed til Team Nakskov Nord	2
3.	Analyse af den kommunale hjemmesygepleje mm.	3
4.	Virtuelle fællesskaber	5
5.	Anmodning om lån af 11 tablets til Ældrerådet	7
6.	Orientering fra Ældre & Sundhed	8
7.	Drøftelse af serviceniveauer for den nye affaldsordning	9
8.	Høring af buskøreplaner i Lolland Kommune for 2022-2023	12
9.	Ændring af Danske Ældreråds vedtægt.....	13
10.	Evaluering af strategimøde i marts og møde med ÆOS-udvalget i april	14
11.	Besøg af Borgerrådgiver	15
12.	Orientering fra Ældrerådets kontaktpersoner på plejehjemmene	17
13.	Meddelelser fra formanden	18
14.	Nyt fra Regionsældrerådet	20
15.	Status fra Brugerrådet – Fællesskøkkenet I/S	21
16.	Eventuelt.....	22
17.	Kommunikation fra mødet	23

1. Godkendelse af dagsorden

Debatpunkt – forventet varighed: 5 min.

Sagsfremstilling:

- Godkendelse af dagsorden for Ældrerådets møde.
- Ældrechefen påtænker at deltage kl. 13.00-14.00
- Pause kl. 14.30-15.00.
- Borgerrådgiveren kommer på besøg kl. 15.30 i 25-30 min.

Indstilling:

Ældrerådet indstiller, at dagsordenen godkendes.

Beslutning:

Fraværende: Alle medlemmer var til stede ved mødet med Ældrechef Søren Wollesen.

Dagsorden godkendt.

2. Påbud fra styrelsen for Patientsikkerhed til Team Nakskov Nord

- Forespørgselspunkt – forventet varighed: 15 min.

Sagsfremstilling:

Som omtalt i pressen har Styrelsen for Patientsikkerhed den 10. februar 2022 givet påbud til Team Nakskov Nord, Lolland Kommune, om at sikre forsvarlig medicin håndtering og tilstrækkelig journalføring og sygeplejefaglige vurderinger.

Påbuddet er udstedt på baggrund af tilsynsbesøg den 18. november 2021, hvor det blev vurderet, at der på Team Nakskov Nord er **større problemer af betydning for patientsikkerheden**.

Indstilling:

Ældrerådet beder Administrationen redegøre for sagen, herunder:

- Hvilke nye procedurer er der indført for at rette op på forholdene både i det pågældende team og generelt i hjemmeplejen i Lolland Kommune?
- Hvornår forventes det, at påbuddet er efterlevet, således at det kan ophæves?
- Hvordan sikres det, at også alle afløsere og vikarer kan foretage journalføring i Nexus, samtidig med at GDPR-reglerne overholdes?

Beslutning:

Fraværende: Alle medlemmer var til stede ved mødet med Ældrechef Søren Wollesen.

Søren Wollesen orienterede om, hvor langt kommunen er i forhold til at rette op på påbuddet fra styrelsen for Patientsikkerhed.

Siden tilsynet i november 2021 har Styrelsen for Patientsikkerhed været på opfølgende tilsyn med Team Nakskov Nord.

Rapporten herfra forventes i løbet af maj 2022. Herefter vil det vise sig, om påbuddet kan hæves. Som resultat af påbuddet har der været sat massivt ind for at rette op på problemerne. SSA'ere har været inddraget, der er foretaget sidemandsoplæring, lagt planer og tjekket op på procedurer, også ude i borgeres hjem. Dokumentation og medicin håndtering er styrket, og der bliver også sat fokus på andre teams i kommunen.

Vanskelighederne med manglende adgang til Nexus for vikarer er nu løst. Sidste sommer var nogle vikarer nødsaget til at tilgå systemet i fastansattes navn, men vikarer får nu vikaradgang, som også tager hensyn til GDPR-lovgivningen.

Bilag:

- Bilag 1: Styrelsen for Patientsikkerheds Tilsynsrapport Team Nakskov Nord 18.11.2021
- Bilag 2: Styrelsen for patientsikkerheds Påbud til Team Nakskov Nord 10.02.2022.

3. Analyse af den kommunale hjemmesygepleje mm.

- Sagsnummer: 29.18.00-A00-2-21
- Sagsbehandler: Søren Wollesen
- Orienteringspunkt – forventet varighed: 15 min.

Sagsfremstilling:

Ældre og Sundhedsudvalget besluttede i møde d. 20. september 2021 at der blev iværksat en analyse af den kommunale varetagelse af sygeplejeopgaver, i relation til organisering, drift, styring og samarbejde, samt omkring kommunens serviceniveau, organisering samt levering af sygeplejeydelser til kommunens borgere. Formålet var at tilvejebringe viden samt nogle bud og anbefalinger, som vi i den kommende tid kan arbejde videre med, med henblik på at videreudvikle vores organisation og opgavevaretagelse mm.

Analyserapporten belyser organisatoriske, driftsmæssige og styringsmæssige muligheder for at optimere sygeplejen i et fagligt og økonomisk perspektiv. Idet det ikke ville være fyldestgørende at anskue hjemmesygeplejen alene, har den øvrige organisation været inddraget med henblik på at belyse de organisatoriske snitflader, samarbejder og afhængigheder i organisationen. Der er blevet set på det tværorganisatorisk samarbejde, rekruttering, ledelse og snitflader, ligesom der er kigget på serviceniveau og serviceadgang, indretning af økonomistyringsmodel og fordelingen af roller- og ansvarsområder.

Analysen er blevet udfoldet og gennemført i fire spor, 1) organisering, snitflader, ledelse og kompetencer, 2) Faglig styring, 3) Økonomisk styring og 4) Effektivitet og drift. Dette for at komme hele vejen rundt og dermed sikre, at der dannes et samlet billede af udfordringer og muligheder. Rapporten er mundet ud i en række anbefalinger som berører organisatoriske, strukturelle, styringsmæssige samt opgavefordelings- og opgaveløsningsmæssige overvejelser. Analyserapporten er vedlagt sagen.

Ledelsen i Ældre og Sundhed har drøftet rapporten, og vil bruge dens anbefalinger til at tage organisatorisk og strukturelle initiativer, med henblik på at styrke den ledelsesmæssige og faglige opgavevaretagelse samt den tværfaglige sammenhængskraft. Der vil blive taget initiativer til at styrke og udvikle det økonomistyringsmæssige setup, og der vil blive arbejdet med det opgavemæssige udviklingspotentiale i relation til faglig forankring, dokumentation og opfølgning. Udvalget vil blive givet orientering efterhånden som beslutning bliver udmøntet og implementeret i organisationen.

Høring/udtalelse

Ældrerådet til orientering.

Ældre og Sundhed indstiller at,

udvalget tager en indledende drøftelse af rapporten og dens anbefalinger

Beslutning:

Fraværende: Lasse Falster

Drøftet.

Sagsfremstilling til Ældrerådets møde den 21. april 2022:

Ældrerådet bliver orienteret om sagen.

Indstilling:**Beslutning:**

Fraværende: Alle medlemmer var til stede ved mødet med Ældrechef Søren Wollesen.

Ældrerådet blev orienteret om analysen af den kommunale sygepleje. BDO-rapporten opfordrer til en nytænkning i strukturen for sygeplejen. Sygeplejen finansieres nu via en rammestyring, mens ydelser i fritvalgsområdet og på plejehjemmene styres via BUM-modellen (Bestiller/Udfører/Modtager).

Der arbejdes på, at der fremover skal komme flere sygeplejersker på plejehjemmene for at yde sygeplejeydelser, men der bliver ikke ansat en hvert sted, da sygeplejersker heller ikke i fremtiden skal udføre "helhedspleje". Ved uddelegering af sygeplejeydelser til SSA og måske i fremtiden også til SSH vil disse ydelser stadig være efter Sundhedsloven og ikke efter Serviceloven, selvom de bliver udført af SSA/SSH.

Ældrerådet vil følge op på den videre proces og afvente "Kvalitetsstandard for sygeplejen"

Bilag:

- Bilag 1: Analyse af sygeplejen, Lolland Kommune, BDO rapport.

4. Virtuelle fællesskaber

- Sagsbehandler: Trine Vie, 21. marts 2022
- Debatpunkt – forventet varighed: 15 min.

Sagsfremstilling:

På en workshop i september 2021 drøftede deltagerne input til en handleplan med udgangspunkt i Ældrepolitikken, som blev vedtaget i oktober 2020. Deltagere på workshoppen var repræsentanter fra de daværende Ældre- og Sundhedsudvalg, Ældreråd, Handicapråd, Integrationsråd og Udsatteråd. Et af de punkter, som blev føjet til handleplanen, handlede om virtuelle fællesskaber/mulighed for virtuelle samtaler blandt kommunens ældre borgere, med henblik på at øge trivsel og tryghed. Tiltaget blev på workshoppen beskrevet som en slags intranet for borgere.

Lolland Kommune vil ikke kunne understøtte et sådant tiltag af forskellige årsager. Med udgangspunkt i GDPR og beskyttelse af personfølsomme data, har Lolland Kommunes kommunikationsafdeling tidligere afvist muligheden for, at Lolland Kommune eller medarbejdere fra Lolland Kommune modererer eksempelvis Facebookgrupper med borgere. Imod taler endvidere, at der ikke må ske sagsbehandling via fx Facebook. Endelig taler det etiske aspekt imod, at medarbejdere fra Lolland Kommune potentielt får oplysninger om borgere, som de ellers ikke nødvendigvis ville få adgang til.

Af samme grund ville et virtuelt fællesskab skulle drives uden indblanding fra Lolland Kommune eller Lolland Kommunes medarbejdere. En mulighed kunne være, at et sådant fællesskab drives af Ældrerådet.

Der blev ikke på workshoppen drøftet specifikke eksempler på, hvordan et virtuelt fællesskab kunne drives, hvilken platform der kunne anvendes m.v. En endelig form ville således skulle afklares, såfremt Ældrerådet ønsker at gå videre med tiltaget.

Forudgående forløb omkring Ældrepolitik og politikken handleplan:

2. september 2019: Ældre- og Sundhedsudvalget godkender iværksættelse af proces for udarbejdelse af ny Ældrepolitik.

13. november 2019: Workshop afholdt med deltagelse af Ældre- og Sundhedsudvalg, Ældreråd og Handicapråd; dialog omkring indhold i den kommende Ældrepolitik ud fra 5 temaer, som er essentielle for ældreområdet og som også indgår i øvrige politikker på området (der udarbejdes ikke referat).

8. juni 2020: udkast til Ældrepolitik behandles i Ældre- og Sundhedsudvalget. Udvalgets bemærkninger blev samlet op med henblik på indarbejdelse i politikken.

10. august 2020: revideret udkast til ældrepolitik behandles i Ældre- og Sundhedsudvalget. Udvalget beslutter at sende Ældrepolitikken i høring i Ældreråd og Handicapråd, efter indarbejdelse af enkelte bemærkninger samt nogle få redaktionelle ændringer.

18. august 2020: Ældrerådet behandler Ældrepolitikken, og afgiver høringsvar.

8. september 2020: Handicaprådet behandler og godkender det fremsendte udkast til Ældrepolitik.

21. september 2020: Ældre- og Sundhedsudvalget behandler høringssvar og indstiller Ældrepolitikken til godkendelse i Byrådet. Samtidig besluttes det, at der skal udarbejdes en plan for det videre arbejde med at udarbejde og udmønte handleplan.

1. oktober 2020: Økonomiudvalget godkender indstillingen.

8. oktober 2020: Byrådet godkender indstillingen.

11. januar 2021: Ældre- og Sundhedsudvalget præsenteres for forslag til evalueringsramme, som godkendes. Samtidig besluttes det, at der – når muligt – skal afholdes et temamøde med en bred interessentskare, med det formål at få input til handleplanen.

14. september 2021: Der afholdes temadrøftelse om handleplanen, med deltagelse af Ældre- og Sundhedsudvalg, Ældreråd, Handicapråd, Integrationsråd og Udsatteråd (der udarbejdes ikke referat).

1. november 2021: Forslag fra workshoppen om nye initiativer til handleplanen fremlægges for Ældre- og Sundhedsudvalget, som godkender, at der arbejdes videre med de beskrevne forslag.

9. november 2021: Forslag til nye initiativer sendes i høring i Ældrerådet, som anbefaler, at der arbejdes videre med disse. Ordlyden på det input, som kom fra workshoppen den 14. september lyder: "Anvendelse af teknologi. 'Nye' ældre kan bedre forholde sig til teknologi; eventuelt virtuelle fællesskaber/samtale (Intranet for borgere), med henblik på at øge trivsel og tryghed". Forslaget der fremlægges for udvalget, lyder: "Netværk kan evt. drives via Ældreråd eller via eksisterende IT-caféer på Åbne centre". Forslaget fremlægges med en note om, at Lolland Kommune ikke kan moderere et sådant forum - ref. tekst ovenfor.

Indstilling:

Stab Ældre og Sundhed indstiller, at Ældrerådet drøfter, hvorvidt de ønsker at drive et virtuelt fællesskab.

Beslutning:

Fraværende: Alle medlemmer var til stede ved mødet med Ældrechef Søren Wollesen.

Ældrerådet drøftede en mulig etablering af et virtuelt netværk for ældre, evt. Facebook eller andre medier. Selv om Ældrerådet i princippet mener, at ideen er god, så vil driften af et sådant forum kræve både tid og ressourcer, som ældrerådet desværre ikke råder over.

5. Anmodning om lån af 11 tablets til Ældrerådet

- Debatpunkt – forventet varighed: 20 min.

Sagsfremstilling:

Ældrerådets budget rækker ikke til printerpapir og printerpatroner til rådets medlemmer, idet der kun er afsat et samlet beløb på 1.000 kr. i budgettet til IT og kontorhold til rådets 11 medlemmer tilsammen, og dette beløb er allerede overskredet pga. nødvendigt indkøb af computere til rådets sekretær, idet administrationen fra denne valgperiode ikke længere stiller kommunal sekretær til rådighed for referatskrivning under ældrerådsmøderne. Det kan her oplyses, at iflg. Danske Ældreråd havde 83 pct. af Ældre-/Seniorrådene i dec. 21/jan. 22 kommunal sekretær med ved møderne til referatskrivning.

Til ældrerådsmøderne fylder dagsorden og bilag mange sider, og for at kunne diskutere emnerne i detaljer under møderne er det nødvendigt at printe mange sider ud hver måned. Medlemmerne har således ganske store udgifter til papir og patroner.

I "Vejledning om Ældreråd" VEJ nr. 40 af 11/05/2011 står der i pkt. 17: "At være medlem af ældrerådet er et frivilligt og ulønnet hverv. Der er således ikke tale om et borgerligt ombud. Men der ydes diæter, erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste **og udgiftsgodtgørelse** til ældrerådets medlemmer."

Medlemmerne er alle bevidste om nødvendigheden af at spare på papiret, og som en bæredygtig, klimavenlig løsning på problemet foreslår vi derfor, at Lolland Kommune på deres lager af IT-udstyr finder 11 stk. brugte, men brugbare tablets, som stilles gratis til rådighed for Ældrerådets medlemmer i valgperioden. Det er genbrug – det er gratis – og det er miljørigtigt.

48 pct. af landets kommuner udleverede iflg. undersøgelsen pr. dec. 21/jan. 22 en tablet til hvert medlem af kommunens Ældre-/Seniorråd, mens det ikke er tilfældet i 35 pct. af kommunerne. I Lolland Kommune ville vi være tilfredse med at låne brugte tablets for ikke at belaste hverken vores budget eller den del af bloktilskuddet, som Lolland Kommune får hvert år til at drive Ældreråd for

Indstilling:

Ældrerådet beder venligst om, at denne ansøgning videreformidles til rette instans, og imødeser et svar.

Beslutning:

Fraværende: Alle medlemmer var til stede ved mødet med Ældrechef Søren Wollesen.

Kommunen udlåner ikke brugt IT-udstyr og forsyner i det hele taget ikke personer, der ikke er direkte ansat i Lolland Kommune, med IT-udstyr. Skal Ældrerådets medlemmer have stillet tablet til rådighed, skal rådet indkøbe disse og udgiften tages fra rådets budget. Ældrerådet vil arbejde videre på sagen for at finde en fair og gangbar løsning.

6. Orientering fra Ældre & Sundhed

- Orienteringspunkt – forventet varighed: 10 min.

Sagsfremstilling:

Ældrechefen orienterer om nyt fra Ældre & Sundhed.

Indstilling:

Ældrerådet beder venligst under dette punkt om at få den kvartårlige budgetopfølgning.

Beslutning:

Fraværende: Alle medlemmer var til stede ved mødet med Ældrechef Søren Wollesen.

Der skal spares et tocifret millionbeløb på ÆOS-udvalgets område.

Til erstatning for lukkede aflastningspladser er der etableret erstatningspladser på andre plejehjem, bl.a. Kirsebærhaven. Den tidligere procedure med, at borgerne kunne "booke" ÆOS-udvalgsformanden og ældrechefen til et møde, har været indstillet, men der vil nu blive taget initiativ til at få afklaret, om ordningen kan sættes i værk igen

Det går trægt med at få borgere over på dosispakket medicin. Den nye kampagne har hidtil kun ført til 75 yderligere borgere på dosispak. Der er lavet aftale med apotekerne om, at de kontakter de borgere, der er visiteret til medicinadministration, og som allerede var på dosispak, da det blev besluttet, at kommunen vil betale det lovpligtige gebyr. Kommunen kan ikke bare betale gebyret for disse borgere, da kommunen ikke har adgang til deres fakturering, så derfor skal det gøres ved apotekernes mellemkomst.

Budgetopfølgning: Ældrerådets kvartalsregnskab for 1. kvartal 2022 foreligger nu og blev diskuteret. Et beløb på 19.167 kr. stammer fra det tidligere Ældreråds valgbudget og står kun på af regnskabstekniske årsager. Dette beløb vil Ældrerådet frit kunne anvende til finansiering af andre udgiftsposter.

Bilag:

- Bilag 1: Budgetopfølgning - Ældrerådets kvartalsregnskab 2022

7. Drøftelse af serviceniveauer for den nye affaldsordning

- Sagsnr.: 07.00.03-P24-1-22
- Debatpunkt – forventet varighed: 10 min.

Sagsfremstilling til Klima-, Teknik- og Miljøudvalgets møde den 04.04.2022:

Byrådet godkendte på møde i december 2021 tillæg til affaldsplan, der omhandler nye affaldsordninger, hvor der skal sorteres og indsamles i 10 affaldsfraktioner. Tillægget implementerer den nationale handlingsplan for cirkulær økonomi. Derudover har Folketinget med klimaplan af 16. juni 2020 vedtaget en strømning af de kommunale indsamlingsordninger. Dermed skal der gennemføres en landsdækkende harmonisering med detaljerede krav til:

- hvad kommunerne skal husstandsindsamle
- hvordan borgerne skal sortere affaldet
- i hvad, det skal indsamles (fast materiel)
- om det skal ske særskilt, eller om det også kan tillades indsamlet kombineret
- hvilke piktogrammer, der skal anvendes på indsamlingsmateriellet.

Med udgangspunkt i tillægget til affaldsplanen skal der udarbejdes et nyt regulativ for husholdningsaffald og et nyt regulativ for erhvervsaffald. Formålet med affaldsregulativerne er at fastsætte regler for håndtering af affald fra borgere, grundejere, virksomheder og institutioner i kommunen.

Lovgivningen på området betyder, at affaldsregulativer skal opbygges ud fra et fastlagt paradigme. Enkelte dele i regulativerne er fastlagt standardtekst, nogle dele i regulativerne giver mulighed for både standardtekst og valgfri tekst, og enkelte dele består alene af valgfri tekst. Dele af regulativerne, hvor der er valgfrihed, er også emner, som har stor indflydelse på blandt andet serviceniveauer.

Kommunerne kan i regulativerne fastsætte krav til borgere, blandt andet for indsamlingsmateriel, adgangs- og tilkørselsveje, dvs. de oplevede serviceniveauer. Regulativerne skal udarbejdes inden for miljøbeskyttelseslovens rammer, men samtidig skal kommunen sikre, at regulativerne udformes på en måde, så det medvirker til overholdelse af arbejdsmiljølovgivningen (anvisninger mv.) samt færdselsloven. REFA's muligheder for valgfrihed og individuel tilpasning (inden for en rimelig økonomisk ramme) bliver udfordret af de nye regler på området.

De nye affaldsordninger vil medføre krav om nye affaldsbeholdere og nyt indsamlingsmateriel. Det vil i regulativerne og takstblade være muligt at indføre egenbetaling for særlige ordninger, f.eks. lang adgangsvej. REFA har påbegyndt detailplanlægning og forberedelse af udbud for de nye affaldsordninger. De endelige ordninger fastlægges i affaldsregulativerne og i kontrakter med renovatør.

I vedlagte bilag er oplistet forhold, hvor udvalget anmodes om at drøfte fordele og ulemper, samt tilkendegive ønsker til affaldsregulativerne. Opsummeret er følgende emner til drøftelse:

- Placering af beholdere/adgangsvej. Nuværende adgangsvej (25 m fra renovationsbilens holdeplads) eller ny placering ved skel (maksimalt 5 m fra skel)
- Tilkørselsforhold. Individuel eller solidarisk opkrævning af gebyrer for tilkørselsveje som ikke overholder regulativerne (f.eks. lang tilkørselsvej til landejendomme, vanskelig tilkørselsvej i sommerhusområder)
- Mindre virksomheders mulighed for at deltage i affaldsordninger.

Affaldsregulativerne vil blive forelagt særskilt til politisk behandling. Regulativerne udarbejdes i samarbejde med REFA og Guldborgsund Kommune. Regulativerne skal være godkendt af Byrådet senest i efteråret 2022, som grundlag for de nye affaldsordninger, der skal indkøres i 2023.

Økonomi

Sagen har ingen bevillingsmæssige konsekvenser.

Planmæssige forhold/Lovgrundlag

Bekendtgørelse om affald, BEK nr. 2512 af 10. december 2021 og bekendtgørelse om affaldsregulativer, -gebyrer og -aktører m.v., BEK nr. 2097 af 14. december 2020.

Indstilling

Teknik- og Miljømyndigheden indstiller,

at Klima-, Teknik- og Miljøudvalget drøfter fordele og ulemper af oplyste forhold samt tilkendegiver ønsker til affaldsregulativerne.

Sagen afgøres af

Klima-, Teknik- og Miljøudvalg Beslutning:

Udvalget drøftede sagen og kom med følgende bemærkninger:

- At der er brug for en vurdering af antallet af husstande som påvirkes ved en indsamlingsordning med henholdsvis 5 meters afstand og en 25 meters afstand.
- At der er et ønske om fortsat indsamling også hvor tilkørselsvejen er lang.
- At der etableres fælles løsninger i byområder, hvor stræder besværliggør en individuel løsning.
- At små virksomheder skal kunne tilbydes den samme ordning.

Sagsfremstilling til Ældrerådets møde den 21.04.2022:

Ved fastlæggelse af serviceniveau er det vigtigt, at der tages hensyn til ældre og gangbesværede borgere og borgere med hjemmepleje. Disse kan have behov for, at deres affaldsbeholdere som nu kan placeres tæt på boligen (inden for maksimalt 25 m til renovationsbilens holdeplads).

Beslattes det derimod, at der skal vælges en skelordning, får disse borgere længere hen til deres affaldsbeholdere, eller de skal køre beholderne frem til skel for at få dem tømte. Alternativt vil de være nødsaget til at tilkøbe afhentning længere inde på grunden.

Indstilling:

Ældrerådet henstiller til Klima-, Teknik- og Miljøudvalget, at der tages videst muligt hensyn til ældre og gangbesværede borgere i valget af serviceniveau for ny affaldsordning.

Beslutning:

Fraværende: Alle medlemmer var til stede ved mødet.

Indstillingen vedtaget, med den tilføjelse, at borgere der benytter inkontinensprodukter (bleer), og/eller er tilsluttet madservice med deraf følgende emballageproblemer, bør tilgodeses med hyppigere tømningfrekvens og større affaldsbeholdere efter behov.

Bilag:

- Bilag 1: Definitioner og generelle oplysninger
- Bilag 2: Drøftelse af serviceniveau

8. Høring af buskøreplaner i Lolland Kommune for 2022-2023

- Høringspunkt – forventet varighed: 5 min.

Sagsfremstilling:

Planlægning af de nye køreplaner for 2022/2023 for kommunale og lokale buslinjer i Lolland Kommune er påbegyndt. Derfor fik Ældrerådet som høringspartner tilsendt høringsbrev dateret 9. marts 2022 fra Lolland Kommunes Teknik- og Miljømyndighed.

Ældrerådets evt. bemærkninger til de nuværende køreplaner skulle være trafikplanlæggeren i hænde senest den 28. marts 2022.

Da høringsfristen faldt inden Ældrerådets møde i april, kommunikerede rådet via mail, og medlemmernes bemærkninger, tillige med observationer indhentet fra borgere i kommunen, som bruger busserne, blev samlet til et høringssvar, der blev indsendt den 25. marts 2022.

Den 28. marts 2022 takkede trafikplanlægger Anette Carlsson via mail for det fremsendte høringssvar og tilføjede: "Jeg vil drøfte jeres fremsendte forslag med Trafikselskabet Movia, for at undersøge hvad der er muligt at gennemføre af jeres bemærkninger."

Høringsbrevet fra Teknik- og Miljømyndigheden samt Ældrerådets høringssvar vedhæftes som bilag 1 og 2.

Indstilling:

Ældrerådet indstiller, at de nye buskøreplaner udarbejdes under hensyntagen til Ældrerådets høringssvar dateret 25. marts 2022.

Beslutning:

Fraværende: Alle medlemmer var til stede ved mødet.

Ældrerådet godkendte officielt høringssvaret af 25. marts 2022. Foranlediget af de mange henvendelser om offentlig trafik har Ældrerådet samtidig konstateret, at der hersker forvirring og uklarhed om de forskellige kørselsordninger, der findes inden for Flextrafik.

Ældrerådet påtænker derfor at afholde et borgermøde, hvor kompetente kræfter fra Movia og Lolland Kommune kan informere om mulighederne, og hvor borgerne kan stille spørgsmål og få svar.

Punktet skal på dagsorden ved næste Ældrerådsmøde den 12. maj 2022.

Bilag:

- Bilag 1: Høringsbrev fra Lolland Kommune, Teknik- og Miljømyndighed, af 9. marts 2022.04.09
- Bilag 2: Høringssvar fra Ældrerådet af 25. marts 2022.

9. Ændring af Danske Ældreråds vedtægt

- Debatpunkt – forventet varighed: 15 min.

Sagsfremstilling:

Bestyrelsen for Danske Ældreråd vil på repræsentantskabsmødet den 9. maj 2022 på Nyborg Strand stille forslag om en ændring af Danske Ældreråds vedtægt, jf. også indkaldelsen til repræsentantskabsmødet.

Bestyrelsens forslag om vedtægtsændring samt overgangsbestemmelser blev fremsendt til ældrerådsformændene den 28. februar 2022, så der ville være god tid til at drøfte forslaget i ældre- og seniorrådene forud for repræsentantskabsmødet.

[Danske Ældreråds nuværende vedtægter kan ses på hjemmesiden \(danske-aeldreraad.dk\)](https://www.danskeaeldreraad.dk)

Indstilling:

Ældrerådet drøfter "Forslag om ændring af Danske Ældreråds vedtægt", bilag 1, samt "Forslag om overgangsbestemmelser vedr. ændring af Danske Ældreråds vedtægt", bilag 2.

Ældrerådet beslutter, om vedtægtsændringen skal godkendes.

Beslutning:

Fraværende: Alle medlemmer var til stede ved mødet.

Ældrerådet besluttede at stemme ja til forslaget om vedtægtsændring i Danske Ældreråd.

Bilag:

- Bilag 1: Forslag om ændring af Danske Ældreråds vedtægt.
- Bilag 2: Forslag om overgangsbestemmelser vedr. ændring af Danske Ældreråds vedtægt.

10. Evaluering af strategimøde i marts og møde med ÆOS-udvalget i april

- Debatpunkt – forventet varighed: 10 min.

Sagsfremstilling:

Torsdag den 31. marts afholdt Ældrerådet et internt strategimøde. Det var konstruktivt. Alle bidrog, og mange ideer kom på bordet.

Der vil fremover blive holdt godt øje med dagsordenerne fra Fagudvalgene i kommunen. Disse vil især blive fulgt nøje af flg. medlemmer:

- | | |
|---|--------------------|
| • Økonomi- og Erhvervsudvalget: | Anne |
| • Fritids-, Kultur- og Folkesundhedsudvalget: | Mai-Britt |
| • Social- og Arbejdsmarkedsudvalget: | Nina |
| • Klima-, Teknik- og Miljøudvalget: | Finn, Ulrik, Karen |
| • Ældre-, Omsorgs- og Sundhedsudvalget: | Alice, Karen |

Punkterne på Ældrerådets dagsordener vil fremover blive kategoriseret, primært som enten høring, orientering, debat eller forespørgsel.

Der vil samtidig blive sat en forventet varighed på hvert punkt, hvilket gerne skulle bidrage til at skabe overblik over tidsforbruget til de enkelte sager, så vi når dagsordenen igennem. Der vil samtidig blive indsat en pause undervejs i dagsordenen.

Et Årshjul over kommende aktiviteter, deadlines og begivenheder vil fra nu af blive en fast del af dagsordenen, som bilag til punktet "Eventuelt". Årshjulet holdes løbende opdateret.

Onsdag den 6. april mødtes Ældre-, Omsorgs- og Sundhedsudvalget og Ældrerådet til det halvårslige møde. Der blev hovedsagelig diskuteret klippekort og kontaktudvalg.

Indstilling:

Ældrerådet evaluerer kort begge møder.

Beslutning:

Fraværende: Alle medlemmer var til stede ved mødet.

Evaluering: Strategimødet var produktivt og nyttigt. Hvad angår mødet med Ældre- Omsorg- og Sundhedsudvalget, så vil Ældrerådet se frem til flere konstruktive møder.

11. Besøg af Borgerrådgiver

- Forespørgselspunkt – forventet varighed: 30 min.
- Borgerrådgiveren besøger Ældrerådet på mødet den 21. april 2022 kl. 15.30.

Lolland Kommunes hjemmeside introducerer Borgerrådgiveren således:

”Borgerrådgiveren er et gratis tilbud for alle borgere i Lolland Kommune.

Borgerrådgiveren kan hjælpe dig, hvis du for eksempel er i tvivl om, hvor i kommunen du skal henvende dig, har brug for hjælp til at forstå en afgørelse, eller ønsker vejledning om klagemuligheder.

Din borgerrådgiver i Lolland Kommune hedder Steen Madsen. Han er ansat af Byrådet, og har en neutral funktion, der er uafhængig af kommunens øvrige organisation. Det betyder, at han kan hjælpe med at skabe dialog og forståelse på tværs og samtidig vejlede kommunens mange afdelinger, hvor der er behov.

Hos borgerrådgiveren kan du blandt andet få hjælp til at:

- Finde ud af, hvor i kommunen du skal henvende dig.
- Forstå en afgørelse fra kommunen.
- Få information og rådgivning om, hvordan du klager over kommunens afgørelser, og hvem der kan behandle din klage.
- Få hjælp til at få genskabt dialogen med kommunens medarbejdere, hvis der er opstået konflikt i en sag, eller sagsbehandlingen har varet urimeligt længe.

Borgerrådgiveren kan også fungere som mægler mellem dig og kommunen, eller hjælpe dig med at forberede dig til en samtale med kommunen. Efterfølgende kan han hjælpe dig med at samle op på, hvad der kom ud af samtalen.

Borgerrådgiveren kan ikke behandle henvendelser om:

- Det faglige indhold i kommunale afgørelser.
- De politiske beslutninger, f.eks. om serviceniveau m.m.
- Ansættelsesforhold i kommunen.
- Forhold, som andre klageinstanser tager sig af.

Kontakt borgerrådgiveren

Du kan kontakte borgerrådgiver Steen Madsen på tlf. 23 23 81 80 mandag-torsdag kl. 09-15.00 og fredag kl. 09-13.00. Hvis han er forhindret i at tage telefonen, når du ringer, er du velkommen til at lægge en besked på telefonsvaren med dit nummer. Så ringer han tilbage til dig hurtigst muligt.

Send din post sikkert

Du kan også kontakte borgerrådgiveren skriftligt. Vi opfordrer til, at du sender sikker post til borgerrådgiveren via din digitale postkasse på borger.dk, hvis din henvendelse indeholder følsomme eller fortrolige oplysninger.”

Indstilling:

Ældrerådet ønsker en belysning af Borgerrådgiverens funktion, og hvordan de ældre borgere i kommunen kan gøre brug af ordningen.

Beslutning:

Fraværende: Alle medlemmer var til stede ved mødet.

Borgerrådgiver Steen Madsen orienterede om sit arbejde. Den første borgerrådgiver blev ansat i Københavns Kommune i 2006. I 2019 var der en borgerrådgiver i 40 kommuner, og ved dette års udgang forventes der at være en i tæt på 100 pct. af landets kommuner.

Tænketanken Justitia havde konstateret, at Ankestyrelsen modtog rigtig mange klager, og en tredjedel af disse omhandlede kommunerne, hvilket var årsagen til ideen med kommunal borgerrådgiver. Han er uafhængig af forvaltningerne og ansat under Byrådet, så balancen mellem at skulle behandle borgersager neutralt og samtidig være afhængig af at kunne indhente kommunal faglig ekspertise er vigtig at holde sig for øje

Steen Madsen er socialrådgiver af uddannelse og har senest arbejdet i et projekt med unge mødre. Som borgerrådgiver har han fokus på det rets-juridiske og det forvaltningsmæssige, men kan ikke behandle klager over det politisk vedtagne serviceniveau.

Ældrerådet vil i øvrigt anbefale, at afsnittet om borgerrådgiveren på kommunens hjemmeside også kan tilgås under fanen "Borger". I øjeblikket ligger det kun under fanen "Kommunen". Desuden vil det være hensigtsmæssigt at medtage borgerrådgiverens mailadresse: borgerraadgiveren@lolland.dk. Denne findes p.t. kun på Steen Madsens visitkort.

12. Orientering fra Ældrerådets kontaktpersoner på plejehjemmene

- Orienteringspunkt – forventet varighed: 15 min.

Sagsfremstilling:

Ældrerådets medlemmer beretter om nyt fra deres plejehjem om besøg, arrangementer og kontaktudvalgsmøder.

Indstilling:

Beslutning:

Fraværende: Alle medlemmer var til stede ved mødet.

Der har været mange gode kontakter mellem ældrerådsmedlemmer og deres plejehjem, både i form af deltagelse i møder, fester, kontaktudvalg og dagligdag. Op til det forestående valg af repræsentanter for pårørende og borgere til kontaktudvalgene i juni måned vil ældrerådsmedlemmerne bistå teamleder, så der kan blive indkaldt rettidigt på alle plejehjem, senest en måned før valget.

13. Meddelelser fra formanden

- Orienteringspunkt – forventet varighed:10 min.

Sagsfremstilling:

- Hvem kører med hvem til Nyborg Strand 9.-10. maj? Og er alt på plads, eller spørgsmål?
- Ældrerådets vedtægter blev godkendt på Byrådets møde den 24. marts 2022. Efterfølgende er vedtægterne lagt på Ældrerådets hjemmeside. Vedtægterne fik på byrådsmødet følgende ord med på vejen af Vagn Pedersen, Venstre: "På vegne af Venstres gruppe vil vi sige, at det er dejligt, at det kommer på papir, samarbejdet med Ældrerådet, og vi ser det som et godt udgangspunkt for samarbejde og sparring med Ældrerådet. De ved jo bedst, hvor skoen trykker, og vi kan handle ud fra de gode råd, vi får derfra. Det står jo direkte på papiret. Så vi anbefaler, at de bliver godkendt, de her nye vedtægter med rettelser."
- På ældrerådsmødet den 10. marts afgav Ældrerådet høringssvar til kvalitetsstandarder på tale-/stemmeområdet, høreområdet og ang. hjælpemidler. Ang. høreområdet havde Ældrerådet bemærket, at telefontiden er for kort. Ang. hjælpemidler foreslog Ældrerådet, at engangsvaskeklude bliver en integreret del af en blebevilling for at aflaste de pårørendes opgave i dag med indkøb af store mængder engangsvaskeklude. På Ældre-, Omsorgs- og Sundhedsudvalgets møde den 6. april blev alle tre kvalitetsstandarder godkendt, og Ældrerådets bemærkninger gav ikke anledning til kommentarer i referatet
- Reventlowmuseet Pederstrup oplyser, at deres ridehus stilles til rådighed for kunstneriske, kulturelle eller historiske aktiviteter, der er tilgængelige for offentligheden. Til Ældrerådets formand skriver museet således, at Ældrerådet måske kan have glæde af at invitere til "Parktræf" i løbet af sommermånederne, hvor Ridehuset er til låns vederlagsfrit. - Måske skulle vi overveje et borgermøde derude?
- Lolland Kommune har samlet alt om demens et sted på hjemmesiden. Lolland.dk/demens gør det nemt for borgere med demens og deres pårørende at finde viden om sygdommen og om, hvad man skal være opmærksom på. På siden er der links til nationale hjemmesider med oplysninger om demens, og der er information om både kommunale og frivillige demenstilbud. Derudover vil der løbende blive lagt relevante nyheder ud om emnet.
- Er der kommet nyt om seniorboliger fra Økonomi- og Erhvervsudvalget?
- Ældrerådsmedlemmernes mailadresser fremstår af sikkerhedsmæssige årsager på Ældrerådets hjemmeside som "skjulte", dvs. som et link, der automatisk indsætter mailadressen i til-feltet, når man vil skrive til os. Det har nu vist sig i andre sammenhænge, at der findes mailsystemer, hvor disse links ikke virker. Skal vi vælge i stedet at skrive vores mailadresser fuldt ud?

Indstilling:

Beslutning:

Fraværende: Alle medlemmer var til stede ved mødet.

Ulrik tager Annie, Anne og Alice med. Nina tager Finn og Karen med. - Ang. medlemmernes skjulte mailadresser på hjemmesiden: Ingen har oplevet problemer, men sker det, tager vi sagen op.

14. Nyt fra Regionsældrerådet

- Orienteringspunkt – forventet varighed: 10 min.

Sagsfremstilling:

Ældrerådets repræsentanter i Regionsældrerådet beretter om nyt fra afholdte møder.

Indstilling:

Beslutning:

Fraværende:

Nina orienterede om møde ang. Det Nære Sundhedsvæsen. Trine Holgersen havde holdt et godt oplæg. Lægemangel, sundhedsklynger, ulighed i sundhed, genindlæggelser af ældre og virtuelle konsultationer var blandt hovedpunkterne.

Bilag:

- Bilag 1: Slides fra mødet den 16. marts 2022: Det nære sundhedsvæsen.

15. Status fra Brugerrådet – Fælleskøkkenet I/S

- Orienteringspunkt – forventet varighed: 10 min.

Sagsfremstilling:

Ældrerådets medlemmer af Brugerrådet – Fælleskøkkenet I/S orienterer om afholdte møder.

Til orientering er Ældrerådet inviteret til rundvisning i Fælleskøkkenet. Datoen er foreløbig fastsat til tirsdag den 3. maj kl. 13.00-16.00.

Indstilling:

Beslutning:

Fraværende:

Der har ikke været afholdt møder siden sidst, men Ældrerådet glæder sig til rundvisningen den 3. maj kl. 13-16.

16. Eventuelt

- Orienteringspunkt – forventet varighed: 5 min.

Sagsfremstilling:

Under dette punkt vedhæftes fremover Ældrerådets årshjul. Hjulet opdateres løbende ved fælles hjælp. Nye møder, deadlines og arrangementer m.v. føres på, efterhånden som de indløber.

Indstilling:

Beslutning:

Fraværende: Susanne Andersson.

Formanden opfordrede til at sætte vores egne aktiviteter på årshjulet, som retter sig mod aktiviteter i Ældrerådets regi. På den måde kan alle holdes ajour.

Bilag:

- Bilag 1: Ældrerådets Årshjul 2022.

17. Kommunikation fra mødet

- Debatpunkt – forventet varighed: 10 min.

Sagsfremstilling:

Som Ældreråd er det vigtigt at fortælle kommunens borgere om sit arbejde, resultater, holdninger og aktiviteter. På den måde viser Ældrerådet, at det tager ansvar for, at kommunens ældre bliver hørt og set.

Indstilling:

Ældrerådet drøfter kort, hvilke "tophistorier" der har været på dagens møde, og hvad rådet ønsker kommunikeret videre til samarbejdspartnere og evt. pressen.

Beslutning:

Fraværende: Susanne Andersson.

Vi har haft besøg af borgerrådgiver. Vi har planer om borgermøder vedrørende Flextrafik. Ældrerådets anbefaling til serviceniveau for affaldsordningen. Bushøring.



Tilsynsrapport Team Nakskov Nord

Sundhedsfagligt, Reaktivt - Udgående tilsyn

Plejeområdet 2021

Team Nakskov Nord
Mølle Allé 5
4900 Nakskov

CVR- nummer: 29188572 P-nummer: 1003302194 SOR-ID: 1034691000016004

Dato for tilsynsbesøget: 18-11-2021

Tilsynet blev foretaget af: Styrelsen for Patientsikkerhed, Tilsyn og Rådgivning Øst
Sagsnr.: 35-2011-6597

1. Vurdering

Konklusion efter partshøring

Styrelsen for Patientsikkerhed har ikke modtaget bemærkninger eller materiale i høringsperioden. Vi her derfor den **10. februar 2022** udstedet et påbud til behandlingsstedet om at opfylde nærmere fastsatte krav for at bringe de sundhedsfaglige forhold i orden.

Påbud offentliggøres på stps.dk og sundhed.dk. Når vi ved et nyt tilsyn konstaterer, at påbuddet er efterlevet, fjernes det fra hjemmesiderne.

Samlet vurdering efter tilsyn

Styrelsen for Patientsikkerhed har ud fra forholdene på tilsynsbesøget den **18-11-2021** vurderet, at der på **Team Nakskov Nord** er

Større problemer af betydning for patientsikkerheden

Vurderingen af patientsikkerheden er baseret på observationer, interview og instruks gennemgang ved det aktuelle tilsyn.

Det er vores vurdering, at mangelfuld journalføring, herunder en manglende sygeplejefaglig beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer og fravær af væsentlige helbredsoplysninger, samt manglende entydighed i journalføringen, rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden med hensyn til kontinuitet i pleje og behandling, intern kommunikation på behandlingsstedet og kommunikation med eksterne samarbejdspartnere, samt ved hurtig og relevant håndtering af en eventuel akut opstået situation.

Det er ligeledes vores vurdering, at manglerne vedrørende medicin håndtering fundet i relation til stedets håndtering af korrespondancemeddelelser, rummer en betydelig risiko for patientsikkerheden, da der kan gå flere dage før der iværksættes ændring af en ordination på baggrund af meddelelsen.

Journalføring

Styrelsen har ved vurderingen lagt vægt på, at behandlingsstedets sundhedsfaglige dokumentation ikke i tilstrækkeligt og i nødvendigt omfang beskrev patienternes aktuelle og potentielle problemstillinger, sygdomme og funktionsnedsættelser og aftaler med den behandlingsansvarlige læge om opfølgning på patienternes sygdomme. Der var flere aktuelle og potentielle tilstande, der ikke var fagligt vurderet, og personalet kunne i flere tilfælde ikke mundtligt redegøre for, at relevante faglige observationer blev foretaget i relation til disse tilstande. Det er vores vurdering, at mangelfulde faglige observationer og manglende

beskrivelse af, hvilken opfølgning observationerne skal udløse, umiddelbart udgør en alvorlig risiko for patientsikkerheden.

Det blev oplyst, at korrespondancemeddelelser fra eksempelvis læger i hverdage blev modtaget og vurderet centralt i kommunen af sygeplejersker mellem kl 8 og 10. Herefter blev meddelelserne sendt videre til de respektive teams i kommunen, hvor social- og sundhedsassistenter/planlægger mellem kl 10 og 11 vurderede, hvad der var behov for af tiltag på baggrund af meddelelsen. I Team Nakskov Nord blev meddelelsen printet og lagt i et dueslag til den relevante medarbejder, som skulle handle på lægens ordination/meddelelse. Hvilket bevirkede, at lægens ordination ikke altid blev effektueret umiddelbart, men op til flere dage efter.

Patienters retstilling

Styrelsen har lagt vægt på, at habilitet ikke var vurderet og at der ikke var dokumentation for indhentelse af informeret samtykke til behandling.

Det er styrelsens vurdering, at manglende indhentelse af tilstrækkeligt samtykke udgør en risiko for patientsikkerheden, idet det derved ikke er sikret, at behandling eller videregivelse af helbredsoplysninger sker med respekt for patienternes selvbestemmelsesret.

Medicinhåndtering

Der manglede aktuelt handelsnavn på tre præparater. Ligesom en ændring af præparat vedr. forstoppelse ikke var ført ajour – ved to præparater fremgik det at patienten var selvadministrerende, men i praksis administrerede personalet medicinen. Patienterne havde fået korrekt medicin. Den tidligere beskrevne arbejdsgang vedrørende modtagelse af korrespondancemeddelelser og forsinket iværksættelse af eksempelvis ny behandling betød i en konkret stikprøve at en medicinordination først blev ændret 3 dage efter modtagelse af korrespondancemeddelelse her om. Det er styrelsens vurdering at forsinket håndtering af korrespondancemeddelelser kan indebærer en større risiko for patientsikkerheden, da der kan gå flere dage før patienten modtager den behandling og ordination som lægen har iværksat.

Styrelsen vurderer samlet, at der er tale om større problemer med patientsikkerheden.

2. Krav og henstillinger

Krav

Fundene ved tilsynet giver anledning til, at Styrelsen for Patientsikkerhed stiller følgende krav:

Målepunkt		Krav
2.	Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal
3.	Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af journalen, at der foreligger den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer Behandlingsstedet skal sikre, at den nødvendige sygeplejefaglige beskrivelse af patienternes aktuelle og potentielle problemer opdateres ved ændringer i patientens tilstand
4.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der fremgår en oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser og den skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand
5.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at den sundhedsfaglige dokumentation indeholder beskrivelse, opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme
10	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at der ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform og styrke Behandlingsstedet skal sikre, at der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste
12.	Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling	<ul style="list-style-type: none"> Behandlingsstedet skal sikre, at det fremgår af de sygeplejefaglige optegnelser om patienten er vurderet helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling

		<ul style="list-style-type: none">• Behandlingsstedet skal sikre, at informeret samtykke til behandling bliver dokumenteret i den sundhedsfaglige dokumentation
--	--	---

3. Fund ved tilsynet

Behandlingsstedets organisering

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
1. <u>Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold</u>	X			

Journalføring

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
2. <u>Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal</u>		X		<p>Vigtige aftaler med behandlingsansvarlige læger lå fortløbende i korrespondancemeddelelser og ikke relateret/beskrevet i relevante problemområde. Eksempelvis fremgik det, at BS skulle tages x 4, mens det et andet sted i jorunalen fremgik x 3.</p> <p>Dokumentation for administration af ikke-doserbar medicin blev dokumenteret flere forskellige steder i journalerne.</p>
3. <u>Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer</u>		X		<p>I to ud af to stikprøver var en række problemområder ikke vurderet eller var mangelfuldt fagligt vurderet og beskrevet. Flere af problemområderne havde patienterne lidelse indenfor eller tilgrænsende problemstillinger.</p> <p>Det fremgik ikke af den faglige vurdering hvorledes problemstillingerne kom til udtryk for patienterne og hvilke symptomer og heraf observationer medarbejderne skulle foretage.</p> <p>Det drejede sig eksempelvis om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktionsniveau (patienten havde behov for hjælp til alt – en anden patient var delvist sengeliggende) • Bevægeapparatet (patienten sad i kørestol og havde behov for lift ved

					<p>stillingskift – en anden patient havde kontakte af led)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernæring (patientens diabetes var mangelfuldt beskrevet - hos en anden patient manglende beskrivelse af dysfagi.) • Kommunikation (patienten havde pga. tidligere apoplexi, problem inden for området). • Psykosocial forhold var ikke vurderet hos nogen af patienterne. • Resp/cir var ikke vurderet hos en patient med forhøjet BT og tidligere apoplexi – hos en anden patient fremgik det ikke, at patienten havde behov for ilt i hjemmet. • Smerter og sanseindtryk i forhold til hvor patienten havde smerter. • Viden/udvikling i forhold til sygdomsindsigt (patienterne havde flere kroniske sygdomme, hvor det ikke fremgik, hvordan patienterne forholdt sig til disse). • I en stikprøve manglede vurdering af udskillelse. • Søvn/hvile (ikke vurderet hos en patient, der hovedsagelig var sendeliggende – en anden patient havde depression) <p>Der kunne ved tilsynet i noget omfang redegøres for de manglende eller mangelfulde vurderinger.</p>
4.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge</u>		X		<p>I to ud af to stikprøver var oversigt over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser mangelfulde. I den ene stikprøve manglede oplysninger om dysfagi og lungeemboli. I den anden stikprøve manglede oplysninger om depression.</p> <p>Der kunne ved tilsynet i noget omfang redegøres for de manglende eller mangelfulde oplysninger om sygdomme og funktionsnedsættelser</p>
5.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering</u>		X		<p>I to ud af to stikprøver var der mangelfuld opfølgning på observationer samt iværksatte pleje og behandling. Det drejede sig eksempelvis om smerter, synkebesvær, øjenproblem.</p> <p>Hos en patient med problemer med udskillelse over flere dage havde</p>

					hjemmeplejen (privat leverandør) kontaktede akuttelefonen, som havde henvist til opfølgning hos Team Nakskov. Det fremgik ikke af journalen om der var foretaget en opfølgning.
6.	<u>Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)</u>			X	

Faglige fokuspunkter

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
7.	<u>Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke</u>	X			
8.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling</u>	X			

Medicinhåndtering

Målepunkt		Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
9.	<u>Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering</u>	X			
10.	<u>Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste</u>		X		<p>I en ud af to stikprøver fremgik det aktuelle handelsnavn ikke på 3 præparater.</p> <p>I en stikprøver fremgik det af medicinlisten, at patienten dagligt fik Movicol. Dette var dog ændret til 15 dråber Medilax 667 mg/ml.</p> <p>Hos en anden patient blev 2 præparater, der var opført under selvadministrerende PN medicin, givet fast dagligt af plejepersonalet.</p>

					I en stikprøve fremgik det af en korrespondancemeddelelse at patienten skulle ændres i sin smertestillende behandling. Der var gået 3 dage fra modtagelsen af korrespondancemeddelelsen til det blev i værksat.
11.	<u>Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicinbehandling</u>	X			

Patienters retsstilling

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
12.		X		I en ud af to stikprøver var patientens habilitet vurderet, men ikke beskrevet. I samme stikprøve manglede dokumentation af informeret samtykke i forbindelse med opstart af behandling for smerter.

Hygiejne

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
13.	X			<u>Observation og interview om procedurer for hygiejne</u>

Øvrige fund

Målepunkt	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt	Fund og kommentarer
14.			X	<u>Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</u>

4. Relevante oplysninger

Om behandlingsstedet

- Team Nakskov Nord var en hjemmeplejeenhed i den nordvestlige del af Nakskov i Lolland Kommune.
- Team Nakskov Nord leverede hjemmepleje til ca. 290 borgere. Desuden leverede plejeenheden overdragede sygeplejeopgaver såsom medicin håndtering, insulingivning, blodsuktermåling, blodtryksmåling og øjendråber. Plejeenheden varetog ikke sårbehandling. Der var ca. 120 patienter der modtog sygeplejeopgaver.
- Team Nakskov Nord samarbejdede med hjemmesygeplejen, som foretog den sundhedsfaglige vurdering på nye patienter, samt opfølgning herpå.
- Der var ansat ca. 48 fordelt på følgende faggrupper: 13 social- og sundhedsassistenter, 20 social- og sundhedshjælpere, 5 ufaglærte, 1 administrativ medarbejder og 3 planlæggere.
- Team Nakskov Nord afholdte ugentlige tavlemøder
- Team Nakskov Nord anvendte journalsystem Nexus og Fælles sprog 3

Begrundelse for tilsyn

Tilsynet var et Reaktivt - Udgående tilsyn på baggrund af en sag fra juli 2020 hvor hjemmeplejen fandt livløs patient og undlod at påbegynde hjerte-lunge redning og først efter 4 timer ringede 112. Styrelsen har oplyst sagen ved indhentelse af journal og instrukser og har på den baggrund vurderet, at sagen gav anledning til et reaktivt sundhedsfagligt tilsyn.

Om tilsynet

- Ved tilsynet blev målepunkter for plejeområdet 2019-2022 anvendt
- Der blev gennemført interview af ledelse og medarbejdere
- Der blev gennemført gennemgang af instrukser
- Der blev gennemgået 2 journaler, som var blev udvalgt på tilsynsbesøget
- Der blev gennemgået medicin for 2 patienter.

Ved tilsynet deltog

- Teamleder Nermin Hodzic
- Teamleder for sygeplejen Mette Bryde
- Kvalitetskonsulent Lolland Kommune Claus
- En sygeplejerske
- To social- og sundhedsassistenter

Tilsynet blev gennemført af

- Helle Lerche Nordlund, Oversygeplejerske

- Lone Teglbjærg, Oversygeplejerske

5. Målepunkter

Behandlingsstedets organisering

1. Interview af ledelsen om ansvars- og kompetenceforhold

Tilsynsførende interviewer ledelsen og ledelsens repræsentanter om ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper.

Der er fokus på:

- beskrivelse af kompetencer samt ansvars- og opgavefordeling for de forskellige personalegrupper, herunder vikarer
- brugen af delegation af forbeholdt virksomhed, herunder rammedelegationer på behandlingsstedet.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

Journalføring

2. Journalgennemgang med henblik på om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere om den sundhedsfaglige dokumentation er overskuelig, systematisk og føres i én journal.

Ved journalgennemgang fokuseres på, om:

- notaterne er daterede, om patientens navn og personnummer fremgår og at det tydeligt fremgår, hvem der har foretaget plejen og behandlingen
- notaterne er skrevet på dansk, frasat eventuel faglig terminologi
- notaterne er forståelige, systematiske og overskuelige
- teksten er meningsfuld ved anvendelse af eventuelle standardskabeloner (fraser)
- det tydeligt fremgår af den elektroniske journal, hvis der foreligger bilag på papir eller i andet format, og hvad disse indeholder
- notaterne er tilgængelige for relevant personale, der deltager i patientbehandlingen.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

3. Journalgennemgang med henblik på vurdering af den sygeplejefaglige beskrivelse af patientens aktuelle og potentielle problemer

Tilsynsførende gennemgår et antal journaler med henblik på at vurdere den sundhedsfaglige dokumentation, herunder om der som minimum fremgår en beskrivelse af patienternes sundhedsmæssige tilstand samt pleje og behandling. Denne skal opdateres ved ændringer i patienternes helbredsmæssige tilstand.

Der fokuseres på, om følgende aktuelle eller potentielle problemområder er fagligt vurderet og dokumenteret i nødvendigt omfang:

- funktionsniveau, fx evnen til at klare sig selv i det daglige liv, ADL (Activities of Daily Living)
- bevægeapparat, fx behov for træning, balanceproblemer og evt. faldtendens
- ernæring, fx under- eller overvægt, spisevaner, ernæringsproblemer forårsaget af sygdom eller behandling, kvalme og opkastning
- hud og slimhinder, fx forandringer og lidelser fra hud, slimhinder og andre væv, fx. muskler, hår og negle
- kommunikation, fx evnen til at gøre sig forståelig og forstå omverdenen
- psykosociale forhold, fx arbejdsevne, relationer til familie, ensomhed. Vejlede i og spørge til livsstilsproblemer, misbrug og mestring
- respiration og cirkulation, fx luftvejsproblemer som åndenød, hoste, risiko for aspiration, legemstemperatur, blodtryk og puls
- seksualitet, fx samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler
- smerter og sanseindtryk, fx akutte eller kroniske smerter og ubehag, problemer med syn og hørelse
- søvn og hvile, fx faktorer som letter eller hindrer søvn og hvile
- viden og udvikling, fx behov for information eller undervisning, helbredsopfattelse, sygdomsindsigt, hukommelse
- udskillelse af affaldsstoffer, fx inkontinens, obstipation, diarré.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

4. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende oversigt over patienters sygdomme og funktionsnedsættelser samt aftaler med behandlingsansvarlig læge

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår en oversigt over patienternes aktuelle sygdomme og funktionsnedsættelser.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal revideres ved ændringer i patientens helbredstilstand.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af de aftaler om kontrol og behandling af patienternes kroniske sygdomme og handicap, som er indgået med de behandlingsansvarlige læger. Denne beskrivelse skal revideres ved ændringer i patienternes tilstand og/eller ændring af aftalerne.

Herunder særligt ved den ældre medicinske patient

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder aktuel og relevant beskrivelse af kontrol af eksempelvis:

- aftaler med behandlingsansvarlig læge
- polyfarmaci
- blodsukkermålinger
- blodtryk
- opfølgning på ordination på baggrund af blodprøvesvar
- opfølgning på evt. senkomplikationer.

Herunder særligt ved patienter der for nyligt har fået foretaget kirurgiske indgreb

Den sundhedsfaglige dokumentation indeholder i relevante tilfælde beskrivelser af nedenstående:

- sårpleje
- tryksår
- risikosituationslægemidler
- genoptræning

Referencer:

- [Styrket indsats for den ældre medicinske patient, Sundhedsstyrelsen 2016-2019](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

5. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende aktuel pleje og behandling, opfølgning og evaluering

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på om der fremgår beskrivelse af pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Den sundhedsfaglige dokumentation skal indeholde en beskrivelse af opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, som er iværksat hos patienten i forhold til aktuelle helbredsmæssige problemer og sygdomme.

Der er dokumenteret oplysninger om lægens tilkendegivelser efter lægekontakt, og der er dokumentation for, at de aftalte tiltag følger aftalerne med den behandlingsansvarlige læge.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)

- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

6. Gennemgang af skriftlige instrukser for rammedelegation (delegeret forbeholdt virksomhed)

Tilsynsførende gennemgår instruks for rammedelegation for lægeforbeholdt virksomhedsområde med ledelsen. Instruksen skal foreligge på de behandlingssteder, hvor personalet udfører lægeforbeholdt virksomhed efter rammedelegation.

Der er fokus på om:

- der foreligger skriftlig instruktion, når medhjælpen udfører forbeholdt virksomhed i forbindelse med rammedelegation til en konkret patient eller ved rammedelegation til en defineret patientgruppe
- rækkevidden og omfanget af rammedelegationerne er tilstrækkeligt beskrevet, og indholdet er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt, herunder i forhold til det personale, der udfører den delegerede virksomhed.

Referencer:

- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

Faglige fokuspunkter

7. Interview vedrørende pludselig opstået sygdom/ulykke

Tilsynsførende interviewer ledelsen og relevant personale vedrørende procedure for håndtering af pludselig opstået sygdom/ulykke hos patienterne.

Det er ledelsens ansvar at sikre, at personalet har kompetencer til at håndtere pludselig opstået sygdom/ulykke.

Referencer:

- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

8. Gennemgang af og interview om instruks for fravalg af livsforlængende behandling

Tilsynsførende gennemgår instruks for fravalg af livsforlængende behandling med ledelsen og interviewer personalet om de kender og følger instruks. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Der er fokus på at der af instruks fremgår:

- hvordan og hvornår personalet skal anmode om en lægelig vurdering af patienten med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling
- hvilke procedurer behandlingsstedet har for inddragelse af patient og eventuelt nærmeste pårørende (såfremt patienten ønsker det) forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- hvor den behandlingsansvarlige læges vurdering samt beslutning om fravalg af livsforlængende behandling, journalføres.

Der er fokus på om personalet kender og anvender instruks, jf. ovennævnte punkter.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)
- [Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling, VEJ nr. 9935 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg, VEJ nr. 9934 af 29. oktober 2019](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

Medicinhåndtering

9. Gennemgang af og interview om instruks for medicinhåndtering

Tilsynsførende gennemgår instruks for medicinhåndtering med ledelsen og interviewer personalet om hvorvidt de kender og følger instruks. Den skriftlige instruks beskriver medicinhåndtering, som personale udfører som medhjælp for den ordinerende læge. Det er ledelsens ansvar at sikre, at instrukserne kendes og anvendes.

Der er fokus på hvordan:

- personalet har den fornødne kompetence i forhold til medicinhåndtering
- personalet kontrollerer, at medicinen er i overensstemmelse med ordinationen
- proceduren er for dokumentation af medicinordinationer
- personalet sikrer identifikation af patienten og patientens medicin
- medicin dispenseres
- dosisdispenseret medicin håndteres
- det sikres, at ikke-dispenserbar medicin administreres og dokumenteres korrekt
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger, herunder håndtering af håndkøbslægemiddel, kosttilskud, telefonordinationer, ordinationsændringer, receptfornyelse, ophør af medicin og risikosituationslægemidler
- personalets opgaver og ansvar i samarbejdet med behandlingsansvarlige læger om den medicinske behandling, herunder opfølgning efter gennemgang og revision af den ordinerede medicin samt aftaler om kontrol af behandlingens virkning og bivirkning

Personalet kender og anvender instruks, jf. ovennævnte.

De syv risikosituationslægemidler:

- Antidiabetika (insulin og perorale antidiabetika)
- Antikoagulantia (AK) (warfarin, hepariner, nye orale AK-lægemidler)
- Lavdosis methotrexat.
- Koncentreret kalium (kaliumklorid, kaliumphosphat)
- Opioider (fx morfin, codein, fentanyl, metadon, oxycodon)
- Gentamicin
- Digoxin

Referencer:

- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside: Syv risikosituationslægemidler](#)
- [Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

10. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende ordineret medicin og medicinliste

Tilsynsførende gennemgår den sundhedsfaglige dokumentation med henblik på at vurdere, om den opfylder følgende:

- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår dato for ordinationen (dag, måned, år) og/eller seponering
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår behandlingsindikationer for den medicinske behandling
- Der er overensstemmelse mellem det ordinerede og den aktuelle medicinliste
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår præparatets aktuelle handelsnavn, dispenseringsform (for eksempel tabletter, mikstur) og styrke
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, skal medicinlisten føres systematisk og entydigt i den sundhedsfaglige dokumentation
- Ved en medicinordination, herunder dosisdispenseret medicin, fremgår enkelt dosis og maksimal døgndosis for pn-medicin

Referencer:

- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

11. Gennemgang af medicinbeholdning og journaler vedrørende medicin håndtering

Tilsynsførende gennemgår medicinbeholdningen og relevante journaler med henblik på at vurdere, hvordan personalet i praksis sikrer forsvarlig medicin håndtering og korrekt opbevaring af medicinen.

Administration af medicin skal ske på baggrund af identifikation af patienten, enten ved navn og personnummer eller fødselsdato og – år. I helt særlige tilfælde kan identifikation ske ved sikker genkendelse.

Ved gennemgang af medicinbeholdningen og relevante journaler vurderes det, om medicin håndtering- og opbevaring opfylder følgende:

- Den ordinerede medicin findes i patientens medicinbeholdning
- Der er overensstemmelse mellem antallet af tabletter på medicinlisten og antallet af tabletter i doseringsæskerne/poserne
- Det er dokumenteret, hvem der har dispenseret og administreret ikke-doserbar medicin, og hvornår
- Dispenseret pn-medicin er doseret i ordinerede doser og mærket med patientens navn, personnummer, præparatets navn, styrke og dosis samt dato for dispensering og medicinens udløbsdato
- Doseringæsker og andre beholdere med dispenseret medicin er mærket med patientens navn og personnummer
- Medicinen er opbevaret forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende
- Hver enkelt patients medicin er opbevaret adskilt fra de øvrige patients medicin
- Aktuell medicin er opbevaret adskilt fra ikke aktuell medicin
- Holdbarhedsdatoen på patienternes medicin, og opbevarede sterile produkter til brug ved den sundhedsfaglige pleje og behandling, er ikke overskredet
- Der er anbrudsdato på medicinske salver, dråber og anden medicin med begrænset holdbarhed efter åbning
- Der er adrenalin til rådighed hos patienter, der får injektions- eller infusionsbehandling

Referencer:

- [Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)
- [Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet, VEJ nr. 9808 af 13. december 2013](#)
- [Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ nr. 9079 af 12. februar 2015](#)
- [Korrekt håndtering af medicin, Styrelsen for Patientsikkerhed 2019](#)
- [Sundhedsstyrelsens notat vedr. undladelse af adrenalinberedskab ved behandling med insulin, 2018](#)

Patienters retsstilling

12. Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation vedrørende patienters retsstilling

Tilsynsførende interviewer det sundhedsfaglige personale og gennemgår journaler på udvalgte risikoområder i forhold til, hvordan de i praksis sikrer, at der forud for udvalgte behandlinger informeres og indhentes samtykke og hvordan det dokumenteres.

- **Samtykke kompetence/handleevne:**

Det skal fremgå, om patienten er vurderet til helt eller delvist selv at have evnen til at give et informeret samtykke til pleje og behandling. Hvis det er pårørende/værge, der giver stedfortrædende samtykke, skal dette fremgå. Hvis patienten ikke har samtykke kompetence, skal det fremgå, hvem der kan give samtykke på patientens vegne (stedfortrædende samtykke).

For patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende, værger eller fremtidsfuldmægtigen samtykke. Ved både værgemål og fremtidsfuldmægtig er det dog kun, når værgemål/fremtidsfuldmagt omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, og ved fremtidsfuldmagt kun i det omfang fuldmagten bemyndiger dertil.

- **Informeret samtykke:**

Det skal fremgå, at der er indhentet informeret samtykke i forbindelse med kontakten til den behandlingsansvarlige læge. Derudover skal det fremgå, at der er indhentet informeret samtykke til behandling fra patienten eller den stedfortrædende. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens eller den stedfortrædendes informerede samtykke. Det gælder både for undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Kravet indebærer, at der skal informeres tilstrækkeligt, inden patienten tager stilling til behandlingen. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret.

Informationen skal omfatte patientens helbredstilstand og behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger. Kravet til informationen øges, jo mere alvorlig tilstanden er, eller jo større den mulige komplikation er.

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)
- [Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 359 af 4. april 2019](#)
- [Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998](#)
- [Vejledning om sundhedspersoners tavshedspligt dialog og samarbejde med patienters pårørende, VEJ nr. 9494 af 4. juli 2002](#)
- [Vejledning om patienters/beboers retsstilling på plejehjem og i plejeboliger, VEJ nr. 10409 af 20. december 2007](#)
- [Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler \(journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.\), BEK nr. 1225 af 08. juni 2021](#)
- [Vejledning om sygeplejefaglig journalføring \(Til personale der varetager sygeplejefaglige opgaver\), VEJ nr 9521 af 1. juli 2021](#)

Hygiejne

13. Observation og interview om procedurer for hygiejne

Tilsynsførende interviewer ledelse og medarbejdere om procedurer for hygiejne.

Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for hygiejne, der beskriver relevante og forsvarlige arbejdsgange, samt at personalet er instrueret i og følger disse, med henblik på at sikre forebyggelse af risici for infektioner, spredning af smitsomme sygdomme m.v.

Ved interview og observation afklares, hvordan personalet forebygger infektioner og spredning af smitsomme sygdomme. Der er særlig fokus på håndhygiejne og relevant brug af arbejdsdragt og værnemidler, fx handsker for at minimere risiko for smitte mellem patienter og mellem patienter og personale.

Referencer:

- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om generelle forholdsregler i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2017](#)
- [Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, VEJ nr. 9204 af 7. juni 2011](#)
- [Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed\), LBK nr. 731 af 8. juli 2019](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om Håndhygiejne, Statens Serum Institut 2021](#)
- [Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i Sundhedssektoren, Statens Serum Institut 2019](#)

Øvrige fund

14. Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici

Referencer:

- [Bekendtgørelse af sundhedsloven \(Kapitel 66, §213 og §215b\), LBK nr. 903 af 26. august 2019](#)

Lovgrundlag og generelle oplysninger

Formål

Styrelsen for Patientsikkerhed fører det overordnede tilsyn med sundhedsforhold og sundhedsfaglig virksomhed på sundhedsområdet. Tilsynet omfatter alle offentlige og private institutioner, virksomheder og behandlingssteder, hvor autoriserede sundhedspersoner – eller personer, der handler på deres ansvar – udfører sundhedsfaglig behandling.

Det gælder alle behandlingssteder, hvor eller hvorfra sundhedspersoner¹ udfører behandling, undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient².

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerheds udfører risikobaseret tilsyn³. Det betyder, at vi udvælger temaer og målepunkter ud fra en vurdering af, hvor der kan være risiko for patientsikkerheden, ligesom vi tager hensyn til behandling af særligt svage og sårbare grupper

Vi udvælger i øjeblikket behandlingssteder⁴ til tilsyn på stikprøvebasis som led i en afdækning af risikoprofilen for forskellige typer af behandlingssteder. Vi arbejder endvidere på også at kunne udvælge det enkelte behandlingssted ud fra en risikovurdering.

Formålet med vores tilsyn er at vurdere patientsikkerheden på behandlingsstedet og at sikre læring hos sundhedspersonalet. Materialer med relevans for årets tilsyn kan findes på vores hjemmeside under [Tilsyn med behandlingssteder](#). Vi har desuden udarbejdet en liste over hyppigt stillede spørgsmål og tilhørende svar, som findes på hjemmesiden under [Spørgsmål og svar](#).

¹ Sundhedspersoner omfatter personer, der er autoriserede af Styrelsen for Patientsikkerhed til at varetage sundhedsfaglige opgaver, og personer, der handler på disses ansvar.

² Se sundhedsloven § 5.

³ Omlægningen af tilsynet er sket med udgangspunkt i Politisk aftale af 16. februar 2016 vedr. risikobaseret tilsyn med behandlingssteder samt lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om ændring af autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love.

⁴ Se sundhedsloven § 213, stk. 2

Tilsynet

Vi varsler normalt behandlingsstedet mindst 6 uger før et planlagt tilsynsbesøg. Reaktive tilsyn har som udgangspunkt 14 dages varsling, men kan foretages uvarslet.

Vi har til enhver tid som led i vores tilsyn - mod behørig legitimation og uden retskendelse - adgang til at undersøge behandlingsstedet⁵. Der skal ikke indhentes samtykke fra patienter ved behandling af journaloplysninger til brug for vores tilsyn. Personalet på behandlingsstedet har pligt til at videregive oplysninger, der er nødvendige for tilsynet⁶. Hvis vi besøger private hjem i forbindelse med tilsyn, skal der indhentes samtykke.

Vores tilsynsbesøg tager dels udgangspunkt i en række generelle målepunkter, dels i målepunkter som er specifikke for typen af behandlingssted. Alle målepunkter kan ses på vores hjemmeside, stps.dk, under Tilsyn med behandlingssteder. Målepunkterne fokuserer på, om patientsikkerheden er tilgodeset på behandlingsstedet, og om patientrettighederne er overholdt. Det fremgår af målepunkterne, hvilke skriftlige instrukser, procedurer, journalindhold mv., vi lægger vægt på.

Vi undersøger ved tilsynsbesøget, om behandling - herunder eventuel brug af medhjælp til forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, journalføring og håndtering af hygiejne mv. - foregår fagligt forsvarligt. Herudover reagerer styrelsen på åbenlyse fejl og mangler af betydning for patientsikkerheden⁷.

Behandlingsstedet modtager efter tilsynsbesøget et udkast til rapport – normalt med en høringsfrist på 3 uger. Der er ingen høring, hvis vurderingen er, at der ingen problemer er med patientsikkerheden. Der er i høringsperioden mulighed for at indsende bemærkninger til rapporten. Desuden skal behandlingsstedet sende handleplaner eller andet supplerende materiale, som vi har bedt om.

Efter høringsperioden vurderer vi de kommentarer og det materiale, vi har modtaget fra behandlingsstedet. På den baggrund skriver vi vores konklusion efter høring i rapporten. Vi tager desuden stilling til, om tilsynet giver anledning til henstillinger eller påbud, eller om vi kan afslutte tilsynet uden at foretage os yderligere.

Vi offentliggør den endelige rapport på vores hjemmeside under Tilsynsrapporter⁸. Behandlingsstedet skal lægge tilsynsrapporten på sin hjemmeside og gøre rapporten tilgængelig på behandlingsstedet⁹. Tilsynsrapporter for plejehjem skal også offentliggøres på plejehjemsoversigten.dk.

Et eventuelt påbud vil ligeledes blive offentliggjort på vores hjemmeside under Påbud til behandlingssteder samt på sundhed.dk¹⁰.

⁵ Se sundhedsloven § 213 a stk. 2

⁶ Se sundhedsloven § 213 a, stk. 1, jf. også sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3.

⁷ Se lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17

⁸ Se bekendtgørelse nr. 976 af 27. juni 2018 om registrering af, underretning om og tilsyn med offentlige og private behandlingssteder m.v. § 22 og § 23

⁹ Se sundhedsloven § 213b, stk. 2 og bekendtgørelse nr. 615 af 31. maj 2017.

¹⁰ Se sundhedslovens § 215 b, stk. 2, 2. pkt. og bekendtgørelse nr. 604 af 02. juni 2016.

Vurdering af behandlingssteder

På baggrund af tilsynet kategoriseres behandlingsstederne i disse kategorier:

- Ingen problemer af betydning for patientsikkerheden
- Mindre problemer af betydning for patientsikkerheden
- Større problemer af betydning for patientsikkerheden
- Kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden

Vores kategorisering sker på baggrund af en samlet sundhedsfaglig vurdering af patientsikkerheden med konkret afsæt i de målepunkter, vi har gennemgået. Vi lægger vægt på både opfyldte og ikke opfyldte målepunkter.

Afhængig af kategoriseringen kan et tilsynsbesøg blive fulgt op af henstillinger til behandlingsstedet om at udarbejde og fremsende en handleplan for, hvordan behandlingsstedet vil følge op på uopfyldte målepunkter.

Hvis de sundhedsfaglige forhold på et behandlingssted kan bringe patientsikkerheden i fare, kan vi give et påbud med sundhedsfaglige krav eller om at virksomheden skal indstilles helt eller delvist¹¹.

Påbud kan blive fulgt op på forskellig måde afhængig af, hvilke målepunkter der ikke var opfyldt ved tilsynet. Det kan være i form af dokumentation af forskellige forhold eller i form af fornyet tilsynsbesøg¹², afhængig af hvilke målepunkter, der ikke er opfyldt.

Tilsynet er et organisationstilsyn. Det vil sige, at det er behandlingsstedet, der er genstand for tilsynet, ikke de enkelte sundhedspersoner.

I helt særlige tilfælde, f.eks. hvor vi under tilsynsbesøget får mistanke om alvorlige kognitive svigt, alkoholmisbrug eller åbenlyse faglige mangler hos en sundhedsperson, kan vi dog indlede en almindelig individtilsynssag over for denne person.

¹¹ Se sundhedsloven § 215 b

¹² Se sundhedsloven § 213, stk. 1

Påbud til Team Nakskov Nord, Lolland Kommune

Styrelsen for Patientsikkerhed har den 10. februar 2022 givet påbud til Team Nakskov Nord, Lolland Kommune, om at sikre forsvarlig medicinbehandling og tilstrækkelig journalføring og sygeplejefaglige vurderinger.

Styrelsen for Patientsikkerhed har påbudt Team Nakskov Nord, Lolland Kommune:

1. at sikre forsvarlig medicinbehandling fra den 10. februar 2022.
2. at sikre, at der er gennemført systematiske sygeplejefaglige vurderinger og opfølgning herpå for alle patienter, fra den 10. februar 2022.
3. at sikre tilstrækkelig journalføring fra den 10. februar 2022.

Påbuddet kan ophæves, når Styrelsen for Patientsikkerhed ved et nyt tilsynsbesøg har konstateret, at påbuddet er efterlevet.

Baggrund

Styrelsen for Patientsikkerhed gennemførte den 18. november 2021 et varslet, reaktivt tilsyn hos Team Nakskov Nord, Lolland Kommune. Baggrunden for tilsynet var en konkret sag, hvor personalet efter fundet af en livløs patient undlod at påbegynde hjerte-lunge redning og først ringede 112 efter fire timer.

Tilsynet tog udgangspunkt i målepunkterne for plejeområdet. Målepunkterne er udtryk for de minimumskrav, som styrelsen vurderer, skal efterleves på et sted som Team Nakskov Nord for at understøtte, at behandling og pleje sker med den nødvendige omhu og samvittighedsfuldhed.

Styrelsen har ved afgørelsen benyttet de oplysninger, der kom frem ved tilsynet, og som er anført i tilsynsrapporten. For en detaljeret gennemgang af fundene ved tilsynsbesøget henvises til tilsynsrapporten.

Begrundelse

Medicinbehandling

Ved tilsynsbesøget den 18. november 2021 konstaterede styrelsen, at der var fejl og mangler i medicinbehandling hos Team Nakskov Nord.

Opdatering af medicinliste

Styrelsen konstaterede, at medicinlisten ikke var opdateret i en ud af to stikprøver, da det aktuelle handelsnavn ikke fremgik på tre præparater.

I en anden stikprøve var medicinlisten ligeledes ikke opdateret, idet det fremgik, at patienten dagligt fik Movicol, men dette var ændret til 15 dråber Medilax 667 mg/ml.

Hos en anden patient blev to præparater, der var opført under selvadministrerende pn-medicin, givet fast dagligt af personalet.

Det er styrelsens opfattelse, at det udgør en risiko for fejlmedicinering, hvis medicinlisten ikke føres systematisk og ikke sikres opdateret.

Dispensering af medicin

Desuden blev det konstateret, at det i en af stikprøverne fremgik af en korrespondancemeddelelse, at patienten skulle ændres i sin smertestillende behandling fra pn-ordination til fast ordination. Dette blev først effektueret tre dage senere.

Det er styrelsens opfattelse, at det udgør en risiko for forkert eller mangelfuld medicinering, hvis ordinationer ikke følges.

Samlet vurdering vedr. medicinbehandling

Styrelsen vurderer, at den manglende efterlevelse af vejledningen om ordination og håndtering af lægemidler og Styrelsen for Patientsikkerheds pjec "Korrekt håndtering af medicin", 2019, udgør en væsentlig patientsikkerhedsrisiko, da reglerne skal sikre, at medicinbehandling sker på forsvarlig vis.

Styrelsen har i sin vurdering lagt vægt på, at fejl og mangler i medicinbehandling generelt rummer en alvorlig fare for patientsikkerheden, herunder risiko for fejlmedicinering eller manglende medicinering.

Sygeplejefaglige vurderinger

Styrelsen kunne ved tilsynet konstatere, at de 12 problemområder ikke systematisk blev ført og opdateret i stikprøverne, idet der manglede fyldestgørende beskrivelser og vurderinger af patienternes aktuelle og potentielle problemer. Det fremgik blandt andet ikke af den faglige vurdering, hvorledes problemstillingerne kom til udtryk for patienterne, og hvilke symptomer og heraf observationer medarbejderne skulle foretage.

Desuden blev der i begge journalgennemgange konstateret mangelfulde oversigter over patienternes sygdomme og funktionsnedsættelser. I den ene stikprøve manglede der oplysninger om dysfagi og lungeemboli, og i den anden stikprøve manglede der oplysninger om depression.

Videre blev det konstateret, at der ikke var foretaget en dokumentation af opfølgning og evaluering af den pleje og behandling, der var udført i relation til ovenstående problemstillinger.

I begge stikprøver var der mangelfuld opfølgning på observationer samt iværksættelse af pleje og behandling inden for områderne smerter, synkebesvær og øjenproblemer.

Hos en patient med problemer med udskillelse over flere dage havde hjemmeplejen (privat leverandør) kontaktet akuttelefonen, som havde henvist til opfølgning hos Team Nakskov Nord, men det fremgik ikke af journalen, om dette var foretaget. Personalet kunne ikke i tilstrækkelig grad redegøre for dette.

Personalet kunne ved tilsynet ikke i tilstrækkelig grad redegøre for den planlagte og udførte aktuelle pleje og behandling, ligesom der ikke i tilstrækkelig grad kunne redegøres for, om opfølgning og evaluering havde fundet sted.

På baggrund af fundene og de oplysninger, der fremkom i forbindelse med gennemgang af journalerne, har styrelsen lagt til grund, at manglerne i ovenstående forhold ikke kan henføres til manglende journalføring, men må tages som udtryk for, at der ikke systematisk blev foretaget sådanne grundlæggende vurderinger og opfølgning herpå.

Det er styrelsens opfattelse, at vurdering af disse forhold og dokumentation heraf er nødvendigt af hensyn til den enkelte patients sikkerhed, da dette udgør et væsentligt element i helhedsvurderingen af patienten og danner grundlaget for, hvilke pleje- og behandlingsindsatser, der skal iværksættes.

Det er på den baggrund styrelsens vurdering, at det udgør en betydelig risiko for patientsikkerheden, når der ikke sikres tilstrækkelige sygeplejefaglige vurderinger af patienterne, og når der ikke sikres evaluering og opfølgning på sygeplejefaglige observationer.

Journalføring

Ved tilsynsbesøget 18. november 2021 kunne styrelsen konstatere, at der hos Team Nakskov Nord ikke blev udført journalføring i overensstemmelse med de gældende regler herom.

Overskuelig og systematisk journalføring

Styrelsen kunne under tilsynet konstatere, at journalen ikke blev ført på en overskuelig og systematisk måde, da dokumentationen i forhold til administration af ikke-doserbar medicin blev ført flere forskellige steder i journalen, ligesom aftaler med behandlingsansvarlige læger lå fortløbende i korrespondancemeddelelser uden at være relateret til relevante problemområder. Eksempelvis fremgik det, at der skulle tages blodsukker fire gange dagligt, mens det et andet sted i journalen stod, at der skulle tages blodsukker tre gange dagligt.

Det er styrelsens opfattelse, at en systematisk og fyldestgørende journalføring er nødvendig for at sikre kontinuitet i pleje og behandling af patienten og for at sikre den interne kommunikation på behandlingsstedet og kommunikation med samarbejdspartnere. Journalen skal kunne give et overblik over patientens tilstand, så personalet blandt andet har mulighed for at foretage hurtig og relevant håndtering i en eventuel akut situation.

Det er styrelsens vurdering, at det udgør en risiko for patientsikkerheden, at journalen ikke gav et tilstrækkeligt overblik over den sundhedsfaglige pleje og behandling af patienterne.

Journalføring af informeret samtykke og habilitet

Styrelsen konstaterede ved tilsynsbesøget, at det i en ud af to stikprøver ikke var journalført, om patienten var habil, ligesom der manglede dokumentation af informeret samtykke i forbindelse med opstart af behandling for smerter.

Personalet kunne mundtligt redegøre for patienternes habilitet, og at der blev indhentet samtykke forud for opstart af behandling, men at dette ikke systematisk blev dokumenteret i journalen.

Det er styrelsens opfattelse, at den utilstrækkelige journalføring i denne forbindelse udgør en risiko for patientsikkerheden, da grundlaget for behandlingen så ikke er klart, og det derved ikke er sikret, at behandlingen sker med respekt for patientens selvbestemmelsesret.

Samlet vurdering vedr. journalføring

Det er styrelsens vurdering, at de beskrevne grundlæggende og gennemgående mangler i form af ikke ajourført, fyldestgørende og systematisk journalføring, herunder mangelfuld dokumentation for habilitetsvurderinger til brug for indhentelse af informeret samtykke, rummer en betydelig fare for patientsikkerheden både med hensyn til sikring af kontinuitet og kvalitet i pleje og behandling af den enkelte patient.

Samlet vurdering for påbuddet

Det er styrelsens vurdering, at fejlene og manglerne i relation til medicin håndtering, journalføring og systematiske sygeplejefaglige vurderinger udgør større problemer af betydning for patientsikkerheden.

Fagligt opdateret 11.02.2022

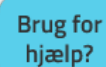
Indhold leveret af:

Styrelsen for Patientsikkerhed

Telefon: 72 28 66 00

stps@stps.dk

> [Gå til hjemmeside](#)



Brug for
hjælp?



ANALYSE AF SYGEPLEJEN

LOLLAND KOMMUNE

FEBRUAR 2022

INDHOLD

1.	INDLEDNING	3
1.1	Data og metode	3
1.2	Læsevejledning	4
2.	Resume	5
3.	Sygeplejens organisering, snitflader, ledelse og kompetencer	9
3.1	Organisering nu og i fremtiden	9
3.1.1	Nuværende organisering	9
3.1.2	Tendenser i fremtidens ældreområde	10
3.1.3	Fremtidig organisering	10
3.2	Organisatoriske snitflader	11
3.2.1	Intern organisering i Sygeplejen	12
3.2.2	Skærpet praksis vedr. akutpladser og -sygeplejersker	12
3.2.3	Specialisering og generalisering	13
3.3	Ledelse	13
3.4	Personalets kompetencer	15
3.4.1	Områdets samlede kompetenceniveau	15
3.4.2	Ujævn fordeling af kompetencer	15
3.5	Opsamling	16
3.6	Anbefalinger vedr. sygeplejens organisering, snitflader, ledelse og kompetencer	17
4.	Faglig styring og aktivitet	18
4.1	Udvikling i sygeplejeydelse	18
4.2	Serviceadgang, serviceniveau, og delegeringsgrad	19
4.3	Sagsgennemgang	21
4.4	Opsamling	22
4.5	Anbefalinger	23
5.	Økonomisk styring	24
5.1	Budget og forudsætninger	24
5.1.1	Opfølgning	25
5.2	Visitation og delegation af sygeplejeydelser	25
5.3	Opsamling	26
5.4	Anbefalinger	27
6.	Sygeplejens effektivitet og drift	29
6.1	Økonomi	29
6.2	Personaleforbrug og fravær	29
6.3	Effektivitet og driftsmæssige forskelle	30
6.4	Vagtplaner	31

6.5	Opsamling	32
6.6	Anbefalinger	33
7.	BILAG	34
7.1	Bilag 1: Gns. alder og anciennitet	34

1. INDLEDNING

Denne rapport er den samlede opsamling på analyse af sygeplejen i Lolland Kommune, der er gennemført af BDO. Rapporten skal hjælpe Lolland Kommune med at få belyst området ud fra både økonomiske og faglige hensyn. Lolland Kommune oplever et generelt pres på kommunens samlede økonomi på ældreområdet og kan i lighed med mange andre kommuner se frem til, at dette pres øges som følge af den demografiske udvikling. På sygeplejeområdet oplever kommunen pt. et mindre merforbrug både på det faste budget i sygeplejen, men også på budgettet for delegerede ydelser. Derudover medfører ændringerne i sundhedsvæsenet og stigende kompleksitet ift. borgernes behov - udfordringer for såvel sygepleje som hjemmepleje, både ressource- og kompetencemæssigt. Lolland Kommune har således et ønske om at genbesøge den nuværende organisering samt forudsætningerne for driften af sygeplejen, for herefter at sikre den bedst mulige styring og ressourceanvendelse hos sygeplejen.

Sygeplejen i Lolland Kommune er organiseret som en selvstændig enhed bestående af ca. 70 medarbejdere. Enheden består af Team Maribo og Team Nakskov samt Team for kommunens midlertidige og akutpladser. Sygeplejens opgave er foruden at levere sygeplejeydelser til borgere i eget hjem også at levere ydelser til borgere på kommunens plejecentre. Den kommunale hjemmepleje og plejecentre er organiseret i en samlet enhed. Områdets merforbrug samt det stigende kompetencebehov giver anledning til overvejelser om, hvorvidt ovenstående organisering understøtter en optimal drift af området eller om den nuværende struktur indeholder et utilsigtet pres på økonomien.

Med afsæt i ovenstående situation er formålet for analysen er at belyse både organisatoriske, driftsmæssige og styringsmæssige muligheder for at optimere sygeplejen i et fagligt og økonomisk perspektiv. Idet det dog er svært at anskue sygeplejen selvstændig - og de økonomiske udfordringer er en tværgående problematik -, er aftalen, at den øvrige organisation inddrages og at de organisatoriske snitflader, samarbejder og afhængigheder, der måtte være, belyses.

Ved endt analyse står Lolland Kommune med et solidt grundlag for at arbejde videre med at kunne skabe en revitalisering af nuværende organisering, opnå en bedre styring af sygeplejens ressourceforbrug og bidrage til balance i Lolland Kommunes økonomi.

1.1 DATA OG METODE

BDO er gået til opgaven med udgangspunkt i en analysemodel, der giver os mulighed for at anskue sygeplejen i Lolland Kommune ud fra flere forskellige perspektiver. I tilgangen skelnes mellem "faste" og "flydende elementer". De faste elementer omfatter strategi, organisering samt processer og arbejdsgange, som er håndgribelige og synlige elementer i en organisation. Det er samtidig elementer, som ledelsen kan designe og kontrollere relativt let - og hvor der også på kort sigt kan skabes forandringer. De elementer, der opfattes som mere "flydende", er derimod ledelse, bemanning, kompetencer og fælles værdier. De kan være vanskelige at beskrive og endnu vanskeligere at kontrollere rent ledelsesmæssigt, men kan i praksis have en afgørende betydning for den måde, en organisation fungerer og samarbejder på.

BDO har i analysen set på, hvordan sygeplejen - og ældreområdet generelt - er organiseret. Analysen har set på det tværorganisatoriske samarbejde, rekruttering, ledelse og snitflader med henblik på at afdække de mere "flydende" elementer. For de mere "faste" elementer ser analysen på det gældende serviceniveau og serviceadgang, indretningen af økonomistyringsmodel og fordelingen af roller- og ansvarsområder.

BDO har omsat den metodiske ramme til fire forskellige spor, der samlet set afdækker sygeplejen i Lolland Kommune; 1) Sygeplejens organisering, snitflader, ledelse og kompetencer, 2) Faglig styring, 3) Økonomisk styring og 4) Effektivitet og drift. Dette for at komme hele vejen rundt om sygeplejen og dermed sikre, at der dannes et samlet billede af sygeplejens udfordringer og muligheder.

I processen er afviklet følgende aktiviteter, der bidrager med både kvalitativt og kvantitativt data i analyse:

- Interviews og/eller workshops med medarbejdere og leder i relation til de forskellige spor
- Kortlægning af organisering
- Journalaudit
- Dataanalyse - kompetencer, ledelse, vagtplan, løn, kørelister mm. (på tværs af spor)
- Gennemgang af styringsmodel
- Optegning af visitationsproces
- Løbende valideringssessioner

Samlet bidrager ovenstående datakilder til, at BDO har kunne opnå et dybdegående indblik i sygeplejen i Lolland Kommune. Involveringen og den løbende tætte dialog med både medarbejdere og ledere har yderligere været afgørende for at nuancere og perspektivere de løbende indsigter, der er fremkommet.

1.2 LÆSEVEJLEDNING

Rapporten læner sig op ad de fire spor, der er præsenteret ovenfor, og som har dannet ramme for analyse. Dermed har rapporten fire bærende kapitler 3-6, hvor der analyseres med afsæt i både de kvalitative og kvantitative data fra undersøgelsen, så de forskellige metodiske tilgange bedst muligt supplerer hinanden. Hvert kapital afsluttes med konkrete anbefalinger til, hvordan Lolland Kommune enten kan revitalisere organiseringen, opnår bedre styring af ressourceforbrug eller opnå øget balance i økonomien.

Kapital 2 udgør rapportens resumé, der giver et kondenseret indblik i hvilke resultater og anbefalinger, der fremkommer af analysen. Dermed er det muligt at læse resuméet særskilt ift. at blive klogere på hvilke 'veje at gå', der tegnes for Lolland Kommune.

2. RESUME

Nedenfor præsenteres anbefalinger på baggrund af analysen af Sygeplejen i Lolland Kommune. Rapporten - og dette resume - er inddelt i fire spor, der ligeledes har været bærende for den analytiske proces. Anbefalingerne præsenteres individuelt, men de vil naturligt være afhængige af hinanden - særligt i implementeringsøjemed.

Det er BDO's opfattelse, at der i fremtiden stilles nye og flere krav til sygepleje - dette både i relation til omfang, faglighed, kompleksitet og ændrede arbejdsmetoder. Dette bør indgå i Lolland kommunes overvejelser om en reorganisering af sygeplejen. Det er overordnet BDO's anbefaling, at Lolland Kommune overvejer en omorganisering af sygeplejen, hvormed der opnået en 'samorganisering' mellem dels hjemmeplejen og sygeplejen, dels plejecentre og sygeplejen. Det er her væsentligt at holde for øje, at en sådan 'samorganisering', kan have forskellige grader. Der således flere veje at gå og der vil være mange nuancer, der skal inddrages i en sådan beslutning. Analysen indeholder konklusioner og anbefalinger, der - uanset omorganisering - kan være med til at styrke Sygeplejen nu og i fremtiden.

Vores væsentligste anbefalinger ift. 'sygeplejens organisering, snitflader, ledelse og kompetencer' er opsummeret nedenfor:

SAMORGANISERING AF SYGEPLEJEN OG FRIT VALG TEAM | For at være rustet til fremtidens krav samt opnå et styrket kompetenceniveau, bedre synergier og bedre ressourceudnyttelse anbefaler BDO, at Lolland Kommune samorganiserer Sygeplejen og Frit valg team. Ved en samorganisering skabes yderligere mulighed for og bedre grobund for samarbejdet vedr. delegering af ydelser, der i den nuværende organisering opleves udfordrende. Ligesom mulighederne for den løbende sidemandsoplæring af de øvrige personalegrupper i Frit valg team øges. Det er endvidere BDO's vurdering, at en samorganisering vil understøtte tankerne om helhedsorienteret pleje og gøre den løbende koordinering omkring borgerne mere smidig. Dette samtidig med at sygeplejerskerne stadig kan varetage den centrale opfølgingsopgave.

FLERE SYGEPLEJERESSOURCER TIL PLEJECENTRE | Det er BDO's anbefaling, at Lolland Kommune tilknytter et fast team af sygeplejersker til dækning af plejecentre. Der kan være flere veje at gå, hvor udvidelse af sygeplejerskeressourcer hertil bør være en overvejelse. Dette suppleret med etablering af et monofagligt erfa-netværk på tværs af sygeplejersker, hvor der i relevant omfang kan dyrkes den specialiseringsgrad, som anses for relevant. Det er BDO anbefaling, at sygeplejen rykker "tættere på" plejecentrene, så der sikres mere tid samt kontinuitet til gavn for både borgere og de øvrige faggrupper. Det er desuden BDO's vurdering, at dette vil understøtte tankerne om helhedsorienteret pleje og gøre den løbende koordinering omkring borgerne mere smidig. Dette samtidig med at sygeplejerskerne stadig kan varetage den centrale opfølgingsopgave.

STYRKE SYGEPLEJENS ROLLE I ET FREMTIDSPERSPEKTIV | For at fremtidssikre Ældre & Sundhed anbefaler BDO, at sygeplejerskerne varetager en øget rolle ift. sundhedsfaglige opgaver, sparring, udvikling og borgerkoordinering.

GENOVERVEJ STRATEGIEN FOR AKUTPLADSER OG -SYGEPLEJERSKER | Det er BDO's anbefaling, at Lolland Kommune i en fremadrettet re-organisering af området fastholder akutpladser. Det er BDO's anbefaling, at det vil være nødvendigt, at akutpladser og midlertidige pladser driftes sammen både som en god økonomisk og faglig løsning, idet vi ikke ser tilstrækkelig volumen til, at akutpladser kan drives isoleret for nuværende. Det er BDO's anbefaling at akutsygeplejen bør sikres ved, at alle sygeplejersker har kompetencerne til at varetage akutopgaver og akutpladserne bliver en backup, hvor kompleksiteten bliver for høj.

ØGET OG STYRKET LEDELSESKRAFT | BDO anbefaler, at ledelsesspændet udjævnes på tværs af decentrale ledere, så der både sikres den nødvendige ledelsesmæssige understøttelse af den interne opgave på teamlederniveau, samt samarbejdet ud i den øvrige organisation. Derudover ses et behov for at styrke ledelseskraften, så retningslinjer og rammer i højere grad følges i det daglige arbejde. BDO anbefaler, at der med en styrket ledelseskraft sikres fokus på kerneopgaven og en ensartethed for borgere og medarbejdere på tværs af hele Ældre og Sundhed.

Vores væsentligste anbefalinger ift. 'faglig styring og aktivitet' er opsummeret nedenfor:

SYSTEMATISK DOKUMENTATION | BDO anbefaler, at der arbejdes videre med den sundhedsfaglige dokumentation, således at de fremstår aktuelle og opdaterede, for på den måde, at sikre kvalitet i levering af Sundhedslovsindsatserne. Det anbefales, at der arbejdes med samme ensartet systematik mellem helbredstilstande, indsatsmål og handleanvisninger.

DOKUMENTATION VED DELEGEREDE YDELSER | Det er BDO's forståelse, at der med gældende visitationsmodel og delegationspraksis sker en direkte delegering af forud definerede sundhedsydelser til hjemmepleje teams, hvorfor det bliver SSA'er, der har ansvar for udarbejdelse af indsatsmål og handleanvisninger og dermed ikke sygeplejens ansvar. Det vurderes, at der er visse mangler ift. nuværende praksis, hvorfor vi anbefaler, at sygeplejefaglig udredning samt svaret for indsatsmål og handleanvisninger fremadrettet bør placeres hos sygeplejen. Dette kan evt. inddrages som et led i en justering af visitationsmodel (se også 5.2).

OPRYDNING/OPDATERING LUKNING AF SAGER | I forbindelse med udvælgelse af de 30 journaler har vi åbnet en lang række journaler for at finde repræsentative journaler. I denne proces er der i mange tilfælde set journaler, der ikke er opdaterede, hvilket kan forklares med den manglende systematiske evaluering og opfølgning. Afledt heraf må det antages at blive nemmere og hurtigere for den enkelte sygeplejerske at få overblik i borgernes journal, samt at det sikres at borgene får en optimal indsats og et ensartet serviceniveau. BDO anbefaler, at der foretages en oprydning i sager i omsorgssystemet for herigennem at sikre overblik over borger og indsatser. I forlængelse heraf anbefales, at der arbejdes med slutdatoer på relevante indsatser, for herigennem løbende at sikre at journaler er bedst muligt opdateret.

SYSTEMATISK OPFØLGNING - ANVENDELSE AF OPFØLGNINGSDATOER | Det anbefales, at der arbejdes med systematisk opfølgning og evaluering af indsatser og dokumentationen, således at journaler fremstår aktuel og opdaterede. BDO hæfter sig ved, at der hos borgere med privat leverandør er indsat opfølgningsindsats. En mere systematisk opfølgning kan muligvis medvirke til at reducere den samlede andel af modtagere, hvor Lolland kommune ligger lidt over gennemsnit. Det bemærkes dog, at der foreligger observationsnotater, der understøtter at indsatsen er aktuel. For delegeret ydelser direkte fra Myndighed, vil dette kræve at Myndighed foretager en opfølgning eller alternativt, at det tydeliggøres at sygeplejen har ansvar herfor.

FOKUS PÅ POTENTIALE FOR REHABILITERING - BORGER SELV KAN VARETAGE OPGAVEN | På baggrund af sagsgennemgangen, vurderer BDO, at der mangler kritisk forhold til, om opgaven har et rehabiliterende potentiale. I hovedparten af journalerne er det på baggrund af dokumentationen vanskeligt at vurdere, om borgeren kunne indstilles til alternative muligheder fx til dosisdispenseret medicin, eller oplæres til selv at varetage opgaven. Bl.a. ses flere eksempler på borgere med få præparater, der får hjælp til medicinhåndtering. Her kunne i status foretages overvejelser om, hvorledes borger selv vil kunne være i stand til at varetage dette.

YDELSESKATALOG | BDO er oplyst, at Lolland kommune pt. arbejder med en opdatering af kvalitetsstandard / indsatskataloget for sygeplejeydelser. Det vil i den forbindelse være BDO's anbefaling, at der udarbejdes en kort oversigt på nogle få sider, der kan anvendes til at sikre en nem og ensartet anvendelse af kommunes indsatser.

Vores væsentligste anbefalinger ift. 'økonomisk styring' er opsummeret nedenfor:

JUSTERING AF ØKONOMIMODEL | Det er BDO's anbefaling, at Lolland Kommune arbejder med tydeligere forudsætninger for budgettet for sygeplejen, således den forventede sammenhæng mellem budgetbeløb, normering og aktivitet fremgår. Ligeledes kunne det omfatte specifikation af andre opgaver eller funktioner, der skal varetages indenfor den afsatte ramme og hvilket omfang af sygeplejeydelser, der samlet forventes varetaget. Dette vil dels sikre at gennemsigtighed og tydeliggøre forventninger til effektivitet, dels muligheden for at allokere ressourcer ensartet i forhold til den organisering Lolland Kommune måtte vælge.

Det vil endvidere være BDO's anbefaling, at sygeplejen også får det økonomiske ansvar for de ydelser de delegerer. Dette kan ske ved, at der etableres et kombi-budget for sundhedslovsydelser bestående af et rammebudget for drift af sygeplejen og en ramme til aktivitetsbaseret afregningsmodel til de sundhedslovsydelser, som sygeplejen delegerer til hjemmeplejen. Budgettet skal således indeholde omkostninger til alle de sundhedslovsydelser, som sygeplejen har ansvar for, og baseres på den

forventede kombination for leveringen mellem sygeplejersker og hjemmeplejen. Dette fx med afsæt i forudsat delegeringsgrad.

Det vil være BDO's forventning, at en justeret økonomimodel skaber et samlet overblik over budgettet til sygeplejeydelser - uagtet leverandør. Dette vil sikre et fælles billede af omfanget af sygepleje, fordelingen mellem leverandører og en bedre mulighed for at følge udvikling. En udvikling der forventes at stige i de kommende år.

MODEL FOR OPFØLGNING OG LØBENDE STYRING | Det er BDO's anbefaling, at der til at understøtte en justeret økonomimodel og en effektiv drift udarbejdes en ny model for opfølgning. En model der kan understøtte den økonomiske styring - ved at følge budgetforudsætninger samt den faglige styring - bl.a. med opfølgning på en række indikatorer for aktivitets- og serviceniveau. En styrket opfølgning skal baseres på meningsfuld ledelsesinformation og give mulighed for at følge udviklingen for sygepleje, effektiv drift og ressourceallokeringen. Nedenstående viser BDO's bud på, hvad en opfølgning kunne indeholde:

Styringsperspektiv	Parametre	Centralt / decentralt
Økonomi	<ul style="list-style-type: none"> Månedlig opfølgning på forbrug ift. aktivitet og afregning Lønsammensætning og øvrige variable udgifter Forbrugsprocent ÅTD ift. sidste år Gennemsnitsløn 	<ul style="list-style-type: none"> X - X X - X X - X X - X
Kapacitet	<ul style="list-style-type: none"> Årsværk / timeforbrug Vikarforbrug Stikprøver på BTP fra kørelister Fravær og "dyre timer" 	<ul style="list-style-type: none"> X - X - X - X -
Aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> Modtagerandel: <ul style="list-style-type: none"> Andel af +65-årige, som modtager ydelser Aktivitetsindikatorer <ul style="list-style-type: none"> Antal timer pr. uge/måned samlet Antal borgere, som modtager sygepleje / delegeret sundhedslovsydelse Antal timer pr. borger om ugen Fordeling af indsatser pr. borger Aktivitetsudvikling på teams Fordelingen af sundhedslovsydelser leveret af sygeplejen og hjemmeplejen 	<ul style="list-style-type: none"> - X - X - X

JUSTERING AF VISITATIONSMODEL FOR SYGEPLEJEYDELSER | Det er BDO's anbefaling, at Lolland Kommune justerer den nuværende visitationsmodel for sygeplejeydelser. En justering skal ses i sammenhæng med den anbefalede justering af økonomimodellen, der sikrer sammenhæng og hensigtsmæssige incitamentsstrukturer. Denne justering vil således være at præcisere, at der er en entydig sammenhæng mellem myndighedsrolle ved delegering og opfølgning samt økonomisk ansvar.

Derudover anbefaler BDO, at Lolland Kommune overvejer, om det kan forbedre arbejdsgangen, at alle korrespondancer mellem læger og Lolland Kommune varetages af sygeplejen. Altså både når det drejer sig om nye ydelser og opfølgning/dialog omkring igangværende ydelser/borgere.

Vores væsentligste anbefalinger ift. 'sygeplejens effektivitet og drift' er opsummeret nedenfor:

SIKRING AF ENSARTET UDGANGSPUNKT FOR DRIFT | Det er BDO's anbefaling, at der budgetmæssigt sikres ens forudsætninger omkring effektivitet for sygeplejens to udekørende teams. Vi vil derfor anbefale, at der arbejdes med at præcisere og beskrive forudsætningerne for budgettet, herunder

forventninger til effektivitet (sammenhæng mellem normering/lønkroner og aktivitet samt øvrige opgaver). Det er BDO's vurdering, at der i hvert fald historisk har været potentiale, såfremt højeste fællesnævner anvendes.

MULIGHED FOR JUSTERING AF BUDGET | I forlængelse af forslag til økonomimodel, anses det for væsentligt at budgettet er omsat til en række forudsætninger, således at teamleder og decentral leder for sygeplejen har mulighed for at vurdere, hvilke forudsætninger og forventninger der ligger til grund for budgettet, og dermed også hvilket niveau af bl.a. effektivitet og fravær, der er nødvendig for at overholde budgettet, men også at der kan foretages intern justering, såfremt der opstår ændringer undervejs. Dette understøttet af en løbende opfølgning på aktivitet og forbrug, således der er sikres dataunderstøttet ledelse.

SIKRING AF RETTE OPGAVERPRIORITYERUNG | BDO's anbefaling er, at det afdækkes, om der er den rette prioritering af omfanget af øvrige opgaver - herunder sammenhængen med vagtplanen. Fokus bør omfatte alle ikke borgerrettede opgaver. Fokus på prioriteringen vurderes at være en løbende dialog mellem ledere og medarbejdere.

3. SYGEPLEJENS ORGANISERING, SNITFLADER, LEDELSE OG KOMPETENCER

Indledningsvis analyseres den nuværende organisering af sygeplejen samt Ældre & Sundhed samlet set. Formålet hermed er at afdække, om organiseringen af sygeplejen i tilstrækkelig grad understøtter en hensigtsmæssig og effektiv drift, der er robust i relation til fremtidens udfordringer. Dette kan naturligvis ikke ske ved at se på sygeplejen isoleret, hvorfor organisering af hele Ældre & Sundhed inddrages. BDO har været særlig interesseret i at afdække de nuværende strukturer omkring rolle- og ansvarsfordelingen både intern i sygeplejen, men også i relation til de øvrige dele af Ældre & Sundhed.

Analysen af organiseringen skal endvidere ses i tæt relation til de øvrige tre spor, da både økonomisk og faglig styring fx som udgangspunkt vil være indirekte påvirket af områdets organisering jf. den overordnede analysemodel.

3.1 ORGANISERING NU OG I FREMTIDEN

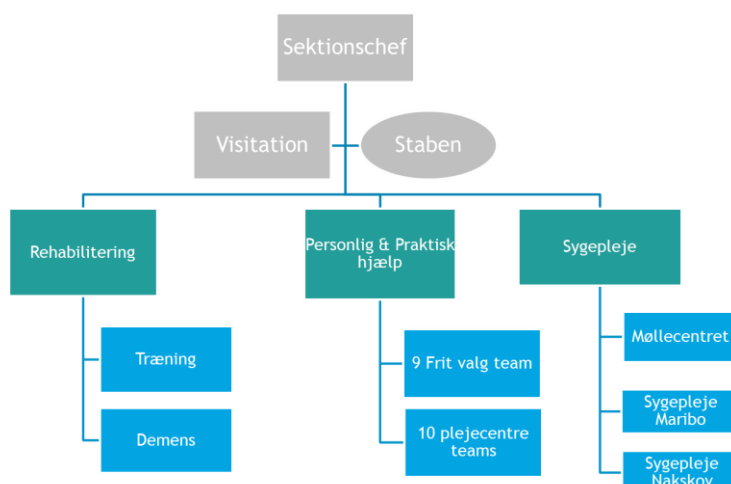
Indledningsvist præsenterer og analyserer vi den nuværende organisering ift. dens styrker og svagheder, for dernæst at sætte denne i perspektiv til fremtidens ældreområdet og de tendenser, der ventes at kendetegne området i den nære fremtid.

3.1.1 Nuværende organisering

Den nuværende organisering af Ældre & Sundhed i Lolland Kommune er opbygget med tre decentrale enheder - Personlig & Praktisk hjælp, Rehabilitering og Sygepleje.

Den decentrale enhed for Sygeplejen er organiseret i henholdsvis Team Sygepleje Maribo og Team Sygepleje Nakskov samt et team for de midlertidige boliger og akutpladser, der er beliggende på Møllecetret i Nakskov. Det betyder, at Sygeplejen har ansvaret for at levere ydelser ind i de to øvrige organisatoriske enheder, hvilket sker på baggrund af central visitation. Som supplement er der i samarbejdet mellem Sygeplejen og Plejecentrene etableret en ordning, hvor hvert center har fået dedikeret en centersygeplejersker. Denne sygeplejersker har 3 timer hver 14. dag, hvor de deltager i fx triagemøder.

Figur 1: Organisationsdiagram for Ældre & Sundhed i Lolland Kommune



I analysen fremhæver Sygeplejen selv, at de med deres organisering som en selvstændig enhed kan sikre et højt fagligt niveau blandt sygeplejerskerne. Teamlederne og planlæggerne fra Sygeplejen fremhæver, at deres monofaglighed skaber rum for de løbende faglige drøftelser, der sikrer et højt fagligt niveau blandt medarbejderne. Derudover har Sygeplejen arbejdet med specialisering, hvor nogle sygeplejersker fx har øget viden om sår, hvilket de har ansvaret for at formidle i organisationen.

Men hvordan stemmer organiseringen egentlig overens med det ældreområde, der vil præge kommunerne i de kommende år? Nedenfor giver BDO sit bud på, hvad der kendetegner fremtidens ældreområde, og hvilken rolle sygeplejen spiller heri.

3.1.2 Tendenser i fremtidens ældreområde

Krav og ændringer for ældreområdet er et emne, der har været heftigt debatteret igennem en årrække. Og det er tydeligt, at ældreområdet har og er under forandring, hvilket kommunerne bl.a. oplever ved øget krav og nye vilkår, hvorfor der er behov for at finde 'nye veje at gå' for at imødekomme dette. BDO ser overordnet fire bærende tendenser i relation til kommunernes sygeplejeopgaver, der præsenteres nedenfor.

Ændret sygehusvæsen med forskydning af opgaver | Der ses en fortsat udvikling i mere ambulante behandlinger, færre sengedage og flere behandlinger. Sundhedsvæsenet prioriterer de tungeste opgaver, og kommunerne må påtage sig flere og flere opgaver - og det er forventeligt, at en evt. kommende sundhedsreform vil placere endnu flere opgaver kommunalt. Denne forskydning af opgaver sker med en målsætning om, at færre borgere skal indlægges eller genindlægges, hvilket rummer både faglige og økonomiske gevinster. Fra et borgerperspektiv er indlæggelser indgribende samtidig med, at hospitalsindlæggelser er dyrt. Der er altså gode grunde til, at vi ser forskydningen af opgaver, men det stiller flere krav til kommunerne, der skal opruste til disse nye opgaver. Særligt sygeplejen står forrest ift. denne oprustning, idet sygeplejen er overordnet ansvarlig for borgerforløb samt det faglige ansvar for, at medarbejderne kan løse opgaverne.

Flere ældre og øget kompleksitet | Andelen af ældre i Danmark stiger, hvilket naturligt vil stille flere og flere krav til kapaciteten i ældreplejen. Sideløbende oplever ældreområdet også, at kompleksiteten i ydelser, forløb og sygdomme blandt borgerne stiger, hvilket - sammenholdt med forskydninger af opgaver - stiller øget krav til den faglighed, der er blandt medarbejderne i ældreområdet. Her står den kommunale sygeplejen igen forrest.

Rekrutteringsudfordringer | Flere opgaver, flere ældre og øget kompleksitet er særligt udfordrende, idet ældreområdet samtidig står overfor svære rekrutteringsudfordringer. På tværs af kommunerne er oplevelsen, at det er særligt sygeplejerskerne og assistenterne, der er svære at fastholde og rekruttere. Det har den konsekvens, at ældreområdet har flere og flere ufaglærte medarbejdere i en tid med stigende kompleksitet. Hertil vil Lolland Kommune yderligere være udfordret, da den geografiske placering reducerer det mulige rekrutteringsområde.

Digitalisering og velfærdsteknologi vinder indpas | Mens udfordringerne banker på døren, da er mange kommuner sideløbende ved at eksperimentere med, hvordan de digitale muligheder og velfærdsteknologier kan bidrage til området. Velfærdsteknologier har sin styrke i at kunne understøtte og forstærke ældre menneske ved at skabe tryghed og sikkerhed samt hjælpe med daglige gøremål og sikre mobilitet. Samtidig kan løsninger som eHospital være med til at understøtte ønsket om, at borgerne bliver i eget hjem. Den digitale udvikling stiller dog også i de fleste tilfælde krav til de ældres digitale kompetencer, og udviklingen vil være betinget af dette samt brugervenlige løsninger. I forlængelse heraf skal det selvfølgelig noteres, at digitaliseringen ikke erstatter behovet for sygeplejefaglige kompetencer, da borgerne ligeledes skal understøttes digitalt.

3.1.3 Fremtidig organisering

De ovenfor beskrevne tendenser medfører, at organiseringen af ældreplejen er kommet på dagsordenen ligesom tilfældet i Lolland Kommune. Der er et klart behov for at sikre, at de rette kompetencer og fagligheder er til stede på tværs af ældreområdet.

Når der i et fremadrettet perspektiv tales om 'de rette kompetencer', så vil den øgede og mere komplekse opgaveportefølje betyde et øget ansvar for sygeplejerskerne. Konkret ser vi en fremtid, hvor sygeplejerskerne har ansvaret for:

- Håndtering af sundhedsfaglige ydelser
- Sikre opfølgning på sundhedsfaglige ydelser
- Specialiseret viden fx om demens og sår i organisationen
- Varetage en lærende rolle i organisationen, så kollegaer og andre faggrupper har de fornødne kompetencer
- Sikre borgernes samlede forløb
- Sikre koordinering og overgange i sundhedsvæsnet

Fremtiden vil altså medføre, at de sygeplejefaglige kompetencer kommer endnu mere i spil og er afgørende for at løse opgaverne. Det betyder konkret, at vi ift. plejecentrene ser, at sygeplejerskerne 'rykker tættere på' i kommunerne. Her vælger kommunerne forskellige organiseringer, hvor vi hyppigst ser i) at sygeplejersker fastansættes på plejecentrene (centersygeplejersker) eller ii) at sygeplejersker tilknyttes som et fast team, så det er de samme sygeplejersker, der har deres gang på centeret og dermed opnår et øget kendskab til borgerne, deres forløb og det øvrige personale.

Hvis man vælger en organisering uden fastansatte sygeplejersker, da er tilstedeværelse og samarbejdet afgørende. Det vil sige, at sygeplejersker bør have tid til den løbende faglige sparring med kollegaer på centeret samt at kunne udfylde en mere 'pro-aktiv rolle', idet sygeplejersken netop har kompetencen til den tidligere opsporing. Sygeplejersken bør således deltage i faste møder fx triagemøder og gerne afvikle deres administrative arbejde på centeret, så det er muligt med den uformelle sparring i dagligdagen.

For at styrke sygeplejen i sammenspillet med hjemmeplejen er det BDO's erfaring, at flere og flere kommuner arbejder henimod at 'samorganisere' hjemme- og sygeplejen mhp. at opnå et styrket samlet kompetenceniveau, bedre synergier og bedre ressourcudnyttelse. Som det fremgår af nedenstående tabel har BDO undersøgt 6 kommuner, hvoraf 4 er gået i retning af en samorganisering.

Organisering af hjemme- og sygeplejen i 6 kommuner

	Kommune 1	Kommune 2	Kommune 3	Kommune 4	Kommune 5	Kommune 6
	Hjemmepleje og sygepleje					
Samorganiseret	x		X (Nyt)	X (nyt)		X
Adskilt		x			x	

Note: afdækning af 6 kommunernes organisering af hjemme- og sygeplejen 2021

At sammentænke hjemme- og sygeplejen kan ske på flere forskellige måder, hvor den blødeste form er at lægge enhederne under samme leder. Nogle kommunerne går også længere i deres organisering af hjemme- og sygepleje, idet flere og flere arbejder med tværfaglige teams - og i yderste tilfælde arbejde på, at disse teams bliver selvstyrende. Derudover er der kommuner, hvis sygepleje består af såvel sygeplejersker og SOSU-assistenter, hvorfra stort set alle sygeplejeydelser løses idet delegering så at sige sker internt.

Samlet set er der altså flere organiseringsmåder, hvormed man kan imødekomme de tendenser, der tegner sig for fremtidens ældreområde - men vigtigst af alt er, at sygeplejen rykker 'tættere på' og indtager en større rolle og ansvar. Det er BDO's vurdering, at Lolland Kommune skal overveje en samorganisering, hvis organisationsændringer gennemføres.

3.2 ORGANISATORISKE SNITFLADER

Uanset hvilken organisering der tegner sig nu og i fremtiden, er det afgørende, at det tværgående samarbejde fungerer hensigtsmæssigt, idet enhver organisering medfører snitflader, der vil have iboende styrker og svagheder.

I drøftelserne med teamledere, planlæggere og decentrale ledere er der samlet set positive tilkendegivelser af det tværgående samarbejde. Der adresseres dog bekymringer vedr. den sygeplejefaglige understøttelse på plejecentrene samt delegeringen fra Sygeplejen til Frit valg teams - dette behandles yderligere i afsnit 3.4.2 og 4.1.

Derudover er i analysen identificeret tre potentialeområder ift. det tværgående samarbejde i) intern organisering i Sygeplejen, ii) skærpet praksis vedr. akutpladser og -sygeplejersker samt iii) styrket samarbejde vedr. demens, der præsenteres nedenfor.

3.2.1 Intern organisering i Sygeplejen

På tværs af interviewene fremhæves det, at der historisk har været store kulturelle og faglige forskelle på de tre teams i sygeplejen især ift. de to geografiske områder. BDO er blevet oplyst, at denne forskel kommer til udtryk ved, at der har været en *os og dem*-kultur, der hindrer tværgående organisatoriske samarbejde. Teamledere og planlæggere har oplevet dette ved, at de respektive teams sjældent har hjulpet hinanden ifm. ferie, sygdom og lign.

BDO oplever allerede, at Lolland Kommune med ansættelse af ny leder har stort fokus på at få gjort op med historikken. Uagtet organisering af sygeplejen (nu eller i fremtiden) finder BDO det væsentligt, at der på tværs af teams arbejdes med:

- Fælles fokus på og forståelse af kerneopgaven
- Et stærkt fællesskab, hvor man hjælper hinanden ud fra et borgerperspektiv
- Mere ensartet ledelse herunder styring og drift
- Sikring af ensartet vilkår for ansatte fx mængde af weekendarbejde

Lolland Kommune dækker et stort geografisk område. Derfor kan det give mening at have geografiske opdelte teams, men det er afgørende at sikre, at man tilbyder både borgere og personale det samme uanset geografi. Aktuelt er det for sygeplejerskernes vedkommende afgørende, at ansættelses- og ledelsesmæssige forhold er sammenlignelige på tværs af kommunen.

3.2.2 Skærpet praksis vedr. akutpladser og -sygeplejersker

Nuværende organisering af sygeplejen omfatter midlertidige pladser og akutpladser. Undervejs i analysen er BDO blevet bekendt med, at strategien vedr. akutpladser samt akutsygeplejerskerne ikke er fuldt ud implementeret i praksis.

Det fremhæves, at der savnes en tydeligere definition af målgruppe og formål med akutpladserne. Dette skyldes bl.a. at der af praktiske hensyn fx kommer borgere, der ikke nødvendigvis har et udpræget behov for sygepleje. Det fremhæves samtidig, at borgere på midlertidige pladser oftest har et primært pleje og genoptræningsbehov, hvilke kunne tale for, at disse pladser ikke nødvendigvis er organisering under sygeplejen.

Det er BDO's vurdering, at akutpladserne i Lolland Kommune ikke har fundet sin endelige form - og der er behov for at genbesøge målgruppen. Med fremtidens ældreområde og opgaveforskydning for øje anser BDO det nødvendigt, at Lolland Kommune har funktionen vedr. akutpladser som en mulighed, når omfang og kompleksitet af opgaverne stiger, og borger ikke længere kan håndteres optimalt i regi af hjemmeplejeteams.

Udover akutpladserne er der i dag dagligt planlagt med én akutsygeplejerske i hver dagvagt i Team Maribo og Team Nakskov. Fakta er dog, at udfordringer med bemanding gør, at man ikke kan allokere den tilsigtede ressource i praksis. Det vil sige, at man i praksis ikke har nogen akutsygeplejersker for indeværende, men at akuttelefonen i stedet varetages af planlæggeren. Der er således nogle driftsmæssige forhold omkring akutfunktion, akutpladser og midlertidige pladser, som for nuværende er udfordret.

BDO ser en faglig begrundelse for at have akutpladser, i lyset af forventningerne til fremtidens ældreområde. Dette skal efter BDO's vurdering balanceres op imod de driftsmæssige udfordringer heri.

Akutpladser såvel som Akutsygeplejersker er et dyrt tilbud/beredskab, hvorfor indtænkning af driftsmæssige hensyn bør medtages. Det vil være BDO's anbefaling at Lolland Kommune får udarbejdet nogle opgørelser af omfanget af henvendelser vedr. behov for akutsygepleje samt behovet for akutpladser til den tiltænkte målgruppe.

I en fremadrettet re-organisering af området, ser BDO - med nuværende behov - det nødvendigt, at akutpladser og midlertidige pladser driftes sammen, både som en god økonomisk og faglig løsning, idet vi ikke ser tilstrækkelig volumen til, at akutpladser kan drives isoleret for nuværende. Det er BDO's vurdering at akutsygeplejen bør sikres ved, at alle sygeplejersker har kompetencerne til at varetage akutopgaver og akutpladserne bliver en backup, når kompleksiteten bliver for høj.

3.2.3 Specialisering og generalisering

Perspektiverne for fremtidens sygepleje kan efter BDO's vurdering fange sygeplejen mellem to retninger. En retning hvor der er behov for mere generalist sygepleje, dette som følge af forventning om et øget omfang af sygeplejeydelser og øget kompleksitet samt et stadigt behov for at understøtte det øvrige plejepersonale. Den anden retning er behovet for øget specialisering, idet flere og nye mere specialiserede opgaver forventes at skulle varetages i kommunalt regi.

I forhold til en fremtidig organisering vil det derfor være afgørende at beslutte, hvilken vægtning disse modstridende retninger skal have. Det er BDO's vurdering, at det i økonomisk perspektiv vil være afgørende, at Lolland Kommune forholder sig til volumen af de opgaver, der kræver specialisering, og i hvilken grad en specialisering står mål hermed. Et generelt højt kompetenceniveau hos alle sygeplejersker kan muligvis være løsningen.

Det er BDO's anbefaling, at der etableres en samorganisering af sygeplejen og hjemmeplejen for at højne det samlede kompetenceniveau, og at der derudover ansættes et fast team af sygeplejersker til dækning af plejecentre. Det bemærkes i denne sammenhæng, at geografi og fysiske rammer ikke taler for en centersygeplejersker på hvert plejecentre, idet størrelserne på Lolland Kommunes plejecentre ikke anses for udgøre tilstrækkelige bæredygtige enheder herfor. Der vil være flere veje at gå, for at sikre mere fast tilknytning af sygeplejersker. En udvidelse af sygeplejerskeressourcer, vil være en vej at gå. Som supplement hertil anbefales, at der etableres et monofagligt erfa-netværk på tværs af sygeplejersker, hvor der i relevant omfang kan dyrkes den specialiseringsgrad, som anses for relevant. Det vil være BDO's bud, at Demens, Sår og Kontinens, vil være en del af sådanne specialer.

I relation til en re-organisering vil det være afgørende, at Lolland Kommune fastlægger, hvilken rolle sygeplejerskerne skal have. Her finder BDO det relevant at tydeliggøre deres rolle ifht. fx sikring af sparring og kompetenceudvikling af plejepersonale, koordinering af borgernes forløb, dokumentation og hvilke borgere, de har det sygeplejefaglige ansvar for.

Ovenstående understøttes af, at der på interviews bl.a. er rejst bekymring for, at flere og flere opgaver går til hjælperne, hvilket kalder på høj grad af professionalisme i overdragelsesøjemed. Det er generelt en oplevelse, at delegering er udfordret af, at der som konsekvens af stigende kompleksitet sker en forskydning af opgaver fra sygeplejen til medarbejderne på plejecentrene og hjemmeplejen. Dette kunne tale for at sygeplejen får en tydeligere rolle i at understøtte plejepersonalet; en rolle som en højere grad af samorganisering vil kunne understøtte.

3.3 LEDELSE

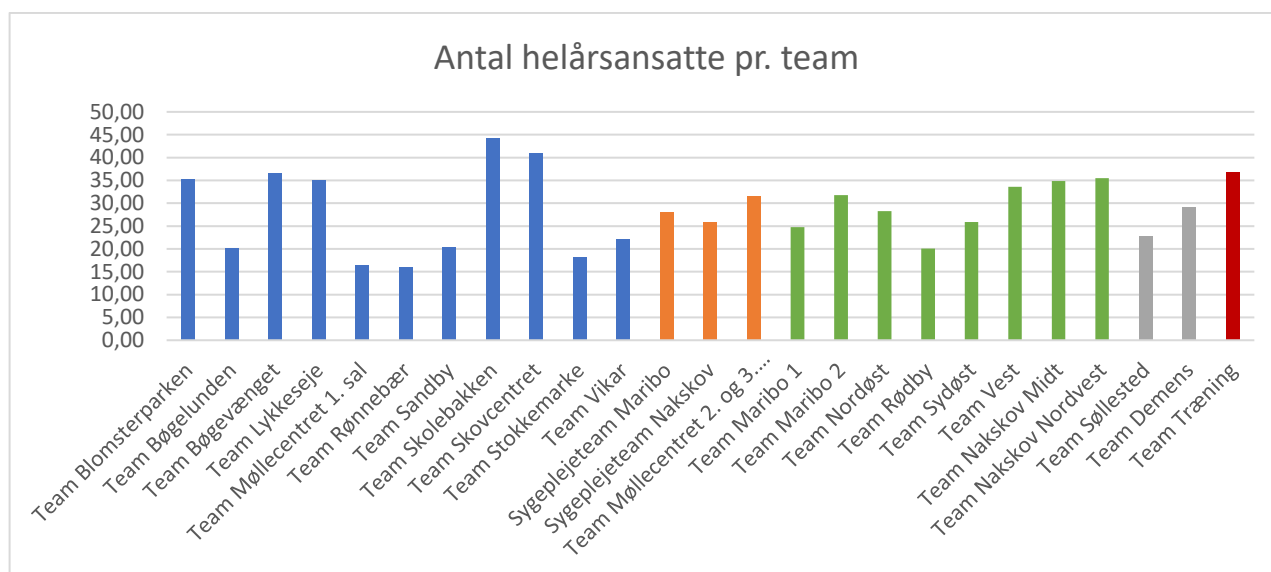
For at sikre et tættere samarbejde og koordinering på tværs af organisationen, forudsætter dette - uagtet hvilken organisering Lolland Kommune beslutter sig for - ledelseskraft. BDO har set på Lolland Kommunes ledelsesspænd sammenlignet med andre kommuner.

Nedenstående opgørelser viser, at Lolland Kommune placerer sig lige over gennemsnittet ift. ledelsesspænd på plejecentre. Dog hører det med til forklaringen, at der er stor varians i ledelsesspændet på tværs af kommunerne, hvorfor niveauet for Lolland Kommune umiddelbart ligger på

et fornuftigt niveau set i relation til andre kommuners niveau. Ift. hjemmeplejen og Sygeplejen da ligger Lolland Kommune lidt under gennemsnittet, men uden at kommunen ligger på det laveste niveau.

Lederspænd	Lolland Kommune	Kommune 1	Kommune 2	Kommune 3	Kommune 4	Kommune 5	Kommune 6	Gennemsnit
Plejecentre	28,2 (18,2 - 46,6)	36,7 (20,8-65,4)	35,7 (18,8-52,7)	20,3 (9,2-38,2)	21,1 (10,2-29,5)	22,7 (12,0-43,0)	24,9 (12,4-43,3)	27,1
Hjemmeplejen (sygepl)	29,8 (22 - 53,6)	38 (25,2-49,6)	33,8 (24,4-47,6)	27,2 (8,1-66,4)	39,7 (28,4-50,5)	30,9 (18,3-53,0)	27,7 (9,2-63,6)	32,4

Der forekommer dog intern variation ift. ledelsesspænd, når vi anskuer fordelingen af medarbejdere pr. team indenfor Ældre & Sundhed i Lolland Kommune. Med til forklaringen hører dog, at der kan være store geografiske forskelle på tværs af kommunen, og at der internt allerede har været igangværende processer, hvor man har reduceret de teams, der havde et for stort ledelsesmæssigt spænd.



Note: baseret på et dataudtræk fra Lolland Kommunes lønsystem pr. januar 2022. Team Nakskov Øst indgår ikke, da teamet er relativt nyoprettet.

Ovenstående er dog en sammenligning på teamlederniveau. Ser man på Lolland Kommunes ledelsesspænd på decentralt ledelsesniveau er billedet dog et andet. Nedenstående model viser antallet af fuldtidsansatte samt teamledere pr. enhed, og her kan således aflæses, at ledelsesspændet for de decentrale ledere varierer fra 2-19 teamledere. BDO vurderer, at det er her, der ligger en udfordring.

Lederspænd	Sygeplejen	Pleje og praksis hjælp	Rehabilitering
Fuldtidsansatte	91,3	611	70
(teamledere)	(3)	(19)	(2)

Baseret på en overordnet dataanalyse samt de gennemførte interviews er det således BDO's vurdering, at man i Lolland Kommune på teamlederniveau har et ledelsesspænd svarende til det, vi ser i andre kommuner. Variationen i ledelsesspændet for niveauet over, anser BDO for værende problematisk. Det er derfor BDO's vurdering, at Lolland Kommune i et fremadrettet perspektiv - uagtet organisering - skal fokusere på, at der er tilstrækkelig og mere ensartet ledelseskraft på tværs af organisationen. Dette vil efter BDO's vurdering medvirke til, at der ledelsesmæssigt kan fokuseres på tværfaglige samarbejder.

3.4 PERSONALETS KOMPETENCER

Set i det fremadskuende perspektiv har vi beskrevet, hvordan den stigende kompleksitet stiller øget krav til de kompetencer, der skal varetage opgaverne indenfor ældreområdet. Her står sygeplejerskerne som beskrevet forrest ift. at sikre et tilstrækkeligt fagligt niveau. Derfor vil vi i dette afsnit analysere kompetencerne indenfor Ældre & Sundhed i Lolland Kommune samt perspektivere til fremtidens behov.

3.4.1 Områdets samlede kompetenceniveau

De kompetencer, som Ældre & Sundhed samlet set har til rådighed, udgøres af medarbejdere med forskellige stillingsbeskrivelser og kompetenceniveauer. For at give Lolland Kommune et indblik i, hvordan områdets personalesammensætning og kompetencer er, så sammenlignes nedenfor med seks øvrige kommuner. BDO har med afsæt i opgørelser af kommunernes personalesammensætning og de forskellige uddannelsers kompetenceniveau/uddannelseslængde beregnet et kompetenceindex. Tabellen nedenfor viser en sammenligning af det beregnede kompetenceindex fordelt på hjemmepleje og sygepleje samt plejecentre og opgjort samlet for ældreområdet. Hjemmeplejen og sygeplejen er for Lolland Kommunes vedkommende lagt sammen, idet dette er tilfældet for de øvrige kommuner, og dermed giver det bedste billede, når der sammenlignes på tværs.

Beregnet - kompetenceindex	Lolland 2022	Kommune 1	Kommune 2	Kommune 3	Kommune 4	Kommune 5	Kommune 6	Gennemsnit
Hjemmeplejen/sygeplejen	3,4 (3,4)	3,6 (3,0)	3,6 (3,5)	3,4 (3,1)	3,5 (3,2)	3,3 (3,2)	3,6 (3,2)	3,5 (3,2)
Plejecentre	3,0 (2,4)	3,5 (3,5)	3,4 (3,0)	3,3 (3,2)	3,3 (3,2)	3,4 (3,0)	3,4 (3,4)	3,4 (3,2)
Hele seniorområdet	3,3 (2,9)	3,5 (3,3)	3,5 (3,2)	3,3 (3,1)	3,4 (3,2)	3,3 (3,1)	3,5 (3,3)	3,4 (3,2)

Note: Opgørelsen er baseret på data fra KRL og viser kompetenceindexet opgjort som det gennemsnitlige kompetenceniveau, hvor en sygeplejersker har kompetenceniveau 5, social- og sundhedsassistent 4, social- og sundhedshjælper 3, husassistenter 2, uddannet personale 1. Resterende stillinger er rangeret efter uddannelseslængden. Hjemmeplejen er baseret på personaleopgørelse for 5.26 og 5.28, mens Plejecentre er baseret på personaleopgørelse for 5.27. I parenteser vises kompetenceniveauet med inddragelse af elever.

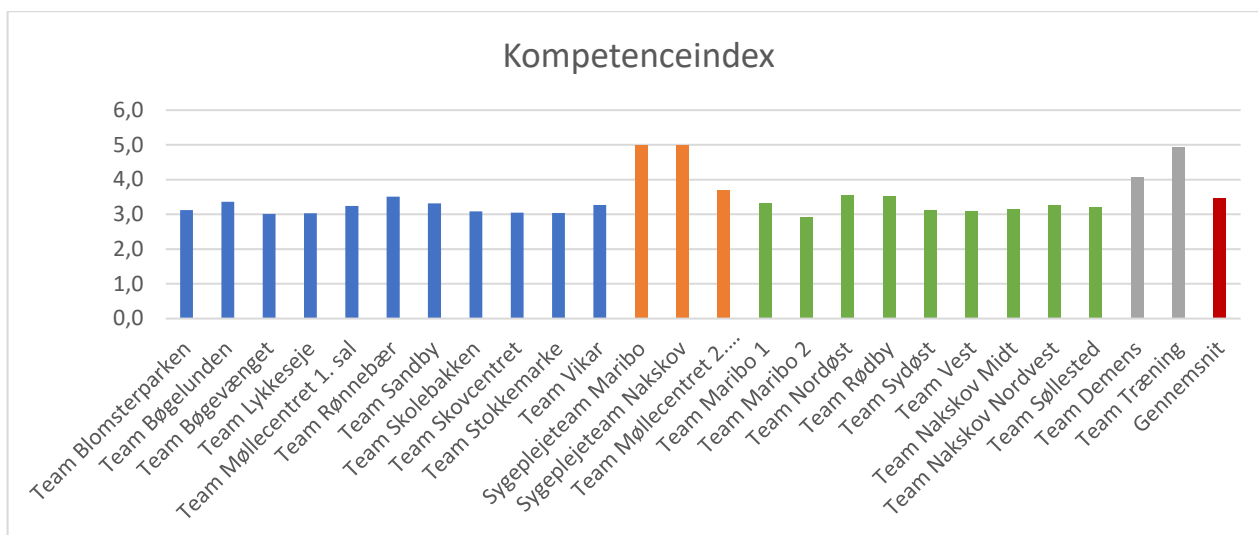
Ovenstående opgørelse viser, at Lolland Kommune særligt på plejecentre har et kompetenceniveau lavere end sammenligningskommunerne. En del kan tilskrives, at sygeplejerskerne ikke er ansat på plejecentre, men det giver grund til at overveje en styrket og øget tilknytning af sygeplejersker til plejecentre.

Målt på det samlede kompetenceniveau for ældreområdet ligger Lolland kommune lidt under gennemsnit for sammenligningskommunerne - ligeledes indikerer tallene, at Lolland Kommune har flere elever end de øvrige kommuner. Isoleret set er dette altså positivt, men giver samlet et lavere kompetenceniveau.

Opmærksomheden skærpes yderligere ved den ujævne fordeling, der fremkommer, når der ses på den interne fordeling af kompetencerne.

3.4.2 Ujævn fordeling af kompetencer

Hvis vi ser nærmere på kompetenceindex internt i Ældre & Sundhed i Lolland Kommune, fremgår det af nedenstående grafik, at Frit valg teams og Plejecentrene kompetencemæssigt er meget ens. Det er altså Sygeplejen, der ikke overraskende i form af sin monofaglighed, har det højeste kompetenceniveau - og trækker den samlede organisation op ift. kompetenceniveauet. Samlet udgør sygeplejersker ca. 8% af Ældre & Sundheds personale (ekskl. elever), tilsvarende udgør ikke-uddannede ca. 10%.



Note: baseret på et dataudtræk fra Lolland Kommunes lønsystem pr. januar 2022. Opgørelse af kompetenceniveau kan læses i note fra tidl. tabel. Team Nakskov Øst indgår ikke, da teamet er relativt nyoprettet.

Det bliver i den henseende nærliggende at være nysgerrig på, om Sygeplejen så reelt formår at løfte kompetenceniveauet på tværs af organisationen. Selvom BDO hører positive tilkendegivelser ift. sygeplejens opgaveløsning, så bliver det også tydeligt, at især plejecentrene efterlyser flere sygeplejefaglige kompetencer i dagligdagen. BDO er oplyst, at der i dag er afsat 3 timer hver 2. uge til "centersygeplejerske". Det BDO vurderer, at der er behov for, handler om, at kunne sikre den løbende sparring, opfølgning på ydelser, koordinering mm. Alt sammen opgaver, der er vigtige, at sygeplejerskerne varetager nu samt varetager i et fremadrettet perspektiv.

BDO finder det endvidere relevant at inddrage personaleomsætningen på ældreområdet i relation til drøftelse af kompetencer. Ældreområdet har mange korte ansættelser og særligt de stillingskategorier med ingen eller laveste uddannelse har høj omsætning. Opgørelse fra Lolland Kommune viser, at personaleomsætningen for hele området var på 22,7% (jf. krl). Det er BDO's erfaring fra andre kommuner, at en personaleomsætning på 20% er normalt for området. En høj medarbejderomsætning betyder således, at der sker videnstab ved fratrædelser og der benyttes mange ressourcer på oplæring, hvorfor medarbejderomsætningen bør være et strategisk og ledelsesmæssigt fokuspunkt for Lolland Kommune. Dette skal ses i sammenhæng med anbefalingen om øget ledelseskraft.

En høj personaleomsætning stiller store krav til oplæring såvel som delegering af sygeplejeydelser, der i mange tilfælde kræver erfaring eller oplæring. Det er derfor BDO's vurdering, at der udpræget behov for at sikre det faglige niveau på både plejecentre og i hjemmeplejen. Dette taler efter BDO's vurdering yderligere for at styrke kompetencer på tværs af organisationen.

For at nuancere billede af kompetencer og personalesammensætning yderligere har BDO opstillet en grafik for gennemsnitsalder og anciennitet hos Lolland Kommune for hvert team, idet dette kan give et yderligere perspektiv på personalets kompetencer, der henvises til bilag for oversigt over gennemsnitlige alder og anciennitet på team niveau.

3.5 OPSAMLING

Organisationsanalysen viser, at Sygeplejen på nuværende tidspunkt agerer som en stærk monofaglig enhed, der understøtter de øvrige enheder i varetagelsen af sygeplejefaglige ydelser. Samarbejdet bærer overvejende præg af et velfungerende tværgående samarbejde mellem Sygeplejen og de øvrige enheder, men der efterspørges mere sygeplejefaglig understøttelse især på plejecentrene, hvilket også understøttes af den samlede kompetenceanalyse.

Det er BDO's opfattelse, at der i fremtiden stilles nye og flere krav til sygepleje - dette både i relation til omfang, faglighed, kompleksitet og ændrede arbejdsmetoder. Dette bør indgå i Lolland kommunes overvejelser om en reorganisering af sygeplejen. BDO ser et behov for at styrke sygeplejens rolle og sikre kompetenceniveauet på tværs. BDO ser en samorganisering af sygeplejen og hjemmeplejen samt

tilknytning af et fast team af sygeplejersker til dækning af plejecentre, som en del af løsningen på de udfordringer, man har i Lolland Kommune - både nu og på sigt. Dette suppleret med etablering af et monofagligt erfa-netværk på tværs af sygeplejersker, hvor der i relevant omfang kan dyrkes den specialiseringsgrad, som anses for relevant.

BDO ser yderligere et behov for at øge ledelseskraften på området, således at det tværfaglige samarbejde i højere grad kan understøttes ledelsesmæssigt, ligesom øget ledelseskraft vil kunne understøtte harmonisering af serviceniveau og vilkår for medarbejdere på tværs af geografi i kommunen.

I analysen fremstår Lolland Kommune kompetencemæssigt på et lidt lavere niveau end sammenligningskommunerne. På teamniveau har Ældre & Sundhed et ujævnt kompetenceniveau, idet der ikke er ansat sygeplejersker på plejecentrene eller i Frit valg teams. Med et fremtidigt ældreområde der byder på flere opgaver, øget kompleksitet og dermed større behov for de sygeplejefaglige kompetencer, vil det være nærliggende at se ind i en re-organisering, der sikrer, at det tværgående kompetenceniveau kan hæves.

3.6 ANBEFALINGER VEDR. SYGEPLEJENS ORGANISERING, SNITFLADER, LEDELSE OG KOMPETENCER

Vores væsentligste anbefalinger er opsummeret nedenfor:

SAMORGANISERING AF SYGEPLEJEN OG FRIT VALG TEAM | For at være rustet til fremtidens krav samt opnå et styrket kompetenceniveau, bedre synergier og bedre ressourceudnyttelse anbefaler BDO, at Lolland Kommune samorganiserer Sygeplejen og Frit valg team. Ved en samorganisering skabes yderligere mulighed for og bedre grobund for samarbejdet vedr. delegering af ydelser, der i den nuværende organisering opleves udfordrende. Ligesom mulighederne for den løbende sidemandsoplæring af de øvrige personalegrupper i Frit valg team øges. Det er endvidere BDO's vurdering, at en samorganisering vil understøtte tankerne om helhedsorienteret pleje og gøre den løbende koordinering omkring borgerne mere smidig. Dette samtidig med at sygeplejerskerne stadig kan varetage den centrale opfølgingsopgave.

FLERE SYGEPLEJERESSOURCER TIL PLEJECENTRE | Det er BDO's anbefaling, at Lolland Kommune tilknytter et fast team af sygeplejersker til dækning af plejecentre. Der kan være flere veje at gå, hvor udvidelse af sygeplejerskeressourcer hertil bør være en overvejelse. Dette suppleret med etablering af et monofagligt erfa-netværk på tværs af sygeplejersker, hvor der i relevant omfang kan dyrkes den specialiseringsgrad, som anses for relevant. Det er BDO anbefaling, at sygeplejen rykker "tættere på" plejecentrene, så der sikres mere tid samt kontinuitet til gavn for både borgere og de øvrige faggrupper. Det er desuden BDO's vurdering, at dette vil understøtte tankerne om helhedsorienteret pleje og gøre den løbende koordinering omkring borgerne mere smidig. Dette samtidig med at sygeplejerskerne stadig kan varetage den centrale opfølgingsopgave.

STYRKE SYGEPLEJENS ROLLE I ET FREMTIDSPERSPEKTIV | For at fremtidssikre Ældre & Sundhed anbefaler BDO, at sygeplejerskerne varetager en øget rolle ift. sundhedsfaglige opgaver, sparring, udvikling og borgerkoordinering.

GENOVERVEJ STRATEGIEN FOR AKUTPLADSER OG -SYGEPLEJERSKER | Det er BDOs anbefaling, at Lolland Kommune i en fremadrettet re-organisering af området fastholder akutpladser. Det er BDO's anbefaling, at det vil være nødvendigt, at akutpladser og midlertidige pladser driftes sammen både som en god økonomisk og faglig løsning, idet vi ikke ser tilstrækkelig volumen til, at akutpladser kan drives isoleret for nuværende. Det er BDO's anbefaling at akutsygeplejen bør sikres ved, at alle sygeplejersker har kompetencerne til at varetage akutopgaver og akutpladserne bliver en backup, hvor kompleksiteten bliver for høj.

ØGET OG STYRKET LEDELSESKRAFT | BDO anbefaler, at ledelsesspændet udjævnes på tværs af decentrale ledere, så der både sikres den nødvendige ledelsesmæssige understøttelse af den interne opgave på teamlederniveau, samt samarbejdet ud i den øvrige organisation. Derudover ses et behov for at styrke ledelseskraften, så retningslinjer og rammer i højere grad følges i det daglige arbejde. BDO anbefaler, at der med en styrket ledelseskraft sikres fokus på kerneopgaven og en ensartethed for borgere og medarbejdere på tværs af hele Ældre og Sundhed.

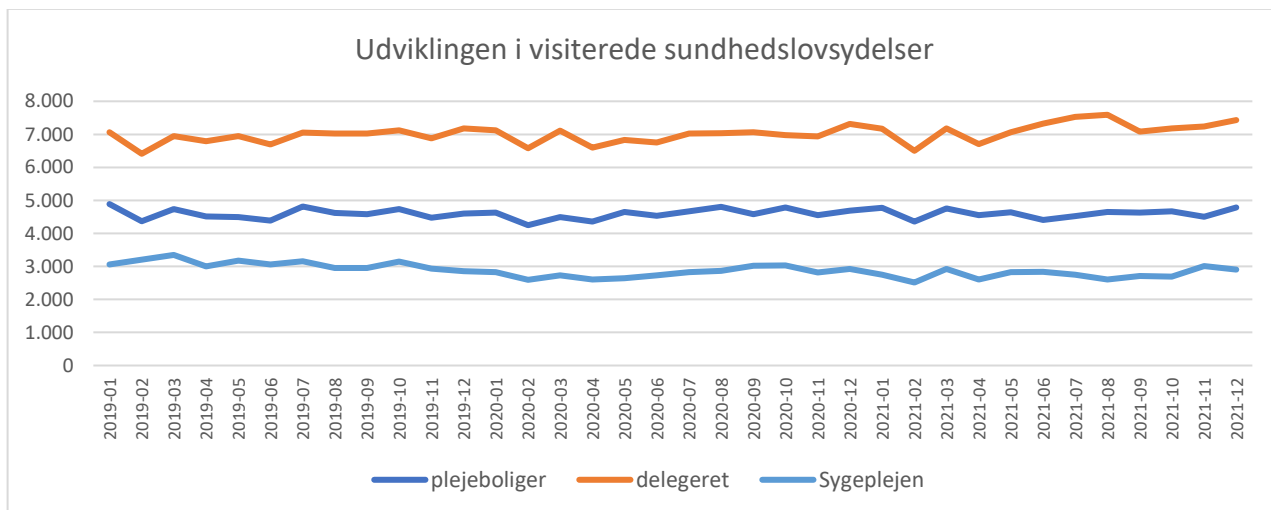
4. FAGLIG STYRING OG AKTIVITET

I dette afsnit dykkes ned i den aktivitet der definerer sygeplejen i omfang, serviceniveau og serviceadgang. Dette med afsæt i Lolland Kommunes egne data for sygeplejeydelser. Ønsket er at vurdere udvikling, omfang og niveau, både for Lolland Kommune sammenlignet med andre kommuner og mellem de to geografiske områder i Lolland Kommune. Spørgsmålet, der skal besvares, er, om niveauet for sygeplejeydelser er højere eller lavere end i end andre kommuner, og om der er forskelle de to områder imellem.

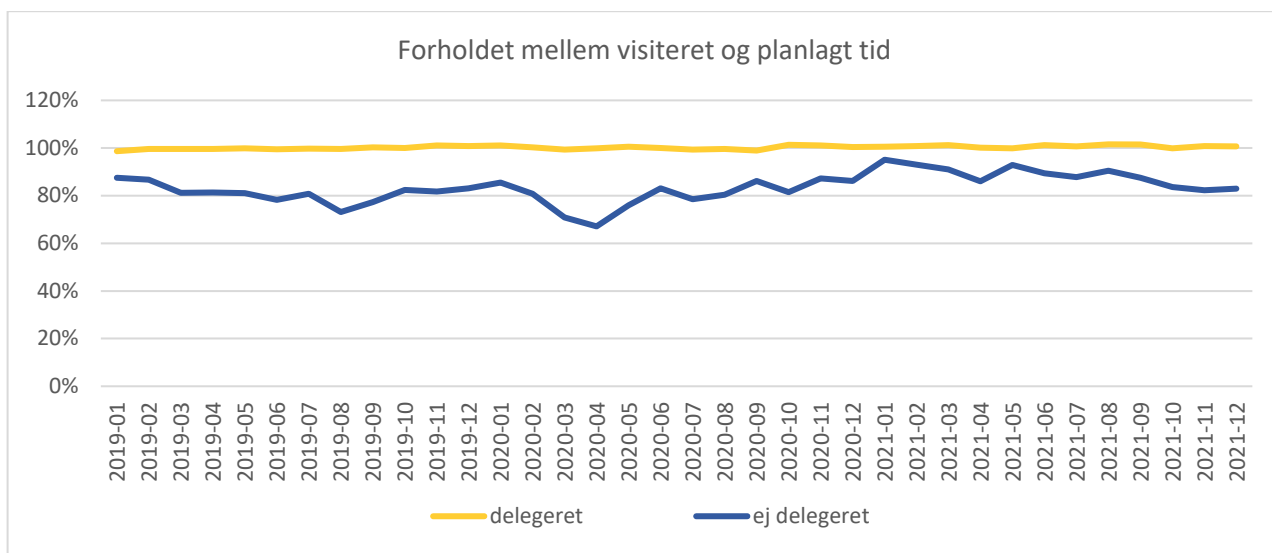
Endvidere har BDO foretaget en konkret vurdering af den faglige praksis i sygeplejen med afsæt i en journalaudit på 30 sager, hvor borgere er visiteret til sygeplejeydelser. Dette med henblik på at vurdere det faktiske serviceniveau, dokumentationspraksis og ydelsesudmåling m.m. Formålet er således at vurdere ensartetheden i den faglige styring mellem de to teams, endvidere at afdække om der i relation til den faglige styring og omfanget af sygeplejeydelser er potentialer for tilpasninger.

4.1 UDVIKLING I SYGEPLEJEYDELSE

I grafen nedenfor ses udviklingen i sygeplejeydelser i perioden januar 2019 til december 2021. Grafen viser umiddelbart en forholdsvis stabilitet i omfang af ydelser - dog med en tendens til en stigning for delegerede sygeplejeydelser i 2021. BDO konkluderer herpå, at Lolland Kommune over de seneste 3 år kun har oplevet en lille vækst i omfanget af sygeplejeydelser. Eventuelle styringsmæssige udfordringer på området bør således ikke være forårsaget af ændret omfang af ydelser. Forstået på den måde at der ikke vurderes at være sket forskydninger, der burde påvirke styringen eller økonomien i væsentlig grad. Stigningen i delegeret sygepleje vil dog medførte øget udgifter til afregning af hjemmepleje teams. Det bemærkes, at der alene er set på omfang jf. omsorgssystem, hvorfor eventuelle ændring i kompleksitet ikke fremgår.



Grafen nedenfor viser forholdet med de visiterede og de planlagte timer. Heraf fremgår, at der stort set planlægges med 100% af de visiterede timer, når det gælder delegerede sygeplejeydelser, mens det tilsvarende er omkring 80 % for ej delegerede sygeplejeydelser. Der bør således være en opmærksomhed på, at omfanget af Sygeplejens ydelser skal forstås i relation til, om det er planlagte eller visiterede ydelser, der ses på. Der noteres en mindre forskel mellem Nakskov og Maribo, idet planlagte timer i forhold til visiterede er lidt højere hos Team Maribo.



Samlet er billede af omfanget af sygeplejeydelser, at der har været en forholdsvis stor stabilitet fra 2019 til 2021. Ved opgørelse af team sygeplejers ydelser, bør der være en opmærksomhed på, om det er de visiterede eller planlagte timer, der opgøres idet der er en betydelig forskel heri. Ligeledes er der en forskel på andel planlagte ift visiterede mellem team Nakskov og Maribo, hvor gennemsnittet i 2021 var hhv. 75% og 87%.

4.2 SERVICEADGANG, SERVICENIVEAU, OG DELEGERINGSGRAD

For at se på omfanget af sygeplejeydelser i et mere sammenlignende perspektiv er der i tabellen nedenfor foretaget en sammenligning af serviceadgang, serviceniveau og delegeringsgrad med en række andre kommuner. På baggrund heraf vurderes serviceadgang - altså omfanget af borgere, der modtager sygepleje - der ligger en smule over gennemsnittet. Antallet af modtagere målt i uge 8-10 i 2021 svarer til 11,25% af alle borgere i aldersgruppen +65 årige. Gennemsnittet for 6 jyske kommuner i samme periode er 11,0%, og fra tidligere målinger har gennemsnittet ligget på 10,3%. Her kan således ligge et mindre økonomisk potentiale i at reducere den samlede serviceadgang. Omvendt vurderes det, at befolkningssammensætningen i Lolland Kommune, kunne medføre et større behov for sygeplejeydelser.

Når man sammenligner serviceniveauet - altså den gennemsnitlige ydelsestid, som en modtager får - er denne 1,53 timer pr. uge. Blandt de 6 jyske kommuner er dette 1,56 timer pr. uge, mens tidligere opgørelser viser et gennemsnit på 1,44 timer pr. uge. Det vurderes således, at serviceniveauet er på niveau med andre kommuner. En vurdering der ligeledes understøttes af sagsgennemgangen, hvor der er set på udmålingen og indsatskatalog.

I forhold til delegeringsgraden - altså den andel af sygeplejeydelser, der varetages af SOSU-personale - har Lolland kommune en delegeringsgrad på 70,6%, hvilket er højere end sammenligningskommunerne. Som udgangspunkt er høj delegeringsgrad den mest omkostningseffektive løsning. Dog skal det sikres, at faglighed og kompetencer understøtter varetagelsen af delegerede ydelser.

Sammenligning af serviceadgang, serviceniveau og delegeringsgrad med andre kommuner

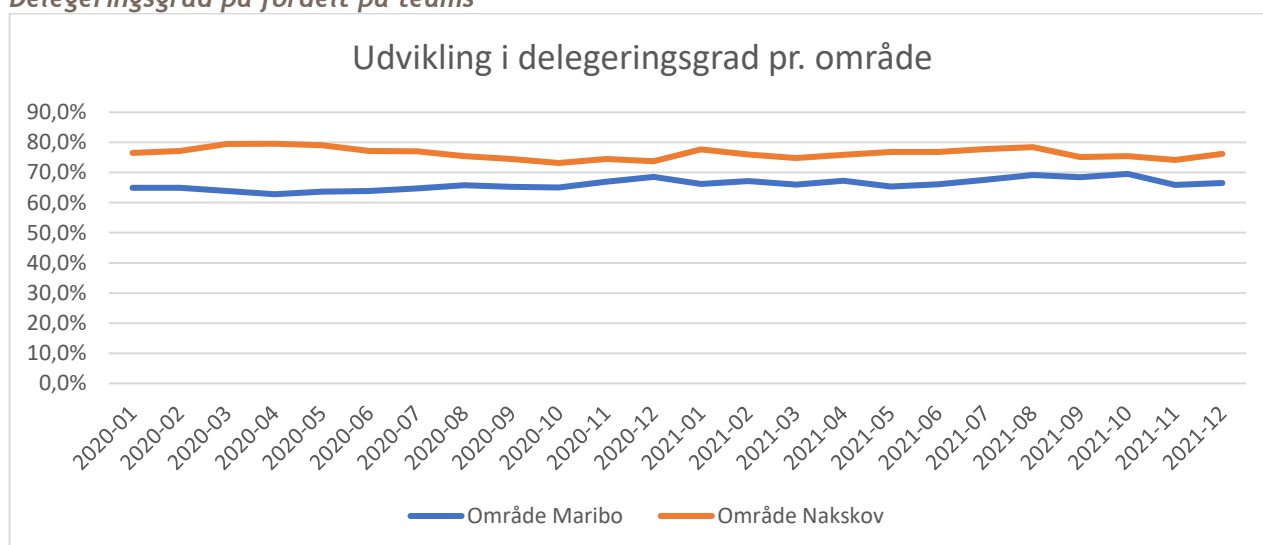
	SERVICEADGANG Borgere med sygeplejeydelse ift. antal 65+-årige	BEREGNET SERVICENIVEAU gns. timer pr. uge pr. modtager af sygepleje	DELEGERINGSGRAD (andel sygeplejeydelser i % som varetages af hjemmeplejen/SOSU)
Lolland Kommune (uge 8-10)	11,25 %	1,53	70,6 %
JK1	12,0 %	1,43	69,5 %
JK2	14,2 %	1,18	64,2 %
JK3	9,9 %	2,15	58,5 %

JK4	12,0 %	1,10	56,1 %
JK5	10,5 %	1,65	62,4 %
JK6	8,2 %	2,05	70,1 %
JK7	10,5 %	1,39	67,9 %
Gennemsnit for gruppe af større jyske kommuner (uge 8-10- 2021)	11,0 %	1,56	64,1 %
K11	14,9 %	1,51	64,4 %
K10	13,1 %	1,68	74,0 %
K9	9,1 %	1,34	46,6 %
K1	12,2 %	1,20	62,5 %
K5	11,0 %	1,20	-
K7	10,8 %	1,20	59,0 %
K3	9,8 %	1,50	65,2 %
K6	8,9 %	1,30	57,5 %
K8	8,4 %	1,20	64,6 %
K2	6,9 %	1,10	44,6 %
K4	5,1 %	1,80	68,0 %
Gennemsnit for BDO's erfaringsgruppe 2019-2020	10,3 %	1,44	61,7 %

Note: data fra kommunernes omsorgssystem, oplyst af kommunerne. Beregningerne er baseret på samme metode, hvor øverste gns. dække samme periode, mens nederste del dækker oplysninger fra perioden 2019-2020.

På tværs af de gennemførte interviews blev delegering et tema, der fyldte meget. Oplevelsen var, at der som konsekvens af stigende kompleksitet sker en forskydning af opgaver fra sygeplejen til medarbejderne på plejecentrene og hjemmeplejen. Endvidere var der en oplevelse af, at delegering håndteres forskelligt på tværs af de to områder - Nakskov og Maribo. Her nævnes, at Teamleder i Øst kæmper med at delegere opgaver. Udfordringen ligger bl.a. i, hvorvidt dokumentation - beskrivelser, handlingsanvisninger og oplæring er manglende eller ikke tilstrækkeligt retvisende. Med afsæt i Lolland Kommunes data fra omsorgssystemet, har BDO undersøgt denne forskel. Nedenstående graf viser, at delegeringsgraden generelt er højere i område Nakskov - forskellen er ca. 10% point. Data understøtter således den beskrevne oplevelse. Sygeplejeydelser, der kan delegeres, er defineret som hhv. niveau 2 og niveau 3 ydelser, hvor niveau 3 delegeres direkte fra Myndighed. Ses alene på denne type sygeplejeydelser, er forskellen mellem de to teams begrænset.

Delegeringsgrad på fordelt på teams



På baggrund af ovenstående er det derfor BDO's vurdering, at der ligger et potentiale i at få genbesøgt hvilke arbejdsgange og krav, der er i relation til delegering af særligt niveau 2 sygeplejeydelser. Dette er med henblik på, at der skabes ensartet praksis. Det bemærkes dog, at der i gennemgangen af de udvalgte

sager ikke ses en forskel omkring delegering. Som beskrevet er forskellen omkring niveau 3 sygeplejeydelser også begrænset.

Endvidere er det BDO's vurdering, at der bør være en opmærksomhed på, om medarbejderne kan få den tilstrækkelige sparring ift. oplæring, dokumentationsopgaven m.m., så niveauet fremadrettet kan højnes. Der rejses yderligere en drøftelse af, hvilke og hvor ofte sygeplejeopgaver kan delegeres til assistenter og/eller hjælpere. Herunder om placering af det sygeplejefaglige ansvar ved delegerede ydelser er stærk nok. Yderligere at den rette tid er afsat til komplekse opgaver.

4.3 SAGSGENNEMGANG

Som et led i den samlede analyse af sygeplejen, har BDO gennemført sags gennemgang på 30 sager på Sundhedslovsområdet. BDO har udvalgt 30 journaler som er repræsentative for den variation, som området afspejler. De 30 journaler, der er blevet udtaget, er fordelt på:

- 1 journal hvor sundhedsydelsen leveres af sygeplejerske.
- 7 journaler, hvor det både er sygeplejerske, og social- og sundhedsassistent og/eller social- og sundhedshjælper leverer Sundhedslovsindsatsen
- 22 journaler, hvor social- og sundhedsassistent og/eller social- og sundhedshjælper leverer Sundhedslovsindsatsen, hvor sygeplejersken har det sundhedsfaglige ansvar

Journalerne er systematisk gennemgået ud fra følgende definerede undersøgelsespunkter:

- Hvorvidt der er en optimal visitation, tildelt indsatser (er der en optimal udredning)
- Er der udarbejdet tilstande, indsatsmål og handleanvisninger på de oprettede indsatser
- Er der slut og -/ opfølgingsdato
- Kunne der have været alternative leverings muligheder i forhold til de oprettede indsatser, herunder om borgeren kunne overgå til dosisdispenseret medicin
- Er der et ensartet serviceniveau
- Leveres indsatsen af de rette faglige kompetencer
- Er det afsatte tidsforbrug i forhold til levering af indsatsen i overensstemmelse med kommunens retningslinjer på område

I det følgende beskrives de observationer, som BDO udleder af sags gennemgangen på en række temaer.

Journalisering: Det konstateres, at der i alle journaler enten foreligger et udskrivningsnotat, henvisningsårsag og/eller er udarbejdet en sygeplejefaglig udredning, men også at dette ofte er *af ældre dato*. Der er ligeledes ofte mangelfulde helbredsoplysninger og udfyldelse af de generelle oplysninger, hvorfor visitationen beror på et begrænset kendskab og baggrund om borgerens helhedssituation.

Der ses generelt et sammenhæng mellem helbredstilstande, indsatsmål, handleanvisninger og de bevilgede sundhedslovsindsatser således, at journalen kan anvendes som et brugbart redskab i hverdagen. Dog vurderes, at den ofte mangelfulde opdatering af journal giver en vis usikkerhed på om borgeren får den optimale indsats. Der arbejdes i overvejende grad med indsatsmål og handleanvisninger, som er ensartet og fyldestgørende og aktuelle som er retningsgivende for hvilken *indsats*, der vælges til borgeren og hvilke resultater, *indsatsen* skal føre til.

Når der mangler udfyldelse af indsatsmål og handleanvisninger er det primært i forhold til de delegerede niveau 3 ydelser. Der arbejdes ikke med slutdatoer på indsatserne, der er således ikke et billede af, hvorvidt det drejer sig om en tidsafgrænset eller permanent indsats.

Delegering: Der ses en ensartet delegering af opgaver i forhold til kompleksitet og kompetencer på tværs af alle journaler. Der foretages en korrekt videredelegering, idet det fremgår i journalen, om der er tale om en Sundhedslovsindsats, som er videredelegeret og til hvilken faggruppe. Det konstateres, at der udelukkende delegeres ud fra Lollands kommunes retningslinjer på området. Det konstateres, at hjemmeplejen leverer sundhedslovsindsatser til borgere med stabile forløb, og at sundhedslovsydelser leveres af hjemmesygeplejen til borgere med større kompleksitet.

Slutdato og opfølgingsdato: Det konstateres, at der ikke arbejdes med slutdatoer på indsatserne. Ingen indsatser, indsatsmål og handleanvisninger har en fremskudt slutdato. Det konstateres ligeledes, at der ikke systematisk arbejdes med opfølgning og evaluering af indsatser, men at der bemærkes

opfølgning via observationsnotater fx i forhold til sår, BS- måling og vejning. Der arbejdes ikke med løbende opfølgning på de delegeret niveau 3 sundhedsindsatser, når disse leveres af den kommunale leverandør. Der ses omvendt en systematisk opfølgning hvor 3. måned, når disse leveres af den private leverandør. Mens der i dokumentation for alle journaler, hvor den kommunale leverandør leverer sundhedsindsatsen, mangler, hvorledes hjemmesygeplejen og hjemmeplejen koordinerer og justerer indsatsen løbende. Det bemærkes, at Lolland Kommune arbejder med tilsyn/journalaudit som en sparring for bl.a. SOSU-assistenten, når ydelser er delegeret direkte dertil. I en eventuel omorganisering vil det dog være relevant at se på en ny systematik for opfølgning, hvor bl.a. fokus er på opfølgning og sparring ift. SOSU-assistenten.

Serviceniveauet: Tidsudmålingen er ensartet og afstemt med Lollands kommunes vedtagne ”tider” på området. Der ses helt generelt overholdelse af kvalitetsstandarder, indsatser jævnt fordelt i indsatskatalog og tidsforbrug herunder planlægning af indsats med tidsforbrug i planlægningskalender. Det samlede billede er, at borgerne bliver ensartet visiteret indenfor de rammer der ligger i kvalitetsstandard. Dog bemærkes, at borgere, der er bevilliget niveau 3 ydelser som leveres af den kommunale hjemmepleje, ikke er bevilliget opfølgningsbesøg hver 3. måned, hvilket er tilfældet hos de borgere, der får leveret ydelsen af den private leverandør.

Tidsudmålingen er mindre i de delegerede ydelser, svarende til kvalitetsstandard. Tidsudmålingen og hyppighed for levering af ydelsen ligger på et tilfredsstillende niveau set i forhold til andre kommuner, som BDO har erfaring med. Sagsgennemgangen giver således et billede, der stemmer overens med sammenligningen i ovenstående tabel.

BDO bemærker, at Lolland Kommune (i lighed med andre kommuner) har fokus på at oprette sygeplejeklinikker - aktuelt 4 - hvilket giver borgerne mulighed for at komme til sygeplejerskerne når det passer dem. Klinikkerne har gode muligheder for at sikre gode rammer for det faglige niveau. Såvel som det giver mulighed for at reducere transporttid ifbm. besøg hos borgerne. Det anses således relevant både i en faglig og økonomisk kontekst, der også fremadrettet bør være et vigtigt element i at sikre fremtidens sygeplejen.

Ydelseskatalog: Sundhedslovsindsatserne anvendes ikke fyldestgørende og konsekvent f.eks. konstateres, at indsatserne ”ADL aktiviteter”, ”rehabilitering”, ”ernæringsindsats”, ”psykisk pleje”, ”opfølgning”, ”koordinering” ikke er det anvendt eller kun i meget lille grad. Hvilket gør det uklart, hvad disse indsatser dækker og/eller deres relevans.

4.4 OPSAMLING

En gennemgang af aktivitetsdata for sygeplejeydelser samt en sagsgennemgang på en stikprøve af sager, viser, at der har været en forholdsvis stabilitet i omfanget af sygeplejeydelser over tid. Sammenlignet med andre kommuner har Lolland Kommune et serviceniveau på niveau med andre, og det vurderes at udmålingen i sagerne er i overensstemmelse med gældende kvalitetsstandard. Serviceadgangen er en smule over sammenligningskommunerne, hvilket muligvis kan tilskrives befolkningssammensætningen i Lolland Kommune. BDO bemærker, at den begrænsede brug af slut- og opfølgningsdatoer, kan være en medvirkende årsag til et lidt højere antal modtagere af sygepleje.

Lolland Kommune har en højere delegeringsgrad sammenlignet med andre kommuner, og har således en større andel af sygeplejeydelser, der varetages af SOSU-personale. På baggrund af stikprøven i sagsgennemgang ses en ensartet delegering og en delegering til rette niveau jf. Lolland Kommunes retningslinjer. En gennemgang af data fra omsorgssystemet viser dog, at der er en forskel mellem Team Maribo og Team Nakskov ift. til delegeringspraksis, idet Team Nakskov har en noget højere delegeringsgrad end Team Maribo.

På tværs af myndighed og sygeplejen ses et potentiale for at øge den faglige styring, dels ved at sikre journaler indeholder opdaterede oplysninger, dels at arbejdet med opfølgning styrkes.

4.5 ANBEFALINGER

Vores væsentligste anbefalinger er opsummeret nedenfor:

SYSTEMATISK DOKUMENTATION | BDO anbefaler, at der arbejdes videre med den sundhedsfaglige dokumentation, således at de fremstår aktuelle og opdaterede, for på den måde, at sikre kvalitet i levering af Sundhedslovsindsatserne. Det anbefales, at der arbejdes med samme ensartet systematik mellem helbredstilstande, indsatsmål og handleanvisninger.

DOKUMENTATION VED DELEGEREDE YDELSER | Det er BDO's forståelse, at der med gældende visitationsmodel og delegationspraksis sker en direkte delegering af forud definerede sundhedsydelser til hjemmepleje teams, hvorfor det bliver SSA'er, der har ansvar for udarbejdelse af indsatsmål og handleanvisninger og dermed ikke sygeplejens ansvar. Det vurderes, at der er visse mangler ift. nuværende praksis, hvorfor vi anbefaler, at sygeplejefaglig udredning samt svaret for indsatsmål og handleanvisninger fremadrettet bør placeres hos sygeplejen. Dette kan evt. inddrages som et led i en justering af visitationsmodel (se også 5.2).

OPRYDNING/OPDATERING LUKNING AF SAGER | I forbindelse med udvælgelse af de 30 journaler har vi åbnet en lang række journaler for at finde repræsentative journaler. I denne proces er der i mange tilfælde set journaler, der ikke er opdaterede, hvilket kan forklares med den manglende systematiske evaluering og opfølgning. Afledt heraf må det antages at blive nemmere og hurtigere for den enkelte sygeplejerske at få overblik i borgernes journal, samt at det sikres at borgene får en optimal indsats og et ensartet serviceniveau. BDO anbefaler, at der foretages en oprydning i sager i omsorgssystemet for herigennem at sikre overblik over borger og indsatser. I forlængelse heraf anbefales, at der arbejdes med slutdatoer på relevante indsatser, for herigennem løbende at sikre at journaler er bedst muligt opdateret.

SYSTEMATISK OPFØLGNING - ANVENDELSE AF OPFØLGNINGSDATOER | Det anbefales, at der arbejdes med systematisk opfølgning og evaluering af indsatser og dokumentationen, således at journaler fremstår aktuel og opdaterede. BDO hæfter sig ved, at der hos borgere med privat leverandør er indsat opfølgningsindsats. En mere systematisk opfølgning kan muligvis medvirke til at reducere den samlede andel af modtagere, hvor Lolland kommune ligger lidt over gennemsnit. Det bemærkes dog, at der foreligger observationsnotater, der understøtter at indsatsen er aktuel. For delegeret ydelser direkte fra Myndighed, vil dette kræve at Myndighed foretager en opfølgning eller alternativt, at det tydeliggøres at sygeplejen har ansvar herfor.

FOKUS PÅ POTENTIALE FOR REHABILITERING - BORGER SELV KAN VARETAGE OPGAVEN | På baggrund af sagsgennemgangen, vurderer BDO, at der mangler kritisk forhold til, om opgaven har et rehabiliterende potentiale. I hovedparten af journalerne er det på baggrund af dokumentationen vanskeligt at vurdere, om borgeren kunne indstilles til alternative muligheder fx til dosisdispenseret medicin, eller oplæres til selv at varetage opgaven. Bl.a. ses flere eksempler på borgere med få præparater, der får hjælp til medicinhåndtering. Her kunne i status foretages overvejelser om, hvorledes borger selv vil kunne være i stand til at varetage dette.

YDELSESKATALOG | BDO er oplyst, at Lolland kommune pt. arbejder med en opdatering af kvalitetsstandard / indsatskataloget for sygeplejeydelser. Det vil i den forbindelse være BDO's anbefaling, at der udarbejdes en kort oversigt på nogle få sider, der kan anvendes til at sikre en nem og ensartet anvendelse af kommunes indsatser.

5. ØKONOMISK STYRING

I dette afsnit gennemgås den økonomiske styring af sygeplejen. En styring der i BDO's optik bør omfatte alle sygeplejeydelser, altså både dem der løses af sygeplejen og dem som løses af teams i hjemmeplejen og på plejecentre. I sammenhæng med den økonomiske styring ses på Lolland Kommunes visitationsmodel. Formålet er at vurdere om den nuværende økonomiske styring kan styrkes og i så fald, hvilke justeringer dette bør aflede.

5.1 BUDGET OG FORUDSÆTNINGER

Det er BDO forståelse, at den nuværende budgetmodel for sygeplejen tager afsæt i et rammebudget, hvor begge udekørende sygepleje teams er tildelt en stort set identisk økonomisk ramme. BDO ser ikke at denne ramme er understøttet af konkrete og beskrevne budgetforudsætninger. Der eksisterer således ikke underlæggende forudsætninger for nuværende budgettildeling i form af fx forholdet mellem budgetsum, normering og aktivitet. Der er med andre ord således ikke en direkte sammenhæng mellem fx budgetramme og aktivitet. Ligeledes sker der heller ikke en regulering af budgettet, såfremt der sker ændringer i omfanget af ydelser.

BDO har på de afholdte interview noteret sig, at der igennem noget tid har været en drøftelse af arbejdsbelastning og normering på tværs af de to sygeplejeteams, hvor drøftelserne blandt andet går på, hvorvidt forudsætninger for at levere sygepleje indenfor budgettet har været tilstrækkelige ens på tværs af de to områder. For nuværende er der således foretaget en mindre justering af den geografi, som hvert team dækker.

En sammenligning af budget og aktivitet for 2021 viser, at der ikke har eksisteret samme forudsætninger for budgettet. Der har i 2021 været ca. 20% flere ydelser hos Team Maribo, men kun ca. 1% mere i budget.

	Team Nakskov	Team Maribo	Samlet
Budget 2021	13.518.241	13.685.676	27.203.917
Visiterede timer 2021	16.781	20.741	38.653
Planlagte timer 2021	15.202	17.912	31.982

Det bemærkes, at der i denne simple sammenligning ikke er foretaget eventuelle korrektion for den konkrete fordeling af udgifter til aften og nattevagt samt varetagelse af Øer. Ikke desto mindre vurderes det relevant, at overveje at arbejde med budgettildelingen og underlæggende forudsætninger for budgettet. Specifikt bør der som minimum skabes et overblik over opgavefordeling og normering på tværs af sygeplejeteams, således der kan sikre en god dialog om ressourcer og kapacitet. Det vil ligeledes være BDO's anbefaling, at der indarbejdes en eller anden grad af regulering af budgettet, såfremt der viser sig ændringer i forudsætningerne.

På baggrund af de gennemførte interviews er det BDO's indtryk, at organisationen generelt mangler indblik i de forudsætninger, der ligger til baggrund for budgettet. Det bør derfor overvejes, om forudsætningerne for budgettildeling skal beskrives tydeligere og/eller om formidling af budgettet til budgetansvarlige skal styrkes.

I udarbejdelsen af konkrete forudsætninger for budgettet vil det være BDO's anbefaling, at sygeplejen anskues samlet - altså at budgettet både omfatter ramme til Team sygepleje og de delegerede ydelser. Herved kan der skabes en bedre sammenhæng og vurdering af udvikling i sygeplejeydelser og den fordeling, der er mellem ej delegerede og delegerede ydelser. I forlængelse af udarbejdelse af et samlet billede for budget til sygepleje, kan det overvejes om, det vil styrke incitamenterne for opfølgning på delegering at tildele Team sygepleje ansvaret for den del af budgettet, der vedrører delegerede sygeplejeydelser (niv. 2). En sådan ændring vil naturligvis skulle spille sammen med de organisatoriske justeringer, som Lolland Kommune måtte beslutte sig for samt den visitationsmodel der vil være gældende - se nedenfor i afsnit 5.2.

Overordnet er det dog BDO's anbefaling, at der skal være et sammenhæng mellem det økonomiske ansvar og bestiller ansvaret, hvilket ikke helt er tilfældet i dag, hvor delegering af niveau 2 ydelser afregnes af myndighed, men hvor det er Team sygepleje, der delegerer.

5.1.1 Opfølgning

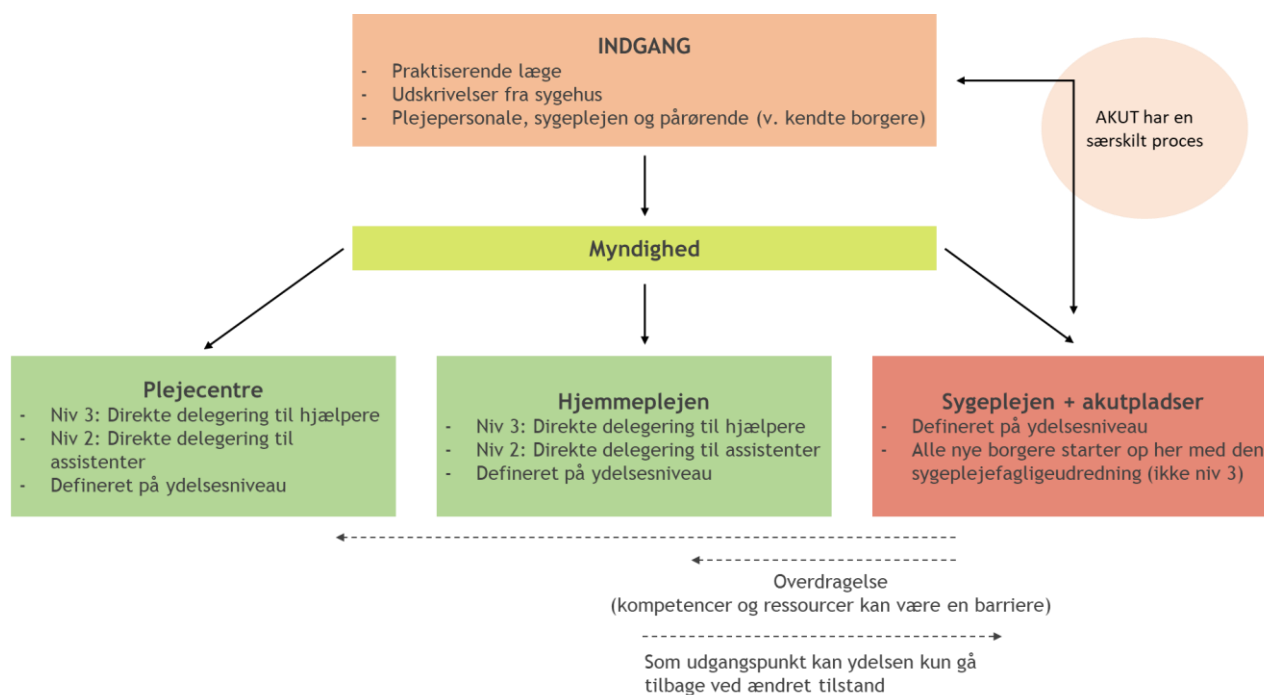
BDO er oplyst, at der er aftalt en fast procedure for opfølgning med involvering af decentral leder, teamleder og økonomikonsulent. Historisk har opfølgningen primært taget afsæt i forbrugspct., mens aktivitetsdata ikke har været en del af opfølgningen. Økonomikonsulenten har dog udarbejdet en model, der i lighed med fritvalgsområdet, kan følge sammenhængen mellem personaleforbrug og aktivitetsniveau.

Det er BDO's erfaring, at opfølgning bør ske på de forudsætninger, der ligger til grund for budgettet. Såfremt tildeling af budget sker med afsæt i en række forudsætninger fx omkring normering, lønniveau og forventet aktivitet, skal opfølgningen indeholde dette. Derudover kan det være relevant at inddrage forskellige parametre, der kan medvirke til løbende at sikre et billede og en forståelse af udviklingen på området. Dette kan være mål for serviceniveau, serviceadgang og delegering som beskrevet ovenfor. Det er endvidere BDO's opfattelse, at det er relevant at se på sundhedslovsydelser samlet, idet der vil være en sammenhæng (forbundne kar) mellem de forskellige ydelser og leverandører. Tendenser og udviklingen vil således nemmere kunne spottes, når opfølgningen sker samlet.

Der kan være lidt usikkerhed omkring validiteten af data for aktivitetsniveau, og dermed om disse data er et helt retvisende udtryk for faktiske aktivitet. Dette primært fordi der, dels ikke for sygeplejen er en praksis for at arbejde direkte med og løbende justere ydelsestid, dels at der ikke økonomisk har været incitamenter til at sikre en løbende justering af ydelsestid. En god opfølgning vil således være afhængig af, at der ses på datadisciplinen.

5.2 VISITATION OG DELEGATION AF SYGEPLEJEYDELSER

Sammen med repræsentanter fra Lolland Kommune har BDO gennemgået den nuværende visitationsmodel. Helt overordnet sker visitation til sygeplejeydelser hos central Myndighed. Det er således medarbejdere for myndighed, der vurderer og opretter sygeplejeydelser til borgerne. Nedenstående figur giver en optegnelse af visitationsmodellen:



Med afsæt i godkendt kvalitetsstandard har Lolland Kommune en praksis for delegering af sygeplejeydelser, hvor en række sygeplejeindsatser - defineret som niveau 3 - delegeres direkte af myndighed til hjemmepleje og plejecentre teams. Mens en række niveau 2 ydelser også kan delegeres til SOSU-assistenten under visse forudsætninger. For niveau 2 ydelser kan der også ske en overdragelse af sygeplejen. Det nævnes, at ønsket med den nuværende visitationsmodel bl.a. har været at sikre overblik og stram styring med sygeplejeydelser. Det er BDO's vurdering, at en samling af visitation på få hænder her er en rigtig god metode for at sikre ensartethed og stram styring.

Generelt er det BDO's erfaring at visitation af sygeplejeydelser varetages hos sygeplejen, der herved også har det sygeplejefaglige ansvar, hvad angår sygeplejefaglig udredning, opfølgning og afslutning. Den valgte model hos Lolland Kommune vurderes at fungere i den henseende, at der ligger en klar beskrivelse af hvilke ydelser, der kan delegeres til hvem såvel som rolle og ansvar anses for klare. I forhold til arbejdsgangen omkring udskrivelser fra sygehus virker det ligeledes hensigtsmæssigt, at myndighed varetager den samlede visitering af ydelser efter en udskrivelse således, at borgerens situation kan ses i en helhed. Det nævnes, at korrespondancer med læger kunne overdrages til sygeplejen, idet disse indeholder en blanding af nye henvendelser samt uddybende beskrivelser eller supplerende spørgsmål til lægerne. Det kunne således være mere strømlinet såfremt alle læge-korrespondancer gik direkte til sygeplejen, selvom dette vil betyde, at sygeplejen skulle varetage en visitering i disse tilfælde.

BDO hæfter sig ved, at det er leverandørers rolle af sikre opfølgning og afslutning såvel som sygeplejeansvaret ikke anses for at være tilstrækkelig klart placeret i alle sager. Ligeledes kan der være situationer, hvor sygeplejen ikke er tæt nok på plejepersonalet i forhold til at sikre sparring og kompetenceudvikling/oplæring hos SOSU-assistenten. Men overfor dette står en visitationsmodel, der vurderes at fungere effektivt.

I relation til den beskrevne økonomistyring overfor, vil det i BDO's optik give nogle uhensigtsmæssigheder, at der i nuværende visitationsmodel ikke er et entydig sammenhæng mellem myndighedsrollen (bestiller) og udfører samt det økonomiske ansvar, idet myndighed betaler for alle delegerede ydelser uagtet hvem, der har delegeret dem. Nuværende visitationsmodel og økonomisk styring kan fungere, når der er et stabilt omfang af ydelser. Mens det er BDO's vurdering, at modellen kan blive udfordret, når der sker en stigning eller forskydning i omfanget af ydelser.

5.3 OPSAMLING

Det er BDO's opfattelse, at visitations- og økonomimodel incitamentsmæssigt har en tæt sammenhæng, hvorfor disse bør understøtte hinanden. Dette naturligtvis samtidig med, at den faglige styring og de sygeplejefaglige standarder holdes for øje.

Det er BDO's vurdering, at der vil være behov for at styrke den økonomiske styring for sygeplejen. Et greb til dette vil være, at der udarbejdes klare forudsætninger for den tildelte budgetramme. Forudsætningerne kunne være sammenhængen mellem budget, normering og aktivitet. Ses på det nuværende budget, vurderes forudsætningerne ikke at være ens for de to sygepleje teams. BDO vurderer, at en styrkelse af budgetforudsætninger, vil skulle følges op af en udbygget opfølgning. En opfølgning der tager afsæt i de forudsætninger, som budgettet er baseret på, men også ser på sygeplejeydelser samlet, herunder parametre der kan hjælpe med at beskrive udviklingen på området.

Det er BDO's vurdering, at Lolland Kommune på mange måder har en visitationsmodel, der fungerer effektivt, baseret på en klar opdeling af sygeplejeydelser på niveauer. Visitationsmodellen med en central visitering adskiller sig dog fra det, BDO typisk ser i andre kommuner. BDO vurderer, at nuværende visitationsmodel har en svaghed i forhold til at placere det sygeplejefaglige ansvar samt i forhold til at sikre opfølgning og afslutning af ydelser. Ligeledes er der i BDO's optik en udfordring i, at det økonomiske ansvar ikke entydigt hænger sammen med visitationsansvaret. En justering af visitationsmodellen bør således overvejes.

5.4 ANBEFALINGER

Vores væsentligste anbefalinger er opsummeret nedenfor:

JUSTERING AF ØKONOMIMODEL | Det er BDO's anbefaling, at Lolland Kommune arbejder med tydeligere forudsætninger for budgettet for sygeplejen, således den forventede sammenhæng mellem budgetbeløb, normering og aktivitet fremgår. Ligeledes kunne det omfatte specifikation af andre opgaver eller funktioner, der skal varetages indenfor den afsatte ramme og hvilket omfang af sygeplejeydelser, der samlet forventes varetaget. Dette vil dels sikre at gennemsigtighed og tydeliggøre forventninger til effektivitet, dels muligheden for at allokere ressourcer ensartet i forhold til den organisering Lolland Kommune måtte vælge.

Det vil endvidere være BDO's anbefaling, at sygeplejen også får det økonomiske ansvar for de ydelser de delegerer. Dette kan ske ved, at der etableres et kombi-budget for sundhedslovsydelser bestående af et rammebudget for drift af sygeplejen og en ramme til aktivitetsbaseret afregningsmodel til de sundhedslovsydelser, som sygeplejen delegerer til hjemmeplejen. Budgettet skal således indeholde omkostninger til alle de sundhedslovsydelser, som sygeplejen har ansvar for, og baseres på den forventede kombination for leveringen mellem sygeplejersker og hjemmeplejen. Dette fx med afsæt i forudsat delegeringsgrad.

Det vil være BDO's forventning, at en justeret økonomimodel skaber et samlet overblik over budgettet til sygeplejeydelser - uagtet leverandør. Dette vil sikre et fælles billede af omfanget af sygepleje, fordelingen mellem leverandører og en bedre mulighed for at følge udvikling. En udvikling der forventes at stige i de kommende år.

MODEL FOR OPFØLGNING OG LØBENDE STYRING | Det er BDO's anbefaling, at der til at understøtte en justeret økonomimodel og en effektiv drift udarbejdes en ny model for opfølgning. En model der kan understøtte den økonomiske styring - ved at følge budgetforudsætninger samt den faglige styring - bl.a. med opfølgning på en række indikatorer for aktivitets- og serviceniveau. En styrket opfølgning skal baseres på meningsfuld ledelsesinformation og give mulighed for at følge udviklingen for sygepleje, effektiv drift og ressourceallokeringen. Nedenstående viser BDO's bud på, hvad en opfølgning kunne indeholde:

Styringsperspektiv	Parametre	Centralt / decentralt
Økonomi	<ul style="list-style-type: none"> Månedlig opfølgning på forbrug ift. aktivitet og afregning Lønsammensætning og øvrige variable udgifter Forbrugsprocent ÅTD ift. sidste år Gennemsnitsløn 	<ul style="list-style-type: none"> X - X X - X X - X X - X
Kapacitet	<ul style="list-style-type: none"> Årsværk / timeforbrug Vikarforbrug Stikprøver på BTP fra kørelister Fravær og "dyre timer" 	<ul style="list-style-type: none"> X - X - X - X -
Aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> Modtagerandel: <ul style="list-style-type: none"> Andel af +65-årige, som modtager ydelser Aktivitetsindikatorer <ul style="list-style-type: none"> Antal timer pr. uge/måned samlet Antal borgere, som modtager sygepleje / delegeret sundhedslovsydelse Antal timer pr. borger om ugen Fordeling af indsatser pr. borger Aktivitetsudvikling på teams Fordelingen af sundhedslovsydelser leveret af sygeplejen og hjemmeplejen 	<ul style="list-style-type: none"> - X - X - X

JUSTERING AF VISITATIONSMODEL FOR SYGEPLEJEYDELSER | Det er BDO's anbefaling, at Lolland Kommune justerer den nuværende visitationsmodel for sygeplejeydelser. En justering skal ses i sammenhæng med den anbefalede justering af økonomimodellen, der sikrer sammenhæng og hensigtsmæssige incitamentsstrukturer. Denne justering vil således være at præcisere, at der er en entydig sammenhæng mellem myndighedsrolle ved delegering og opfølgning samt økonomisk ansvar.

Derudover anbefaler BDO, at Lolland Kommune overvejer, om det kan forbedre arbejdsgangen, at alle korrespondancer mellem læger og Lolland Kommune varetages af sygeplejen. Altså både når det drejer sig om nye ydelser og opfølgning/dialog omkring igangværende ydelser/borgere.

6. SYGEPLEJENS EFFEKTIVITET OG DRIFT

Formålet med denne del af analysen er med afsæt i en række datakilder, der beskriver driften, at afdække om der herudaf kan identificeres nogle mulige effektiviseringspotentialer. De overordnede undersøgelsesspørgsmål, BDO har søgt svar på er;

- 1) Er der områder, hvor data for driften af sygeplejen i Lolland kommune adskiller sig fra de erfaringer BDO har fra lignende analyser?
- 2) Er der interne forskelle hos sygeplejen i Lolland Kommune, der giver anledning til, at der arbejdes på at udligne eventuelle forskelle?

De to overordnede spørgsmål skal ses i lyset af dels, at sygeplejen de seneste år har haft udfordringer med at overholde budget, dels at der er en oplevelse af eller fortælling om driftsmæssige forskelle mellem særligt Team Nakskov og Team Maribo.

Udgangspunktet for at afdække eventuelle effektiviseringspotentialer for driften er alene baseret på analyse af data for økonomi, fravær, kørelister og vagtplaner.

6.1 ØKONOMI

Sygeplejen har igennem nogle år haft et merforbrug, der akkumuleret udgør et større millionbeløb. I 2020 var merforbruget 5,0 mio., mens det i 2021 er 1,4 mio. Afregning for delegerede ydelser er ikke medtaget, idet der ikke er afsat særskilt budget hertil. Midlertidige pladser indgår ikke i denne opgørelse, idet det ikke budgetmæssigt fremgår helt klart hvad budget/de økonomiske rammer har været for de midlertidige pladser, grundet budgetomflytninger. Det kan således konstateres, at der ikke har været en balance mellem drift og budget.

Når der analyseres på forskelle mellem de to teams, kan det konstateres, at de budgetmæssigt har haft stort set det samme udgangspunkt, og nogenlunde de samme afvigelser ved regnskab. Team Maribo havde i 2020 en lidt større afvigelse.

Budget og regnskab 2020 og 2021 for Team Nakskov og Maribo

	Team Nakskov	Team Maribo	Samlet
Budget 2020	11.343.000	11.276.000	22.619.000
regnskab 2020	13.577.912	14.062.707	27.640.619
Resultat 2020	- 2.234.912	- 2.786.707	- 5.021.619
Budget 2021	13.518.241	13.685.676	27.203.917
Regnskab 2021	14.244.027	14.368.013	28.612.040
Resultat 2021	-725.786	-682.337	-1.408.123

Sygeplejen har med andre ord været økonomisk udfordret, og som udgangspunkt kan det ikke konkluderes, at det ene team er mere udfordret regnskabsmæssigt end det andet. BDO hæfter sig ved, at det samlede budget er blevet hævet fra 2020 til 2021. For at se om der kan identificeres effektiviseringspotentialer, der reducerer et merforbrug, har BDO afsøgt en række driftsmæssige parametre, som vi har erfaring med kan give en indikation på effektiviteten.

6.2 PERSONALEFORBRUG OG FRAVÆR

Sygeplejens muligheder for at levere sygeplejeydelser, vil som udgangspunkt være forankret i personaleressourcer. Nedenstående tabel viser, at de to teams har haft stort set samme personaleforbrug

hhv. 26,72 og 26,50 fuldtidsstillinger i 2021. Derudover er det afgørende i hvor høj grad, det ansatte personale er i fremmøde. Af tabellen ses, at der har været en smule mere sygdom hos Team Maribo, mens der samlet set har været lidt mere fravær hos Team Nakskov - en forskel der primært kan tilskrives barsel. Niveauet for sygdom og samlet fravær var højere i 2020. Det er værd at hæfte sig ved at sygefravær er reduceret fra 2020 til 2021 - forskellen på det samlede fravær skal primært tilskrives mindre barsel i 2021.

	Team Nakskov	Team Maribo	Samlet
Personaleforbrug ÅV	26,72	26,50	53,22
Fravær (sygdom)	4,92%	5,96%	5,44%
Samlet fravær (alle fraværstyper)	27,06%	24,78%	25,92%
2020			
Personaleforbrug ÅV	26,34	26,56	52,90
Fravær (sygdom)	6,36%	6,14%	6,2%
Samlet fravær (alle fraværstyper)	32,60%	30,31%	31,4%

Samlet set har begge teams haft næsten samme ressourcer i fremmøde i løbet af 2021. Sammenholdt med BDO's erfaringer fra andre kommuner, anses det samlede fravær for at være som forventet. Med andre ord er der ikke noget omkring fravær og personaleforbrug, der indikerer, at der ligger et effektiviseringspotentiale. Sygefravær vil dog altid være et parameter, man bør være opmærksom på - men et niveau omkring de 5% i 2021 med særlige retningslinjer omkring covid-19, vurderes at være forventeligt.

6.3 EFFEKTIVITET OG DRIFTSMÆSSIGE FORSKELLE

Et andet mål for effektivitet i driften kan opgøres ved at sammenholde personaleforbruget med den mængde af sygeplejeydelser, der er registreret for de borgere som sygeplejeteamet varetager. Nedenstående tabel viser, hvor mange timers sygeplejeydelser, der er hhv. planlagt og visiteret for Team Maribo og Team Nakskov i 2020 og 2021. Heraf fremgår, at omfanget er højere i Maribo end Nakskov. Sammenholdes omfanget af aktivitet med antal fuldtidsansatte ses, at hver fuldtidsansat vil have en større mængde sygeplejeydelser, der skal løses hos Team Maribo end Team Nakskov. Dette uagtet om der ses på visiterede eller planlagte timer.

		Aktivitet fra omsorgssystem		Timer pr. ÅV	
		2020	2021	2020	2021
Team Maribo	Planlagt	18.603	17.912	700	676
Team Nakskov	Planlagt	15.001	15.202	570	569
Team Maribo	Visiteret	21.622	20.741	814	783
Team Nakskov	Visiteret	20.386	16.781	774	628

Det bemærkes, at selv hvis der tages højde for omfang af fravær, vil billedet være det samme. BDO bemærker endvidere, at denne omgørelse alene baseres på data fra omsorgssystem og personaleopgørelse. Der er således ikke foretaget korrektioner, hvis der skulle være særlige forhold omkring fx aften og nat og ø'er.

På baggrund af ovenstående kan der identificeres en forskel mellem Team Maribo og Team Nakskov. Skulle begge teams have samme effektivitet, som Team Maribo havde i 2021, ville en omregning betyde, at Team Nakskov burde være mellem 4,2 og 5,2 ÅV færre, alt efter om der ses på visiteret eller planlagte ydelser. Forudsætningen for denne potentialeberegning er dog, at begge teams har samme omfang af øvrige opgaver og samme forholdsmæssige fordeling af aften og nat, hvor der ikke kan forventes samme høje effektivitet. Potentialeberegningen er altså alene en simpel beregning, hvorfor der vil være behov for en mere detaljeret afdækning af opgaver og personaleforbrug for at lave et præcist bud. Men ovenstående tal peger på, at der har været driftsmæssige forskelligheder mellem de to teams.

Lolland Kommunes egen økonomikonsulent har løbende foretaget en opgørelse af det månedlige personaleforbrug og de visiterede timer, hvilket i lighed med ovenstående giver et beregnet udtryk for effektivitet. Denne opfølgning viser, at der i 2021 har været en væsentlig forskel i den beregnede BTP (udtrykker forholdet mellem fremmødetimer og visiterede timer) mellem Team Nakskov og Team Maribo. I 2020 ses ingen forskel i den beregnede BTP.

Beregnet BTP pba personaleforbrug	2020	2021
Team Maribo	59,00%	54,00%
Team Nakskov	59,00%	45,00%

BDO er oplyst, at sygeplejen selv har arbejdet med at afklare og reducere forskelle mellem de to udekørende teams igennem et stykke tid. Dette betyder blandt andet, at der er flyttet lidt på den geografiske fordeling mellem de to teams for herigennem at sikre en bedre balance. Endvidere er der etableret et tættere samarbejde mellem de to teams.

Praksis omkring rute og vagtplanlægning er drøftet med teamleder og planlæggere fra begge sygeplejeteams. Her beskrives praksis som være meget ens, hvor den primære forskel ligger i, hvorledes man anvender systemet. På baggrund af opgørelsen fra uge 3, ser BDO ikke belæg for at kunne konkludere om effektiviteten hos Team sygepleje kan forbedres. Det er ligeledes BDO's erfaring, at netop sygeplejens opgaver er kendetegnet ved at være omskiftelige, akutte og varierende, hvilket yderligere vanskeliggør en præcis og ensartet planlægning. Det er dog BDO's generelle erfaring, at der løbende bør være fokus på at sikre den rette balance mellem levering af ydelser hos borgerne og de mange øvrige opgaver såsom koordinering, dokumentation, clean-dage, udvikling m.m., som sygeplejen også varetager.

6.4 VAGTPLANER

BDO har foretaget en analyse af vagtplaner for uge 3 2022 med henblik på at identificere eventuelle forskelle imellem dage og teams. Dette med udgangspunkt i en hypotese om, at vagtplaner og fremmøde på bedst mulig vis skal afspejle borgernes behov og de ydelser, der skal leveres og øvrige opgaver der skal varetages. I relation til vagtplaner kan denne hypotese anskues ud fra 3 perspektiver 1) grundrul - altså medarbejdernes arbejdstider ud fra normtid og normale forhold. 2) planlagt fremmøde - vagtplanen når der er taget højere for ønskede ændringer fx ferie, omsorgsdage o.l. 3) faktisk fremmøde - det fremmøde der reelt var, når der medtages overarbejde, sygdom, vikarer o.l.

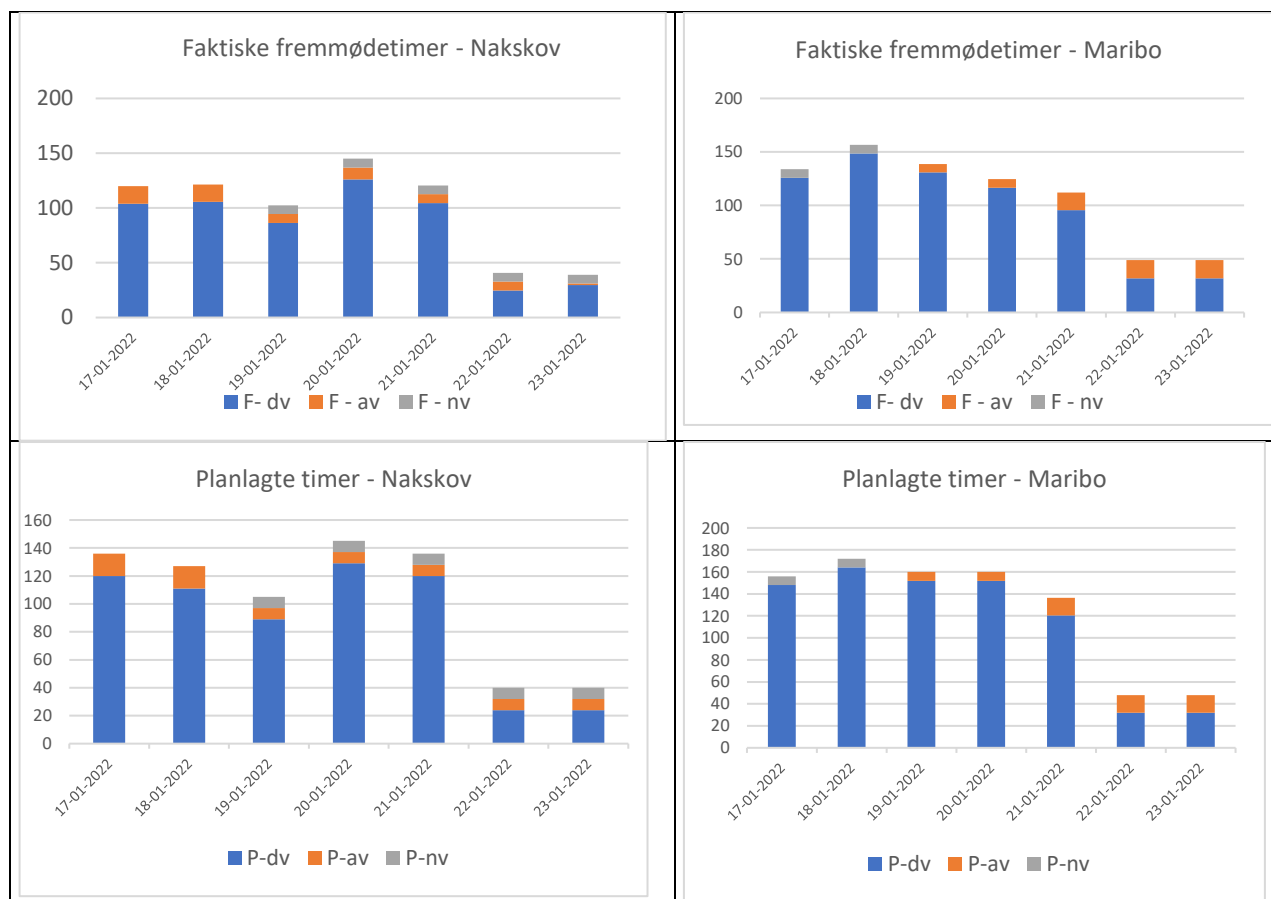
BDO har drøftet vagtplanlægningen med teamleder og planlæggere fra de to teams. Begge beskriver en ens tilgang til vagtplanlægningen med mindre forskelle for perioden for vagtplaner. Forskellen ligger i, at en række medarbejdere i team Nakskov har andre vilkår omkring antallet af weekendvagter. Derudover har de på lidt forskellig vis søgt at tage højde for dage med højere opgavebelastning i deres grundrul.

I relation til vagtplaner som planlagt fremmøde og faktisk fremmøde, har BDO med vagtplaner for uge 3 efter bedste evne udarbejdet en grafisk opstilling af henholdsvis det faktiske fremmøde og en opgørelse af de timer, som vagtplanen var anlagt på.

For begge teams ses, at det faktiske fremmøde er mindre end det planlagte, hvilke skyldes fravær ofte opstået på dagen. Det bemærkes, at uge 3 var præget af fravær som følge af corona. I drøftelser med teamleder og planlægger nævnes, at der planlægges med nettonormering og altså ikke forventning om fravær.

På den grafiske fremstilling af vagtplanerne ses en vis variation i vagtplanerne over dagene. Teamleder og planlægger fra sygeplejen oplyser, at man arbejder med et højere fremmøde mandage og fredage, idet der opleves at være flere opgaver disse dage.

BDO anser det er vanskeligt at konkludere om der skulle være forskelle og/eller et effektiviseringspotentiale, med afsæt i vagtplanen for uge 3. Dette bl.a. fordi opgaver og ydelser bliver prioriteret med afsæt i det fremmøde, der er på den pågældende dag. BDO hæfter sig dog ved, at der er en vis variation over dagene. Det er BDO's generelle erfaring at det er vigtigt at sikre, at såvel grundplanerne som fremmøde afspejler den variation / ensartethed, som vil sikre den bedste balance ift. borgernes behov.



Sammensætningen af lønudgifterne

Der er på interviews givet udtryk for, at der er forskelle i arbejdsvilkår hos de to teams. En forskel der særligt ligger i antallet af weekendvagter, hvor ca. 50% af medarbejderne i Team Nakskov kun arbejder hver 6. weekend. For at efterprøve udstrækningen heri, har BDO sammenlignet omfanget af arbejdstidsbestemte tillæg. Som det fremgår af tabellen nedenfor, vurderes der ikke at være betydelige forskelle på andel af weekend/aften tillæg. Omfanget af ”dyre timer” - altså timer der udløser overenskomstmæssige tillæg - kan vise noget om planlægningspraksis. En stor andel kan være udtryk for mange ændringer til planlægningen. Med afsæt i BDO’s erfaringer anses niveauet hos sygeplejen rimelig, dog lidt højt hos Møllecentret.

Lønsammensætning	Sygeplejeteam Maribo		Sygeplejeteam Nakskov		Team Møllecentret	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
normalløn	91,2%	92,4%	93,2%	94,3%	86,0%	84,3%
andel arbejdstidsbestemte tillæg	5,0%	4,9%	5,0%	4,6%	11,1%	11,1%
andel dyre timer	3,8%	2,7%	1,8%	1,1%	2,9%	4,6%

6.5 OPSAMLING

BDO har via driftsdata forsøgt at identificere driftsmæssige effektiviseringspotentialer, og om der er forskellige driftsforhold mellem sygeplejens teams.

BDO kan konstatere at sammenhængen mellem personaleressourcer og aktivitet / ydelser, har været forskelle mellem de to teams. BDO vurderer, at forskellen svarer til op imod 5 ÅV. BDO der dog oplyst, at

sygeplejen dels har justeret på den geografiske fordeling mellem de to teams, såvel som der er sket en justering omkring aften- og nattevagten. Der er med andre ord blevet arbejdet med de driftsmæssige rammevilkår og forskelle de to teams i mellem.

På baggrund af BDO's generelle erfaringer med området, vurderer BDO, at der kan arbejdes med løbende at have fokus på at sikre den rette balance mellem levering af ydelser hos borgerne og de mange øvrige opgaver såsom koordinering, dokumentation, clean-dage, udvikling m.m., som sygeplejen også varetager.

Endvidere er der det BDO's vurdering, med afsæt i generelle erfaringer, at det er vigtigt at sikre, at såvel grundplanerne som fremmøde afspejler den variation / ensartethed, som vil sikre den bedste balance ift. borgernes behov.

6.6 ANBEFALINGER

Vores væsentligste anbefalinger er opsummeret nedenfor:

SIKRING AF ENSARTET UDGANGSPUNKT FOR DRIFT | Det er BDO's anbefaling, at der budgetmæssigt sikres ens forudsætninger omkring effektivitet for sygeplejens to udekørende teams. Vi vil derfor anbefale, at der arbejdes med at præcisere og beskrive forudsætningerne for budgettet, herunder forventninger til effektivitet (sammenhæng mellem normering/lønkroner og aktivitet samt øvrige opgaver). Det er BDO's vurdering, at der i hvert fald historisk har været potentiale, såfremt højeste fællesnævner anvendes.

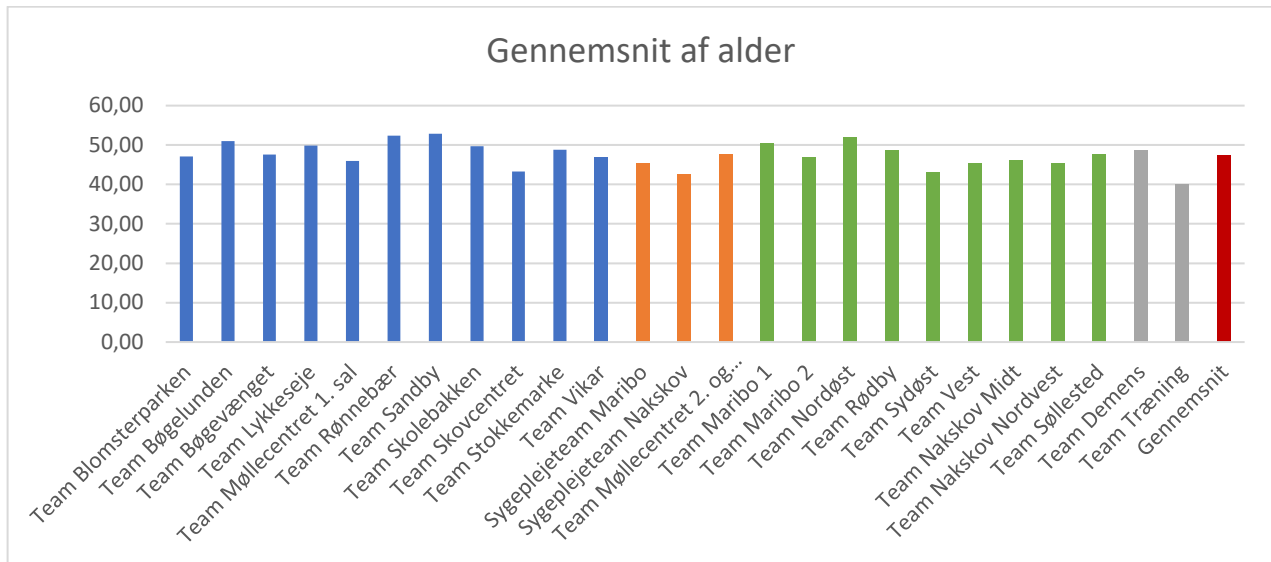
MULIGHED FOR JUSTERING AF BUDGET | I forlængelse af forslag til økonomimodel, anses det for væsentligt at budgettet er omsat til en række forudsætninger, således at teamleder og decentral leder for sygeplejen har mulighed for at vurdere, hvilke forudsætninger og forventninger der ligger til grund for budgettet, og dermed også hvilket niveau af bl.a. effektivitet og fravær, der er nødvendig for at overholde budgettet, men også at der kan foretages intern justering, såfremt der opstår ændringer undervejs. Dette understøttet af en løbende opfølgning på aktivitet og forbrug, således der er sikres dataunderstøttet ledelse.

SIKRING AF RETTE OPGAVEPRIORITERING | BDO's anbefaling er, at det afdækkes, om der er den rette prioritering af omfanget af øvrige opgaver - herunder sammenhængen med vagtplanen. Fokus bør omfatte alle ikke borgerrettede opgaver. Fokus på prioriteringen vurderes at være en løbende dialog mellem ledere og medarbejdere.

7. BILAG

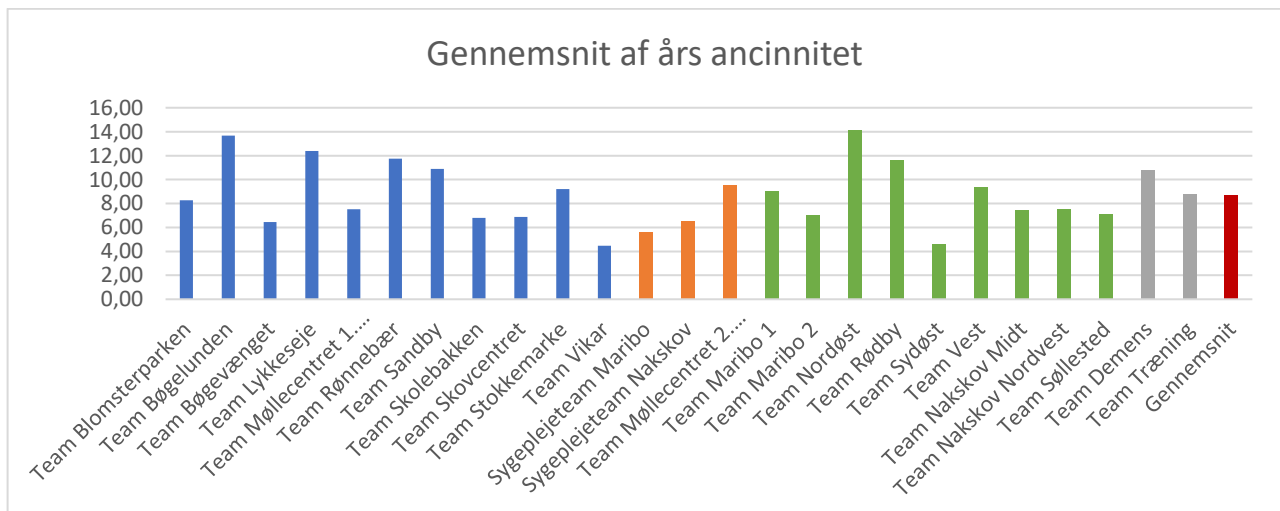
7.1 BILAG 1: GNS. ALDER OG ANCIENNITET

Nedenstående figurer giver et yderligere nuanceret billede af de kompetencer, der er til rådighed i Ældre & Sundhed. Gennemsnitsalderen for Ældre & Sundhed er 47,8 år og dermed ikke bemærkelsesværdigt højt for branchen - her kan den store andel af elever dog trække meget ned i det samlede billede.



Note: baseret på et dataudtræk fra Lolland Kommunes lønsystem pr. januar 2022. Team Nakskov Øst indgår ikke, da teamet er relativt nyoprettet.

Samlet set er ancienniteten 9,61 år, hvilket ligger i den lave ende ift., hvad BDO erfaringsmæssigt ser i andre kommuner. Taget rekrutteringsudfordringer i betragtning så er det selvfølgelig afgørende, at Lolland Kommune formår at holde på sine medarbejderne så længe som muligt.



Note: baseret på et dataudtræk fra Lolland Kommunes lønsystem pr. januar 2022. Beregnet anciennitet er fra ansættelse i Lolland Kommune frem til d. 01.01.2022. Team Nakskov Øst indgår ikke, da teamet er relativt nyoprettet.

KONTAKT

RASMUS DUUS
Partner

m: +45 2429 5016
e: rad@bdo.dk

www.bdo.dk

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, en danskejet rådgivnings- og revisionsvirksomhed, er medlem af BDO International Limited - et UK-baseret selskab med begrænset hæftelse - og del af det internationale BDO netværk bestående af uafhængige medlemsfirmaer. BDO er varemærke for både BDO netværket og for alle BDO medlemsfirmaerne. BDO i Danmark beskæftiger godt 1.100 medarbejdere, mens det verdensomspændende BDO netværk har godt 64.000 medarbejdere i 154 lande.

Copyright - BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab, cvr.nr. 20 22 26 70.

Ældrerådet - kvartalsregnskab 2022

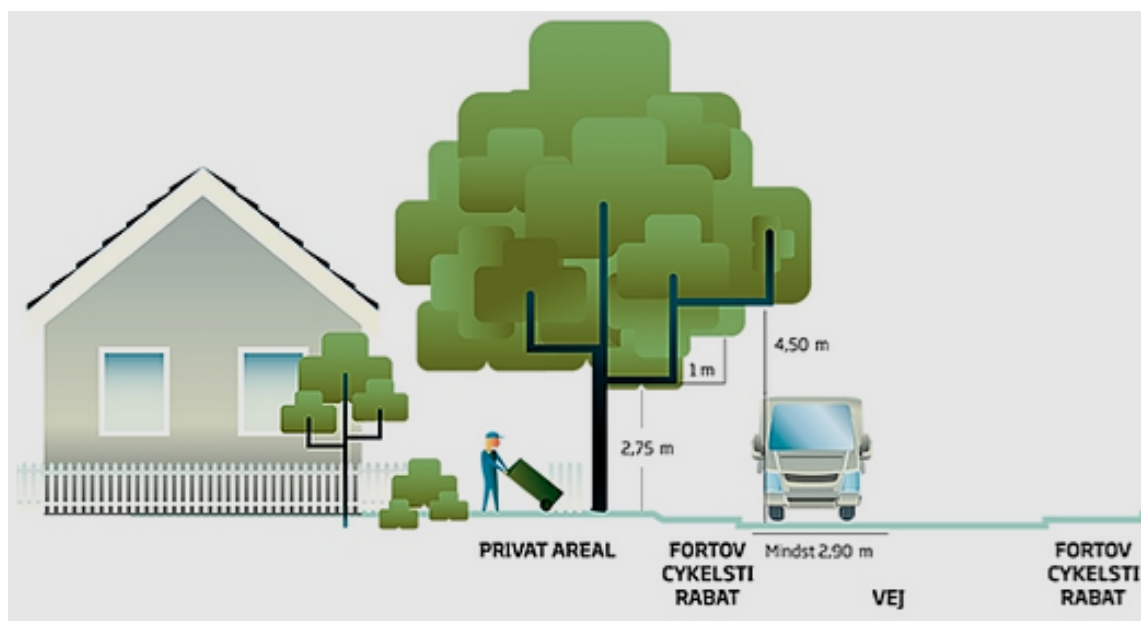
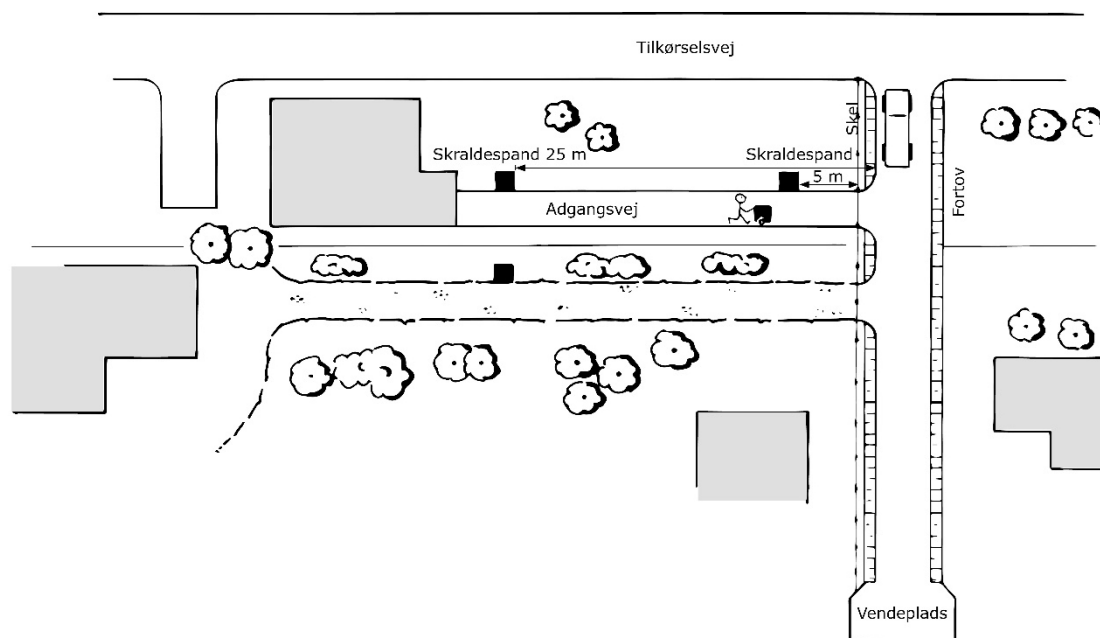
	Budget 2022	Forbrug 1. kvartal	Rest-budget	Forbrugsprocent
Borgermøder og – arrangementer	10.000	0	10.000	0,0%
Deltagerbetaling ved kursusaktivitet og temadage	30.000	12.575	17.425	41,9%
Kontingentbetaling til Danske Ældreråd	12.000	11.767	233	98,1%
Kontingentbetaling til Regionsældreråd	1.000	1.000	0	100,0%
Lån af lokaler og mødeforplejning	5.000	1.086	3.914	21,7%
It og kontorhold	1.000	0	1.000	0,0%
Hjemmeside, informationsmateriale og annoncering	5.000	0	5.000	0,0%
Gaver og repræsentation	1.000	0	1.000	0,0%
Mødediæter og kørselsgodtgørelse	100.000	8.252	91.748	8,3%
Afholdelse af ældrerådsvalg (mindst hver fjerde år)	0	19.167	-19.167	0,0%
Diverse aktiviteter	10.000	0	10.000	0,0%
I alt	175.000	53.847	121.153	30,8%

Dato: 15. marts 2022

Sags ID: 447869

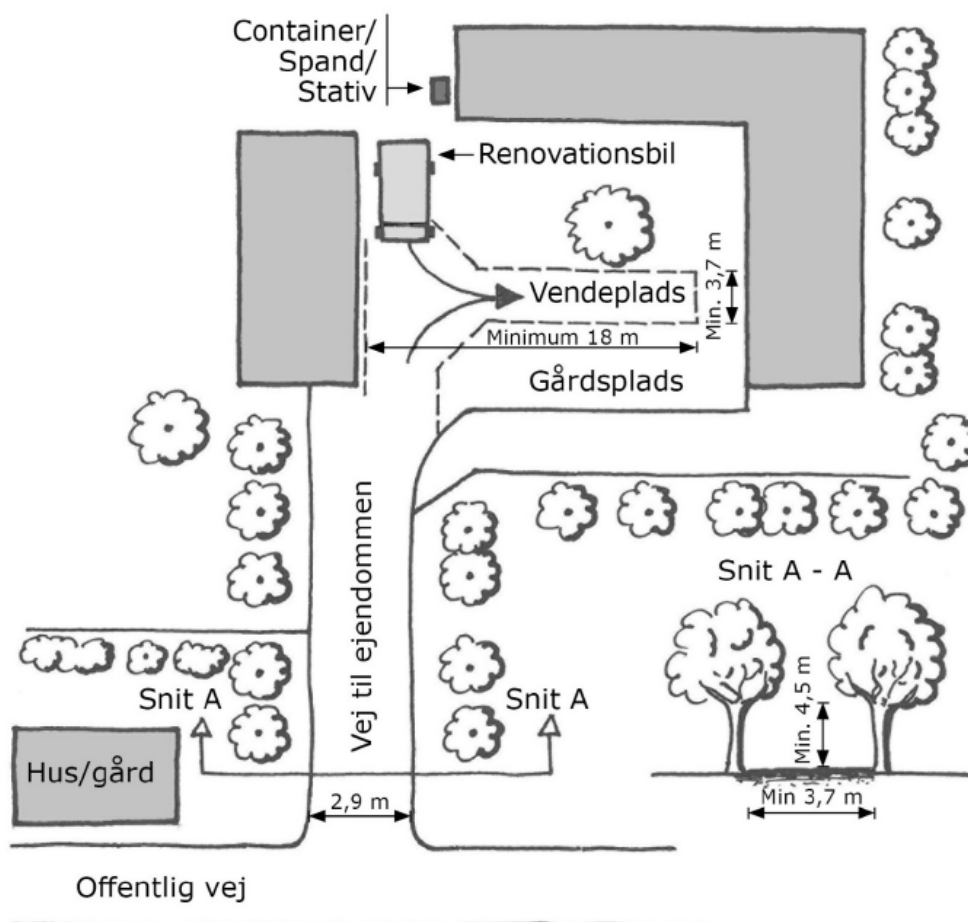
BILAG 1 – Definitioner og generelle oplysningerDefinitioner:

- Adgangsvejen: er vejen fra renovationsbilens holdeplads til affaldsbeholderen (se skitse nedenfor)
- Tilkørselsvej: er vejen fra offentlig vej til holdepladsen for renovationsbilen (se skitse nedenfor)

Lolland Kommune
Teknik- og Miljømyndighed**Kontaktperson**
Heidi Pejter Kristensen
Natur og Miljøhekr@lolland.dk
Tlf.: 54676459

- Vendeplads: skal overholde fastlagte størrelseskrav – bilag til regulativet

Krav til vendeplads ved ejendomme, der ligger tilbagetrukket fra offentlig vej



Generelle oplysninger:

Det vil fortsat være muligt at indsamle affald med storskraldsordningen. Det vil også fortsat være muligt at benytte "ekstrasække" dog ikke til bioaffaldet. Det vurderes, at behovet for "ekstrasække" fremadrettet kun vil dreje sig om restaffald. Der er stor kapacitet til madaffald i beholderen, og madaffaldet vil blive for tungt at løfte i en ekstrasæk. De genanvendelige fraktioner kan afleveres på genbrugspladsen, hvis der haves en ekstra mængde ud over beholderens kapacitet. Derfor vil det alene være restaffaldet, som der kan være behov for skal bortskaffes via "ekstrasække".

I forhold til madaffald udleveres en lille spand og små plastposer, som kan stå i køkkenerne. Poserne, som der skal bindes for, inden de kommer i beholderen, vil derved ikke skaber uhygiejniske forhold.

Bilag 2 - drøftelse af serviceniveau

Dato: 15. marts 2022

Sags ID: 447869

Lolland Kommune
Teknik- og Miljømyndighed

Kontaktperson
Heidi Pejter Kristensen
Natur og Miljø

hekr@lolland.dk
Tlf.: 54676459

Placering af beholdere/adgangsvej - individuelle

Nuværende rammer fra affaldsregulativ	<p>Adgangsvejen er vejen fra renovationsbilens holdeplads til affaldsbeholderen, som renovationsmedarbejderen skal gå med affaldsbeholderen. Adgangsvejen må højst være 25 meter lang. Dog er det muligt at tilkøbe retten til en længere adgangsvej (>25 m til 70 m). Adgangsvejen skal derudover være plan og jævn med kørefast belægning (fliser, asfalt eller lignende, der ikke skaber modstand i forbindelse med kørsel af beholderen).</p> <p>Kan kravene ikke opfyldes kører borgeren beholderen frem til kørefast underlag eller til skel på tømningdagen, eller der kan ske afhentning mod opkrævning af et sæргеbyr, der dækker omkostningerne til en afhentning (>25 m til 70 m).</p>
Fremtidige muligheder/ændringer	<p>Fastholde nuværende rammer for adgangsveje med afhentning op til 25 m fra renovationsbilens holdeplads</p> <p>Ændre så afhentning sker ved skel (maks. 5 m fra skel)</p> <p>Der bliver med de nye affaldsordninger mulighed for at opstille miljøstationer, som fællesløsninger for flere ejendomme blandt andet for tæt, lav bebyggelse/rækkehuse, bykerner og i sommerhusområder. Ovenstående vedrører derfor kun enfamiliehuse, rækkehuse, lejligheder og sommerhuse med individuel løsning.</p>
Begrundelse for fremtidige affaldsløsninger	<p>Ved implementering af de nye ordninger får borgerne en ekstra beholder. Sommerhusejerne har ikke tidligere haft krav om en beholder til genanvendeligt affald, og de får erstattet nuværende sæk/beholder med 2-3 nye beholdere. Der vil fortsat være en del ejendomme, som ikke lever op til adgangsforhold enten ved at overskride afstanden på 25 m eller ved ikke at have kørefast underlag. Antallet er ikke opgjort, og der er ikke tidligere håndhævet over for alle disse forhold.</p> <p>Arbejdstilsynet har siden efteråret haft skærpet fokus på adgangsveje. På nuværende tidspunkt er der en del ejendomme, hvor adgangsforholdene ikke overholder kravene med blandt andet kørefast underlag. I f.eks. sommerhusområder trækkes langt de fleste beholdere på et "ikke kørefast" underlag. Arbejdstilsynet har meddelt, at de vil revidere deres vejledning om renovationsarbejde, og dermed skærpe reglerne for adgangsveje, men dette er endnu ikke sket. Det er derfor endnu uvist, om Arbejdstilsynet vil kræve, at beholderne sættes frem til skel, men det vurderes, at det kan være en mulig udmelding. Såfremt beholderne sættes frem til skel, vil de fleste ejendomme leve op til vilkår om adgangsforhold. Derudover forventes en billigere afhentning, da tiden pr tømning derved minimeres. Det er REFAs vurdering, at der i forvejen er en del borgere i kommunerne, som allerede kører</p>

	<p>affaldsbeholdere ud til skel, eller hvor beholderens standplads er ved skel, enten fordi de ikke lever op til kørefast adgangsvej ind til ejendommen eller fordi de yder den service for renovationsfolkene.</p> <p>Afhentning til skel regnes inden for 5 m på egen grund. Dermed skal beholderens standplads være indenfor 5 m fra skel eller også skal borgeren stille beholderne frem til skel forud for hver afhentning (hver 14. dag). Der kan udsendes besked ved tilmelding til REFAs SMS-service, så borgeren varsles om tømningen, dagen inden tømningen foretages. Hvis borgeren ønsker at opstille og få afhentet beholderne længere inde på grunden end de 5 m, kan dette ske mod ekstrabetaling og under forudsætning af, at dette kan ske forsvarligt i henhold til arbejdsmiljølovgivningen.</p> <p>Adgangsvejen bliver ens for alle beholder typer (mad-/restaffald og genanvendeligt affald), så regulativer, udbudsmateriale samt tømninger for renovationsmedarbejderen bliver ensartet, og ikke afhængig af affaldstypen.</p>
Fordele for borgeren	<p>nuværende adgangsvej: Det er en fordel for borgeren at have affaldsbeholdere tæt på boligen (inden for maksimalt 25 m til renovationsbilens holdeplads). Det er særligt borgere, som er dårligt gående eller borgere med hjemmepleje, som har stor fordel af denne løsning.</p> <p>skelordning: Hvis der vælges en skelordning vil ordningen blive billigere, da tiden pr. tømning minimeres. Borgerne betaler for afhentning ved skel, men kan tilkøbe afhentning længere inde på grunden, hvis det ønskes. Adgangsvejens længde får ved de nye ordninger en prismæssig ekstra stor betydning, da der fremover vil være 3 afhentninger, mod de nuværende 2 afhentninger pr. bolig. Borgeren skal etablere/vedligeholde/glatføre/bekæmpe en kortere adgangsvej (fliser eller asfalt). Bilens lys vil kunne benyttes, så der ikke er krav til boligejeren om belysning på adgangsvejen.</p>
Ulemper for borgeren	<p>nuværende adgangsvej: Borgerne har en forpligtelse til at holde adgangsvejen jævn og plan (fliser eller asfalt), med belysning og glatføre/bekæmpet. Borgerne betaler alle til en ordning, hvor der er mulighed for at gå 25 m ind på grunden. En del ejendomme har allerede affaldsbeholderen ude ved vejen, hvorfor der reelt betales mere for løsningen end nødvendigt.</p> <p>skelordning: Borgeren får længere hen til beholderen, eller skal køre beholderen frem til tømning.</p>

	<p>Borgere der har etableret særlige affaldsstativer, hegn eller lignende kan muligvis ikke længere bruge disse med mindre de flyttes.</p> <p>Det er en ulempe, at beholderne bliver synlige fra vejen og derved kan skæmme omgivelserne. Der kan være få områder, som er omfattet af lokalplaner, der kræver afskærmning/indhegning af beholderne. Dermed erstattes forpligtelsen til at holde adgangsvejen med en forpligtelse om afskærmning/hegning. Det er forbundet med ekstraomkostninger, hvis en borger fortsat ønsker at få afhentet beholderne tæt på boligen.</p> <p>Gangbesværede kan have udfordringer med at komme ud til skel med affald eller med at stille affaldsbeholderen ud til skel. Det har tidligere været umuligt at blive visiteret til hjælp med at køre affaldsbeholder til skel og i skrivende stund er der ikke fundet en løsning på denne udfordring.</p>
Fordele for REFA/kommunen	<p>nuværende adgangsvej: Høj service for borgeren med en bolignær affaldsløsning.</p> <p>skelordning: Hvis der vælges en skelordning forventes hovedparten af borgerne at flytte beholderne ud til skel, da der skal betales ekstra for afhentning inde på grunden. Herved undgås en lang række sager, hvor borgerne skal forbedre deres adgangsvej. REFA forventes dermed at få færre sager, hvor forholdene skal besigtiges med opmåling af adgangsveje, tjek af belægning osv.</p> <p>Udbud for tømning af affaldsbeholdere er enklere at udarbejde, da der er en ensartet tømning.</p>
Ulemper for REFA/kommunen	<p>nuværende adgangsvej: Hvis de nuværende krav fastholdes vil der være mange adresser, hvor adgangsvejen ikke lever op til kravene i regulativet og dermed heller ikke arbejdstilsynets krav. Der vil derfor fortsat være mange adresser, hvor borgeren enten skal flytte beholderne til skel på tømningdagen eller forbedre adgangsvejen.</p> <p>skelordning: Det kan anses som dårligere serviceniveau for borgerne, at beholderen ikke skal afhentes ved indgangen til boligen.</p>
Økonomiske konsekvenser for den enkelte borger	<p>nuværende adgangsvej: Borgerne skal etablere/vedligeholde adgangsvejen samt sørge for belysning. Borgerne betaler alle til en ordning hvor der er mulighed for at gå 25 m ind på grunden, hvilket langt fra alle benytter sig af, selvom prisen er udregnet efter de 25 m. Det betyder, at mange borgere betaler for en ydelse de ikke benytter.</p>

	<p>skelordning: Borgerne kan forvente en billigere afhentningspris, hvis der etableres skelordning. Borgere, som tilvælger afhentning inden for de 25 m, får en større individuel udgift. Adgangsvejens længde får ved de nye ordninger en ekstra stor betydning, da der fremover vil være 3 afhentninger (madaffald/restaffald, papir/pap/glas/metal og plastik/mad- og drikkevarekartoner) mod de nuværende 2 afhentninger pr. bolig (dagrenovation og papir/glas/metal).</p>
Økonomiske konsekvenser for REFA/kommunen	<p>Ved fastholdelse af nuværende ordning er der en høj, solidarisk tømningpris. Ved en skelordning forventes en billigere tømningpris, da tiden pr. tømning minimeres.</p>

Tilkørselsforhold

Nuværende rammer fra affaldsregulativ	<p>I de nuværende regulativer er tilkørselsvejen defineret som vejen fra offentlig vej til holdepladsen for renovationsbilen. Tilkørselsvejen skal være mindst 2,9 meter bred, og frihøjde under grene og lignende hindringer skal være mindst 4,5 meter. Hvis der langs tilkørselsvejen er plankeværk, hæk, husmur eller lignende, skal der yderligere være 0,4 meters fribredde på hver side af tilkørselsvejens bredde på 2,9 meter. Ved blinde veje og enligt beliggende ejendomme (herunder privatveje og privat fællesveje) skal der være vendemulighed for renovationsbilen (se bilag 1 i nuværende regulativer der illustrerer vendepladsers udformning). Såfremt tilkørselsvejen ikke opfylder disse krav, betragtes den som adgangsvej og skal opfylde kravene til en adgangsvej med nuværende afstandskrav på max. 25 m fra renovationsbilens holdeplads. Kravene er udarbejdet ud fra en 2-kammer renovationsbils størrelse.</p>
Fremtidige muligheder/ændringer	<p>Ifølge affaldsbekendtgørelsen skal beholderne placeres på matriklen. Beholderne kan placeres husstandsnaert, hvis forholdene ikke tillader afhentning på matriklen. Der er derfor mulighed for, enten at borgeren selv flytter beholderen til en opsamlingsplads/miljøstation, hvor beholderne kan tømmes inde for det gældende regulativ eller ændre kravene til tilkørselsforholdene, således at alle affaldsbeholdere kan hentes på grunden. Betingelsen for at ændre på kravene til tilkørselsforholdene er, at der enten stilles nye krav til entreprenøren, eller at REFA selv tømmer beholderne på disse adresser, idet der vil skulle tømmes med en meget mindre bil. For nogle ejendomme kan kørevejsforholdene løses ved, at der etableres miljøstationer, som flere boliger benytter, og som kan tømmes fra større veje.</p>

<p>Begrundelse for fremtidige affaldsløsninger</p>	<p>Mange borgere ejer ikke tilkørselsvejen. Det kan både være en offentlig vej, privat vej eller en privat fællesvej, som renovationsbilen skal benytte frem til ejendommen.</p> <p>Der er i dag ca. 500-1000 ejendomme, som ikke har en tilkørselsvej, som lever op til kravene i regulativet. Indtil nu løses tømning ved disse ejendomme ved, at der er indsat en afhentning med en lille renovationsbil, som en midlertidig løsning eller ved at forlange, at vognmanden skal bakke meget lange strækninger. Kørsel med en mindre renovationsbil på enkelte ejendomme, fordelt ud over de to kommuner, betyder øgede udgifter og øget miljøpåvirkning. Enkelte borgere sætter beholderen frem på et aftalt opsamlingssted, hvortil der er bedre tilkørselsforhold.</p> <p>Da der fremadrettet skal tømmes 2-3 stk. 2-kammer beholdere på hver ejendom, kræver det kørsel med de store komprimatorbiler, hvis ordningen skal være miljømæssig og økonomisk forsvarlig for den enkelte borger. Der kan bruges mindre 2-kammer biler, men det vil kræve, at der omlastes på særligt indrettede pladser eller i et andet køretøj for at kunne dække tømningen af hele områder. Særligt enligt beliggende ejendomme og sommerhusområder har typisk ikke en egnet vendeplads eller den nødvendige belægning eller bredde på vejen, og der er ofte ikke mulighed for at ændre på de fysiske forhold i områderne.</p> <p>Der er borgere, som ikke ønsker at vedligeholde deres tilkørselsvej, så det er muligt for renovationsbilen at køre op til deres ejendom og derfor ønsker kørsel med en mindre renovationsbil i stedet for.</p>
<p>Fordele for borgeren</p>	<p>Hvis der køres med mindre renovationsbiler kan alle borgere få tømt affald fra bopælen. Alle borgere kan også få tømt, hvis der etableres en særlig ordning, hvor REFA tømmer med mindre biler de steder, hvor der er problematiske tilkørselsforhold.</p>
<p>Ulemper for borgeren</p>	<p>Hvis der stilles krav om, at tilkørselsforholdene skal leve op til de nuværende regulativer vil dette betyde, at det er borgerne, der selv skal transportere beholderne frem til et afhentningspunkt, hvortil tilkørselsforholdene leverer op til kravene, eller de skal indgå aftale omkring placering af standpladsen for beholderne på et egnet offentligt areal (f.eks. vejrabat).</p> <p>I forhold til sommerhuse er der mulighed for at etablere fællesløsninger og dermed undgå at tilkørselsforholdene til den enkelte matrikel lever op til kravene.</p> <p>Der vil dog være borgere, som ikke har mulighed for selv at bringe deres affald til et fælles opsamlingssted.</p>
<p>Fordele for REFA/kommunen</p>	<p>Ved fastholdelse af de nuværende regulativfastsatte krav skal beholderne bringes frem til farbar vej med vendeplads.</p>

<p>Ulemper for REFA/kommunen</p>	<p>Ved at fastholde de nuværende krav vil REFA enten i kontrakten med entreprenøren skulle sikre, at affaldet også kan hentes hvor tilkørselsforholdene ikke lever op til regulativets krav, eller selv hente affaldet i en mindre bil som bl.a. kan vende på et mindre areal. Denne løsning vil afføde øgede udgifter samt øget miljøpåvirkning.</p> <p>Vejmyndigheden skal give tilladelse, såfremt der stilles en beholder frem på et offentligt areal (f.eks. vejrabat). Dermed skal der bruges sagsbehandlingsressourcer hos Vejmyndigheden.</p>
<p>Økonomiske konsekvenser for den enkelte borger</p>	<p>Hvis der vælges en løsning, hvor det kun er de enkelte borgere som opkræves for særligt problematiske tilkørselsveje, vil nogle borgere få større udgifter til afhentning af deres affald (borgeren betaler selv for den øgede service).</p> <p>Hvis der vælges en solidarisk løsning vil alle borgere skulle være med til at betale for andres problematiske tilkørselsforhold.</p>
<p>Økonomiske konsekvenser for REFA/kommunen</p>	<p>Der er større udgifter forbundet med at have en mindre renovationsbil eller den særlige komprimatorbil.</p> <p>Borgere der ikke vil ændre på adgangsforholdene til deres ejendom, selvom det sagtens ville kunne lade sig gøre, vil kunne forlange kørsel med den mindre renovationsbil uden de berøres økonomisk, hvis den solidariske betaling vælges. Dette kan føre til, at en lang række ejendomme i det åbne land vil vælge at få tømt med den mindre bil.</p> <p>Der er udarbejdet et estimat for tillægsprisen for afhentning fra standpladsen, ved ejendomme med særlige problematiske tilkørselsforhold, hvilket for ugetømning af en beholder er på ca. 4.160 kr/år og ved 14-dags tømning er på ca. 2.080 kr/år.</p>

Skal virksomheder tilbydes at være med i affaldsordningen

<p>Nuværende rammer fra affaldsregulativ</p>	<p>Kommunen skal etablere en ordning for husholdningslignende restaffald (nuværende betegnelse er dagrenovationslignende affald) fra virksomheder.</p> <p>I dag har alle virksomheder og institutioner i kommunen benyttelsespligt til den kommunale indsamlingsordning af dagrenovationslignende affald. Kommunalbestyrelsen kan meddele dispensation fra benyttelse af den kommunale indsamlingsordning i særlige tilfælde, f.eks. såfremt virksomheden har behov for at benytte andet materiel end REFA's standardmateriel, har behov for særlig afhentningshyppighed, har store periodevariationer i mængden af affald eller er en del af en</p>
--	--

	<p>forretningskæde med egen affaldsordning. Der er givet generel fritagelse fra benyttelsespligten, hvis virksomheden drives fra en privatadresse, som er tilmeldt den kommunale dagrenovationsordning.</p> <p>Det er ikke tilladt for kommunen at håndtere sorteret, genanvendeligt erhvervsaffald via indsamlingsordninger.</p>
Fremtidige muligheder/ændringer	<p>Ifølge ny lovgivning kan kommunen fremadrettet tilbyde virksomheder at være med i den offentlige indsamlingsordning for sorteret og genanvendeligt affald, hvis affaldet i art og mængde svarer til affaldet fra en husholdning.</p> <p>Det vil fortsat være muligt for virksomheder, mod betaling, at anvende genbrugspladserne til genanvendeligt affald.</p>
Begrundelse for fremtidige affaldsløsninger	<p>Det er en god service for de mindre virksomheder, at de har mulighed for at benytte den kommunale indsamlingsordning.</p> <p>REFA er alligevel på adressen eller nær adressen i forbindelse med husholdningernes tømningssordning, hvorved miljøpåvirkningen minimeres.</p>
Fordele for virksomheden	<p>Mange mindre virksomheder vil have glæde af at kunne bruge den kommunale ordning.</p> <p>Beholdertyper, tømningssfrekvens og de regulativfastsatte regler vil være kendt fra husholdningernes ordninger</p>
Ulemper for virksomheden	<p>Ingen da det er frivilligt at benytte ordningen.</p>
Fordele for REFA/kommunen	<p>Genanvendelsen for erhvervsaffald øges.</p> <p>Kørslen og dermed miljøpåvirkningen minimeres, da der kun vil være én skraldebil i området til både husholdninger og virksomheder, hvilket også vil betyde mindre slid på vejene.</p>
Ulemper for REFA/kommunen	<p>Det er en administrativ tung ordning, da der skal afregnes efter gældende markedspris.</p>
Økonomiske konsekvenser for den enkelte virksomhed	<p>Det er pt. ukendt, hvilke økonomiske konsekvenser dette får, da afregningen afhænger af gældende markedspris.</p>
Økonomiske konsekvenser for REFA/kommunen	<p>Det er et krav, at indsamlingsordningen afregnes med gældende markedspris. Det estimerede REFA har udarbejdet er pt. samme pris som for husholdningerne dog uden prisen for benyttelsen af genbrugspladserne. Det vil sige at med valg af alle indsamlingsordningerne bliver prisen ca. 3.000 kr./år.</p>

Til Skoler og Færger samt
Ældrerådet og
Handicaprådet i
Lolland Kommune

Dato: 09.03.2022

Lolland Kommune
Teknik- og Miljømyndighed
Fruegade 7
4970 Rødby

Tlf.: 54 67 67 67
www.lolland.dk

Kontaktperson
Anette Carlsson
Teknisk Sekretariat

Høring af Buskøreplaner i Lolland Kommune for 2022/2023.

Planlægningen af de nye køreplaner for 2022/2023, for de kommunale og lokale buslinjer i Lolland Kommune, er påbegyndt.

Køreplanerne træder i kraft ved kommende køreplansskift pr. 26.06.2022.

Lokalplanerne (skoleruterne) er gældende fra skolestart den 08.08.2022 til 24.06.2023. Det drejer sig om følgende buslinjer: 717, 722, 724, 751, 752, 755, 761, 762, 763, 771, 772, 773, 774, 778, 791, 792

Planerne for de kommunale buslinjer træder i kraft ved køreplansskift pr. 11.12.2022. Det drejer sig om følgende buslinjer: 711, 712, 714, 715, 716, 718, 719, 720R, 721, 723, 725, 730, 780

Med udgangspunkt i de eksisterende køreplaner, hører vi gerne om I har nogen bemærkninger til disse.

Køreplanerne for de respektive buslinjer findes på DOT's hjemmeside www.dinoffentligetransport.dk.

Evt. bemærkninger til køreplanerne sendes til undertegnede www.aneca@lolland.dk og skal være mig i hænde senest den 28.03.22.

Med venlig hilsen

Anette Carlsson
Trafikplanlægger

Lolland Kommune
Teknik- og Miljømyndighed
Fruegade 7
4970 Rødby

Att: Anette Carlsson, trafikplanlægger.

Høring af Buskøreplaner i Lolland Kommune 2022-2023 **Høringssvar fra Ældrerådet**

Ældrerådet takker for muligheden for at afgive høringssvar.

I lyset af den nylige opfordring fra Det Internationale Energiagentur (IEA) om at reducere afhængigheden af russisk olie og gas, bl.a. ved at fremme den offentlige trafik, er det god timing netop nu at drage omsorg for, at også den offentlige trafik i en grøn kommune som Lolland bliver udformet så kundevenligt som muligt.

Ældrerådet har derfor i samråd med de ældre brugere af busserne kigget nærmere på køreplanerne, som de er p.t.

Generelt kan vi konstatere, at de allerfleste plejehjem savner busbetjening aften og weekend.

Manglende angivelse af køretider på stoppestederne er stadig et problem. Angivelse af antal afgangene inden for et tidsinterval er ikke nok, og det er også et ønske, at der igen kommer trykte køreplaner i busserne.

Manglende bybusser aften og weekend i Nakskov og Maribo er et stort problem, som hæmmer et blomstrende handelsliv lørdag formiddag, deltagelse i kulturtilbud i aftentimerne og i weekenden og i det hele taget socialt samvær med familie og venner.

Plustur er kun for digitale medborgere og udelukker derfor en del potentielle brugere. Flextur finder en del borgere ret ufleksibel, trods navnet, med lang ventetid og tidskrævende omveje.

Nedenfor følger en liste over modtagne kommentarer. Først delt op på områder og dernæst på de enkelte buslinjer:

Våbensted:

- Busforbindelse savnes.

Nystedvej i Maribo:

- Busforbindelse savnes.

Rødbyhavn-Nykøbing F.:

- Direkte togbus savnes, efter at toget forsvandt. En skam at også togbussen blev nedlagt, længe inden den nye station er i drift.

Nysted:

- Forslag om at togbus Rødbyhavn-Nykøbing F. kører gennem Nysted, da det tager halvanden time at komme fra Rødbyhavn til Nysted.

Blæsenborgparken:

- Busforbindelse savnes.

Blæsenborg Allé:

- Sidste bus kører, når skolen lukker. Burde have flere afgange også efter skoletid.

Fra Brandstrup, Tirsted, Vejleby og Skørringe-området til Rødby og Maribo:

- Mangler busser eftermiddag, aften og weekend.

Rødbyvej, Nakskov:

- Ærgerligt at bybussen ud ad Rødbyvej er nedlagt.

Nakskov:

- Mangler busbetjening aften og weekend. Handelsliv og kulturtilbud forudsætter nem tilgængelighed med offentlig transport. Især lørdag formiddag er det et ønske at kunne komme til byen. Ældre uden bil, og uden den digitale mulighed for Plustur, er afskåret fra at handle, lytte til musik og deltage i det sociale liv i Nakskov C og omkring Axeltorv. Flextur opleves som kompliceret og dyrt.

717:

- Ønske om afgange kl. 15 og kl. 16.

722:

- Ønske om lidt tidligere afgang om morgenen gennem Hunseby til Maribo, og ønske om afgang om eftermiddagen fra Maribo via Hunseby.
- For dårlig busbetjening af plejehjemmet Margretecentret eftermiddag, aften og weekend. Sidste afgang m. bus 722 er kl. 15.07 på hverdage fra Banegårdspladsen. Herefter er eneste transport Flextur. Plustur tager iflg. rejseplanen.dk hele 46 minutter for de 1,8 km og er kun for digitale medborgere.

752:

- Der bør ses på retning, når Humlegårdsvej ændres.

724 – 751 – 755 – 761 – 762 – 763 – 771 – 772 – 773 – 774 – 778 – 791 – 792:

- Ingen kommentarer.

711:

- Ønske om bedre overensstemmelse med skolernes mødetider morgen og eftermiddag.
- Ønske om halvtimesdrift til hverdag.
- Ønske om timedrift aften.
- Ønske om bybus i weekenden. Mange fx i Søhusene har ikke bil. Vil gerne handle på Axeltorv og i Nakskov C om lørdagen. Uden busbetjening er Axeltorv affolket.

712:

- Ønske at bussen kører hele året, ikke kun i sommerferien.

714:

- Plejehjemmet på Skolebakken mangler busbetjening om aftenen.

715:

- Ønske om weekendafgange.
- Ærgerligt at 715 er lavet om til en Plustur om morgenen 08.30. Skal møde i Nakskov kl. 9. Må tage bussen 7.01 fra Vindeby og er i Nakskov 7.38. Lang tid at vente til mødetid kl. 9.
- Mangler busbetjening aften og weekend af plejehjemmet i Sandby.

716:

- Ønske om at bussen laver en ”sløjfe”, sådan at 716 kører forbi Stødby Strandvej, med et holdt på Rudbjergvej.
- Ønske om afgang fra Maribo kl. 13.30.
- Ønske om kørsel gennem Ullerslev. Nu kommer 4H-gården til at ligge midt i byen, så der burde være transportmulighed.
- Ønske om weekendafgange på 716 til/fra Nakskov, så det bliver muligt at besøge familie i Dannemare.
- Mangler busbetjening aften og weekend af plejehjemmet Rønnebærparken.
- Ønsker rute ad Skørringevej i st. f. Haldsvej, så man ikke skal gå over en kilometer til landevejen, hvor der intet stoppested er, og som er meget trafikeret.
- Ønske om weekendkørsel, fx en afgang formiddag, en om eftermiddagen og en om aftenen.

718:

- Burde også køre i weekenden.
- Ønske om halvtimesdrift.
- Ønske om afgang fra Nakskov St. kl. 40 minutter over om eftermiddagen.

719:

- For få tider.
- Kun 2 min. til skift til Lollandsbanen på Nakskov St. er for lidt. Kommer ofte for sent.
- Ønske om halvtimesdrift.
- Ønske om weekendkørsel.
- Sidste bus kører allerede 18.10, burde først køre kl. 20.10.
- Ønske om at 719 kører gennem Vindeby.
- Ønske om at 719 kører 5 minutter før. Den kører xx:50 fra terminalen og er først i Nakskov 10 over, men toget kører 8 over, så man skal vente 30 minutter på det næste tog.
- Mangler busbetjening om aftenen af plejehjemmet Bøgelunden i Horslunde.

720R:

- Generelt stor tilfredshed med bussen, som er eneste transportmulighed fra Rødbyhavn, efter at DSB's tog og togbussen forsvandt.

721:

- Ønske om halvtimesdrift hele dagen og timedrift aften og weekend, så bussen passer med lægebesøg på Sundhedscenteret i Maribo, aktiviteter på FrivilligCentret dag og aften, og også af hensyn til de kommende seniorboliger på Søndre Boulevard, som får brug for normal busbetjening dag, aften, hverdag og weekend.
- For dårlig busbetjening af plejehjemmet Margretecentret eftermiddag, aften og weekend. Sidste afgang er bus 722 kl. 15.07 på hverdage fra Banegårdspladsen.

723:

- 723 afgår fra Maribo mod Holeby 3 minutter inden Lollandsbanen ankommer fra Nakskov, så rejsende til Holeby skal via Rødby og skifte bus der til Holeby. Rejsetiden forøges således med halvanden time.
- Mangler en afgang fra Maribo mellem 13.37 og 15.15.

725:

- Passer dårligt med færgen til Fejø. Skal vente 20-25 min. fra man ankommer til Kragenæs med færgen, og til bussen til Maribo kommer.
- Modsat misser man tit færgen i Kragenæs, når man kommer med bussen fra Maribo, og skal så vente 45-60 min. eller mere, til næste færge ankommer.

730:

- Ønske om at 730 kører til Holeby også i weekenden.

780:

- Når 780 ankommer til toget i Maribo, passer det ikke med togtiderne, så man skal fx af sted 6.16 fra Stokkemarke for at møde i Nykøbing 8.10. Det samme gælder Østoft.
- Mangler busbetjening om aftenen af plejehjemmene Stokkemarke, Skolebakken og Skovcentret.

Ældrerådet deltager gerne i det videre arbejde med udarbejdelse af de nye køreplaner.

Med venlig hilsen

På vegne af Ældrerådet i Lolland Kommune

Karen Zubari, formand

karen@karenzubari.dk – tel. 2218035 – Østervang 17, 4970 Rødby.

Forslag om ændring af Danske Ældreråds vedtægt

Det foreslås, at der redaktionelt sker en flytning af paragraffernes overskrifter, så de står før (og ikke efter) paragrafnumrene i vedtægten.

Nuværende vedtægt	Ændringsforslag	Begrundelse
§ 1 Navn Foreningens navn er Danske Ældreråd. Hjemstedet er København, Danmark.	§ 1 Navn Ingen ændringer.	
§ 2 Medlemskreds Som medlemmer kan optages alle ældreråd i Danmark, der er valgt i henhold til gældende lovgivning. Kommuner med flere ældreråd kan dog kun repræsenteres, som var der ét ældreråd i kommunen. Der kan ikke optages personlige medlemmer.	§ 3 Medlemskreds Som medlemmer kan optages alle ældreråd i Danmark, der er valgt i henhold til gældende lovgivning. Ved ældreråd forstås såvel ældreråd som seniorråd. Kommuner med flere ældreråd kan dog kun repræsenteres, som var der ét ældreråd i kommunen. Der kan ikke optages personlige medlemmer.	Ændret nummerering: § 2 om medlemskreds bliver til § 3, således at de to paragraffer, der vedrører medlemskreds og optagelse, kommer i direkte forlængelse af hinanden. Flere ældreråd kalder sig seniorråd. Det bør fremgå klart af vedtægten, at betegnelsen ældreråd også dækker seniorråd.
§ 3 Formål Danske Ældreråd har som formål, <ul style="list-style-type: none"> at varetage ældrerådernes interesser over for Regering, Folketing, KL, Danske Regioner samt offentlige, halvoffentlige og private organisationer, at styrke og videreudvikle ældrerådene i deres lokale virke, 	§ 2 Formål Danske Ældreråd har som formål, <ul style="list-style-type: none"> at varetage ældrerådernes interesser over for Regering, Folketing, KL, Danske Regioner samt offentlige, halvoffentlige og private organisationer, at støtte, styrke og videreudvikle ældrerådene i deres lokale virke, 	Ændret nummerering: § 3 om formål bliver til § 2, jf. begrundelse ovenfor. Ordet 'støtte' indføres i formålsbeskrivelse, da det også foregår.

<ul style="list-style-type: none"> • at arbejde for en ældrepolitik, der bidrager til, at alle ældre kan få et godt liv. 	<ul style="list-style-type: none"> • at arbejde for en ældrepolitik, der bidrager til, at alle ældre kan få et godt liv. 	
<p>§ 4 Optagelse og udmeldelse Optagelse i Danske Ældreråd sker ved skriftlig henvendelse til sekretariatet. Udmeldelse skal ske skriftligt til sekretariatet med mindst seks måneders varsel til et kalenderårs udløb. Efter udtræden har det udtrædende ældreråd intet krav på Danske Ældreråd.</p>	<p>§ 4 Optagelse og udmeldelse Ingen ændringer.</p>	
<p>§ 5 Ordinært repræsentantskabsmøde Danske Ældreråds højeste myndighed er repræsentantskabsmødet. Der afholdes ordinært repræsentantskabsmøde hvert år i andet kvartal. Indkaldelse med meddelelse om dato, tid og sted sker med mindst tre måneders skriftligt varsel.</p>	<p>§ 5 Ordinært repræsentantskabsmøde Danske Ældreråds højeste myndighed er repræsentantskabsmødet. Der afholdes ordinært repræsentantskabsmøde i ulige år i andet kvartal. Indkaldelse med meddelelse om dato, tid og sted udsendes til ældrerådene med mindst tre måneders skriftligt varsel.</p>	<p>Der vurderes ikke at være behov for årligt at samles i højeste myndighed:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De politiske drøftelser foregår i dag løbende hen over året – blandt andet på dialogmøder og andre fora. Det gør politikudviklingen mere dynamisk og giver Danske Ældreråd bedre mulighed for gå ind i aktuelle sager. • Valg af formand og næstformand foregår hvert andet år. • Når repræsentantskabsmødet afholdes hvert andet år, vil det give mere tid til, at bestyrelse og sekretariat kan arbejde med ældrerådsrådgivning og aktuelle politiske sager.
<p>Stk. 2. Sammen med indkaldelsen gives der meddelelse til det enkelte ældreråd om, hvor</p>	<p>Stk. 2. Sammen med indkaldelsen meddeles ældrerådene, hvor mange stemmeberettigede repræsentanter de hver er berettiget til.</p>	<p>Sproglig justering.</p>

mange stemmeberettigede repræsentanter det er berettiget til.		
Stk. 3. Dagsorden med bilag udsendes senest en måned før mødet.	Ingen ændringer.	
Stk. 4. Ældrerådene indsender senest seks uger før repræsentantskabsmødet tilmelding med kontaktoplysninger og navne på de stemmeberettigede repræsentanter. Såfremt der inden repræsentantskabsmødet opstår forfald blandt de tilmeldte repræsentanter, er det pågældende ældreråd berettiget til at udpege en stedfortræder. Sekretariatet informeres herom inden mødets start.	Ingen ændringer.	
Stk. 5. Kandidater til alle valg i Danske Ældreråd indstilles af et ældreråd.	Stk. 5. Kandidater til valg i Danske Ældreråd indstilles af et ældreråd. Valgberettigede er kun medlemmer af ældreråd.	Præcisering af, at alene medlemmer af ældreråd er valgberettigede.
§ 6 Beregning af antal stemmeberettigede repræsentanter Ethvert ældreråd har ret til én repræsentant for hver påbegyndt 10.000 af kommunens borgere, som pr. 1. januar det pågældende år er fyldt 60 år.	§ 6 Beregning af antal stemmeberettigede repræsentanter Ingen ændringer.	
Stk. 2. Det er en forudsætning for et ældreråds deltagelse i repræsentantskabsmødet, at kontingentet er betalt senest to måneder før det pågældende møde.	Ingen ændringer.	

<p>Stk. 3. Ældrerådsmedlemmer, som overværer repræsentantskabsmødet uden stemmeret, har taleret.</p>	<p>Stk. 3. Alle ældrerådsmedlemmer, som deltager i repræsentantskabsmødet, har taleret.</p>	<p>Sproglig justering.</p>
<p>Stk. 4. Der kan stemmes med skriftlig fuldmagt fra en fraværende repræsentant. Hver tilstedeværende repræsentant kan bære én fuldmagt.</p>	<p>Der kan stemmes med skriftlig fuldmagt fra en fraværende stemmeberettiget repræsentant. Hver tilstedeværende repræsentant kan ud over egen stemme bære én fuldmagt fra eget eller andet ældreråd.</p>	<p>Præcisering af mangeårig praksis for at afgive stemme med skriftlig fuldmagt.</p>
<p>§7 Repræsentantskabsmøde Dagsorden for repræsentantskabsmødet skal mindst indeholde:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. valg af dirigent 2. valg af stemmetællere og referent 3. bestyrelsens beretning for den forgangne periode 4. forelæggelse og godkendelse af årsrapport 5. forelæggelse og godkendelse af bestyrelsens forslag til "Danske Ældreråds holdning til aktuelle ældrepolitiske områder" 	<p>§7 Repræsentantskabsmøde Dagsorden for repræsentantskabsmødet skal mindst indeholde:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. valg af dirigent 2. valg af stemmetællere og referent 3. bestyrelsens beretning for den forgangne periode 4. dialog om aktuelle ældrepolitiske emner samt godkendelse af eventuel udtalelse fra repræsentantskabet 	<p>Ændret nummerering: Punkt 4 om årsrapport bliver punkt 6, således at dagsordenspunkter vedrørende økonomi kommer i forlængelse af hinanden. Påvirker resten af bestemmelsens nummerering.</p> <p>Danske Ældreråd arbejder i dag med politiske mærkesager og ikke længere holdningspapiret "Danske Ældreråds holdning til aktuelle ældrepolitiske emner". Repræsentantskabets godkendelse af eventuel udtalelse skrives ind i bestemmelsen.</p>

<p>6. orientering om budgetter for indeværende og kommende år</p> <p>7. indkomne forslag</p> <p>8. fastsættelse af kontingent</p> <p>9. præsentation af nyvalgt bestyrelse</p> <p>10. valg af formand, jf. § 8</p> <p>11. valg af revisor</p> <p>12. eventuelt</p>	<p>5. indkomne forslag</p> <p>6. forelæggelse og godkendelse af årsrapporter (årsregnskaber) siden sidste repræsentantskabsmøde</p> <p>7. orientering om budget for indeværende og kommende år</p> <p>8. fastsættelse af kontingent</p> <p>Udgår.</p> <p>9. valg af formand</p> <p>Nyt punkt:</p> <p>10. valg af næstformand</p> <p>11. godkendelse af statsautoriseret eller registeret revisor</p> <p>12. eventuelt</p>	<p>Ved repræsentantskabsmøde hvert andet år forelægges og godkendes to årsrapporter (årsregnskaber).</p> <p>Sproglig justering.</p> <p>Punkt 9 udgår, da bestyrelsen fremover præsenteres på anden vis via Danske Ældreråds hjemmeside, nyhedsbrev og lign.</p> <p>Ændret nummerering som konsekvens af, at punkt 9 udgår.</p> <p>Næstformand vælges ligesom formand ved direkte valg på repræsentantskabsmødet.</p> <p>Præcisering af, at revisor godkendes frem for vælges.</p>
<p>Stk. 2. Indkomne forslag skal, for at kunne behandles, være sekretariatet i hænde senest seks uger før repræsentantskabsmødet.</p>	<p>Stk. 2. Indkomne forslag fra ældrerådene skal, for at kunne behandles, være sekretariatet i hænde senest seks uger før repræsentantskabsmødet.</p>	<p>Præcisering af hvem der kan indsende forslag.</p>

<p>Stk. 3. Repræsentantskabsmødet træffer sine afgørelser med almindelig stemmeflerhed blandt de fremmødte stemmeberettigede repræsentanter, der hver har én stemme – jf. dog § 15 og § 6. stk. 4. I tilfælde af stemmelighed bortfalder forslaget, jf. dog § 8.</p>	<p>Stk. 3. Repræsentantskabsmødet træffer beslutninger med almindelig stemmeflerhed blandt de fremmødte stemmeberettigede repræsentanter, der hver har én stemme. I tilfælde af stemmelighed bortfalder forslaget. Ændring af vedtægten kræver mindst 2/3 flertal, jf. § 16.</p>	<p>Præcisering af regler for stemmeafgivning.</p>
<p>Stk. 4. Hvis et flertal på repræsentantskabsmødet ønsker det, foretages skriftlig afstemning.</p>	<p>Stk. 4. Hvis et flertal af de stemmeberettigede repræsentanter fremsætter ønske om det, skal der foretages skriftlig afstemning.</p>	<p>Sproglig justering.</p>
<p>Stk. 5. Udgifter ved deltagelse i repræsentantskabsmødet afholdes af hvert enkelt af de deltagende ældreråd.</p>	<p>Ingen ændringer.</p>	
<p>Stk. 6. Repræsentantskabets beslutninger baseres på oplæg fra bestyrelsen.</p>	<p>Udgår.</p>	<p>Bestyrelsen planlægger og afholder repræsentantskabsmøde og derfor vurderes bestemmelsen ikke at være nødvendig.</p>
	<p>Nyt stykke: Stk. 6. Bestyrelsen har mulighed for at indkalde til virtuelt repræsentantskabsmøde med samme frist og dagsorden som til ordinære møder, såfremt tungtvejende årsager ligger til grund.</p>	<p>Det er vigtigt, at muligheden for virtuelt repræsentantskabsmøde indskrives i vedtægten, jf. erfaringer fra coronasituationen.</p>
<p>§ 8 Valg af formand Valg af formand sker på det ordinære repræsentantskabsmøde i ulige årstal. Valget sker ved skriftlig afstemning, hvis der er foreslået mere end én kandidat.</p>	<p>§ 8 Valg af formand og næstformand Valg af formand og valg af næstformand sker på det ordinære repræsentantskabsmøde for en toårig periode. Valgene sker ved skriftlig afstemning, hvis der er foreslået mere end én kandidat til hver af posterne. Genvalg kan finde sted.</p>	<p>Næstformand vælges ligesom formand ved direkte valg på repræsentantskabsmødet for en toårig periode.</p>

<p>Stk. 2. Den kandidat, der har opnået mindst halvdelen af de afgivne stemmer, er valgt. Opnår ingen af de opstillede denne andel af stemmerne ved første afstemning, holdes ny afstemning mellem de to kandidater, der ved første afstemning opnåede de højeste stemmetal. Valgt er den, der opnår flest stemmer.</p>	<p>Ingen ændringer.</p>	
<p>Stk. 3. Ældeerråd kan indstille kandidater indtil seks uger før repræsentantskabsmødet.</p>	<p>Ingen ændringer.</p>	
<p>Stk. 4. Såfremt formanden afgår i valgperioden, overtager førstnæstformanden funktionen frem til førstkommende ordinære repræsentantskabsmøde, hvor nyvalg finder sted. Samtidig konstituerer bestyrelsen en ny andennæstformand for den resterende del af perioden.</p>	<p>Stk. 4. Såfremt formanden afgår i valgperioden, overtager næstformanden formandsposten frem til næste ordinære repræsentantskabsmøde, hvorefter nyvalg finder sted.</p>	<p>Ændring som konsekvens af, at der kun er en næstformand, og at denne er direkte valgt på repræsentantskabsmødet.</p>
	<p>Nyt stykke: Stk. 5. Såfremt næstformanden afgår i valgperioden, konstituerer bestyrelsen en ny næstformand af bestyrelsens midte, som sidder frem til næste ordinære repræsentantskabsmøde, hvorefter nyvalg finder sted. Den nye næstformands stedfortræder indtræder i bestyrelsen.</p>	<p>Ændring som konsekvens af, at der kun er en næstformand, og at denne er direkte valgt på repræsentantskabsmødet.</p>
<p>§ 9 Valg af bestyrelsesmedlemmer og stedfortrædere Til bestyrelsen vælges 10 personer.</p>	<p>§ 10 Valg af bestyrelsesmedlemmer og stedfortrædere Ingen ændringer.</p>	<p>Ændret nummerering: § 9 om valg af bestyrelsesmedlemmer og stedfortrædere bliver til § 10, således at de to paragraffer, der vedrører</p>

		bestyrelsen, kommer i direkte forlængelse af hinanden.
Stk. 2. Medlemmer af Danske Ældreråd er fordelt i 10 valgkredse. Bestyrelsen kan give dispensation til ældreråd, der ønsker at skifte valgkreds.	Ingen ændringer.	
Stk. 3. Hver valgkreds vælger ét bestyrelsesmedlem og to stedfortrædere. Genvalg kan finde sted.	Stk. 3. Valgkreds 1, 3, 5, 7 og 9 vælger et bestyrelsesmedlem og en stedfortræder hver i første kvartal i ulige år for to år. Valgkreds 2, 4, 6, 8 og 10 vælger et bestyrelsesmedlem og en stedfortræder hver i første kvartal i lige år for to år. Genvalg kan finde sted. Valgene udskrives og afvikles af sekretariatet. Valgene kan om nødvendigt afholdes uden fysisk fremmøde.	Der er forskudt valgperiode for bestyrelsesmedlemmer, således at hele bestyrelsen ikke kan skiftes på en gang. Det vil tilgode en vis stabilitet i bestyrelsen. Der er kun behov for én stedfortræder for hvert bestyrelsesmedlem.
Stk. 4. Bestyrelsesmedlemmet og stedfortrædere vælges ved et decentralt valg for en toårig periode i ulige års første kvartal.	Udgår.	Ikke aktuel.
	Nyt stykke: Stk. 4. Bestyrelsesmedlemmer valgt i ulige år, indtræder ved første bestyrelsesmøde efter repræsentantskabsmødet. Bestyrelsesmedlemmer valgt i lige år, indtræder ved først bestyrelsesmøde i andet kvartal.	
Stk. 5. Valgbare er medlemmer af et ældreråd i pågældende valgkreds.	Ingen ændringer.	
Stk. 6. Stemmeberettigede, jf. § 6, er kun tilstedeværende medlemmer af ældrerådene i	Stk. 6. Stemmeberettigede, jf. § 6, er kun medlemmer af ældrerådene i pågældende valgkreds. Der kan stemmes ved fuldmagt. Hver	Sproglig præcisering af mangeårig praksis for at afgive stemme ved fuldmagt.

pågældende valgkreds. Der kan stemmes ved fuldmagt, jf. § 6, stk. 4.	stemmeberettiget repræsentant kan ud over egen stemme bære én fuldmagt fra eget eller andet ældreråd i valgkredsen.	
Stk. 7. Valgprocedurer vedtages af bestyrelsen og skal være ens for alle valgkredse.	Ingen ændringer.	
Stk. 8. Valgkredsens bestyrelsesmedlem er ansvarlig for valgets udskrivelse og afholdelse.	Stk. 8. Sekretariatet er ansvarlig for udskrivelse, afholdelse og bekendtgørelse af valg.	Det er det, der sker i praksis i dag.
Stk. 9. Valgresultatet skal være sekretariatet i hænde senest seks uger før repræsentantskabsmødet.	Udgår.	Ikke aktuel.
§ 10 Ekstraordinært repræsentantskabsmøde Ekstraordinært repræsentantskabsmøde skal afholdes, når der foreligger en skriftlig anmodning herom enten fra et flertal i bestyrelsen eller fra mindst en fjerdedel af de ældreråd, der er medlemmer. Den skriftlige anmodning skal indeholde en motiveret dagsorden.	§ 9 Ekstraordinært repræsentantskabsmøde Ingen ændringer.	Ændret nummerering: § 10 om ekstraordinært repræsentantskabsmøde bliver til § 9, således at de tre paragraffer, der omhandler repræsentantskabsmødet, kommer i direkte forlængelse af hinanden.
Stk. 2. Ekstraordinært repræsentantskabsmøde skal afholdes inden én måned efter at anmodningen er modtaget i sekretariatet.	Stk. 2. Ekstraordinært repræsentantskabsmøde skal afholdes inden seks uger efter, at anmodningen er modtaget i sekretariatet.	Frist ændres til seks uger, så det bliver fysisk muligt at imødekomme.
Stk. 3. Indkaldelse sker ved særskilt skriftlig meddelelse med mindst 14 dages varsel og skal være ledsaget af motiveret dagsorden samt oplysning om antal stemmeberettigede.	Stk. 3. Indkaldelse udsendes til ældrerådene med mindst 14 dages varsel og skal være ledsaget af motiveret dagsorden samt oplysning om antal stemmeberettigede for det enkelte ældreråd.	Sproglig præcisering.

<p>Stk. 4. Ældrerådene indsender senest syv dage før det ekstraordinære repræsentantskabsmøde tilmelding med kontaktoplysninger og navne på de stemmeberettigede repræsentanter.</p>	<p>Ingen ændringer.</p>	
	<p>Nyt stykke: Stk. 5. Bestyrelsen har mulighed for at indkalde til virtuelt repræsentantskabsmøde med samme frist og dagsorden som til ekstraordinære møder, såfremt tungtvejende årsager ligger til grund.</p>	<p>Det er vigtigt, at muligheden for virtuelt repræsentantskabsmøde indskrives i vedtægten, jf. erfaringer fra coronasituationen.</p>
<p>§ 11 Bestyrelsen Bestyrelsen for Danske Ældreråd består af formand, to næstformænd, samt otte bestyrelsesmedlemmer.</p>	<p>§ 11 Bestyrelsen Bestyrelsen for Danske Ældreråd består af formand, næstformand og ti bestyrelsesmedlemmer.</p>	<p>Bestyrelsen udvides med en person som konsekvens af, at næstformanden vælges ved direkte valg på repræsentantskabsmødet.</p>
<p>Stk. 2. De fem regionsældreråd vælger i fællesskab en observatør, som deltager i bestyrelsens møder med taleret, men uden stemmeret.</p>	<p>Ingen ændringer.</p>	
<p>Stk. 3. Formanden vælges på repræsentantskabsmødet, jf. § 8. Snarest efter repræsentantskabsmødet konstituerer bestyrelsen sig med en første- og andennæstformand. Formandskabet består af formand og to næstformænd.</p>	<p>Stk. 3. Formandskab består af formand og næstformand.</p>	<p>Præcisering af formandskabets sammensætning.</p>
<p>Stk. 4. Bestyrelsen beslutter sin forretningsorden på det konstituerende møde. Heri fastlægges også formandskabets opgaver</p>	<p>Stk. 4. Bestyrelsen beslutter sin forretningsorden på første møde efter nyvalgte medlemmer er indtrådt i bestyrelsen.</p>	

og kompetence.		
Stk. 5. Hvis formanden eller et bestyrelsesmedlem udtræder af eller ikke opnår genvalg til eget ældreråd, indtræder stedfortræderen for resten af valgperioden.	Stk. 5. Hvis formanden, næstformanden eller et bestyrelsesmedlem udtræder af eller ikke opnår genvalg til eget ældreråd, indtræder stedfortræderen for resten af valgperioden.	
Stk. 6. Formanden indkalder til bestyrelsesmøderne. Der afholdes mindst tre ordinære bestyrelsesmøder årligt, og der føres referat.	Stk. 6. Formanden indkalder til bestyrelsesmøderne. Der holdes årligt mindst tre ordinære bestyrelsesmøder. I tilfælde af stemmelighed er formandens stemme afgørende. Referater er tilgængelig på Danske Ældreråds hjemmeside.	Sproglig justering og præcisering af, at formandens stemme af afgørende ved stemmelighed, og at referater skal være tilgængelige for medlemmerne.
Stk. 7. Formanden skal indkalde til yderligere bestyrelsesmøde, hvis mindst fire bestyrelsesmedlemmer ønsker det.	Ingen ændringer.	
Stk. 8. Formanden er berettiget til når som helst at indkalde til ekstraordinært bestyrelsesmøde.	Ingen ændringer.	
§ 12 Sekretariatet Bestyrelsen fastlægger sekretariatets placering og virke. Sekretariatslederen deltager i bestyrelsens møder uden stemmeret.	§ 12 Sekretariatet Bestyrelsen fastlægger sekretariatets placering og arbejdsopgaver. Direktøren deltager i bestyrelsens møder uden stemmeret.	Sproglig justering. Der bruges i dag betegnelsen direktør i stedet for sekretariatsleder.
§ 13 Tegningsret Formand og én næstformand tegner i fællesskab Danske Ældreråd. Ved dobbelt forfald udpeger bestyrelsen en	§ 13 Tegningsret Formand og næstformand tegner i fællesskab Danske Ældreråd. Ved dobbelt forfald udpeger bestyrelsen en tegningsberettiget person.	Der er kun en næstformand. Der bruges i dag betegnelsen direktør i stedet for sekretariatsleder.

tegningsberettiget person. Bestyrelsen kan meddele afgrænset prokura til sekretariatets leder.	Bestyrelsen kan meddele afgrænset prokura til direktøren.	
§ 14 Regnskab og budget Regnskabsåret er kalenderåret.	§ 14 Regnskab og budget Ingen ændringer.	
Stk. 2. Bestyrelsen udarbejder årsrapport, der revideres af den af repræsentantskabet valgte registrerede/statsautoriserede revisor. Herefter fremlægges årsrapporten til godkendelse på det ordinære repræsentantskabsmøde.	Stk. 2. Bestyrelsen udarbejder årsregnskab, der revideres af den på repræsentantskabsmødet godkendte revisor. Årsrapport med revisionspåtegning er tilgængelig på Danske Ældreråds hjemmeside.	
Stk. 3. Medlemskontingentet fastsættes hvert år på det ordinære repræsentantskabsmøde efter indstilling fra bestyrelsen.	Udgår.	Fastsættelsen af kontingent fremgår af nyt punkt 7 på dagsordenen for repræsentantskabsmødet. Desuden vil medlemskontingentet fremgå af budgetter for indeværende og kommende år.
Stk. 4. Bestyrelsen udarbejder ved udgangen af hvert år budgettet for det kommende år.	Stk. 3. Bestyrelsen udarbejder ved udgangen af hvert år budgettet for de kommende to år.	Ændret nummerering, da stk. 3 udgår.
Stk. 5. Danske Ældreråds virksomhed og drift finansieres af medlemskontingenter samt andre mulige indtægter.	Stk. 4. Danske Ældreråds virksomhed og drift finansieres af medlemskontingenter samt andre mulige indtægter.	Ændret nummerering, da stk. 3 udgår.
§ 15 Ændring af vedtægten Ændring af vedtægten skal, for at være gyldig, vedtages på et repræsentantskabsmøde med mindst 2/3 af de fremmødte stemmeberettigede repræsentanter.	§ 15 Ændring af vedtægten Ændring af vedtægten skal, for at være gyldig, vedtages på et repræsentantskabsmøde med mindst 2/3 af de fremmødte stemmeberettigede repræsentanter. Ændring af vedtægten skal fremstå som selvstændigt punkt på dagsordenen.	

<p>§ 16 Opløsning af Danske Ældreråd Opløsning kan kun ske med stemmer fra mindst 2/3 af de fremmødte stemmeberettigede repræsentanter på to på hinanden følgende repræsentantskabsmøder. Disse møder skal finde sted med mindst en uges mellemrum. Ved opløsning af Danske Ældreråd anvendes en eventuel formue til formål, der tilgodeser ældres interesser.</p>	<p>§ 16 Opløsning af Danske Ældreråd Ingen ændringer.</p>	
--	---	--

Den 28. februar 2022

Forslag om overgangbestemmelser vedr. ændring af Danske Ældreråds vedtægt

Forslag til ændring af vedtægten træder i kraft efter afslutningen af repræsentantskabsmødet 9. maj 2022.

Overgangbestemmelserne gælder fra vedtægtsændringens ikrafttræden.

Vedr. valg af bestyrelsesmedlemmer og stedfortrædere:

Der er valg til bestyrelsen næste gang i 2023.

I første kvartal 2023 vælger valgkreds 1, 3, 5, 7 og 9 et bestyrelsesmedlem og en stedfortræder for en toårig periode.

I første kvartal 2024 vælger valgkreds 2, 4, 6, 8 og 10 et bestyrelsesmedlem og en stedfortræder for en toårig periode.

Som konsekvens heraf forlænges valgperioden for siddende bestyrelsesmedlemmer og stedfortrædere i valgkreds 2, 4, 6, 8 og 10 med et år.

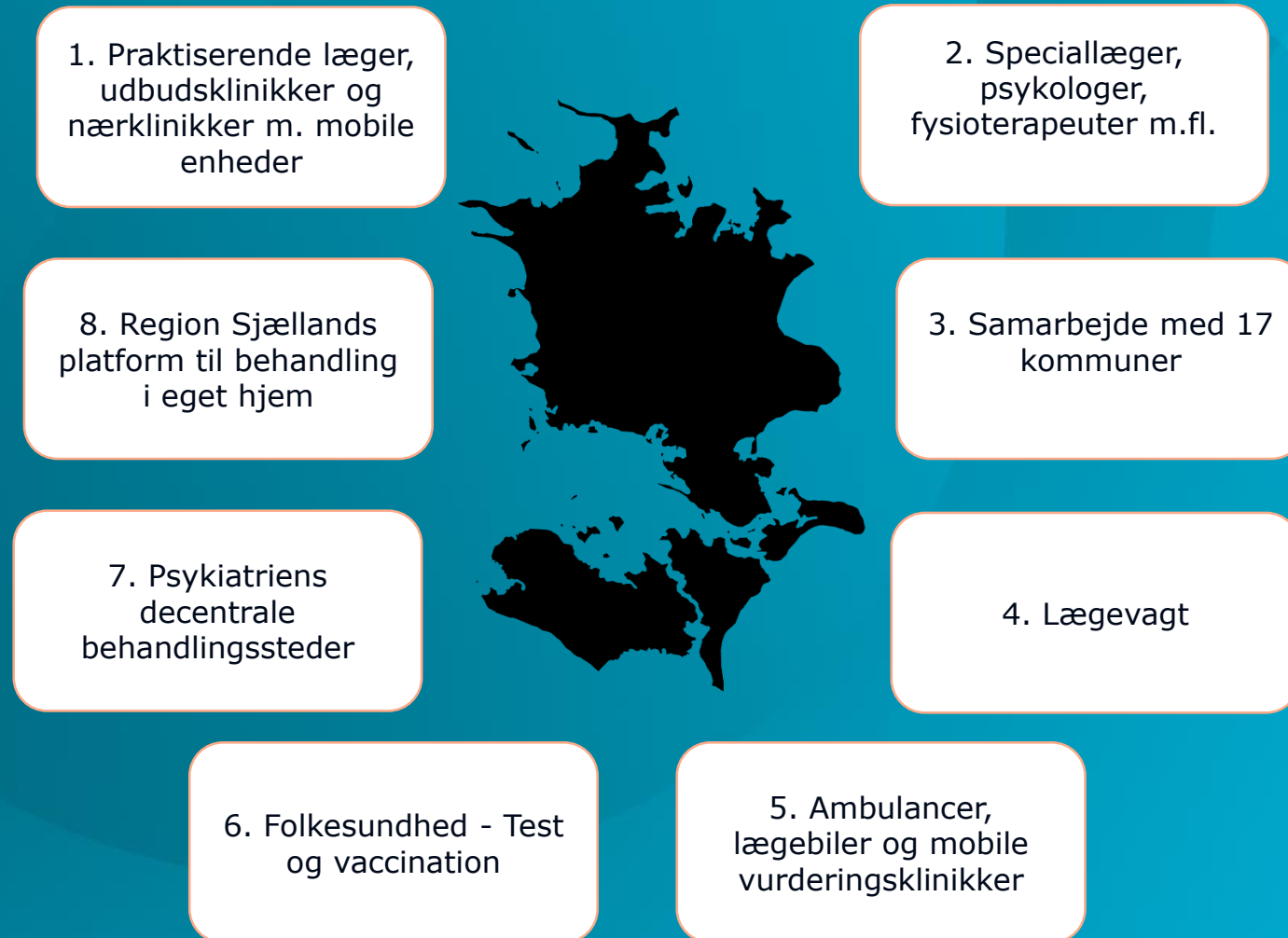


**Det Nære Sundhedsvæsen
Hvad Er Status?
Hvor Er Vi På Vej Hen?**

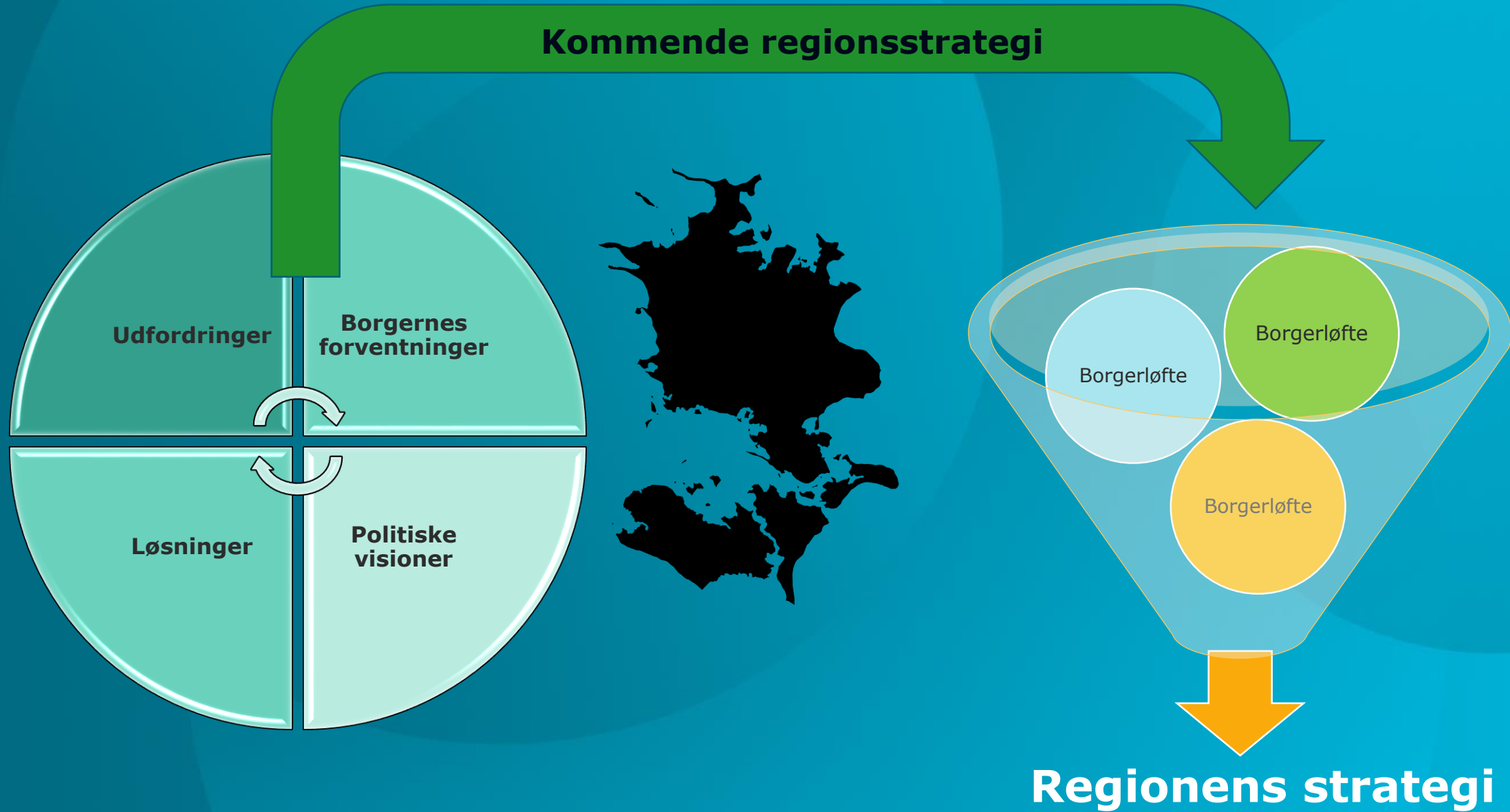
**Oplæg for
Regionsælderådet
16. marts 2022**

Sundhed Tæt På Borgerne

- Her møder borgeren det nære sundhedsvæsen



Borgerløfter



Kommende/Nuværende Aktuelle Politiske Dagsordener Med Betydning For Det Nære

- Klyngesamarbejde
 - Regioner, kommuner og sygehuse rykker endnu tættere sammen
- Sundhedsreform
 - Får stor indflydelse på fremtidens nære sundhedssamarbejde
- Overtagelse af lægevagt i Region Sjælland
 - Én indgang
 - Rekruttering af læger
 - Tilpasning af tilbuddet til borgerne



Behandling I Eget Hjem



Hvad Udfordrer Regionen

- Det specialiserede sygehusvæsen betyder lang transporttid for mange borgere, ikke mindst ældre, når de skal til ambulans kontrol
- Som ældre borgere udgør indlæggelse en risikofaktor i sig selv:
 - 30 procent oplever komplikationer
 - 28 procent (*udskrevet fra medicinsk afdeling*) bliver genindlagt inden 30 dage
- Særlig udfordring og potentiale for forbedring i Region Sjælland:
 - Antallet af indlæggelser på medicinske afdelinger ligger i Region Sjælland ca. 33 procent over landsgennemsnittet
 - 113 indlæggelser pr. 1.000 indbyggere



Løsninger

- Virtuelle tilbud:
 - Borgeren kan fx virtuelt modtage ambulante konsultationer i hjemmet og spare tid og penge på transport
- Eget hjem
 - Borgeren kan blive indlagt i eget hjem → undersøgelser/laboratorieundersøgelser og behandling i hjemmet
 - Tryghed skabes via virtuel kontakt til sygeplejersker og læger samt udkørende mobile behandlingsenheder
- Fordele:
 - Behandling i eget hjem mindsker risikoen for komplikationer og genindlæggelser
 - Indlæggelsestiden på sygehuset kan nedbringes → borgeren kan hurtigere komme hjem i vante rammer



Akut Behandling I Eget Hjem



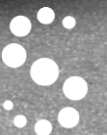
Særlige Indsatser I 2022

- Overtagelse af lægevagt
 - PLO Sjælland har opsagt lægevagtsaftalen og
 - pr. 1. oktober 2022 overtager Region Sjælland det fulde ansvar for lægevagten
- Svært med overblik over akutte tilbud:
 - For mange, ikke mindst ældre borgere være svært at finde ud af, hvem man skal kontakte ved akut brug for sundhedsfaglig hjælp
- Ventetid:
 - Mange oplever lang ventetid i telefonen til lægevagten
- Indlæggelser pga. kapacitetsudfordringer
 - Mange indlæggelser sker, fordi lægevagten kun har begrænsede muligheder for at tage laboratorieprøver



Moderne Lægevagt

- Èt telefonnummer til hele det akutte område – minus 112
- Sygeplejersker og paramedicinere deltager i visitation og behandling af patienterne i samarbejde med læger
- Præhospitale VurderingsEnheder (PHV) – forløber for samarbejde mellem paramedicinere og læger i lægevagten
- 60-70 procent af patienter behandlet af PHV kan undgå akut indlæggelse
- Mobile BehandlingsEnheder kan følge op på behandlingen givet af PHV, hvis der er behov for dette
- Fordele: mere tryghed
 - Særligt i akutte situationer er det vigtigt for regionens borgere, at de hurtigt kan få hjælp og kontakt til sundhedsfagligt personale



En Styrket Primærsektor

Speciallæger



Almen praksis



Psykologer
Kiropraktorer
Fysioterapeuter
Fodterapeuter

psykiatri



Hvad Udfordrer Region Sjælland

- Lægedækning:
 - Hver anden borger i Lolland Kommune har ikke en PLO-klinik som egen læge
- Pensionen nærmer sig:
 - 28 pct. af de praktiserende læger i regionen er 60 år eller derover
- Langt til speciallæge:
 - Hver anden danske privatpraktiserende speciallæge er i Region Hovedstaden
 - Af regionens 17 heltids privatpraktiserende psykiatere er 6 i Roskilde Kommune og kun 2 i de 6 sydligste kommuner tilsammen
- Ubesatte psykologstillinger
 - 14 pct. af alle psykologstillinger er ubesatte



Løsninger

- **Vandkantsmodellen:**
 - Sikre borgerne lægedækning ved at rekruttere og fastholde praktiserende læger
 - Sikre borgerne valgfrihed ved at arbejde med flere organisationsformer
- **Regionsdrevne nærklinikker**
 - Udvikler nye metoder til almen lægehjælp
- **Sikre speciallæger tættere på**
 - Lokalaftaler mellem speciallæger og sygehuse
 - Satellitpraksis



Folkesundheden

Udfordringer

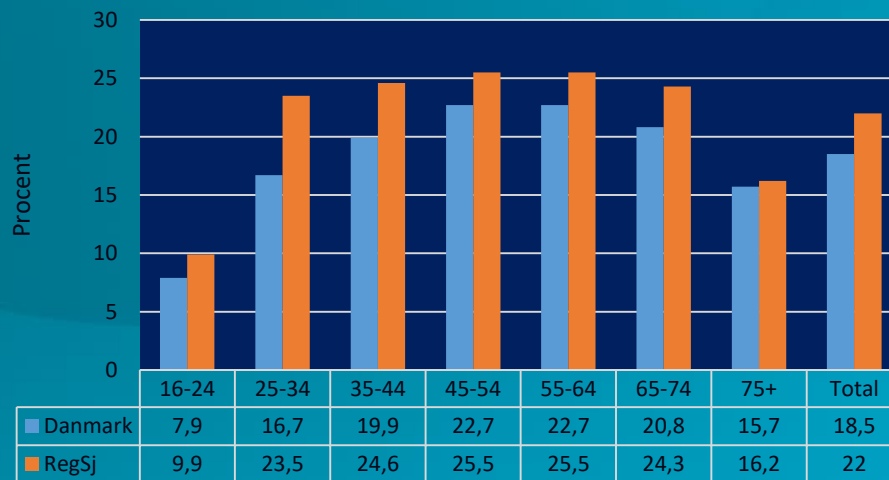
Ny national sundhedsprofil netop offentliggjort

Tabel 6.1 Middellevetid for 0-årige blandt mænd og kvinder, opdelt på region. 2010, 2013, 2017 og 2021.

	Mænd				Kvinder			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
Hovedstaden	76,2	77,5	78,2	79,0	80,6	81,7	82,3	83,2
Sjælland	75,6	76,9	77,8	78,4	80,2	81,2	81,7	82,3
Syddanmark	76,6	77,8	78,8	79,2	80,8	82,0	82,6	83,2
Midtjylland	77,4	78,8	79,1	79,7	81,4	82,5	82,9	83,6
Nordjylland	76,6	78,4	78,2	79,3	80,5	81,7	82,2	82,9
Danmark	76,5	77,9	78,5	79,2	80,8	81,9	82,4	83,2

Danmarks Statistik²⁰

Andel med svær overvægt i DK og RegSj 2021



Folkesundheden

Løsninger

Borgerne skal have lettere adgang til forebyggelse og tidligere indsats.

Oprettelse af folkesundhedsklinikker:

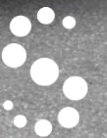
- Tilbud om vaccination, der ikke sker i forbindelse med lægebesøg
- Test
- Blodprøvetagning
- Livmoderhalskræftscreening
- Forebyggelsesindsatser i forhold til livsstilssygdomme
- Ungemodtagelser med fokus på trivsel og seksuel sundhed.

Strategiske samarbejder med kommunale og private aktører.



Den Ældre Medicinske Patient

- **Implementering af den fælles model for tværsektorielt samarbejde om svage ældre**
 - Regionsrådet har bevilliget 4 mio. kr. til årlig drift af arbejdet.
 - Modellen indeholder fem elementer:
 - Udskrivningssygeplejersker,
 - som har erfaring fra begge sektorer og er specialiserede i behandling af de ældre medicinske patienter
 - Netværk for tværsektorielt samarbejde
 - med fokus på sektorovergangene
 - Fremskudt kommunal visitation
 - Videokonference
 - Kompetenceudviklingsforløb for sundhedspersonale på sygehuse og i kommunerne



Afrunding

- Jeres engagement og stemme er vigtig
- Skal vi lykkes med at skabe endnu tættere samarbejde og løsninger tæt på den enkeltes hverdag, skal alle gode kræfter i spil
- Brug jeres stemme
- Kom med jeres ideer
- oplagt, at også I kommer med jeres indspil og ideer til regionens kommende strategi er



Lolland Ældreråd - Årshjul 2022

Senest opdateret den 07-04-22

Tilføje:

§ 18 uddelingsmøder datoer

Brugerrådsmøder Fælleskøkkenet datoer

Regionsældrerådsmøder datoer

Tilflytterarrangement dato

Temadage Danske Ældreråd tema/dato

Kontaktudvalgsmøder hvor/hvem/dato

Måned	Dato	Aktivitet	Bemærkninger
Januar	20. jan.	Ældrerådsmøde	
	25. jan.	Byrådsmøde 18.00 Rødbyhavnhallen	
Februar	10. feb.	Ældrerådsmøde	
	24. feb.	Byrådsmøde 18.00 Nakskov Bibl.	
Marts	2. marts	Danske Ældreråd: Ny Ældrelov. Møde f. formænd.	
	3. marts	Danske Ældreråd: For nyvalgte. Alle.	
	4. marts	Møde m. adm. om sagstyper – KZ, AB.	
	10. marts	Ældrerådsmøde	
	21. marts	Danske Ældreråd: Ældrerådsledelse. KZ, AB.	
	24. marts	Byrådsmøde 18.00 Errindlev Forsaml.hus	
	28. marts	Høringsfrist Buskøreplaner	
	31. marts	Strategimøde. Maribo. 1. sal. kl. 13-17.	
	31. marts	Befordringsbilag afleveres	
April	6. april	Møde m. ÆOS Møllecentret, tidl. cafeteria kl. 19.00-20.00.	
	7. april	Frist f. ÆR-medl. input til dagsorden 21/4	
	21. april	Ældrerådsmøde Maribo, blå lokale, 1. sal.	
	28. april	Frist f. ÆR-medl. input til dagsorden 12/5	
	28. april	Byrådsmøde 18.00 Gult Pakhus Maribo	
Maj	3. maj	Rundvisning i Fælleskøkkenet kl. 13-16.	
	9.-10. maj	Nyborg Str. Repræsentantskabsmøde/konference	
	12. maj	Ældrerådsmøde Skovcentret lokale 6. Nu: beslutte pktr. til disk. m. ÆOS-udv. 31/8, som skal på ÆOS-do. 17/8.	
	25. maj	Byrådsmøde 18.00 Nakskov Bibl.	

	26. maj	Frist f. ÆR-medl. input til dagsorden 9/6	
Juni			
	7. juni	Kontaktudv.møde Blomsterp. Karen + valgmøde	
	9. juni	Ældrerådsmøde Maribo, blå lokal, 1. sal.	
	14. juni	Byrådsmøde 18.00 Kulturhus Vestenskov	
	30. juni	Befordringsbilag afleveres	
Juli			
August			
	11. aug.	Frist f. ÆR-medl. input til dagsorden 25/8	
	25. aug.	Ældrerådsmøde Nakskov, konferencen	
	25. aug.	Frist f. ÆR-medl. input til dagsorden 8/9	
	31. aug.	Møde m. ÆOS-udv.	
	31. aug.	Byrådsmøde 18.00 Gult Pakhus Maribo	
September			
	8. sept.	Ældrerådsmøde Nakskov, konferencen	
	15. sept.	Byrådsmøde 18.00 Nakskov Bibl.	
	22. sept.	Frist f. ÆR-medl. input til dagsorden 6/10	
	30. sept.	Befordringsbilag afleveres	
Oktober	1. oktober	FN's internationale ældredag	
	6. okt.	Ældrerådsmøde, Maribo, konferencen	
	13. okt.	Byrådsmøde 18.00 Gult Pakhus Maribo	
	27. okt.	Frist f. ÆR-medl. input til dagsorden 10/11	
November		Lave beretning. Klar til 1. kvartal 2023.	
	10. nov.	Ældrerådsmøde Nakskov, konferencen.	
	24. nov.	Byrådsmøde 18.00 Østofte Forsaml.hus	
December	1. dec.	Frist f. ÆR-medl. input til dagsorden 15/12	
	15. dec.	Ældrerådsmøde Maribo, 1. sal, blå lokal.	
	15. dec.	Byrådsmøde 18.00 Nakskov Bibl.	
	31. dec.	Befordringsbilag afleveres	