IMPLEMENT
CONSULTING GROUP

Ældre- og Sundhedsanalyse

Center for Sundhed og Omsorg: Lyngby-Taarbæk Kommune

8. marts 2018

Implement Consulting Group
Strandvejen 54
2900 Hellerup

Tel +45 4586 7900
Email info@implement.dk
Implementconsultinggroup.com

CVR 32767788
Bank 4845-3450018236
SWIFT DABADKKK
Iban DK3030003450018236

IMPLEMENT
CONSULTING GROUP

Indholdsfortegnelse: Overordnet

1. Introduktion og læsevejledning ……..5
2. Resumé ……..……7
3. Helhedsbillede af CSO……...14
4. Ledelse ……21
5. Brugen af pladserne under træningsenheden ……48
6. Det mobile akutteam (MAT) ……65
7. Vikarforbruget ……76
8. Kompetencesammensætning og kontinuitet i kvaliteten ……96
9. Afregningsmodellen i hjemmeplejen ……103
10. Udviklingstiltag og årsaftalen ……110
11. Kompetenceudvikling ……..113
12. Bilagsmateriale……115

Indholdsfortegnelse: Detaljeret

Contents

1. Resumé 7

Helhedsbillede af CSO

1. Rammebetingelser 14
   - 1.1 Plejecentre 15
   - 1.2 Den kommunale hjemmepleje 16
   - 1.3 Træningsenheden 17
2. Styring og ledelse 19
3. Konklusion 20

Delanalyse 1: Ledelse

1. Introduktion 21
   - 1.1 Kontekst for analysen 21
   - 1.2 Metode og proces 23
2. Sammenfatning og anbefalinger 23
   - 2.1 Tværgående anbefalinger 24
   - 2.2 Områdespecifikke anbefalinger 25
3. Tværgående betragtninger 26
4. Plejecentrene 28
   - 4.1 Afdækning af nu-situation 28
   - 4.2 Analyse af forbedringspotentialer 30
     - 4.2.1 Designkriterier 30
     - 4.2.2 Modeller til en styrket ledelsesunderstøttelse 31
   - 4.3 Anbefalinger 34
5. Hjemmeplejen 35
   - 5.1 Afdækning af nu-situation 35
   - 5.2 Analyse af forbedringspotentialer 37
     - 5.2.1 Designkriterier 37
     - 5.2.2 Overvejelser om den administrative understøttelse på hjemmeplejeområdet 38
     - 5.2.3 Modeller til en styrket ledelsesstruktur 39
   - 5.3 Anbefalinger 40
6. Træningscentrene 41
   - 6.1 Afdækning af nu-situation 41
   - 6.2 Analyse af forbedringspotentialer 43
     - 6.2.1 Designkriterier 43
     - 6.2.2 Overvejelser om den administrative understøttelse på træningsområdet .45

6.2.3 Modeller til en styrket ledelsesunderstøttelse 45

6.3 Anbefalinger 46

Delanalyse 2: Brugen af midlertidige pladser

1. Introduktion 48

1.1 Metode og proces 48

1.2 Afdækning af nu-situationen 49

2. Strategiske mål og målgruppe 58

3. Afdækning af potentielle forbedringsområder 58

3.1 Sammenhæng mellem målgruppernes behov og pladsernes kompetence og kapabilitet..... 59

3.2 Behov for pladser og kapacitetsudnyttelse..... 60

3.3 Sammenhæng og samarbejde mellem pladserne, hjemmeplejen og visitationen 61

4. Anbefalinger..... 61

Delanalyse 3: Det mobile akutteam

1. Introduktion: Opdrag og formål 65

2. Metode og proces 65

3. Afdækning af nu-situation 65

3.1 Afdækning af potentielle forbedringsområder 66

4. Analyse af forbedringspotentialer..... 66

4.1 MATs ressourcebehov 66

4.2 Aktivering af MAT..... 70

4.3 Udvidelse af MATs værktøjskasse..... 71

4.4 Organisering 72

5. Anbefalinger..... 72

5.1 MATs ressourcer..... 73

5.2 Aktivering 73

5.3 Udvidelse af værktøjskassen 74

5.4 Organisering og kompetenceudvikling 74

Delanalyse 4: Vikarforbrug

1. Introduktion 76

2. Metode og proces 76

3. Afdækning af nu-situation 76

3.1 Brug af afløsere og vikarer..... 76

3.2 Vikarforbrug 78

3.3 Drivere af vikarforbrug..... 85

4. Potentielle forbedringsområder..... 86

4.1 Ændring af weekendrul 86

4.2 Ændring af grundnormering (Baunehøj og Møllebo)..... 89

4.3 Flyvere (plejecentre og træning) 92
4.4 Bedre deling af interne afløserkorps 93
5. Anbefalinger 94
Delanalyse 5: Kompetencesammensætning og kontinuitet
1. Introduktion 96
2. Metode og proces 96
3. Nu-situationen 97
4. Potentielle forbedringsområder og anbefalinger 101
Delanalyse 6: Afregningsmodellen i hjemmeplejen
1. Indledning 103
2. Metode og proces 103
3. Nu-situation: Den nuværende model 104
4. Designprincipper: ”Den mest tillidsbaserede model i Danmark” 104
5. En ny model: Grundstenen 105
5.1 En række forudsætninger 105
6. Anbefalinger 109
Delanalyse 7: Udviklingstiltag og årsaftalen
1. Introduktion 110
2. Metode og proces 110
3. Nu-situationen 110
4. Forbedringspotentialer og anbefalinger 111
Delanalyse 8: Kompetenceudvikling 113
1. Bilag 1: Overblik over hypoteser 115
2. Bilag 2: Krav til den kommunale akutfunktion 117
3. Bilag 3: Aktivitetsdata for MAT 119
4. Bilag 4: Beregningstekniske forudsætninger i vikaranalysen 120
5. Bilag 5: Aldersfordeling af nøglekompetencer 122
6. Bilag 6: Sammenligning af sygeplejekatalog 128
7. Bilag 7: Oplevet kvalitet og kontinuitet 131
8. Bilag 8: Overblik over udviklingstiltag 134
9. Bilag 9: Overblik over kompetenceudvikling 137

Introduktion og læsevejledning

Implement Consulting Group har i samarbejde med Center for Sundhed og Omsorg (CSO) i Lyngby-Taarbæk Kommune (LTK) gennemført en analyse af en række centrale temaer på ældre- og sundhedsområdet, herunder;

- Ledelse
- Brugen af pladserne under træningsenheden
- Det mobile akutteam (MAT)
- Vikarforbruget
- Kompetencesammensætning og kontinuitet i kvaliteten
- Afregningsmodellen i hjemmeplejen
- Udviklingstiltag og årsaftalen
- Kompetenceudvikling

Ældre- og sundhedsanalysens formål er, at identificere udfordringer inden for de ovenfor nævnte temaer samt formulere konkrete anbefalinger, som kan optimere centrets ressourceanvendelse, både i et kvalitetsmæssigt og økonomisk perspektiv. Analysens output består af denne samlende rapport med en række delanalyser. Hertil kommer en kortlægning af økonomi, kompetencer, aktivitet og kvalitet på området, udformet i overblksplancher særligt møntet på at give det nyligt konstituerede politiske udvalg et tilgængeligt - men data-rigt - overblik over organisationen.

Konkret tager analysen afsæt i en række formulerede hypoteser, som samlet set udtrykker de spørgsmål, som analysen skal adressere. Et samlet overblik over hypoteserne, og hvor de behandles i rapporten, kan findes i bilag 1. Herudover gengives de relevante hypoteser i introduktionen til hver delanalyse.

Tre øvrige kommuner – Helsingør, Furesø og Fredensborg – har deltaget i analysen med datatræk og kvalitative input med henblik på at skabe et tværkommunalt sammenligningsgrundlag på en række nøgleparametre, såsom ledelsesspænd, kompetencesammensætning, priser, vikarforbrug, m.m. Kommunerne er udvalgt på baggrund af et ønske om at benchmarke med andre nærliggende kommuner som kan bidrage med andre perspektiver på opgaveløsningen end dem, der er velkendte i LTK.

Afdækningen af de oven for nævnte tematikker er i denne rapport struktureret i delanalyser, som – givet analysens bredde – har varierende 'dybde', der er afstemt gennem løbende prioritering i den administrative styregruppe. Afrapporteringens mest omfattende delanalyser er: ledelsesanalysen, analysen af brugen af pladser under træningsenheden samt analysen af vikarforbruget.

Rapporten er bygget op med et indledende resumé af hele afrapporteringen, med de overordnede identificerede udfordringer og anbefalinger. Herefter afrapporteres de selvstændige delanalyser i ovenfornævnte rækkefølge. Delanalyserne er selvstændige og kan læses som sådan, men følger alle samme afrapporteringsstruktur; [1]

- Introduktion
- Metode og proces

[1] Delanalysen om ledelse har dog en indledende sammenfatning af anbefalingerne, da den i praksis er tre selvstændige analyser for hhv. hjemmeplejen, plejecentrene og træningsenheden, og anbefalinger derfor ellers ikke kan læses samlet.
I enkelte af de mindre analyser (kompetencesammensætning, udviklingstiltag og kompetenceudvikling) er 'potentielle forbedringsområder' og 'anbefalinger' slået sammen til ét afsnit.

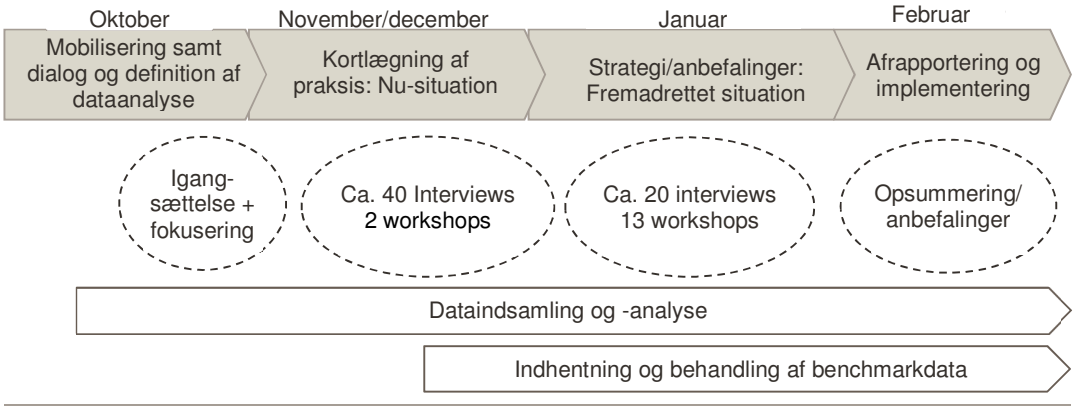
- Afdækning af nu-situationen
- Potentielle forbedringsområder
- Anbefalinger

Analysen har forløbet over en fire måneder lang periode, fra primo november til ultimo februar. Givet bredden af temaer, der dækkes i analysen, har der ligeledes været en bred variation af tilgange og metoder, der har været anvendt i analysen. Hver delanalyse indeholder en kort beskrivelse af de centrale datakilder, der har været anvendt samt den proces, hvormed analysen har været tilrettelagt.

Analysen – både i sin helhed og de enkelte delanalyser – udtrykker alene Implements eksterne vurderinger, konklusioner og anbefalinger på de hypoteser, der er stillet som opdrag til analysen. Det har samtidigt været tilstræbt at inddrage organisationen i videst muligt omfang i alle dele af analysens faser - fra den indledende konkretisering af hypoteserne til optegnelsen af udfordringsbilledet, og til formulering og kvalificering af anbefalingerne – både for at sikre det rette fokus og den rette kvalitet i beskrivelserne af udfordringerne og i anbefalingerne samt for at sikre grobunden for det videre udviklings- og implementeringsarbejde, der følger af denne afrapportering.

Konkret har der været gennemført mere end 60 interviews og 15 workshops med både ledere og medarbejdere på tværs af hele organisationen. Sekretariatet har samtidigt bidraget med en lang række centrale datatræk, mens de decentrale enheder har bidraget med lokalt trukket og produceret data. Herudover har de tre sammenligningskommuner ligeledes bidraget med datatræk til kortlægningen.

En overordnet tidsplan for forløbet er gengivet i figuren herunder:



1. Resumé

Dette resumé indeholder en kort gengivelse af de primære udfordringer og anbefalinger – for hver af delanalyserne samt det overordnede indtryk af organisationen.

OVERORDNET INDTRYK

Lyngby-Taarbæk Kommune er en kommune med en forholdsvis høj andel borgere over 80 år. Samtidig har kommunen en sociodemografisk sammensætning, som gør at man, alt andet lige, må forvente at det samlede plejebehov hos den ældre befolkning er lavere end i mange andre kommuner.

Det er på baggrund af indestående analyse Implements vurdering, at LTK generelt har et højt serviceniveau på ældreområdet – på tværs af både hjemmepleje, plejecentre og træningsenheden – som samlet set kan forklare, at udgiftsniveauet per borger i LTK er i den høje ende nationalt set. Det er her særligt relevant, at der både i hjemmeplejen og på de midlertidige pladser er en meget høj dækningsgrad og en høj enhedsomkostning (altså, at mange borgere modtager hjemmepleje/bor på en midlertidig plads, og at den gennemsnitlige pris per modtager og per midlertidig plads er høj). Samtidig er dækningsgraden på plejecentrene også høj sammenlignet med andre kommuner.

Samlet set vurderer Implement, at forklaringen på det høje prisniveau i LTK - som er velkendt fra KLs nøgletal - skal findes i et højt serviceniveau, særligt ud fra ovenstående parametre om høj dækning og høje enhedsomkostninger. Herudover vurderer Implement, at CSO er et veldrevet center, som ligger pænt på en række centrale nøgleparametre som færdigbehandlede sengedage, overholdelse af plejehjemsgarantien, akutte indlæggelser m.m., har en balanceret økonomi, og samtidig har en stærk og sammenhængende styringsmodel med en godt fokuseret udviklingskraft.

LEDELSE

Ledelsesanalysen har i praksis været bygget op som tre selvstændige analyser af hhv. hjemmeplejen, plejecentrene og træningsenheden. Der er imidlertid nogle gennemgående træk på tværs af områderne, både i forhold til udfordringsbilledet og de formulerede anbefalinger. Der er tre gennemgående konklusioner:

For det første - og vigtigst - er konklusionen på alle ledelsesanalyserne, at de assisterende områdeledere i plejen har meget vanskelige forudsætninger for at lykkes med deres ledelsesopgave, grundet et meget stort ledelsesspænd. Dette gælder på både plejecentrene, træningsenheden og i hjemmeplejen. Det medfører risiko for en utilstrækkelig personaleledelse, manglende faglig og strategisk udvikling og ledere, der ikke oplever, at de kan løfte deres ledelsesfunktion med en tilstrækkelig kvalitet.

Den assisterende områdeledelse i CSO opererer efter Implements vurdering under nogle forudsætninger, der kan have negative konsekvenser for kvaliteten over for borgerne, for medarbejdertrivslen, og givetvis også enkelte udgiftsdrivende parametre som vikarforbruget. På den baggrund anbefaler Implement, i tråd med både Ledelseskommissionens formand, FOA, DSR og en række tidligere analyser, at der investeres i en mærkbar reduktion af ledelsesspændet, som skal sikre ledelsen i CSO tilstrækkelige forudsætninger for at lykkes med den funktion, de er ansat til at varetage.

For det andet er der på tværs af områderne identificeret et potentiale i at sikre en tættere sammenhæng mellem budget- og disponeringsansvar; altså at personen med økonomiansvaret har reelle muligheder for at styre udgiftsdrivende beslutninger som fx vikarforbruget.

For det tredje er det efter Implements vurdering en uhensigtsmæssig konstruktion, at man har administrative medarbejdere på ledelsesoverenskomster, da det giver uklare rolle med en række afledte konsekvenser. Det anbefales derfor, at man afskaffer lokalassistenttitlen.

Konkret anbefales disse konklusioner udmøntet i følgende ledelsesmodeller:

Hjemmeplejen:

- En forøgelse til seks dagområder med én assisterende områdeleder i hver samt en ekstra assisterende områdeleder i aftenvagt. Det svarer samlet til en forøgelse på 3 assisterende områdeledere, og en reduktion i ledelsesspændet til ca. 40 per leder
- En sammenlægning af lokalassistenter og fordelere til en planlæggerfunktion, som kan varetage både vagtplan og kørelister (med en bevaring af den samlede administrative understøttelse på niveau med i dag)

Plejecentrene

- En model med enten 4 assisterende områdeledere og 0,5 ekstra administrativ ressource per plejecenter, eller en model med 3 assisterende områdeledere og 1 områdeleder per plejecenter (så der i praksis kommer en plejecenterleder per center). I den første model reduceres ledelsesspændet til ca. 35, mens det i den anden reduceres til lidt over 40. Implement vurderer, at en model med én plejecenterleder på center, vil have det største positive potentiale.

Træningsenheden

- En model med to assisterende områdeledere i plejen per enhed, som sænker ledelsesspændet til ca. 35 per leder. Denne anbefaling skal samtidig tilpasses en eventuel nedjustering i pladskapaciteten på træningsenheden, såfremt anbefalingerne på dette område følges.

På tværs af områderne anbefaler Implement ligeledes, at såfremt det besluttes at følge anbefalingerne om mærkbare reduktioner af ledelsesspændet, fx udmøntet efter ovenstående modeller, at dette betragtes og italesættes som en investering i organisationen med klare forventninger til betydelige og målbare effekter på både medarbejdertrivslen, kvalitet over for borgerne samt positive effekter på udgiftsdrivende faktorer som sygefravær og vikarforbrug. En investering af denne størrelsesorden bør modsvares af ambitiøse mål om kvalitetsforbedringer, og en sådan ambition bør følges tæt over de kommende år.

BRUGEN AF MIDLERTIDIGE PLADSER

Pladserne under træningsenheden omfatter de 50 midlertidige pladser fordelt på Møllebo (41) og Fortunen (9) samt de 32 døgnrehabiliteringspladser på Fortunen. Døgnrehabiliteringspladserne er som udgangspunkt målrettet borgere, som udskrives fra hospitalet med en genoptræningsplan (GOP), mens de midlertidige pladser primært anvendes til borgere uden GOP, men som af forskellige grunde vurderes til ikke at kunne være i eget hjem.

Forudsætningen for at en døgnbaseret indsats er relevant for borgeren er, at rehabiliterings- og genoptræningsindsatsen ville være vanskeligere og mindre omkostningseffektiv at varetage under andre forhold. Der er i denne analyse identificeret et potentiale for, at kommunens rehabiliterings- og genoptræningsindsats i langt højere grad - og af både faglige og økonomiske grunde - kan varetages i eget hjem, sammentænkt med den øvrige indsatskæde, herunder særligt hjemmeplejens indsatser og udgående træning.

Hvis man følger tanken om, at borgere på en døgndækket plads skal have et døgndækkende plejebehov, fordrer det en helt anden konstruktion og pladskapacitet end LTK har i dag, hvor flow vil være større, og hvor kun den del af de borgere, som ligger på pladserne i dag med de største samtidige pleje- og rehabiliteringsbehov, vil udgøre en relevant målgruppe. På den baggrund anbefaler Implement;

- at man reducerer kapaciteten på pladserne til ca. 40-50 – gerne samlet på en matrikel – og i højere grad tænker udgående træning, og evt. suppleret af en begrænset, men fleksibel bufferkapacitet på plejecentrene
- at man kompetenceløfter de resterende pladser, så der er sygepleje- og terapeutfaglig dækning både i aften- og weekendtimerne
- at man arbejder med fleksible pladser, hvor den terapeutfaglige indsats langt mere fleksibelt kan iværksættes efter fagpersonalets vurdering af genoptræningspotentiale og -behov, med det formål at muliggøre hurtig hjemtagning.
- at man arbejder mere målrettet på at hjemtage borgere til eget hjem fra hospitalet, og at der videreudvikles en hjemtagningspakke, så hjemmeplejen i højere grad geares til at kunne modtage borgere fra hospitalet med kort varsel

Det er Implements vurdering, at der – såfremt ressourcerne allokeres korrekt – er et *samtidigt* kvalitetsmæssigt og økonomisk rationale i at forfølge en gentænkning af pladsernes bidrag til indsatskæden.

DET MOBILE AKUTTEAM (MAT)

MAT's opgave er at forhindre unødvendige hospitalsindlæggelser. Enheden består af seks sygeplejersker med særlige kompetencer inden for det akutte område, som rykker ud, når sygeplejerskerne i områderne aktiverer dem i forbindelse med akut opstående problemstillinger. MAT er organisatorisk forankret under træningsenheden, men har en fuldt ud tværgående funktion i organisationen.

Det er Implements overordnede vurdering, at MAT er en særdeles velfungerende enhed, som er velintegreret i organisationen, og som – udover at sikre kommunens efterlevelse af sine akutte forpligtigelser, jf. Sundhedsstyrelsens krav til den kommunale akutfunktion – bidrager med høj kvalitet i opgaveløsningen og lykkes med at forhindre unødvendige hospitalsindlæggelser.

Med det afsæt er der identificeret enkelte potentiale for at kunne bringe MAT i spil over for endnu flere borgere samt smidiggøre samarbejdsrelationerne til den resterende del af organisationen. På den baggrund anbefaler Implement følgende tiltag til at styrke opgavevaretagelsen yderligere:

- At MAT flyttes, så den organisatorisk er placeret under hjemmeplejen for at sikre et stærkere samarbejde med hjemmeplejen i det hele taget.
- At der arbejdes på at styrke kendskabet til MAT og MATs kompetencer i 1813 og på bostederne.
- At der i MAT fokuseres skarpere på at videredelegere opgaver til resten af organisationen, så MATs 'genstandsfelt' vedbliver at være det akutte område og ikke specialiseret sygepleje i det hele taget. Her anbefales det specifikt, at det planlægges, hvordan IV – som er en ikke-akut, basal sygeplejefaglig kompetence – hurtigst muligt kan lægges ud i områderne.
- At aktivitetsniveauet følges nøje, og der overvejes en ressourcetilførsel til MAT, såfremt – og kun såfremt – at aktivitetsudviklingen fortsat er opadgående, trods systematisk forsøg på at videredelegere opgaver, jf. ovenfor. Der er til analysen udviklet et instrument til omsætning af aktivitetsniveau til ressourcebehov, som kan anvendes i den forbindelse.

VIKARFORBRUGET

Vikarforbruget faldt betydeligt i 2016 ift. 2015, men er steget igen i 2017. Forbruget af særligt eksterne vikarer har både kvalitetsmæssige og økonomiske konsekvenser, og der er derfor også på tværs af organisationen et samstemmigt ønske om at finde realistiske greb til at reducere vikarforbruget.

Der har i den forbindelse været analyseret på en række forskellige mulige 'håndtag' til at mindske vikarforbruget, herunder ændringer i weekendrullet, ændringer i grundnormeringen på udvalgte områder, samt mere fleksibel anvendelse af medarbejder- og afløserressourcerne, m.m.

Det er her en central pointe, at der er grænser for**,** hvor lavt vikarforbruget kan blive, når det faste personale ruller hver 3. weekend. I praksis betyder denne konstruktion, at fordi medarbejderne over en tre-ugers periode kun kan lægge to arbejdsdage i weekenden, at man er nødsaget til at planlægge med faste afløsere i weekenden, og at konstruktionen sandsynligvis også har konsekvenser for antallet af afløsere i hverdagene. Det driver en stor del af vikarforbruget. Hvis medarbejderne i stedet rullede hver 2. weekend, kunne man, alene ved dette greb, flytte 30 årsværks forbrug af interne og eksterne vikarer i weekenden over på fast personale med dertil hørende forbedringer i kvaliteten over for borgerne og kontinuiteten i plejen. På den anden side er der en central risiko forbundet med ændringer i weekendrullet, da mange medarbejdere vil opleve det som en forringelse af arbejdsvilkårene (om end der også for de faste medarbejdere er betydelige fordele forbundet med et lavere vikarforbrug). For at potentialet kan indfries forudsætter det, at det ikke vil føre til en betydeligt større personaleomsætning og rekrutteringsudfordringer.

På grund af vanskeligheden ved denne afvejning - med potentielt store kvalitetsmæssige fordele, men med en samtidig usikkerhed om konsekvensen for personaleomsætningen - anbefaler Implement, at der foretages en politisk drøftelse af strategien på området. Det er her samtidigt centralt, at økonomien i en ændring af weekendrullet er differentieret på tværs af områderne, hvor det økonomisk set giver mest mening i hjemmeplejen.

Samtidigt anbefaler Implement at Fortunen skal rulle hver tredje weekend som resten af organisationen, da der ikke skønnes at være faglige grunde til et weekendrul hver fjerde weekend som i dag.

Mens weekendrullet er den nok mest centrale driver for vikarforbruget, kan vikarforbruget samtidigt mindskes ved en række andre tiltag. Her anbefaler Implement at;

- Der arbejdes mere systematisk med deling af interne vikarer på tværs af matrikler/områder
- Der etableres en højere grad af fleksibilitet i anvendelsen af medarbejdere inden for matrikler, specifikt en øget brug af flyvere
- Ledelsen får bedre mulighed for at være tæt inde over vikarforbruget, jf. anbefalingerne på ledelsesområdet
- Medarbejdere involveres i at fastholde forbedringer, ved at de løbende kan følge, hvordan det går med anvendelsen af vikarer og det økonomiske forbrug på eksterne vikarer
- Der arbejdes mere systematisk med at bruge data til vagtplanlægningen
- På udvalgte områder, som analysen har fokuseret på, foretages en moderat forhøjelse af grundnormeringen, så der planlægges med en beskeden overnormering ved fuldt fremmøde, men med tilsvarende forventning om i langt højere grad at være selvdækkende med fravær. Det anbefales yderligere at en lignende analyse laves for øvrige enheder.

KOMPETENCESAMMENSÆTNING OG KONTINUITET I KVALITETEN

Med afsæt i et ønske om at forstå, hvorvidt man i CSO har fået lagt de rette opgaver til de rette kompetencer, samt om der er den rette kontinuitet i kvalitetsarbejdet henover døgn og uge, har denne delanalyse haft et særligt fokus på organiseringen og normering af de sygeplejefaglige ressourcer. De overordnede konklusioner er;

- På tværs af de fire sammenligningskommuner er der kun begrænsede forskelle mellem sygeplejekatalogerne, med en svag tendens til at assistenterne i andre kommuner må udføre lidt flere opgaver end i LTK.
- Der en tendens til, at kompetenceniveauet i både hjemmeplejen og plejecentrene i LTK er lidt lavere end sammenligningskommunerne, dog kun i begrænset omfang på plejecentrene. På de midlertidige pladser er sygeplejenormeringen betydeligt lavere end i sammenligningskommunerne, om end den samlede plejepersonalenormering er højere.
- På plejecentrene er der dog en stor variation i sygeplejedækningen i hverdags-dagtimerne ift. døgnet og ugens øvrige tidspunkter, svarende til en normering i hverdags-dagtimerne, der er ca. fire gange så stor som ugens øvrige tidspunkter.
- Sandsynligvis på grund af det høje ledelsesspænd hos de assisterende områdeledere og sygeplejenormeringen, både på pladserne på træningsenheden og plejecentrene, er der en tendens til at sygeplejerskerne i højere grad agerer koordinerende og oplærende end egentligt klinisk udførende.

På baggrund af ovenstående rejser der sig nogle spørgsmål, som Implement anbefaler, at LTK analyserer nærmere, herunder særligt;

- at man genbesøger årsagerne til sygeplejenormeringen henover døgnet og ugen, og sikrer at denne er dikteret af opgaverne.
- at man tager en ledelsesmæssig drøftelse på tværs af områderne omkring sygeplejerskens rolle og vurderer, om den mere koordinerende/oplærende og mindre klinisk udførende funktion, stemmer overens med strategien om at få maksimal værdi ud af sygeplejeressourcerne, og med særligt blik for hvorvidt dette ændres såfremt ledelseskapaciteten forøges, jf. anbefalingerne på ledelsesanalysen.
- At LTK overvejer behovet for et kompetenceløft i hjemmeplejen og på plejecentrene, så det bringes på niveau med sammenligningskommunerne. Dette kan evt. udmøntes via en omlægning af SSH'er til SSA'er. På de midlertidige pladser anbefales et kompetenceløft (særligt mht. sygeplejerskerne) som en central del af løsningen på en ny model for pladserne, jf. delanalyse 2.

AFREGNINGSMODELLEN I HJEMMEPLEJEN

Afregningsmodellen er det tekniske redskab, der anvendes til at styre hjemmeplejens økonomi. I dag er ca. 80 % af hjemmeplejens økonomi aktivitetsafregnet.

Det er Implements vurdering, at der er et potentiale – både kvalitetsmæssigt og effektivitetsmæssigt – forbundet med at mindske bureaukratiet i den nuværende model samt understøtte en effektiv opgaveløsning bedre. Samtidigt har der været et samstemmende ønske i organisationen – både centralt og decentralt - om at modernisere afregningsmodellen for den kommunale hjemmepleje. I en samskabende designproces har man derfor gentænkt afregningsmodellen ud fra principper om et skifte i fokus fra minutter til borgerens funktionsniveau, afbureaukratisering, en decentralisering af ansvar, vurdering og beslutningstagning tættere på borgeren og en bedre understøttelse med incitamentsstrukturer til at øge borgernes selvhjulpenhed.

Grundelementet i forslaget til ny afregningsmodel er, at hele hjemmeplejens budget lægges ud i hjemmeplejen ved budgetårets start, så hjemmeplejen i praksis opererer med et samlet rammebudget (som stadig demografireguleres). Det betyder, at hjemmeplejen som helhed hverken modtager flere penge, hvis aktiviteten øges eller færre penge, hvis aktiviteten mindskes – disse udsving skal håndteres inden for rammen for hjemmeplejen som helhed. Lidt forsimplet, oversættes denne logik også længere ud i systemet, så den enkelte udkørende hjemmepleje i langt højere grad end i dag, kan agere på sin faglige vurdering af tidsbehovet hos den enkelte borger inden for rammen af kørelisten. Hvis nogle borgere kræver lidt mere eller mindre på dagen, må det tilpasses efter faglige bedste skøn. Det skal sikre et positivt incitament til at arbejde med borgernes funktionsniveau, da et højere funktionsniveau vil frigive tid til at arbejde med de øvrige borgere på kørelisten.

Der er efter Implements vurdering et økonomisk og fagligt potentiale forbundet med implementeringen af en ny afregningsmodel efter ovenstående princip, som kan sikre mere effektivitet og kvalitet i opgaveløsningen samt ikke mindst forbedre arbejdsvilkårene for den udførende hjemmepleje. En sådan model indeholder samtidig en lang række vigtige forudsætninger for at kunne lykkes, både systemteknisk, kompetencemæssigt og – måske vigtigst – forståelses- og kulturmæssigt. Der er i projektets forløb arbejdet igennem en række af disse, om end der stadig udestår et mere detaljeret udviklingsarbejde. Disse kan genfindes i delanalysen.

På den baggrund anbefaler Implement, at LTK fortsætter arbejdet med udvikling af en ny afregningsmodel baseret på ovenstående principper med sigte på at implementere en ny model i 2019. Frem mod 2019 anbefaler Implement, at udviklingsarbejdet gennemføres med tæt involvering af medarbejdere i hjemmeplejen, og at et pilotforsøg igangsættes i ét af hjemmeplejeområderne i 2018. Skal dette være en realistisk tidsplan, skal arbejdet med at sikre den systemtekniske understøttelse og det rette kompetenceniveau i hjemmeplejen påbegyndes snarest.

UDVIKLINGSTILTAG OG ÅRSAFTALEN

Omfanget og styringen af centrets udviklingstiltag har været et centralt tema gennem analyseprocessen. Udviklingen af området er i CSO hægtet op på årsaftalen, som fungerer som administrativt styringsinstrument fra det centrale til decentrale niveau. Samtidig formuleres årsaftalen i et samarbejde mellem de forskellige niveauer i organisationen som en konkret aftale om, hvilke udviklingstiltag, der strategisk skal prioriteres at arbejde med, både fra direktion til centerchef, og fra centerchef til områdeledere.

Det er Implements vurdering**,** at der er vigtige fordele forbundet med en formaliseret beskrivelse af udviklingstiltagene, som det er tilfældet i centerets årsaftale, da det muliggør et målrettet arbejde med de politisk vedtagne strategier, samt løbende dialog om muligheder, udfordringer og forudsætninger for implementering af udviklingstiltagene og ikke mindst løbende prioriteringer.

Her er det samtidigt vigtigt at være opmærksom på, at en del ledere – særligt på plejecenterområdet – har udtrykt bekymring over, at det historisk set har været vanskeligt at følge kadencen af udviklingstiltagene og forankre disse tilstrækkeligt i plejen. På den baggrund har centret reduceret omfanget af årsaftalen i 2018 ift. 2017. Det er Implements klare vurdering, jf. også ledelsesanalysen, at en sådan bekymring i højere grad skyldes en manglende ledelseskapacitet, end en for ambitiøs årsaftale.

På trods af dette er det naturligvis altid vigtigt, at der løbende findes en passende balance i omfanget af årsaftalen fra år til år. På den baggrund anbefaler Implement, at administrationen fastholder fokus på, at årsaftalen udformes gennem systematisk dialog

hele vejen ud i områderne samt med fortsat – og hvis muligt *styrket* - fokus på at sikre gennemsigtighed for ressourcetrækket på driften og områdernes reelle muligheder for at implementere udviklingstiltagene fuldt ud.

KOMPETENCEUDVIKLING

Der har i forbindelse med analysen været gennemført en optælling af omfanget af kompetenceudvikling i 2017 og 2018. Her viser data, at der i 2018 er planlagt ca. 20 % mere kompetenceudvikling end i 2017, som kan forklares med introduktionen af FSIII. Samlet set udgør kompetenceudvikling i omegnen af 2-2,5 % af plejepersonalets tid.

Der har samtidigt været gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejdere i både hjemmeplejen, plejecentrene og på træningsenheder for at afdække medarbejderoplevelsen af kvalitet, relevans, omfang m.m. af kompetenceudviklingen. Den overordnede konklusion her er, at medarbejderne synes at være rigtigt tilfredse med både kursernes kvalitet og relevans, og at de også er tilfredse med det samlede omfang af kompetenceudviklingsaktiviteterne.

Helhedsbilledet af Center for Sundhed og Omsorg

Inden vi dykker ned i de specifikke hypoteser på enkeltområderne gives i dette kapitel et overblik over situationen i Center for Sundhed og Omsorg.

Kapitlet tegner et billede af de overordnede rammebetingelser på ældre- og sundhedsområdet i Lyngby-Taarbæk Kommune, herunder befolkningens sammensætning i forhold til andre kommuner, serviceniveau i forhold til andre kommuner samt økonomien i forhold til andre kommuner. Endelig gives i kapitlet en vurdering af kvaliteten af styring og ledelse i Center for Sundhed og Omsorg samt en vurdering af, hvordan centerets udvikling har været over de senere år, og i hvilken retning udviklingspilen peger.

Hvor det er muligt, tages der udgangspunkt i direkte sammenlignelige data fra andre kommuner. Hvor dette ikke er muligt beror vurderingen af centeret i stedet på Implements observationer af driften i centeret sammenlignet med Implements erfaringer med driften på sundheds- og omsorgsområderne i andre kommuner.

1. Rammebetingelser

Helt overordnet har Lyngby-Taarbæk Kommune en aldersmæssig sammensætning, der minder om landsgennemsnittet, dog med en lille tendens til at have en større andel af de ældste borgere:

Figur 1: Demografi, 2017, Danmarks Statistik

Andel ældre borgere	+65 år	+80 år
LTK	19,5 %	5,9 %
Landsgennemsnit	21,5 %	4,9 %

Lige under en femtedel af borgerne i Lyngby-Taarbæk Kommune (19,5%) er 65 år eller derover, mens 5,9 % er over 80 år. Det er den 10. højeste andel af 80-årige blandt kommunerne. Det peger umiddelbart på et relativt stort behov for pleje og omsorg. Kommunens befolkning ligger dog i forhold til uddannelsesniveau og gennemsnitsindkomst over gennemsnittet i Danmark. Det, betyder samlet set, at det objektive behov for pleje og omsorg i kommunen sammenlignet med resten af Danmark alt andet lige forventes at være mindre end i gennemsnittet af danske kommuner.

Den forventede økonomiske omkostning per ældre borger afhænger ikke kun af demografi og socialklasse, men er i vid udstrækning en konsekvens af det serviceniveau, der ønskes og leveres i en hvilken som helst kommune. Lyngby-Taarbæk Kommune er en kommune med en befolkning med forventning om et velfungerende kommunalt tilbud og kvalitetsstandarder, der ikke bare lever op til lovgivningens minimumsstandarder.

Det forholdsvis høje serviceniveau afspejles således også i den konkrete leverance af service til borgere i kommunen, hvor Lyngby-Taarbæk Kommune ligger over niveauet i analysens sammenligningskommuner. Dette er særligt en konsekvens af at man i Lyngby-Taarbæk Kommune har – som nærmere beskrevet neden for – en høj dækningsgrad på

plejecentrene (som samtidig giver en overholdelse af ventegarantien), en høj dækningsgrad i hjemmeplejen kombineret med et meget højt niveau for særligt praktisk hjælp samt en meget høj dækningsgrad og pladspris på de midlertidige pladser.

Det er derfor ikke overraskende, at de gennemsnitlige omkostninger per ældre borger ligger over niveauet i sammenligningskommunerne. Dette er forventeligt i forhold til et højt ambitionsniveau på kvaliteten af den leverede omsorg og pleje.

Som det fremgår af tabellen nedenfor, ligger Lyngby-Taarbæk Kommune også højt, ift. de omkringliggende kommuner. Ifølge KLs nøgletal ligger kun København højere end Lyngby-Taarbæk Kommune.

Implement vurderer i forlængelse heraf, at der på enkelte dele af servicen er mulighed for at effektivisere driften uden kvalitetstab, herunder særligt ift. brugen af midlertidige pladser (mere herom fremgår af senere kapitler).

Neden for sammenlignes udgiftsniveauet for pleje og omsorg per +65-årig borger i sammenligningskommunerne, samt de omkringliggende kommuner:

Tabel 1: Udgifter per borger +65, KLs nøgletal 2017

Kommune	Udgifter per +65-årig (2015-data), DKK
Lyngby-Taarbæk	53.730
Fredensborg	34.109
Furesø	35.151
Helsingør	37.650
Gladsaxe	46.559
Rudersdal	44.557
Gentofte	42.805

1.1 Plejecentre

Lyngby-Taarbæk Kommunes plejecentertilbud er samlet på fem kommunale plejecentre og et selvejende plejecenter med medarbejdere svarende til 435 årsværk og en samlet omkostning til plejecentrene i 2017 på godt 270 millioner kroner. Neden for ses fordelingen af udgifter på hhv. ledelse, fagpersonale, interne og eksterne vikarer.

Tabel 2: Fordeling af lønudgifter på plejecentrene, ekskl. refusioner 2017

Lyngby-Taarbæk, plejecentre	Udgifter, kr.	Udgifter, andel
Ledelse	7.930.999	2,9 %
Fagpersonale	230.042.149	85,0 %
Interne vikarer	24.471.964	9,2 %
Eksterne vikarer	7.937.868	3,5 %

Samlet	**270.382.980**	**100 %**

De samlede udgifter til plejecenterområdet, bestemmes af hvad de enkelte pladser koster, og hvor mange der er af dem. Neden for ses i en sammenligning af pladsprisen (målt som lønsum til fagpersonale) og dækningsgraden.

Tabel 3: Pladspris og dækningsgrad på plejecentrene

Kommune	Dækningsgrad per 1.000 +65-årig	Dækningsgrad per 1.000 +80-årig	Pladspris (løn til fagpersonale)
Lyngby-Taarbæk	49	162	393.760
Fredensborg	26	136	409.942
Furesø	28	110	383.917
Helsingør	26	150	397.426

Lyngby-Taarbæk Kommunes plejehjemspladser koster altså ca. det samme som plejehjemspladserne i sammenligningskommunerne. Forskellene er lidt større, hvis vi ser på dækningsgraden. Her skiller Lyngby-Taarbæk Kommune sig ud med markant flere pladser – især når der måles på plads per borger over 65 år, men også når der måles på pladser per borger over 80 år. Det høje serviceniveau (antallet af pladser) på dette område vurderes at være en medvirkende årsag til, at Lyngby-Taarbæk Kommunes udgifter pr. borger +65 år ligger så relativt højt, som de gør.

Det skal her bemærkes, at Lyngby-Taarbæk Kommune overholder plejehjemsgarantien. Det har ikke været en del at analysen at undersøge, hvorvidt dette også gør sig gældende i sammenligningskommunerne.

Ses på medarbejdersammensætningen i kommunen, er andelen af SOSU-hjælpere lidt højere end i sammenligningskommunerne, andelen af SOSU-assistenter lidt lavere og andelen af sygeplejersker lidt højere end i andre kommuner. Se delanalyse 5 for en visualisering af dette.

1.2 Den kommunale hjemmepleje

Den kommunale hjemmepleje i Lyngby-Taarbæk Kommune er organiseret i fire geografiske hjemmeplejeområder, en aftenvagt, og en vagtcentral. Samlet er der ca. 257 årsværk i alt og en samlet omkostning på ca. 158 millioner kroner i 2017. Mere end 80% af personaleudgifterne går til det faste personale. Cirka 8% går til dækning af omkostningerne til interne vikarer, mens cirka 10% af lønomkostningerne går til eksterne vikarer.

Tabel 4: Fordeling af lønudgifter i hjemmeplejen, ekskl. refusioner, 2017

Lyngby-Taarbæk, hjemmeplejen	Udgifter, kr.	Udgifter, andel

Ledelse	3.483.359	2,7 %
Fagpersonale	103.185.297	79,6 %
Interne vikarer	10.314.094	7,9 %
Eksterne vikarer	12.696.208	9,8 %
Samlet	**129.678.958**	**100 %**

Også på hjemmeplejeområdet kan de samlede udgifter beskrives ved et sammenhængende blik på dækningsgraden – altså hvor mange borgere der modtager hjemmepleje – og prisen per borger:

Tabel 5: Dækningsgrad og pris per borger i hjemmeplejen, baseret på løn til fagpersonale, ekskl. refusioner, 2017

Kommune	Dækningsgrad per +65-årig, %	Dækningsgrad +80-årig, %	Pris per +65-årig (DKK)	Pris per +80-årig (DKK)
Lyngby-Taarbæk	22	50	61.976	67.201
Fredensborg *	16	44	39.027	45.522
Furesø	17	40	46.765	51.674
Helsingør	18	45	61.094	66.820

** Data for Fredensborg er baseret på visiterede timer, mens data fra de øvrige kommuner er baseret på leverede timer.*

I forhold til sammenligningskommunerne er både omkostningerne per modtager af hjemmepleje, og dækningsgraden i den høje ende, ift. de kommuner, der sammenlignes med. Det kan derfor også her konkluderes, at der, når der ses på dækningsgraden, er et højt serviceniveau på dette område i Lyngby-Taarbæk Kommune ift. sammenligningskommunerne.

Medarbejdersammensætningen i hjemmeplejen minder om sammenligningskommunernes, dog med en lille tendens til et lavere gennemsnitligt kompetenceniveau. Lyngby-Taarbæk Kommune har ligesom på plejecentrene en lidt større andel af SOSU-hjælpere og en lidt mindre andel af SOSU-assistenter. Andelen af sygeplejersker er en anelse lavere end gennemsnittet af sammenligningskommunerne. Se delanalyse 5 for en visualisering af dette.

1.3 Træningsenheden

Træningsenheden i Lyngby-Taarbæk Kommune er organiseret i to træningsenheder, Fortunen og Møllebo, og har desuden et mobilt akutteam (MAT), der dækker alle enheder på ældreområdet. I alt er der en samlet lønomkostning til medarbejdere på godt 75 millioner kroner svarende til godt 135 årsværk.

Tabel 6: Fordelingen af lønudgifter i træningsenheden, 2017

Lyngby-Taarbæk, træningsenheden	Ledelse	Fagpersonale
Ledelse	2.171.952	2,8 %
Fagpersonale	68.864.252	87,5 %
Interne vikarer	3.999.408	5,1 %
Eksterne vikarer	3.648.615	4,6 %
Samlet	**78.684.227**	**100 %**

Den samlede lønomkostning er fordelt, så ca. 90% dækker lønnen til fastansat fagpersonale og ledelse. Lige over 5% dækker interne vikarer, og lige under 5% dækker udgifter til eksterne vikarer.

Neden for er prisen og dækningsgraden på Lyngby-Taarbæk Kommunes pleje- og rehabiliteringspladser opridset, sammenlignet med de øvrige kommuner:

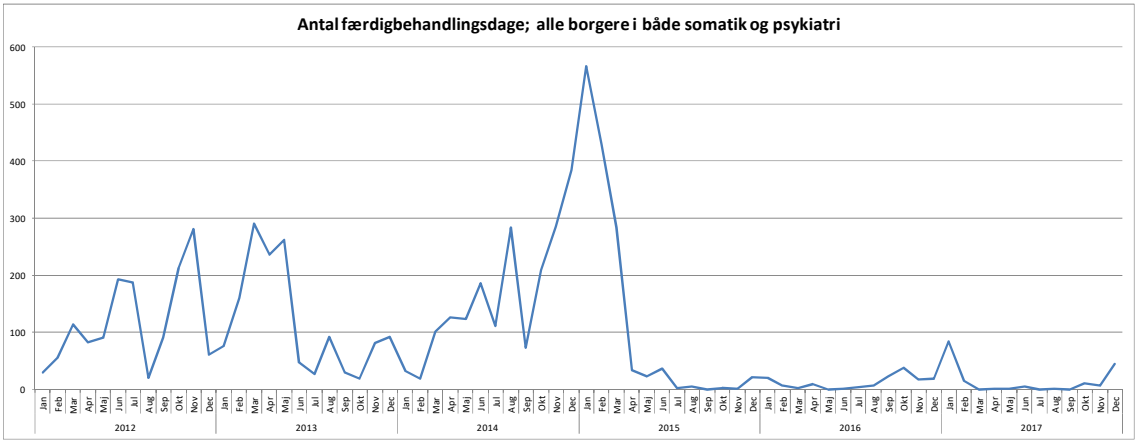
Tabel 7: Dækningsgrad og pladspris på pleje- og rehabiliteringspladser

Kommune	Dækningsgrad per 1.000 +65-årig	Dækningsgrad per 1.000 +80-årig	Pladspris (løn til fagpersonale)
Lyngby-Taarbæk	8	25	616.432
Fredensborg	3	14	531.004
Furesø	4	16	576.807
Helsingør	4	17	587.387

Lønsummen per plads er en anelse højere i Lyngby-Taarbæk Kommune end i de kommuner, der sammenlignes med, men den største forskel er antallet af pladser per borger i kommunen. Her er antallet af pladser per borger (både i forhold til antallet opgjort i forhold til borgere over 65 år og antallet af pladser per borger over 80 år) markant højere end i de sammenlignelige kommuner.

De midlertidige pladser bidrager til kommunernes ambition om at holde antallet af færdigbehandlede sengedage på et minimum.

Figur 2: Færdigbehandlede sengedage fra 2012 til 2017



Lyngby-Taarbæk Kommune ligger her meget fint ift. sammenligningskommunerne. Delanalyse 2 analyserer pladserne bidrag til dette formål nærmere.

I forhold til de kommuner, der sammenlignes med i analysen, er medarbejdersammensætningen på pleje- og rehabiliteringspladserne i Lyngby-Taarbæk Kommune forholdsvis tung på SOSU-assistenter og SOSU-hjælpere, mens andelen af terapeuter og sygeplejersker er noget mindre end i de kommuner, der sammenlignes med.

Herudover har Lyngby-Taarbæk Kommune en udkørende akutteam, som sikrer kommunens efterlevelse af Sundhedsstyrelsens krav til den kommunale akutfunktion. De bidrager til at holde antallet af akutte indlæggelser lavt, også sammenlignet med de omkringliggende kommuner. Se delanalyse 5 for en visualisering af dette.

2. Styring og ledelse

Den overordnede styring og ledelse i Lyngby-Taarbæk Kommune er bygget op om de tre overordnede områder (plejecentre, hjemmepleje og træningsenheden) understøttet af center-administrationen, der står for visitation og understøttelse af centerets områder.

Til at understøtte sammenhængen på tværs er der i Lyngby-Taarbæk Kommune etableret en styringsmodel, der med en samlet ambition for aktiviteterne på tværs af centeret (qua Ældrestrategien, Sundhedsstrategien og Koncernstrategien) sætter retning for den faglige retning og udviklingen af driften. Til at understøtte denne overordnede ambition indgås aftaler med mellem centerledelsen og hver af de decentrale enheder (plejecentre, hjemmeplejeområder, træningscentre). På den måde søges det sikret, at alle udviklingsaktiviteter i centeret understøtter den overordnede ambition, og det bliver muligt at undgå overlappende eller modsatrettede initiativer på tværs af enheder. Implement finder at denne model er velfungerende og understøtter udviklingen på tværs af centerets område på forbilledlig vis. Det er vurderingen, at der med denne model og den ledelsesmæssig indsats, der er gjort i løbet af de senere år, er etableret et meget velfungerende center, der er i stand til at skabe en meget stærk sammenhæng i indsatsen på tværs af centerets aktiviteter.

Billedet af et center med en stærk ledelse og stærk eksekveringskraft underbygges af den positive udvikling i centerets økonomi over de seneste år, hvor der er skabt balance i forhold til budgetterne. Dette underbygges ligeledes af de positive resultater i kommunens medarbejdertilfredshedsundersøgelse og et markant fald i sygefraværet fra 2016 til 2017.

Det betyder imidlertid ikke, at der ikke er muligheder for forbedringer i den nuværende ledelsesmodel, hvilket blandt andet beskrives yderligere i afsnittet om mulighederne for forbedringer i den nuværende ledelsesmodel, jf. delanalyse 1.

3. Konklusion

Helt overordnet viser analysen sammenfattende, at Center for Sundhed og Omsorg i Lyngby-Taarbæk Kommune er et velfungerende center, som desuden vurderes at være i en god udvikling, herunder:

- Økonomien er i balance i forhold til budgettet
- Kommunen ligger pænt på en række nøgleparametre, hvor antallet af færdigbehandlede sengedage har været minimalt over de seneste to og et halvt år, der er få akutte indlæggelser, og plejehjemsgarantien bliver overholdt
- Medarbejdertilfredsheden er god og sygefravær er faldet markant fra 2016 til 2017
- Centeret har en stærk, sammenhængende styringsmodel og udviklingskraften er godt fokuseret.

Alt i alt er der tale om et stærkt og meget veldrevet center. Som det vil fremgå, er der imidlertid også identificeret områder, hvor der er potentiale for at blive endnu stærkere, hvilket samtidigt forekommer realistisk at virkeliggøre i lyset af det stærke udgangspunkt. Disse områder beskrives i de følgende kapitler.

Delanalyse 1: Ledelse

1. Introduktion

Som led i den samlede ældre- og sundhedsanalyse er der iværksat en analyse af ledelsesstrukturen og ledelseskapaciteten på tre delområder; plejecenter-, hjemmepleje- og træningsområdet. Analysen af ledelsesstrukturen og -kapaciteten er dermed i praksis tre selvstændige analyser, dog med nogle tværgående ligheder.

Delanalysen har til hensigt at belyse, hvorvidt der på de tre områder er en tilstrækkelig ledelseskapacitet til at sikre en kvalificeret ledelsesunderstøttelse ift. at udvikle tilbud af høj kvalitet til borgerne i Lyngby-Taarbæk Kommune. Dette omfatter tid til kvalificeret personaleledelse, faglig ledelse af høj kvalitet, præcis administrativ ledelse samt tid til strategisk ledelse, der skal sikre en kontinuerlig udvikling af området samt et kvalificeret samspil med enhedens samarbejdspartnere. Samtidig skal ledelsesstrukturen understøtte leder- og medarbejdergrundlaget med sine 5 punkter ('Vi skaber værdi for borgere og erhvervsliv'; 'Vi er professionelle'; 'Vi er gode arbejdspladser'; 'Vi er én kommune'; 'Vi er ansvarlige og loyale') og den tilhørende kompetenceprofil for ledere i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Analysen skal tillige belyse, om den nuværende organisatoriske ledelsesstruktur på de tre områder er hensigtsmæssig og på bedste vis understøtter det enkelte områders kerneydelse.

Endelig skal analysen kortlægge om rollefordelingen mellem de forskellige ledelseslag er klar og hensigtsmæssig samt om rollefordringen mellem ledere og administrative medarbejdere tilsvarende er klar og hensigtsmæssig.

1.1 Kontekst for analysen

Ældre- og sundhedsområdet præges i disse år af en række nationale tendenser, som bør tages i betragtning i forbindelse med denne analyse. Dette omfatter bl.a. følgende tendenser:

VILKÅRENE FOR LEDELSE I DEN OFFENTLIGE SEKTOR

Regeringen har nedsat en ledelseskommission, der skal komme med anbefalinger til en styrket offentlig ledelse. Ledelseskommissionen har endnu ikke afsluttet sit arbejde, men en række af de temaer, der er behandlet i kommissionen, og som forventes at medføre anbefalinger, er bl.a.:

- **Reduceret ledelsesspænd**. Kommissionen har peget på, at en række offentlige ledere (ikke mindst på ældre- og sundhedsområdet) har meget store ledelsesspænd. Formanden for Ledelseskommissionen (Allan Søgaard) har bl.a. i et interview med Politiken udtalt følgende: "*Hvis man har mere end 30 medarbejdere under sig som leder i det offentlige, så bør man have en rigtig god grund til, at det er tilfældet.*" Denne tilgang understøttes i samme artikel af FOA der peger på følgende: "*uanset de lokale forhold kan vi ikke forestille os et optimalt ledelsesspænd på mere end 25 medarbejdere for linjeledere".* På tilsvarende vis har det tidligere Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (KORA) i en analyse fra 2013 om ledelsesspændet på social- og ældreområdet konkluderet følgende: *"Opsummerende kan vi på baggrund af undersøgelsen forsigtigt konkludere, at en leder på ældreområdet*

kan håndtere op til ca. 45-50 medarbejdere, hvis vedkommende har et velfungerende samarbejde med en stedfortræder. Uden stedfortræder er et forsigtigt bud på ca. 30 medarbejdere."

- **De forskellige ledelsesroller**. Kommissionen peger på, at driftsledelse og faglig ledelse er helt centralt, og at man som leder både skal lede opad og nedad samt skabe sammenhæng i styringskæden.
- **Lederidentitet og ledelsesudvikling**. Kommissionen peger på, at det er centralt at arbejde med det personlige lederskab ift. både afklaret lederidentitet og udvikling af lederskabet.

ØGEDE FAGLIGE KRAV

I de senere år er der sket en betydelig faglig udvikling inden for ældre- og sundhedsområdet. Dette er ikke mindst et resultat af, at borgere i dag udskrives hurtigere fra hospitaler med større og mere komplekse behandlingsbehov, at flere borgere behandles ambulant og dermed ikke indlægges, samt at flere borgere forbliver længere i eget hjem trods store plejebehov. Samtidig er de borgere, der i dag kommer på plejecenter ældre og mere plejekrævende.

Dette har sammen med et stærkt stigende fokus på den rehabiliterende indsats medført krav om større sundhedsfaglige og plejemæssige kompetencer samt at de forskellige aktører og faggrupper indenfor ældre- og sundhedsområdet formår at arbejde mere koordineret og helhedsorienteret, ift. at kunne varetage borgernes mere komplekse udfordringer og plejebehov.

ØGEDE KRAV TIL PERSONALELEDELSEN

Den offentlige sektor (herunder ikke mindst ældre- og sundhedsområdet) må forventes i de kommende år at komme til at mangle kvalificerede medarbejdere, i takt med stigende ældrebefolkning og at store årgange af medarbejdere forventes at gå på pension. Dette vil øge konkurrencen mellem kommunerne i forhold til rekruttering af kvalificerede medarbejdere og fastholdelse af eksisterende. Dette vil sammen med generelle krav til høj kvalitet og effektiv drift medføre øgede krav til god personaleledelse.

FORTSATTE KRAV TIL EFFEKTIV DRIFT

Den offentlige sektor er underlagt konstante krav om effektiviseringer bl.a. som følge af kravet om meget lave vækstrater i de offentlige budgetter (med budgetloven), krav om finansiering af nye og ændrede behov hos borgerne samt flere ældre. Ældre- og sundhedsområdet må derfor forventes også fremadrettet at skulle realisere løbende effektiviseringer.

ØGEDE KRAV OM IMPLEMENTERING AF NY IT OG VELFÆRDSTEKNOLOGISKE TILTAG

De senere år har ledere og medarbejdere i den offentlige sektor skullet forholde sig til en betydelig teknologisk udvikling. På ældre- og sundhedsområdet er dette bl.a. sket i form af nye omsorgssystemer med øget brug af mobile enheder, elektroniske nøgler, elektroniske kørelister, velfærdsteknologiske værktøjer mv. Det må forventes, at de teknologiske krav vil blive endnu større i de kommende år, hvilket vil stille krav til kompetencerne hos både ledere og medarbejdere.

1.2 Metode og proces

Analysen er gennemført i perioden januar-februar 2018. Analysen har været baseret på:

- 11 interviews
- 7 workshops (2-3 med ledergrupperne fra hvert område)
- 1 workshop med lokalassistenter og fordelere på hjemmeplejeområdet
- 1 workshop med lokalassistenter på plejecentrene.
- Indhentet erfaringer og praksis fra andre kommuner
- Indhentet nøgletal fra sammenlignelige kommuner
- Gennemgang af skriftlige materialer

ANALYSENS OPBYGNING

Analysen er bygget op med en indledende opsamling på tværs af områderne. Herefter gennemgås de tre delanalyser. Delanalyserne er bygget op efter samme grundstruktur.

- Afdækning af nu-situationen. Herunder:
    - Beskrivelse af nuværende organisering
    - Sammenligning af nuværende ledelsesspænd med ledelsesspændet i de to sammenligningskommuner, der har ønsket at deltage i den samlede ældre- og sundhedsanalyse
    - Nuværende udfordringer
- Analyse af forbedringspotentialer
    - Med udgangspunkt i udfordringsbilledet beskrives indledningsvist en række designkriterier, som bør tilgodeses ifm. en fastlæggelse af en fremtidig ledelsesstruktur på det pågældende område.
    - På baggrund heraf opstilles én eller flere potentielle fremtidige organisationsmodeller for en styrket ledelsesunderstøttelse på det pågældende område.
- Anbefalinger
    - Afslutningsvist beskrives Implements anbefalinger indenfor det pågældende område, herunder opmærksomhedspunkter ifm. en efterfølgende implementering.

I de tre delanalyser har der tillige været foretaget en overordnet afdækning af opgaveporteføljen mellem de forskellige ledelseskategorier, og mellem ledelse og øvrige personalekategorier med henblik på at afdække potentielle uhensigtsmæssigheder. Det grundlæggende resultat heraf er, at det har været begrænset ift. større uhensigtsmæssigheder eller tværgående udfordringer. Dog anbefaler Implement, et generelt fokus på rollefordelingen og samspillet mellem ledelse og administrative medarbejdere ift. budget- og disponeringsansvar. Ligeledes har der været enkelte opgavedelinger, Implement har fundet uhensigtsmæssige indenfor det enkelte område og som beskrives under hver af delanalyserne.

2. Sammenfatning og anbefalinger

Analysen viser, at det overvejende er de samme udfordringer, der går igen på de tre områder. Den primære udfordring er et meget højt ledelsesspænd hos de fleste assisterende områdeledere. Dette medfører risiko for en utilstrækkelig personaleledelse, manglende faglig og strategisk udvikling og ledere der ikke oplever at de kan løfte deres ledelsesfunktion med en tilstrækkelig kvalitet.

Herudover går følgende sekundære udfordringer igen på de tre områder:

- At man oplever, at man er udfordret af kompleksiteten i opgaveporteføljen
- At flere ledere oplever, at mængden af samtidige udviklingstiltag er uhensigtsmæssig stor
- At man ønsker øget støtte ift. de mange udviklingstiltag
- At der er dele af rollefordelingen med de administrative medarbejdere, der ikke er fuldt afklaret
- At der på nogle områder er en række forskelle på styring og adfærd på tværs af samme område, der gør, at der ikke altid er tale om ét plejecenterområde, ét hjemmeplejeområde eller ét træningsområde.

2.1 Tværgående anbefalinger

I det følgende oplistes analysens primære tværgående anbefalinger:

REDUCERET LEDELSESSPÆND

Analysen har vist, at den største udfordring på de tre områder er det betydelige og uhensigtsmæssigt stort ledelsesspænd, som de assisterende områdeledere har i dag.

Det er Implements klare anbefaling, at uanset valg af fremtidig organisationsmodel, så bør der ske en reduktion af disse ledelsesspænd.

Det er Implements vurdering, at dette er afgørende for at sikre en kvalificeret ledelse, der kan sikre stærke faglige ydelser og service for borgerne i kommunen samt gode og udviklende arbejdspladser for medarbejderne.

SIKRE TIDSSVARENDE TITLER OG KLARE ROLLER

Analysen har vist, at der i dag er mange forskellige titler og roller indenfor de administrative funktioner, som kan skabe uklarhed i strukturen. Som følge heraf anbefaler Implement, at der sker en oprydning og opdatering i titler og roller på det administrative og ledelsesmæssige område, således at rolle og titel tydeligt følger hinanden og er tidssvarende. Konkret anbefales det at afskaffe lokalassistenttitlen, og at se på en opdatering af titler for de to decentrale ledelsesniveauer, samt titlen for kontorledere (som ikke har ledelsesansvar).

STYRKET SAMMENHÆNG MELLEM BUDGETANSVAR OG DISPOSITIONSANSVAR

Analysen har vist, at der i dag er en udbredt opmærksomhed omkring de udgiftsgenererende områder, men at der til trods herfor, også er administrativt ansatte, der varetager betydelige dele af vagtplanlægning samt er inde over beslutninger vedr. vikarindkaldelse. Med henblik på at sikre en mest mulig effektiv økonomistyring, er det afgørende, at der er en entydig sammenhæng mellem budgetansvar og dispositionsansvar (dem der har mulighed for at tage udgiftskrævende beslutning).

Som følge heraf anbefaler Implement, at der efter beslutningen om en fremtidig struktur sker en afklaring af roller og beslutningskompetence, så der sikres den størst mulige sammenhæng mellem budgetansvar og disponeringsansvar. Som led heri anbefaler Implement, at de assisterende områdeledere er endnu tættere inde over vagtplanlægningen og vikardisponering (uden dog nødvendigvis at sidde med hele vagtplanen) og at dette gøres tydeligt fremadrettet.

UDVIKLINGSRESSOURCER

Lederne på alle tre områder har i analysen peget på, at de oplever, at de mangler udviklingskompetencer, der kan understøtte dem i forhold til implementering af udviklingstiltagene i årsaftalen. Her skal det dog bemærkes, jf. delanalysen om udviklingstiltagene, at årsaftalens omfang i 2017 var større end i 2018.

Der er i Lyngby-Taarbæk er valgt en central samling af udviklingsressourcerne, for at sikre et fagligt stærkt miljø, fleksibel udnyttelse af ressourcerne, samt strategisk ensretning af kvalitets- og udviklingsarbejdet. Den model kan efter Implements vurdering have nogle fordele, såfremt udfordringen med at udviklingsressourcerne dekobles de decentrale enheder håndteres tilstrækkeligt. Derfor anbefaler Implement ikke, at der også ansættes lokale udviklingsmedarbejdere på de enkelte tilbud, da dette vurderes at være ineffektivt og fordyrende og ligeledes kan der i sådanne modeller være en tendens til, at hvert niveau får sin egen logik, der ikke sikrer en fælles og koordineret udvikling.

Implement anbefaler i stedet, at der implementeres en ”partnerskabsmodel”, hvor de centrale udviklingsmedarbejdere hver får en række tilbud, som de er kontaktperson for og at det samtidig overvejes om de lokale ledelser kan få råderet over udviklingsressourcerne ift. lokale udviklingsbehov, eksempelvis et fast timeantal pr. uge. Herved vil man både kunne sikre et centralt fælles fagligt fællesskab og samtidig, at de lokale ledelser får opfyldt deres støttebehov.

Ligeledes er det Implements vurdering, at et reduceret ledelsesspænd hos de assisterende områdeledere klart vil forbedre ledernes mulighed for at sikre den fornødne udvikling.

2.2 Områdespecifikke anbefalinger

I det følgende opsummeres de væsentligste anbefalinger på hver af de tre områder.

PLEJECENTEROMRÅDET

- Ledergruppen opleves meget presset. Implement anbefaler derfor, at der snarest iværksættes tiltag, der kan reducere dette pres.
- Ift. valg af fremtidig organisationsmodel er det Implements vurdering, at både en model med et halveret ledelsesspænd og en model med flere områdeledere og assisterende områdeledere, vil adressere de udfordringer, der er eksisterer på området, herunder ikke mindst at kunne reducere det høje ledelsesspænd hos de assisterende områdeledere. Såfremt centerchefen vurderer, at det er håndterbart at have et forøget antal ledelsesreferencer, anbefaler Implement modellen med flere assisterende områdeledere og én områdeleder per plejecenter, da dette vil kunne bidrage bedst til at skabe nogle stærke og sammenhængende enheder, som bedre understøtter ledelsessparringen for de assisterende områdeledere, samt samarbejdet med fx pårørende og frivillige.
- Implement anbefaler, at der sættes fokus på at styrke det tværgående samspil med henblik på at styrke udviklingen mod ét fælles plejecenterområde.

HJEMMEPLEJEOMRÅDET

- Implement anbefaler en model med en udvidelse af dagområder, og en øget ledelseskapacitet. Det er Implements vurdering, at denne model bedst muligt og med en begrænset økonomisk driftsinvestering vil kunne sikre en reduktion af det nuværende ledelsesspænd hos de assisterende områdeledere i både dag- og aftenvagten. Der skal dog gøres opmærksom på, at modellen vil kræve, at de

nuværende fire dagområder erstattes af seks nye og mindre dagområder og derfor kan være forbundet med lokalemæssige udfordringer at implementere.

- Implement anbefaler, at der sker en tilpasning af den administrative understøttelse på hjemmeplejeområdet, således at vagtplanlægning og kørelister varetages af samme person. Ligeledes at rollefordelingen mellem de assisterende områdeledere og den fremtidige planlæggerfunktion styrkes, således at der sikres et tæt forhold mellem budgetansvar og disponeringsansvar.
- Endelig anbefaler Implement, at den fremtidige ansvarsdeling mellem sygeplejen og den assisterende områdeleder ift. den faglige udvikling præciseres.

TRÆNINGSOMRÅDET

- Implement anbefaler en øget ledelseskapacitet for plejepersonalet. Det er Implements vurdering, at denne model vil kunne adressere de udfordringer, der er på området, herunder sikre en reduktion af det nuværende høje ledelsesspænd hos de assisterende områdeleder i plejen. Det er vores vurdering, at begge de foreslåede undermodeller – (i) at den "ekstra" assisterende områdeleder varetager 1/2 af medarbejderne på det pågældende træningscenter eller (ii) får ansvaret for aften- og natgruppen på det pågældende træningscenter, kan være hensigtsmæssige. Vi vil derfor anbefale, at der foretages en konkret vurdering heraf på tværs af de to træningscentre, og at der vælges samme model på begge centre.
- Implement anbefaler, at der sker en tilpasning og ensretning af den administrative understøttelse på træningsområdet. Implement anbefaler, at alle administrative ressourcer på området organiseres under ledelse af områdelederen. Dette arbejde er allerede påbegyndt i 2017 og er kommet langt – om end ikke helt i mål – og Implement anbefaler derfor at dette arbejde fortsættes. Implement anbefaler ligeledes, at der sker en detaljeret kortlægning af administrative opgaver og funktioner med henblik på at sikre en ensartet og robust fremadrettet model. I denne forbindelse bør det analyseres, om der er funktioner, der med fordel kan løses ét sted for begge træningscentre.
- Såfremt anbefalingerne om en reduceret pladskapacitet på træningsenheden gennemføres (jf. delanalyse 2) vil det betyde, at ovenstående anbefalinger skal tilpasses i overensstemmelse hermed. Såfremt dette har en lidt længere implementeringshorisont anbefaler Implement, at der iværksættes tiltag, der på kort sigt kan aflaste lederne i plejedelen.

3. Tværgående betragtninger

I den følgende gennemgås indledningsvist en række tværgående forhold, der er gået igen på alle tre delområder og som derfor er samlet i dette tværgående kapitel.

FRAVALG AF STEDFORTRÆDERMODEL

I alle tre delanalyser har der af lederne været peget på forslag om indførsel af stedfortræderstillinger, som en potentiel aflastning af de assisterende områdeledere. Modellen har både været drøftet som en model A) hvor stedfortræderen ikke har personaleansvar, men alene har en stedfortræderfunktion og varetager en række øvrige ledelsesopgaver. Herudover har den være drøftet som en model B), hvor stedfortræderen får ansvaret for ca. 50% af personalet.

Det er Implements vurdering, at de to modeller ikke vil kunne sikre en tilstrækkelig løsning af de udfordringer der opleves på områderne pt.:

- Model A (uden personaleansvar) vil ikke reducere ledelsesspændet hos de assisterende områdeledere, hvilket Implement vurderer, er den største udfordring pt. Derfor kan Implement ikke anbefale denne model.
- Model B (med ansvaret for 50% af personalet) vil betyde, at man vil få en ”skæv” ledelse på to niveauer. Det betyder konkret, af nogle medarbejdere vil referere til den ”rigtige leder” (den assisterende områdeleder), mens andre vil referere til en leder, der ikke har den fulde kompetence. Derfor vil denne model have en indbygget risiko for uklare referencer. Derfor kan Implement ikke anbefale denne model.

Som følge af ovenstående er stedfortrædermodellerne ikke medtaget i den videre analyse.

FRAVALG AF MODELLER MED DECENTRAL KONSULENTSTØTTE

I alle tre delanalyser har lederne peget på, at de oplever sig pressede af mængden af samtidige udviklingstiltag og at de oplever, at de mangler udviklingskompetencer, der kan understøtte dem i forhold hertil. Flere af lederne har derfor peget på forslag om ansættelse af lokale udviklingskonsulenter, der kunne aflaste de assisterende områdeledere.

I Lyngby-Taarbæk Kommune er der valgt en central samling af udviklingsressourcerne, for at sikre et fagligt stærkt miljø og fleksibel og optimal udnyttelse af ressourcerne. Derfor vil en ansættelse af lokale udviklingskonsulenter betyde, at der vil være udviklingskonsulenter både centralt og decentralt.

Implement kan ikke anbefale en organisationsmodel med både lokale og centrale udviklingsressourcer, da dette vurderes at være både ineffektivt og fordyrende med udviklingsressourcer på to niveauer. Ligeledes kan der i sådanne modeller være en tendens til, at hvert niveau får sin egen logik, der ikke sikrer en fælles og koordineret udvikling.

Ligeledes vil en model med decentrale udviklingsressourcer ikke reducere ledelsesspændet hos de assisterende områdeledere, hvilket Implement vurderer er den største udfordring pt.

Som følge af ovenstående er organisationsmodeller med decentrale udviklingsressourcer ikke medtaget i den videre analyse.

Implement anbefaler i stedet, at der implementeres en ”partnerskabsmodel”, hvor de centrale udviklingsmedarbejdere hver får en række tilbud, som de er kontaktperson for og at det samtidig overvejes om de lokale ledelser kan få råderet over udviklingsressourcerne ift. lokale udviklingsbehov, eksempelvis et fast timeantal pr. uge. Herved vil man både kunne sikre et centralt fælles fagligt fællesskab og samtidig, at de lokale ledelser får opfyldt deres støttebehov.

FORSKELLIGE TITLER OG ROLLER INDENFOR DE ADMINISTRATIVE FUNKTIONER

Analysen har vist, at der i dag er mange forskellige titler og roller indenfor de administrative funktioner på de tre områder. Dette synes primært at være grundet i historiske årsager.

I dag er der således lokalassistenter på lederoverenskomst (uden et formelt ledelsesansvar), kontorledere, fordelere, administrative medarbejder mv. De forskellige titler og roller kan give anledning til uklarhed om roller, herunder ikke mindst ift. lokalassistenterne.

Implement vil derfor anbefale, at der gennemføres en ”oprydning” og opdatering af titler på det administrative og ledelsesmæssige område, således at roller og titler tydeligt følger hinanden, er retvisende og er tidssvarende.

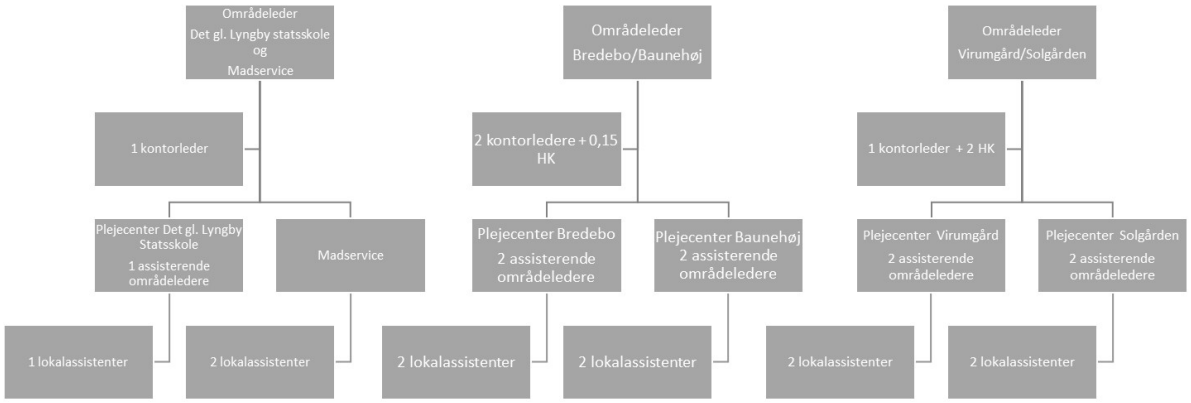
Ift. lokalassistenterne foreslår vi konkret, at denne titel ændres. I nedenstående forslag til nye organisatoriske strukturer for ledelsesunderstøttelsen på de tre områder, har vi derfor gennemgående foreslået at lokalassistenter fremadrettet får titel af administrative medarbejdere.

Implement anbefaler derfor, at der igangsættes en personalefaglig undersøgelse heraf samt inddragelse af de faglige organisationer og MED-systemet.

4. Plejecentrene

4.1 Afdækning af nu-situation

Plejecenterområdet er i dag organiseret med tre områdeledere, fem plejecentre og den kommunale madservice.



Det nuværende antal ledere, deres ledelsesspænd og antal administrative medarbejdere fremgår af nedenstående tabel:

Tabel 8: Overblik over ledelse på plejecentrene, ekskl. madservice

Funktioner	Ledelsesspænd
2,5 områdeledere	Ledelse af 9 assisterende områdeledere på plejecentrene
9 assisterende områdeledere	Den assisterende områdeleder på Det Gl. Lyngby Statsskole (DGLS) 35 medarbejdere De øvrige 8 assisterende områdeledere ca. 69 medarbejdere

9 lokalassistenter og 6 administrative medarbejdere	Ingen personaleledelse

LEDELSESSPÆND I SAMMENLIGNINGSKOMMUNER

Ledelsesspændet indenfor plejecenterområdet i sammenligningskommunerne udgør:

Tabel 9: Ledelsesspænd i sammenligningskommunerne

	LTK	Furesø	Fredensborg
Plejecentre	69 *	35	28

* Ledelsesspændet hos de assisterende områdeledere er uden DGLS (som ligger på 35). Af samme årsag er DGLS ikke omfattet af nedenstående analyse.

Tendensen med lavere ledelsesspænd i andre kommuner bekræftes ligeledes den analyse forvaltningen selv lavede i 2017, som ligeledes pegede på et betydeligt lavere ledelsesspænd i omkringliggende kommuner. Erfaringsindhentningen, særligt fra Fredensborg Kommune, har samtidig vist at det lavere ledelsesspænd muliggør at ledelsen kan være tættere inde over vagtplanlægningen, hvilket flugter med Implements anbefaling om at skabe tættere sammenhæng mellem budget- og disponeringsansvar.

UDFORDRINGSBILLEDE

På de gennemførte workshops med lederne og i de gennemførte interviews er der peget på følgende primære udfordringer med den nuværende ledelsesstruktur, administrative struktur og ledelseskapacitet.

Stort ledelsesspænd

- Ledelsen på plejecenterområdet oplever, at den primære udfordring på området er et uhensigtsmæssigt stort ledelsesspænd hos de assisterende områdeledere. Dette udfordres yderligere af, at man som leder er ansvarlig for tre vagtlag.
- Det store ledelsesspænd gør det vanskeligt at bedrive nærværende ledelse og at agere proaktivt som leder ift. opståede udfordringer. Det har tillige negativ betydning for medarbejdernes trivsel og udvikling.
- Ovenstående understøttes af den gennemførte APV fra 2017, hvor spørgsmålet "*Min nærmeste leder giver mig tilstrækkelige tilbagemeldinger på mit arbejde*" er den kategori under de ledelsesmæssige spørgsmål, der har den laveste score.

Stort opgavespænd

- Lederne oplever et stort driftsansvar, en stor kompleksitet i brugernes udfordringer samt mange samarbejdsflader.
- Kompleksiteten må forventes at blive forøget i de kommende år, som følge af den hurtigere udskrivning fra hospitalerne, færre indlæggelser og øget ambulant behandling på hospitalerne, samt generelt større krav til tværgående koordinering.

Mangel på udviklingsressourcer

- Lederne oplever, at de mangler udviklingsressourcer ift. implementeringen af årsaftalens udviklingstiltag, samt at den nuværende model med de centrale udviklingsressourcer ikke fungerer optimalt.

Områdeledernes placering på to matrikler

- Områdelederne oplever det som en udfordring ift. at være nærværende på de enkelte plejecentre, at de kun er halv tid på hvert plejecenter.

Der har i afdækningen af udfordringsbilledet ikke været peget på særlige udfordringer i relation til madservice, hvorfor dette ikke har været i fokus i de efterfølgende analyser.

4.2 Analyse af forbedringspotentialer

Med udgangspunkt i ovenstående udfordringsbillede beskrives i det følgende en række potentielle forbedringspotentialer med henblik på at sikre en styrket ledelsesunderstøttelse.

Indledningsvist gennemgås en række designkriterier, som bør tilgodeses ifm. en fastlæggelse af en fremtidig ledelsesstruktur på det pågældende område. Herefter opstilles to potentielle fremtidige organisationsmodeller for en styrket ledelsesunderstøttelse.

4.2.1 Designkriterier

Med udgangspunkt i ovenstående udfordringsbillede opstilles i det følgende en række designkriterier, som bør tilgodeses for at sikre en velfungerende ledelsesstruktur på plejecenterområdet.

Hovedkravet er naturligvis, at strukturen understøtter visionen i Ældrestrategien om dels at skabe rammerne for at ældre borgere kan leve et godt og aktivt liv, og dels at fremme sundheden og støtte borgerne i at klare sig selv bedst muligt i hverdagen.

DESIGNKRITERIE 1. REDUCERET LEDELSESSPÆND

Analysen har vist, at den mest centrale udfordring på plejecenterområdet er det høje ledelsesspænd hos de assisterende områdeledere. Det mest centrale designkriterie bør derfor være, at det nuværende ledelsesspænd hos de assisterende områdeledere reduceres. Et reduceret ledelsesspænd skal give de assisterende områdeledere styrkede muligheder for at bedrive nærværende personaleledelse, styrket faglig og strategisk ledelse samt proaktivt at kunne agere ift. opståede udfordringer.

DESIGNKRITERIE 2. ENTYDIGT ØKONOMIANSVAR

Plejecentrene er som andre offentlige organisationer underlagt et betydeligt krav om effektiv drift. Som led i sikringen heraf er det centralt, at der er en entydige sammenhæng mellem budgetansvar og dispositionsansvar. Dette gælder særligt ift. de udgiftsgenererende områder på plejecenterområdet i form af vagtplanlægning og vikardækning.

DESIGNKRITERIE 3. UNDERSTØTTELSE AF ÉT PLEJECENTEROMRÅDE

En fremtidig organisering bør bedst muligt understøtte det tværgående samarbejde mellem plejecentrene, samt at den overordnede faglige udvikling af området sker koordineret. Formålet hermed er at sikre ét sammenhængende plejecenterområde, jf. leder- og medarbejdergrundlagets mål om én kommune. Dette fordrer, at det ledelsesmæssige samspil på tværs prioriteres samt at ledelse bedrives ud fra fælles værdier og mål.

DESIGNKRITERIE 4. KLARE ROLLER

Ifm. fastlæggelse af en fremtidig organisering bør der sættes fokus på en beskrivelse af klare roller hos ledere og administrative medarbejdere. Dette gælder tillige rollefordelingen mellem de forskellige administrative stillingskategorier. Dette skal dels sikre en tydelig organisering, klare processer samt understøtte ét fælles plejecenterområde.

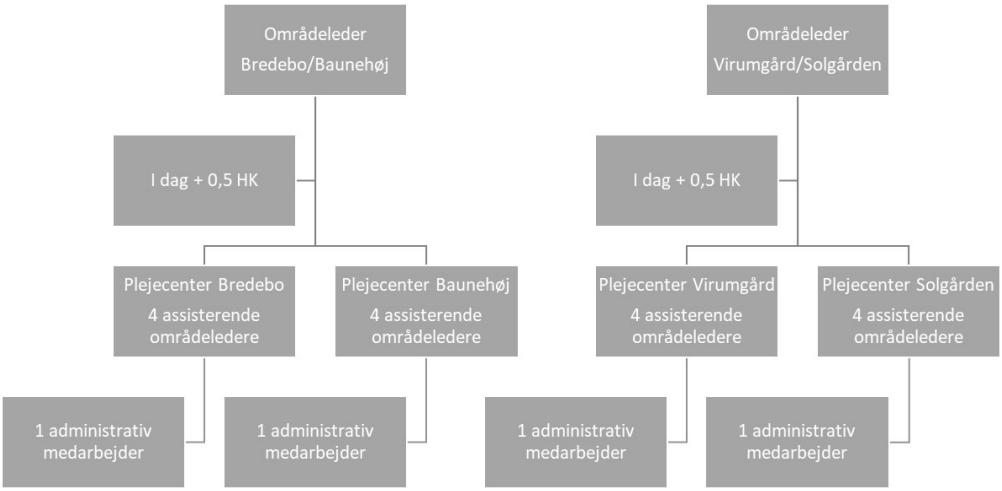
DESIGNKRITERIE 5. UNDERSTØTTELSE AF DEN FAGLIGE UDVIKLING

En fremtidig model bør understøtte en kontinuerlig faglig udvikling og at der kan trækkes på udviklingskompetencer. Dette skal sikre, at plejecenterområdet er gearet til en kvalificeret varetagelse af de stigende komplekse faglige udfordringer, som borgerne forventes at få i de kommende år.

4.2.2 Modeller til en styrket ledelsesunderstøttelse

I det følgende beskrives med udgangspunkt i det afdækkede udfordringsbillede og de opstillede designkriterier to organisatoriske modeller, der på forskellig vis vil kunne styrke ledelsesunderstøttelsen af plejecenterområdet.

MODEL 1. HALVERET LEDELSESSPÆND



Modellens logik

Modellen tager udgangspunkt i den nuværende organisering og vil med tilføjelse af to assisterende områdeledere mere pr. plejecenter halvere ledelsesspændet hos de assisterende områdeledere. Dvs. at der ansættes otte yderligere assisterende områdeledere. De fire af dem konverteres fra lokalassistentstilligner, som der så komme

fire mindre af. For at sikre den administrative understøttelse ansættes 0,5 administrativ stilling under hver områdeleder. Netto tilfører modellen fem stillinger.

Opgaveplacering

De nuværende opgaver hos de assisterende områdeledere vil skulle opdeles ift. det forøgede antal assisterende områdeledere. Yderligere vil nogle af de opgaver, som lokalassistenterne varetager i dag, skulle fordeles på de assisterende områdeledere, de administrative medarbejdere på plejecentret og den nye halve stilling under områdelederen. Her vil særligt vagtplanen være en opgave, som de assisterende områdeledere vil skulle være langt tættere inde over i denne model.

Styrker

- At ledelsesspændet reduceres mærkbart hos de assisterende områdeledere og derved frigiver tid til styrket ledelse (personaleledelse, faglig ledelse, drifts- og økonomiledelse og strategisk ledelse)

Udfordringer

- At ledelsesspændet hos områdelederen stiger.
- Potentielt flere administrative opgaver hos de assisterende områdeledere.

Betydning for ledelsesspænd

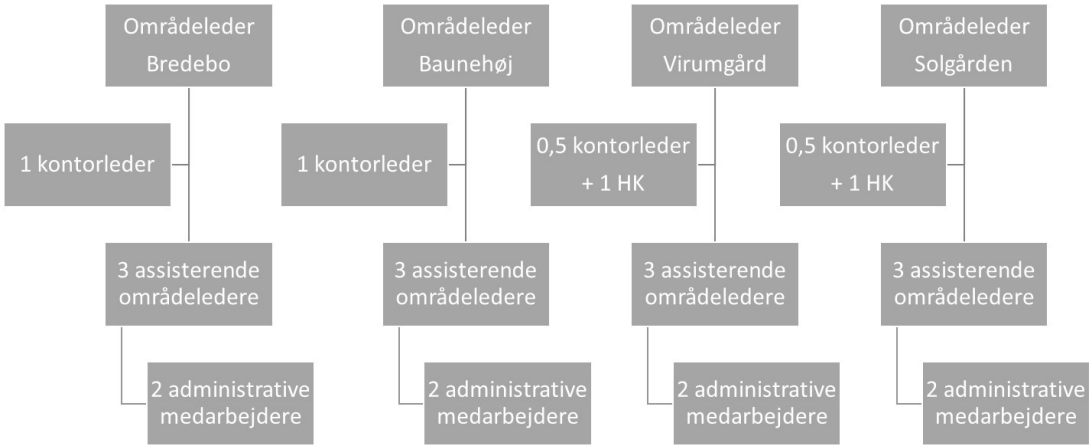
Tabel 10: Model 2: Ledelsesspænd

Funktioner	Nuværende ledelsesspænd	Fremtidigt ledelsesspænd	Difference
Områdeledere	Ledelse af 4 ledere + 2-3 administrative medarbejdere	Ledelse af 8 ledere + 3-4 administrative medarbejdere	+ 4
Assisterende områdeledere	69 medarbejdere	Ledelse af 35 medarbejdere	- 34

Økonomiske konsekvenser

De økonomiske konsekvenser af denne model vil være ansættelse af fire yderligere assisterende områdeledere, tillæg ift. konvertering af fire lokalassistentstillinger til assisterende områdelederstillinger samt ansættelse af to halve administrative stillinger (under områdelederne). Udgiften hertil vil udgøre ca. 3,2 mio. kr.

MODEL 2. FLERE OMRÅDELEDERE OG ASSISTERENDE OMRÅDELEDERE



Modellens logik

I denne model ansættes dels to områdeledere mere, således at de hver kun vil skulle have ét plejecenter under sig. Ligeledes ansættes fire yderligere assisterende områdeledere, således at der vil være tre assisterende områdeledere pr. plejecenter. Herved vil ledelsesspændet for de assisterende områdeledere direkte reduceres med 33 pct. Netto tilfører modellen seks stillinger.

Opgaveplacering

De nuværende opgaver hos de assisterende områdeledere vil skulle opdeles ift. det forøgede antal assisterende områdeledere. Yderligere vil den forøgede områdelederressource betyde, at områdelederne vil kunne varetage en række opgaver, der ikke er knyttet til det daglige plejepersonale, herunder opgaver relateret til husenes drift i det hele taget. Det vil kunne være en række forskellige ledelsesopgaver ex. personaleansvaret ift. rengøring, flexjobbere eller lignende. Herved vil de assisterende områdelederes fokus blive styrket og de vil blive yderligere aflastet.

Styrker

- At ledelsesspændet reduceres mærkbart hos de assisterende områdeledere og derved frigiver tid til styrket ledelse (personaleledelse, faglig ledelse, drifts- og økonomiledelse og strategisk ledelse)
- At områdelederen vil være fuld tid på deres plejecenter i stedet for halv tid, som i den nuværende model. Dette muliggør et stærkere ledelsesmæssigt forum med relevant ledelsessparring for de assisterende områdeledere. Samtidig giver den nærværende ledelse på områdelederniveau en bedre mulighed for at styrke samarbejdet med fx pårørende og frivillige.

Udfordringer

- Antallet af ledelsesreferencer hos centerchefen vil stige
- Man vil skulle være opmærksom på, at det øgede antal områdeledere ikke medfører reduceret samspil på tværs.

Betydning for ledelsesspænd

Tabel 11: Model 3: Ledelsesspænd

Funktioner	Nuværende ledelsesspænd	Fremtidigt ledelsesspænd	Difference
Områdeledere	Ledelse af 4 ledere	Ledelse af 3 ledere	- 1
Assisterende områdeledere	69 medarbejdere	Ledelse af 46 medarbejdere	- 23 *

** Herudover vil der være en mindre yderligere reduktion i ledelsesspændet, såfremt områdelederne får personaleledelse for fx rengøringspersonalet.*

Økonomiske konsekvenser

De økonomiske konsekvenser af denne model vil være ansættelse af fire yderligere assisterende områdeledere samt to områdeledere. Udgiften hertil vil udgøre ca. 3,75 mio. kr.

4.3 Anbefalinger

Gennem analysen har vi oplevet en ledergruppe, der oplever sig meget pressede. Dette skyldes primært det omfattende personalespænd hos de assisterende områdeledere, men også opgavemængdens bredde og antallet af udviklingsopgaver anføres som elementer, der presser lederne. Dette pres vurderer Implement ikke er holdbart, hverken ift. at sikre en god kerneydelse til de ældre borgere, medarbejdertrivsel eller ift. ledernes arbejdsmiljø og bør derfor adresseres snarest.

Ift. de to opstillede organisationsmodeller er det Implements vurdering, at begge modeller vil adressere de udfordringer, der er eksisterer på området, herunder ikke mindst at kunne reducere det høje ledelsesspænd hos de assisterende områdeledere.

Det er Implement anbefaling, at valget mellem de to modeller bør baseres på om centerchefen vurderer, at det øgede ledelsesspænd hos vedkommende er håndterbart. Såfremt centerchefen vurderer, at dette er håndterbart samt, at centerchefen er indstillet på at skulle sikre en tæt koordination mellem de fem områdeledere på plejecenterområdet (så der sikres en koordineret udvikling) er det Implements vurdering, at modellen med én områdeleder per plejecenter er den model, der må forventes at have den største positive effekt på organisationen.

Herudover vil Implement anbefale, at der fremadrettet sættes fokus på det tværgående samspil, med henblik på at styrke udviklingen mod ét fælles plejecenterområde. Det omfatter, at det ledelsesmæssige samspil på tværs prioriteres, samt at ledelse bedrives ud fra fælles værdier og mål. Ligeledes vil vi anbefale, at der sættes fokus på at ensrette den administrative understøttelse på tværs.

Endelig vil Implement anbefale, at de assisterende områdeledere styrker deres involvering i vagtplanlægningen, for at sikre, at budgetansvar og disponeringsansvar er tættest muligt forbundet.

Det er Implements vurdering at den konkrete måde opgaverne deles mellem de assisterende områdeledere inden for hver af modellerne – særligt om der skal være en opdeling på dag- og aften-/nattevagterne – kan variere mellem de enkelte plejecentre efter relevante lokale forhold.

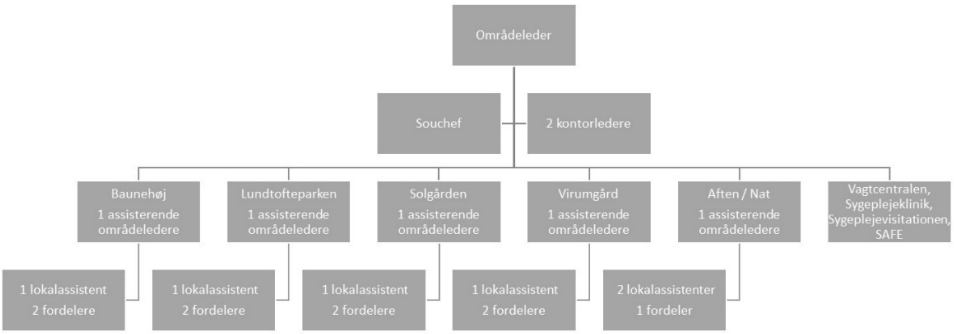
IMPLEMENTERINGSOVERVEJELSER

Implementeringen af ovenstående modeller vil forudsætte ansættelse af nye ledere og en heraf følgende tilpasning af opgaveområder. Herudover vil der naturligvis skulle findes lokaler til de nye ledere.

Modellerne vil herudover kræve en forhandling ift. tilpasning af titel ift. de nuværende lokalassistenter.

5. Hjemmeplejen

5.1 Afdækning af nu-situation



Hjemmeplejen er i dag organiseret med en hjemmeplejechef, en souschef, en assisterende områdeleder for hvert dagområde, samt aftenvagten og vagtcentralen.

Det nuværende antal ledere, deres ledelsesspænd og antal administrative medarbejdere fremgår af nedenstående tabel:

Tabel 12: Overblik over ledelse i hjemmeplejen

Funktioner	Ledelsesspænd
1 hjemmeplejechef	Ledelse af 7 ledere + 2 kontorledere
1 souschef	Ledelse af 1 fast medarbejder og 3 tidsbegræsede
4 assisterende områdeledere af hjemmeplejens dagvagter	Ledelse af gennemsnitligt 59 medarbejdere
1 assisterende områdeleder for aftenvagten	Ledelse af ca. 70 medarbejdere
1 lokalassistenter og 2 fordelere i hver af de fire dagområder, dog i aftenvagt 2 lokalassistenter og 1 fordeler)	Ingen personaleledelse

LEDELSESSPÆND I SAMMENLIGNINGSKOMMUNER

Ledelsesspændet indenfor hjemmeplejeområdet i sammenligningskommunerne udgør.

Tabel 13: Ledelsesspænd for assisterende områdeledere, sammenlignet

	LTK	Furesø	Fredensborg
Hjemmeplejen	59	39	36

Ovenstående viser, at den nuværende ledelsesspænd hos de assisterende områdeledere i hjemmeplejen er markant over de to sammenligningskommuner.

UDFORDRINGSBILLEDE

På de gennemførte workshops med lederne og i de gennemførte interviews er der peget på følgende primære udfordringer med den nuværende ledelsesstruktur, administrative struktur og ledelseskapacitet.

Stort ledelsesspænd

- Ledelsen på hjemmeplejeområdet oplever, at den primære udfordring på området er et uhensigtsmæssigt stort ledelsesspænd hos de assisterende områdeledere på ca. 59 medarbejdere.
- Det store ledelsesspænd gør det vanskeligt at bedrive nærværende ledelse og at agere proaktivt som leder ift. opståede udfordringer. Det har tillige negativ betydning for medarbejdernes trivsel og udvikling.
- Ovenstående understøttes af den gennemførte APV fra 2017, hvor spørgsmålet "*Min nærmeste leder giver mig tilstrækkelige tilbagemeldinger på mit arbejde*" er den kategori under de ledelsesmæssige spørgsmål, der gennemsnitligt har den laveste scorer.
- Hjemmeplejens særlige struktur, hvor medarbejderne er ude hos borgerne stort set hele dagen, betyder at ledelsens mulighed for at bedrive nærværende ledelses er begrænset til de få fælles mødetidspunkter i løbet af dagen.

Uklar rollefordeling

- Ledelsen på hjemmeplejeområdet peger på, at der i dag til tider er en uklar rollefordeling mellem de assisterende områdeledere, lokalassistenterne og fordelerne. Det kan dels medføre manglende klarhed for medarbejderne samt at forholdet mellem budgetansvar og disponeringsansvar ikke er afklaret i alle tilfælde. Ligeledes er den administrative opdeling mellem lokalassistenter og fordelere ikke altid klar. Dette gælder særligt ift. de snitflader, der er mellem vagtplanlægning og planlægning af kørelister.

Kvaliteten i planlægningen og kørelister

- Et helt afgørende forhold på hjemmeplejeområdet er kvaliteten af planlægningen og kørelisterne. Dette fordrer, at der er den rette kombination af effektiv ruteplanlægning (logistik), faglig viden om de ydelser, der skal udføres, og en konkret viden om de enkelte borgere. I analysen er der peget på, at dette ikke altid er tilfældet.

Forskelle mellem hjemmeplejeområderne

- Lyngby-Taarbæk Kommune har et mål om én hjemmepleje. I analysen er der peget på, at der i dag er en række forskelle mellem de enkelte hjemmeplejeområder både i opgavevaretagelsen, rollefordelingen, de administrative processer samt i ledelses fokus. Dette kan medføre en uensartet udvikling mellem områderne.

Ledelse af sygeplejefaglig ledelse

- Analysen har peget på, at der i dag ikke er en fuldt afklaret rollefordeling mellem de faglige ledelsesfunktioner, som sygeplejen varetager i hjemmeplejegrupperne og de assisterende områdeledere med deres samlede ledelsesansvar.

Mulig ændret afregningsmodel

- I delanalysen om "Afregningsmodellen i hjemmeplejen" anbefales det, at afregningsmodellen på hjemmeplejeområdet omlægges, således at det fulde budgetansvar (der pt. er opdelt i visitations- og udførebudget) fremadrettet vil blive meldt samlet ud til hjemmeplejen. En sådan styringsmæssig ændring vil medføre krav om et styrket ledelsesmæssigt fokus på den økonomiske styring i hjemmeplejen, såfremt det besluttes at forfølge denne anbefaling

Der har i afdækningen af udfordringsbilledet ikke været peget på særlige udfordringer i relation til vagtcentralen mv., hvorfor dette ikke har været i fokus i den efterfølgende analyse.

5.2 Analyse af forbedringspotentialer

Med udgangspunkt i ovenstående udfordringsbillede beskrives i det følgende en række potentielle forbedringspotentialer med henblik på at sikre en styrket ledelsesunderstøttelse.

Indledningsvist gennemgås en række designkriterier, som bør tilgodeses ifm. en fastlæggelse af en fremtidig ledelsesstruktur på det pågældende område. Herefter opstilles Implements anbefaling til en fremtidige organisationsmodel for en styrket ledelsesunderstøttelse.

5.2.1 Designkriterier

Med udgangspunkt i ovenstående udfordringsbillede opstilles i det følgende en række designkriterier, som bør tilgodeses for at sikre en velfungerende ledelsesstruktur.

Hovedkravet er naturligvis at strukturen understøtter ældre- og sundhedsområdets formål, nemlig at sikre en god service og pleje til borgerne i Lyngby-Taarbæk Kommune.

DESIGNKRITERIE 1. REDUCERET LEDELSESSPÆND

Analysen af hjemmeplejeområdet har vist, at det nuværende ledelsesspænd hos de assisterende områdeledere udgør en betydelig udfordring på området. Et centralt designkriterie bør derfor være, at det nuværende ledelsesspænd hos de assisterende områdeledere reduceres. Et reduceret ledelsesspænd skal give de assisterende områdeledere styrkede muligheder for at bedrive nærværende personaleledelse, styrke den faglige og strategiske ledelse samt proaktivt at kunne agere ift. opståede udfordringer.

DESIGNKRITERIE 2. KLAR ROLLEFORDELING

Ifm. fastlæggelse af en fremtidig organisering bør der sættes fokus på en beskrivelse af klare roller hos ledere og administrative medarbejdere. Dette gælder ikke mindst rollefordelingen mellem de forskellige administrative stillingskategorier. Ligeledes bør der være et afklaret ledelsesansvar mellem sygeplejerskerne og de assisterende områdeledere ift. den faglige ledelse.

DESIGNKRITERIE 3. ENTYDIGT ØKONOMIANSVAR

Med henblik på at sikre en effektiv drift, og set i lyset af planerne om en tilpasset styringsmodel på området (jf. ovenstående beskrivelse i udfordringsbilledet), bør en fremtidig organisering sikre en entydig sammenhæng mellem budgetansvar og dispositionsansvar og et styrket økonomisk fokus hos ledelsen. Dette gælder særligt ift. de udgiftsgenererende områder på hjemmeplejeområde i form af vagtplanlægning, fastlæggelse af kørelister og vikardækning.

DESIGNKRITERIE 4. STYRKET SAMARBEJDE PÅ TVÆRS

Med henblik på at sikre en styrkelse af én fælles hjemmepleje, bør en fremtidig organisering understøtte udviklingen af et koordineret og sammenhængende hjemmeplejeområde. Det betyder, at ledelse skal bedrives ud fra fælles retning og værdier, samt at den faglige udvikling sker koordineret. Med henblik på en sikring heraf bør en fremtidig organisering styrke samspillet på tværs.

5.2.2 Overvejelser om den administrative understøttelse på hjemmeplejeområdet

På hjemmeplejeområdet har analysen af den administrative understøttelse vist en række forhold, vi finder centrale at adressere, uanset hvilken fremtidig organisationsmodel der fastlægges for den fremtidige ledelsesstruktur.

Analysen har vist, at der i dag er en betydelig opsplitning af, hvem der varetager vagtplanlægning (lokalassistenten i samspil med den assisterende områdeleder (dog i forskellig grad på de enkelte områder)) og kørelisterne (fordeleren). I det daglige arbejde giver dette en del koordinering mellem de forskellige aktører, med henblik på at sikre, en effektiv tilrettelagt drift. Ligeledes er det vores vurdering, at det medfører risiko for, at der ikke i alle tilfælde sikres en tilstrækkelig koordinering, hvilket kan betyde, at kørelister og vagtplaner ikke bliver tilrettelagt optimalt fagligt og/eller økonomisk. Vi vil derfor anbefale, at der fremadrettet sker en tættere koordination mellem vagtplanlægning og kørelister og helt konkret, at dette samles på én person og samtidig at de assisterende områdeledere kommer endnu tættere på end i dag, for at sikre både fagligt og økonomisk bedst muligt tilrettelagte vagtplaner og kørelister. Vi vil derfor foreslå, at de nuværende stillinger som lokalassistenter og fordelere omlægges til to nye stillingskategorier:

- Planlæggere, som varetager både vagtplanlægning og kørelister i tæt samspil med den assisterende områdeleder og
- Administrative medarbejdere, der varetager forskellige typer af administrative opgaver.

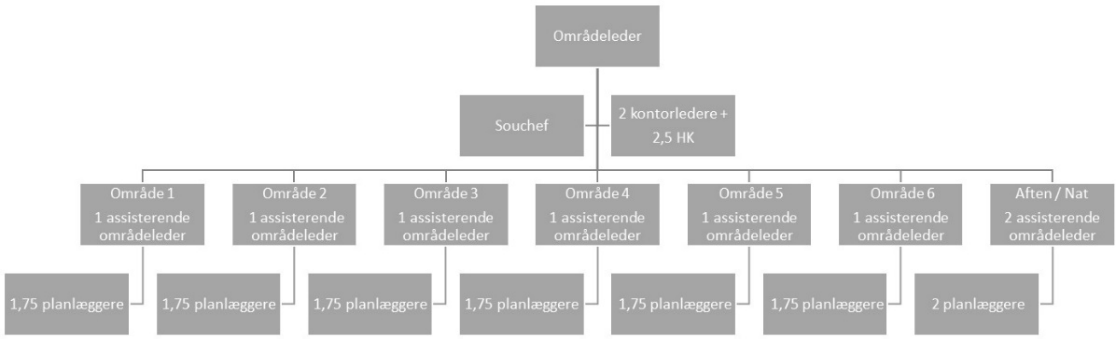
Det vurderes ikke at der er grundlag for at skære ned på den samlede normering på planlægning og den administrative understøttelse. Der er dermed udelukkende tale om en omlægning af funktioner.

5.2.3 Modeller til en styrket ledelsesstruktur

I det følgende beskrives, med udgangspunkt i det afdækkede udfordringsbillede og de opstillede designkriterier, den organisatoriske model vi vurderer bedst vil kunne styrke ledelsesunderstøttelsen af hjemmeplejen.

I det følgende gennemgås modellen, dens styrker og udfordringer samt hvordan den påvirker ledelsesspændet hos lederne.

MODEL MED FLERE OMRÅDER



MODELLENS LOGIK

I denne model etableres yderligere to daghjemmeplejeområder, således at der vil være seks daghjemmeplejeområder og ét aften/nat-område (dog med 2 ledere for at opnå et hensigtsmæssigt ledelsesspænd). Modellen kræver derved en opsplitning af de nuværende daghjemmeplejedistrikter. Modellen vil samtidig medføre en mærkbar reduktion af de assisterende områdelederes ledelsesspænd. Modellen medfører, at der ansættes tre yderligere assisterende områdeledere.

I modellen er der taget højde for at en potentiel kapacitetstilpasning af træningsområdet (jf. delanalysen heraf) vil medføre flere opgaver og medarbejdere i hjemmeplejen. Med ovenstående model vil dette forøgede antal medarbejdere kunne håndteres.

OPGAVEPLACERING

Opgaveplacering vil være som i den nuværende model, dog vil der være tale om mindre områder. Ligeledes vil planlægningsfunktionen i denne model, skulle varetage et bredere spænd af administrative opgaver, dog ift. en mindre gruppe af borgere og medarbejdere og med nogle tværgående administrative opgaver flyttet op under hjemmeplejechefen.

STYRKER

- At ledelsesspændet reduceres mærkbart hos de assisterende områdeledere og derved frigiver tid til styrket ledelse (personaleledelse, faglig ledelse, drifts- og økonomiledelse og strategisk ledelse). Herunder er det relevant at det vil give de assisterende områdeledere bedre forudsætninger for at varetage en rolle med

udvidet økonomiansvar, såfremt anbefalingerne om en ny afregningsmodel implementeres, jf. delanalyse 6.

UDFORDRINGER

- At de nuværende geografiske hjemmeplejeområder skal opsplittes i nye områder, og at der herved må forventes at skulle findes nye lokaler.
- At ledelsesspændet hos områdelederen stiger.

BETYDNING FOR LEDELSESSPÆND

Tabel 14: Model med flere områder: Ledelsesspænd

Funktioner	Nuværende ledelsesspænd	Fremtidigt ledelsesspænd	Difference
Områdeleder	Ledelse af 7 ledere + 2 kontorledere	Ledelse af 10 ledere + 4,5 kontorledere/HK	+ 3,5
Assisterende områdeledere i daggrupper	Ledelse af gennemsnitligt 59 medarbejdere	Ledelse af 39 medarbejdere	- 20
Assisterende områdeledere i aften/natgrupper	Ledelse af 70 medarbejdere	Ledelse af 35 medarbejdere	- 35

*) Ovenstående ledelsesspænd vil blive forøget lidt såfremt kapacitetstilpasningen på træningsområdet gennemføres.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

De økonomiske konsekvenser af denne model vil være ansættelse af tre yderligere assisterende områdeledere. Udgiften hertil vil udgøre ca. 1,7 mio. kr.

5.3 Anbefalinger

Implement anbefaler, at ovenstående model med en udvidelse til seks dagområder og en ekstra assisterende områdeleder til aftenvagten gennemføres. Det er Implements vurdering, at denne model bedst muligt vil kunne sikre en reduktion af det nuværende ledelsesspænd hos de assisterende områdeledere for både dag- og aftenvagterne.

Ligeledes vil modellen sikre grupper med (lige under) to planlæggere pr. assisterende områdeleder, der derved vil sikre mod sårbarhed. Modellen har dog den ulempe, at den er vanskelig at implementere, grundet at de nuværende fire dagområder skal erstattes af seks nye og mindre dagområder.

Som beskrevet ovenstående anbefaler Implement samtidig, at der sker en tilpasning af den administrative understøttelse på hjemmeplejeområdet, således at vagtplanlægning og kørelister varetages af samme person. Ligeledes at rollefordelingen mellem de assisterende områdeledere og den fremtidige planlæggerfunktion styrkes, således at der

sikres et tæt forhold mellem budgetansvar og disponeringsansvar. Dette understøttes af den forventede omlægning af afregningsmodellen.

Jf. udfordringsbilledet har analysen tillige kortlagt, at der i dag ikke er en fuldt afklaret rollefordeling mellem de faglige ledelsesfunktioner, som sygeplejen varetager i hjemmeplejegrupperne og de assisterende områdeledere med deres samlede ledelsesansvar. Implement anbefaler derfor, at den fremtidige ansvarsdeling mellem sygeplejen og den assisterende områdeleder ift. den faglige udvikling præciseres.

IMPLEMENTERINGSOVERVEJELSER

Implementeringen af modellen vil kræve en opdeling af de nuværende fire områder i seks nye områder og de lokalemæssige dimensioner heraf. Såfremt det lokalemæssigt er muligt, er der intet til hinder for, at to fremtidige områder kan placeres på samme adresse.

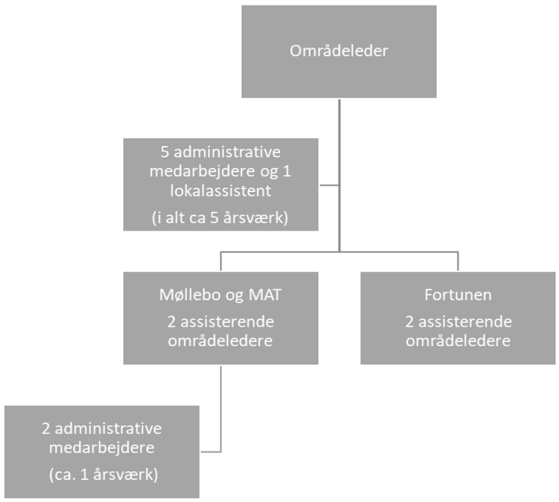
Herudover vil modellen forudsætte ansættelse af nye ledere og en heraf følgende tilpasning af opgaveområder mellem lederne.

Endelig vil modeller vil kræve en forhandling med de faglige organisationer ift. de ændrede administrative stillinger og roller.

6. Træningscentrene

6.1 Afdækning af nu-situation

Træningsområdet er i dag organiseret med én områdeleder og to træningscentre.



Det nuværende antal ledere, deres ledelsesspænd og antal administrative medarbejdere fremgår af nedenstående tabel:

Tabel 15: Overblik over ledelse på træningsområdet

Funktioner	Ledelsesspænd
1 områdeleder	Ledelse af 4 ledere og 6 administrative medarbejdere

4 assisterende områdeledere	To assisterende områdeledere med ansvar for plejen med et ledelsesspænd på ca. 70 ansatte pr. leder. Heraf har den ene ansvaret for MAT. To assisterende områdeledere med ansvar for terapeuterne og et ledelsesspænd på ca. 35 medarbejdere pr. leder.
1 lokalassistent og 7 administrative medarbejdere (ikke fuld tid), heraf er 2 under ledelse af den assisterende områdeleder for terapeuterne på Møllebo	Ingen personaleledelse

LEDELSESSPÆND I SAMMENLIGNINGSKOMMUNER

Ledelsesspændet indenfor plejedelen på træningsområdet i sammenligningskommunerne udgør.

Tabel 16: Ledelse i sammenligningskommunerne

	LTK	Furesø	Fredensborg
Plejedelen i træningsenheden	70	44	24

Ovenstående viser, at det nuværende ledelsesspænd hos de assisterende områdeledere på plejedelen på træningscentrene er markant over de to sammenligningskommuner.

UDFORDRINGSBILLEDE

På de gennemførte workshops med lederne og i de gennemførte interviews er der peget på følgende primære udfordringer med den nuværende ledelsesstruktur, administrative struktur og ledelseskapacitet.

Stort ledelsesspænd

- Ledelsen med ansvaret for plejedelen på træningscentrene oplever uhensigtsmæssigt store ledelsesspænd (70 medarbejdere). Dette udfordres yderligere af, at man som plejeleder er ansvarlig for tre vagtlag.
- Det store ledelsesspænd gør det vanskeligt at bedrive nærværende ledelse og at agere proaktivt som leder ift. opståede udfordringer. Det har tillige negativ betydning for medarbejdernes trivsel og udvikling.
- Ovenstående understøttes af den gennemførte APV fra 2017, hvor spørgsmålet "*Min nærmeste leder giver mig tilstrækkelige tilbagemeldinger på mit arbejde*" er den kategori under de ledelsesmæssige spørgsmål, der har den laveste scorer.

Stort opgavespænd

- Lederne oplever et stort driftsansvar, en meget stor kompleksitet i brugernes udfordringer og en stor spredning i de opgaver, der skal løftes, en ambitiøs og krævende årsaftale samt mange snitflader og involveringspunkter, som følge af tværsektorielle og -kommunale samarbejder. Dette medvirker til en presset ledelse.

- Kompleksiteten må forventes at blive forøget i de kommende år i tilknytning til "Det nære sammenhængende sundhedsvæsen" og den heraf hurtigere udskrivning fra hospitalerne, færre indlæggelser, øget ambulant behandling på hospitalerne samt at flere ældre borgere med komplekse udfordringer forbliver i eget hjem.
- MAT er en væsentlig opgave, der er med til at øge kompleksiteten.

Mangel på udviklingsressourcer

- Lederne oplever, at de mangler udviklingsressourcer ift. implementeringen af de mange aktuelle udviklingstiltag (herunder tiltag forbundet med årsaftalen). Dette gælder særligt de udviklingssygeplejefaglige kompetencer.
- Lederne oplever ikke, at den nuværende model med de centrale udviklingsressourcer fungerer optimalt.

Udfordringer ift. den administrative understøttelse

- Analysen viser, at der i dag er en noget uens praksis i organiseringen og processerne i den administrative understøttelse på tværs af de to træningscentre.
- Det er vurderingen, at dette dels medfører manglende ensartethed og samtidig, at de administrative ressourcer ikke udnyttes optimalt.

Udfordringer ved flere matrikler

- Lederne oplever, at der ville kunne realiseres et styrket samspil, mere effektiv drift og koordineret udvikling, såfremt man var samlet på én matrikel.

Nuværende kapacitet

- Parallelt med denne analyse af ledelsesunderstøttelsen er der gennemført en analyse af kapaciteten på træningsområdet. Denne analyser anbefaler, at der sker en reduktion af den nuværende kapacitet. Såfremt denne anbefaling følges, vil det have væsentlig betydning for den fremtidige ledelsesstruktur på træningsområdet.

6.2 Analyse af forbedringspotentialer

Med udgangspunkt i ovenstående udfordringsbillede beskrives i det følgende en række potentielle forbedringspotentialer med henblik på at sikre en styrket ledelsesunderstøttelse.

Indledningsvis gennemgås en række designkriterier, som bør tilgodeses ifm. en fastlæggelse af en fremtidig ledelsesstruktur på det pågældende område. Herefter opstilles Implements anbefaling til en fremtidige organisationsmodel for en styrket ledelsesunderstøttelse.

6.2.1 Designkriterier

Med udgangspunkt i ovenstående udfordringsbillede opstilles i det følgende en række designkriterier, som bør tilgodeses for at sikre en velfungerende fremtidig ledelsesstruktur.

Hovedkravet er naturligvis, at strukturen understøtter visionen i Ældrestrategien, jf. oven for.

DESIGNKRITERIE 1. REDUCERET LEDELSESSPÆND

Analysen har vist, at den mest centrale udfordring på træningsområdet er det høje ledelsesspænd, hos de assisterende områdeledere på plejedelen. Det mest centrale designkriterie bør derfor være, at det nuværende ledelsesspænd hos de assisterende områdeledere på plejedelen reduceres. Et reduceret ledelsesspænd skal give de assisterende områdeledere styrkede muligheder for at bedrive nærværende personaleledelse, styrket faglig ledelse samt proaktivt at kunne agere ift. opståede udfordringer.

DESIGNKRITERIE 2. REDUCERET OPGAVESPÆND

Analysen viser tillige, at lederne finder at opgavekompleksiteten i den nuværende struktur er meget omfattende. En fremtidig struktur bør finde en god balance mellem specialisering på den ene side og effektivitet og fleksibilitet på den anden side.

DESIGNKRITERIE 3. ENTYDIGT ØKONOMIANSVAR

Træningscentrene er som andre offentlige organisationer underlagt et betydeligt krav om effektiv drift. Som led i sikringen heraf er det centralt, at der er en entydig sammenhæng mellem budgetansvar og dispositionsansvar. Dette gælder særligt ift. de udgiftsgenererende områder på træningsområdet i form af vagtplanlægning og vikardækning.

DESIGNKRITERIE 4. UNDERSTØTTELSE AF ÉT TRÆNINGSOMRÅDE

En fremtidig model skal understøtte udviklingen af ét koordineret og sammenhængende træningsområde. Det betyder, at ledelse skal bedrives ud fra fælles retning og værdier, samt at den faglige udvikling sker koordineret.

DESIGNKRITERIE 5. KLARE ROLLER

Ifm. fastlæggelse af en fremtidig organisering skal der sættes fokus på en beskrivelse af klare roller hos ledere og administrativ understøttelse. Dette skal dels sikre en tydelig organisering, klare processer samt understøtte ét fælles træningsområde.

DESIGNKRITERIE 6. SAMSPIL MELLEM FAGGRUPPER

Træningsområdet er kendetegnet ved, at samspillet mellem terapeuter og plejepersonale er afgørende for helhedsorienteringen af indsatsen hos borgerne. En fremtidig model skal understøtte, at der sker et tæt, forpligtende og koordineret samspil mellem de forskellige faggrupper på træningsenhederne. Dette skal sikre en helhedsorienteret og koordineret indsats.

DESIGNKRITERIE 7. UNDERSTØTTELSE AF DEN FAGLIGE UDVIKLING

En fremtidig model bør understøtte en kontinuerlig faglig udvikling, og at der kan trækkes på udviklingskompetencer. Dette skal sikre, at træningsområdet kan sikre en kvalificeret varetagelse af de komplekse udfordringer, som borgerne har i dag og som må forventes at blive yderligere forstærket i de kommende år.

6.2.2 Overvejelser om den administrative understøttelse på træningsområdet

På træningsområdet har analysen af den administrative understøttelse vist (som beskrevet i udfordringsafsnittet), at der i dag er en noget uens praksis i organiseringen og processerne i den administrative understøttelse på tværs af de to træningscentre. Det er vores vurdering, at dette dels medfører manglende ensartethed og samtidig at de administrative ressourcer ikke udnyttes optimalt.

På træningsområdet er det derfor vores anbefaling, at der sker en tilpasning og ensretning af den administrative understøttelse. De fleste administrative ressourcer er i dag ansat under områdelederen, men udfører deres funktion på de enkelte træningscentre. Dette gælder dog ikke for to af de ansatte, der refererer til den assisterende områdeleder på terapeutsiden på Møllebo.

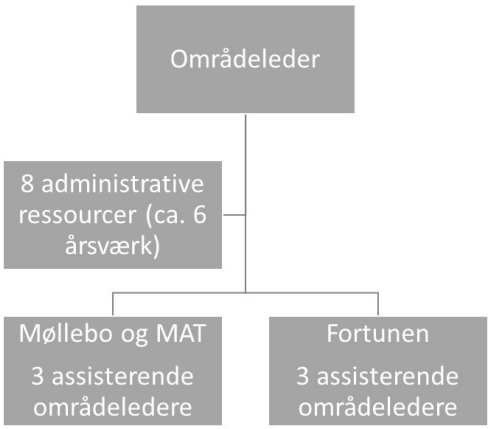
Med henblik på at sikre en stringent, ensartet og ressourceeffektiv administrativ organisering vil vi anbefale, at alle administrative ressourcer på området organiseres under ledelse af områdelederen. Dette arbejde er allerede påbegyndt i 2017 og er fremskredent, om end endnu ikke helt i mål. Vi vil ligeledes anbefale, at der sker en detaljeret kortlægning af opgaver og funktioner med henblik på en ensartet og robust fremadrettet model. I denne forbindelse bør det analyseres, om der er funktioner, der med fordel kan løses ét sted for begge træningscentre.

Såfremt anbefalingen om en tilpasning af kapaciteten på træningsområdet følges, vil dette betyde, at der bør ske en fornyet analyse af den fremtidige administrative understøttelse.

6.2.3 Modeller til en styrket ledelsesunderstøttelse

I det følgende beskrives, med udgangspunkt i det afdækkede udfordringsbillede og de opstillede designkriterier, den organisatoriske model, vi vurderer bedst vil kunne styrke ledelsesunderstøttelsen af træningsområdet. Modellen tager udgangspunkt i den nuværende kapacitet, da analysen af en eventuel kapacitetstilpasning endnu ikke er tilendebragt.

MODEL 1. FLERE ASSISTERENDE OMRÅDELEDERE I PLEJEN



Modellens logik

I denne model ansættes én assisterende områdeleder mere på hvert træningscenter på plejedelen. Modellen medfører derved en mærkbar reduktion af ledelsesspændet for de assisterende områdeledere.

Modellen kan gennemføres i to udgaver:

- Den nye assisterende områdeleder tager 1/2 af plejepersonalet på den pågældende enhed.
- Den nye assisterende områdeleder tager ansvaret for aften- og natgruppen på den pågældende enhed.

Opgaveplacering

Opgaverne vil for de assisterende områdeledere være det samme som i den nuværende model. Dog vil opgaverne hos den assisterende områdeleder skulle opdeles jf. ovenstående model A eller B.

Ligeledes vil der skulle ske en tilpasning af de administrative opgaver jf. ovenstående afsnit om den administrative understøttelse.

Styrker

- At ledelsesspændet reduceres mærkbart hos de assisterende områdeledere på plejeområdet og derved frigiver tid til bedre ledelse (personaleledelse, faglig ledelse og strategisk ledelse).

Udfordringer

- At opgavespændet ikke reduceres for lederne af terapeuterne.

Betydning for ledelsesspænd

Tabel 17: Model 1: Ledelsesspænd

Funktioner	Nuværende ledelsesspænd	Fremtidigt ledelsesspænd	Difference
Områdeleder	Ledelse af 4 ledere og 6 administrative medarbejdere	Ledelse af 6 ledere og 8 administrative medarbejdere	+ 2 ledere + 2 administrative
Assisterende områdeledere i plejen	70 medarbejdere	35 medarbejdere	-35
Assisterende områdeledere for terapeuterne	35 medarbejdere	Uændret	Uændret

Økonomiske konsekvenser

De økonomiske konsekvenser af denne model vil være ansættelse af to assisterende områdeledere. Udgiften hertil vil udgøre ca. 1,1 mio. kr.

6.3 Anbefalinger

Med udgangspunkt i den nuværende kapacitet anbefaler Implement, at ovenstående model 1 gennemføres. Det er Implements vurdering, at denne model bedst muligt vil kunne sikre en mærkbar reduktion af det høje ledelsesspænd i plejen, som vi vurderer er den

største udfordring på træningsområdet. Det er vores vurdering, at begge de foreslåede undermodeller A) at den "ekstra" assisterende områdeleder varetager 1/2 af medarbejderne på det pågældende træningscenter eller B) får ansvaret for aften- og natgruppen på det pågældende træningscenter, kan være hensigtsmæssige. Vi vil derfor anbefale, at der foretages en konkret vurdering heraf på tværs af de to træningscentre, og at der vælges samme model på begge centre.

Såfremt anbefalingerne om en reduceret kapacitet på træningsområdet gennemføres (jf. delanalysen herom) vil det betyde, at ovenstående anbefalinger skal tilpasses i overensstemmelse hermed. Såfremt dette har en lidt længere implementeringshorisont anbefaler Implement, at der iværksættes tiltag, der på kort sigt kan aflaste lederne i plejedelen.

Som beskrevet ovenfor anbefaler Implement yderligere, at der sker en tilpasning og ensretning af den administrative understøttelse på træningsområdet. Implement anbefaler her, at alle administrative ressourcer på området organiseres under ledelse af områdelederen.

IMPLEMENTERINGSOVERVEJELSER

Implementeringen af den anbefalede model vil alene forudsætte ansættelse af nye ledere. Herudover vil der naturligvis skulle findes lokaler til de nye ledere.

Ligeledes vil modellen kræve en forhandling med de faglige organisationer ift. de ændrede administrative stillinger og roller.

Delanalyse 2: Midlertidige pladser og døgnpladser

1. Introduktion

De døgndækkende pleje- og rehabiliteringspladser spiller en central rolle i det kommunale sundhedstilbud. Ikke alene varetager disse pladser ofte plejekrævende borgere med komplekse behov, pladserne har – i kraft af deres midlertidige karakter – også mange og kontinuerligt forandrende snitflader ud imod de øvrige kommunale indsatser.

Delanalyse 2 omhandler de døgndækkende pleje- og rehabiliteringspladser i kommunen, der organisatorisk er forankret i træningsenheden, fordelt på institutionerne Møllebo og Fortunen.

Formålet med delanalysen er at undersøge, om der er potentialer for mere effektivitet og kvalitet i anvendelsen af midlertidige pladser og døgnrehabiliteringsindsatsen. Dette omfatter afklaring af, hvilken pladskapacitet, der aktuelt er behov for både i faglig og økonomisk forstand, og om rammer og processerne knyttet til anvendelsen af pladserne kan justeres.

Resultaterne af analysen skal således understøtte beslutninger om en eventuel ny organisering af kommunens brug af døgndækkende pleje- og rehabiliteringspladser samt om, hvordan pladserne bedst bidrager ind i den samlede kommunale opgaveløsning.

Der er indledningsvis i analysen taget afsæt i at søge at be- eller afkræfte to hypoteser:

- ”Vedligeholdende træning på de midlertidige pladser er på niveau med andre kommuner”
- ”Der er et eventuelt potentiale (kvalitativt, økonomisk m.m.) i at samle træningsenheden på én lokation”

Dette forudsætter afdækning og analyse af en række aspekter vedrørende pladserne, herunder organisering, indhold og kvalitet af den leverede indsats samt dens sammenhæng til og synergi med de øvrige kommunale indsatser, snitflader, kompetenceniveau, kapacitetsbehov, og styringsmodeller.

1.1 Metode og proces

Data- og informationsgrundlaget til indestående analyse af pleje- og rehabiliteringspladserne, har været tilvejebragt via både interviews, workshops og kvantitativt materiale.

Der har i processen været gennemført 10 interviews, samt afholdt to større workshops med deltagelse af både ledere og medarbejdere på pleje- og rehabiliteringspladserne, i hjemmeplejen og i myndighedsafdelingen. Analysen har været tilrettelagt med en høj grad af involvering i alle analysens faser; fra den indledende hypotesegenererende fase, til identificeringen af udfordringer og til formuleringen og kvalificeringen af idéer til løsningsmodeller. For denne analyse har involveringen omfattet både ledelse og medarbejdere fra både træningsenheden, hjemmeplejen og visitationen.

Det kvantitative datagrundlag er tilvejebragt gennem en kombination af centrale datatræk udført af sekretariatet, samt datakilder som ligger decentralt hos både Møllebo og

Fortunen. Der er derudover i mindre grad anvendt data, som er indsamlet specifikt til denne analyse.

1.2 Afdækning af nu-situationen

BAGGRUND

Møllebo og Fortunen råder i dag samlet set over 82 pladser (+ én rotationsplads, som kan åbnes efter behov), fordelt på forskellige pladstyper. I denne afrapportering anvender vi følgende begreber til at beskrive pladstyperne på Møllebo og Fortunen:

- *Pleje- og rehabiliteringspladser*: En samlet betegnelse for alle pladstyper under træningsenheden
- *Døgnrehabiliteringspladser*: Betegnelsen for de pladser på Fortunen (32), som har en intensiv terapeutnormering indskrevet i budgetmodellen
- *Midlertidige pladser*: Betegnelsen for de pladser på Møllebo (41) og Fortunen (9), som har en meget begrænset terapeutnormering indskrevet i budgetmodellen
- *Omsorgsplads*: Betegnelsen for den undergruppe af de midlertidige pladser på Møllebo (14), som (i udgangspunktet) er reserveret til borgere, som kommer fra eget hjem.
- *Aflastningspladser*: Betegnelsen for den undergruppe af omsorgspladserne som visiteres af myndighed som et aflastningsophold

Neden for ses et overblik over antallet af forskellige pladstyper på de to matrikler, samt den budgetterede pladspris.

Tabel 18: Overblik over pladser

Pladstyper	Møllebo	Fortunen	Pladspris [2]
Døgnrehabiliterings-pladser	0	32	~904.000
Midlertidige pladser	27	9	~566.000
Omsorgs- og aflastningspladser	14	0	~566.000

Fælles for pladserne på begge enheder er, at de har døgndækkende tilstedeværelse af plejepersonale, og pladserne derfor i princippet er tiltænkt borgere, som ikke kan være i eget hjem pga. et intensivt plejebehov. Udover denne lighed, har pladserne på de to enheder betydeligt forskellige opgave- og kompetenceprofiler, og borgerne på de to matrikler har også forskellige plejebehov og genoptræningspotentialer. Budgetmæssigt er der to forskelle mellem døgnrehabiliteringspladserne og de midlertidige pladser;

- Døgnrehabiliteringspladserne har en plejepersonalenormering, der er 15 % højere end på de midlertidige pladser
- Døgnrehabiliteringspladserne har en terapeutnormering, der er 5 gange så stor som på de midlertidige pladser (1 time per plads per dag på døgnrehabiliteringspladserne, og 1 time per plads per uge på de midlertidige pladser).[3]

[2] Pladsprisen for pladserne er udregnet som en samlet sum af alle udgifter (fra budgetmodellen), inkl. café, administration, m.m., dog uden udgifter til bygninger. Den andel af terapeuternes tid som bruges til ambulant træning er fratrukket.

[3] Til sammenligning er Furesøs midlertidige pladserne normeret til ½ time per plads per dag.

I budgetmodellen skelnes der ikke mellem midlertidige pladser og omsorgs-/aflastningspladserne.

KAPACITET OG FÆRDIGBEHANDLEDE SENGEDAGE

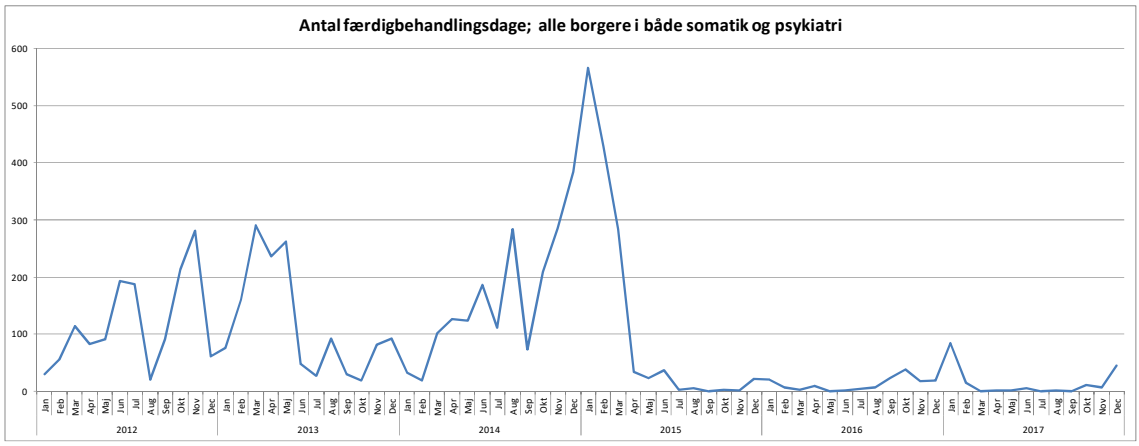
Sammenlignet med sammenligningskommunerne, er den samlede pladskapacitet på pleje- og rehabiliteringspladserne i Lyngby-Taarbæk Kommune meget høj:

Tabel 19: Sammenligning af pladskapacitet

Kommune	Antal pladser	Antal pladser per 1.000 +80-årige
LTK	82	25,5
Furesø	35	16,1
Fredensborg	24	13,7
Helsingør	55	17,2

Ét helt oplagt formål, som pladserne typisk sigter på at bidrage til, er en understøttelse af muligheden for at hjemtage borgere hurtigt fra hospitalet, og dermed minimere antallet af færdigbehandlede sengedage. Set over de seneste 2½ år, har LTK ligget forholdsvist lavt på dette område:

Figur 3: Færdigbehandlede sengedage: Udvikling 2012-2017



Der er således sket et betydeligt – og tilsyneladende permanent - skifte siden foråret 2015.

Neden for ses en sammenligning af antallet af færdigbehandlede sengedage med de omkringliggende kommuner og sammenligningskommunerne i ældre- og sundhedsanalysen:

Tabel 20: Sammenligning af antal færdigbehandlede sengedage

2017	Antal dage	Antal dage per 1.000 +65-årige	Antal dage per 1.000 +80-årige
Lyngby-Taarbæk Kommune	151	14	80
Gladsaxe Kommune	164	15	97
Rudersdal Kommune	16	1	8
Gentofte Kommune	194	13	97
Helsingør Kommune	274	19	185
Fredensborg Kommune	71	8	88
Furesø Kommune	584	68	593

** Trukket fra eSundhed. Data for hele 2017.*

En central pointe for den nuværende analyse, som kan udledes af ovenstående sammenligning er, at blandt sammenligningskommunerne er Fredensborg – som er den kommune med færrest midlertidige pladser per 1.000 +80-årige – ca. på niveau med LTK i antallet af færdigbehandlede sengedage set ift. antallet af +80-årige i kommunen. Det illustrerer, at det i lige så høj grad er anvendelsen af pladserne – deres sammenhæng til den øvrige indsatskæde, hvordan der skabes flow, visitationskriterierne, m.m. – som bidrager til minimeringen af færdigbehandlede sengedage, som det er den samlede kapacitet, der gør det.

MÅLGRUPPEAFGRÆNSNING OG BRUGERPROFIL

Døgnrehabiliteringspladserne og de midlertidige pladser er tiltænkt forskellige målgrupper. Fælles for dem alle er, at det vurderes, at borgerne ikke kan være i eget hjem. Derudover er målgrupperne særligt karakteriseret ved;

- **Døgnrehabiliteringspladserne** er først og fremmest tiltænkt borgere, som kommer fra hospitalet med en GOP (og som dermed er vurderet til at have et genoptræningspotentiale)
- **Midlertidige pladser** er tiltænkt borgere, som kommer fra hospitalet uden en GOP
- **Omsorgspladserne** er tiltænkt borgere, som kommer fra eget hjem, men som pga. alt fra forværring i funktionsevnetilstanden til genhusningsbehov, ikke længere kan forblive i hjemmet
- **Aflastningspladserne** er tiltænkt borgere, som er afhængige af støtte fra pårørende, som for en kortere periode skal aflastes

Den centrale fortælling i organisationen om forskellen på Møllebo og Fortunen, drejer sig om GOP'en; døgnrehabiliteringspladserne italesættes oftest som pladser for 'GOP-borgerne', mens de midlertidige pladser italesættes som værende til borgerne uden GOP og uden genoptræningspotentiale.

Der kan samtidig ses en forholdsvis betydelig gennemsnitlig aldersforskel på borgerne på døgnrehabiliteringspladserne (80,6 år) og borgerne på de midlertidige pladser (84,9 år).

På tværs af pladstyperne, er der en gennemgående oplevelse hos både plejepersonalet og ledelsen i LTK – og i andre kommuner for den sags skyld – at de borgere, der udskrives fra hospitalet (og ofte får ophold på kommunale midlertidige pladser), bliver stadigt mere plejemæssigt komplekse og har stadigt større plejebehov. Det har i flere analyser vist sig

vanskeligt at bekræfte dette på baggrund af kvantitative data. Da der imidlertid er tale om en ret gennemgående oplevelser og vurderinger, kan dette skyldes, at den type data, der dokumenteres og registreres ikke i tilstrækkelig grad kan belyse udviklingen i plejebehovet. I hvert fald kan det konstateres, at de akutte hospitalsindlæggelser er blevet kontinuerligt kortere og kortere, og at der i hospitalsregi er fokus på udskrivning hurtigst muligt - ikke kun af hensyn til den økonomiske byrde, men også fordi der helt bevidst er foretaget en opgaveflytning og vil nogle mene – sket en yderligere opgaveglidning fra hospitaler til kommuner siden strukturreform i 2007 med øget fart og fokus i de seneste år.

Èn tendens, kan dog pege på en øget kompleksitet i LTK over tid; udviklingen i antallet af hhv. basale og avancerede forløb på Fortunen:

Tabel 21: Basale og avancerede forløb

År	Basal	Avanceret	I alt	% Avanceret
2015	77	274	351	78 %
2016	40	326	367	89 %
2017	26	412	438	94 %

Tallene skal dog tolkes med en vis varsomhed, da det er vanskeligt at udskille ændringer i kategoriseringspraksis fra ændringer i borgernes behov.

Antallet af gengangere på pladserne, kan ligeledes signalere kompleksiteten på (i hvert fald nogle af) borgerne på pladserne. Neden for ses andelen af borgere, som i 2017 har haft hhv. ét, to eller tre ophold på Møllebo eller Fortunen.

Tabel 22: Gengangere

Antal ophold	Møllebo	Fortunen (kun døgnrehabilitering)
Ét ophold	89 %	84 %
To ophold	10 %	14 %
Tre ophold	1 %	2 %

Tallene viser, at der er en begrænset – men ikke ubetydelig – gruppe af borgere, som har flere forløb på hhv. Møllebo (11 %) og Fortunen (16 %) på samme år. Det kan indikere, at der er en gruppe af borgere, der er i så ustabile forløb, at de med jævne mellemrum cirkulerer rundt i systemet mellem hjemmeplejen, hospitalet og pladserne.

ORGANISERING AF INDSATSEN

Der er en vis fleksibilitet mellem pladstyperne på Møllebo, forstået på den måde, at der ikke er en rigid håndhævelse af, hvor meget kapacitet, der er reserveret til borgere fra hospitalet (de 27 midlertidige pladser), og hvor meget, der er reserveret til borgere, der kommer fra eget hjem (de 14 omsorgspladser).

På Fortunen er der til gengæld en mindre grad af fleksibilitet mellem døgnrehabiliteringspladserne og de midlertidige pladser, forstået på den måde, at borgere,

der ligger på de midlertidige pladser, sjældent modtager den samme terapeutfaglige indsats, som borgerne på døgnrehabiliteringspladserne. Hvis en borger vurderes at ligge på den forkerte pladstype, skal borger revisiteres via visitationen. I nogle enkelte tilfælde anvendes også disse pladser mere fleksibelt, men det overordnede billede, der har tegnet sig gennem afdækningen af nu-situationen er, at der er en ret begrænset fleksibilitet mellem pladstyperne.

Medarbejderne på pladserne, oplever i den forbindelse, at flere borgere, som er vurderet til at være på en midlertidig plads kunne have reel gavn af en terapeutfaglig indsats, som kunne forkorte deres forløb, og/eller øge sandsynligheden for, at de kunne komme tilbage i eget hjem. Det har i det hele taget været en central tematik i både interviews og workshops, hvor der har været gennemgående enighed om, at den manglende fleksibilitet til at kunne disponere over den terapeutfaglige indsats både fører til unødvendige flytninger af borgerne mellem matrikler (se afsnittet neden for), potentielt lavere funktionsniveau end nødvendigt, og forlængede forløb.

FORLØB OG FLOW

Borgerne på pleje- og rehabiliteringspladser er på midlertidig visit, hvor nogle borgere efter endt ophold fortsætter tilbage til eget hjem, andre til plejebolig, andre på hospitalet, osv. Neden for ses et overblik over, hvor borgerne kommer hen efter afsluttet ophold på pladserne.

Tabel 23: Flow

Flow: Efter afsluttet ophold	Møllebo *	Fortunen midlertidig *	Fortunen døgn **
Eget hjem	47 %	11 %	82 %
Hospital	7 %	-	11 %
Plejebolig	26 %	25 %	1 %
Møllebo/Fortunen	2 %	46 %	1 %
Hospice	1 %	4 %	-
Død	16 %	14 %	4 %

** Tal for 1/1-2017-31/12-2017.*
*** Tal for 1/8-2017 - 31/11-2017.*

Tabellen skal læses således at 47 % af borgerne på Møllebo kommer direkte videre til eget hjem efter afsluttet ophold på Møllebo, mens 7 % kommer på hospitalet, osv.

Tallene viser, at der er en lavere andel af borgerne på de midlertidige pladser, der kommer tilbage til eget hjem, end tilfældet er for borgerne på døgnrehabiliteringspladserne. På samme måde er der en større andel af Møllebos borgere, der kommer på plejehjem efter endt ophold, eller dør under opholdet, end tilfældet er på døgnrehabiliteringspladserne. Endvidere viser tallene, at næsten halvdelen (46 %) af borgerne på Fortunens midlertidige pladser flyttes til en plads på Møllebo undervejs i forløbet, jf. den tidligere nævnte pointe omkring én af konsekvenserne ved den manglende fleksibilitet i pladserne.

Vender man fokus mod hastigheden af flowet, snarere end fordelingen af, hvor borgerne kommer hen efter endt ophold, er oplevelsen på pladserne, at flowet er forholdsvist stort og udgør en reel udfordring.

Neden for ses de gennemsnitlige opholdstider, fordelt på pladstyper:

Tabel 24: Opholdslængder på Møllebo og Fortunen

Opholdslængde i dage, gennemsnit *	Møllebo	Fortunen
Alle	**49**	**30**
Aflastning	12	-
Omsorgsplads	51	-
Midlertidig	51	62
Døgn	-	24

** Data fra 1/1-2017 – til 31/12-2017.*

Tallene dækker samtidigt over en meget stor spredning i længden af forløbene. Neden for ses fordelingen af opholdslægder fordelt på pladstyper:

Tabel 25: Fordeling af opholdslængder, 2017, Møllebo

Opholdslængde	Aflastning	Midlertidig plads/omsorgsplads	Døgn-rehabilitering
1-10 dage	72 %	25 %	17 %
11-20 dage	22 %	17 %	32 %
21-30 dage	0 %	13 %	25 %
30-40 dage	0 %	7 %	11 %
41-50 dage	0 %	7 %	6 %
51-60 dage	0 %	3 %	3 %
61-70 dage	6 %	4 %	1 %
70-80 dage	0 %	2 %	2 %
81-90 dage	0 %	4 %	0 %
91-100 dage	0 %	1 %	1 %
100-150 dage	0 %	8 %	1 %
151-200 dage	0 %	4 %	0 %
200-300 dage	0 %	3 %	0 %
300+ dage	0 %	1 %	0 %
Samlet	**100 %**	**100 %**	**100 %**

Så mens det er rigtigt, at der er en del borgere, der har korte ophold, er der samtidig en del borgere der har lange forløb. Her er det særligt relevant, at mange plejehjemsgodkendte borgere kan ligge *meget* længe og vente på en plejehjemsplads – i de mest ekstreme tilfælde i helt op til et år (dette kan dog kun forekomme med specifikke plejeboligsøgninger, da plejehjemsgarantien overholdes i LTK).

Neden for ses opholdslængden fordelt på pladstyper, og om borgeren var/blev plejehjemsgodkendt under opholdet på Møllebo.

Tabel 26: Forløb på Møllebo

Rækkenavne	Antal forløb *	Opholdslængde
Aflastningsophold	15	8
Aflastningsophold/plejehjemsgodkendt	1	63
Midlertidig plads	124	27
Midlertidig plads/plejehjemsgodkendt	64	97
Omsorgsophold	34	21
Omsorgsophold/plejehjemsgodkendt	21	100

Total (plejehjemsgodkendt)	86	97
Total (i alt)	259	49

** Data for 1/1-2017 – 31/10-2017*

Tallene viser, at der er en ganske betydelig forskel i opholdslængden, afhængigt af om borgeren er/bliver plejehjemsgodkendt under opholdet. Det tyder på, at ventetid på plejehjem udgør en flaskehals mht. at skabe flow, hvad end det er pga. meget sene plejehjemsgodkendelser i forløbet, ventetid på meget specifikke plejehjemspladser el. lign.

Udover vanskeligheden med at plejehjemsgodkendte borgere kan skabe flaskehalse, er der samtidigt datamæssige indikationer på, at det sandsynligvis ikke er alle (øvrige) forløb, der afsluttes rettidigt. Neden for ses volumen på de visiterede hjemme- og hjemmesygeplejeydelser umiddelbart efter hjemkomst for de borgere, som efter endt ophold kom til eget hjem. Herudover vises den daglige merpris, det koster at have en person på en døgnrehabiliteringsplads ift., hvad det ville koste at varetage plejen i eget hjem med den givne plejetyngde.

Tabel 27: Plejetyngde efter endt ophold

Plejetyngde: I alt PP, PH, SPL	**Midlertidige pladser ***	**Døgnrehabiliterings-pladser ****	**Merpris per dag: Fortunen [4]**
Modtager ikke PP, PH eller SPL	17,0 %	19,2 %	~1.650
00 - 1,9 timer pr. uge	13,4 %	23,1 %	~1.550
02 - 3,9 timer pr. uge	10,7 %	15,4 %	~1.440
04 - 7,9 timer pr. uge	11,6 %	21,1 %	~1.250
08 - 11,9 timer pr. uge	20,5 %	7,7 %	~1.000
12 - 19,9 timer pr. uge	19,6 %	11,5 %	~600
+20 timer pr. uge	7,1 %	1,9 %	~215
Gennemsnit	7,6 timer	4,9 timer	~1.315

** Baseret på 112 observationer*
*** Baseret på 52 observationer*

Figurerne viser to interessante ting. For det første er der en stor gruppe borgere, som efter ankomst til eget hjem er visiteret til meget lidt eller ingen hjemmepleje. For døgnpladserne er det således over 55 % af de borgere, som er i eget hjem ugen efter endt døgnrehabiliteringsophold, som modtager mindre end 4 timers hjemme- og hjemmesygepleje om ugen, mens det tilsvarende tal for borgere på de midlertidige pladser er ca. 40 %. I den forbindelse, er det rimeligt at overveje, om forløbet meningsfuldt kunne have været fortsat i borgerens eget hjem tidligere – med en noget kortere opholdstid på pladsen til følge.

Samtidig er der også på Møllebo en relativt stor gruppe af borgere, som har et tungt plejebehov efter endt ophold. Næsten 50 % modtager således mere end 8 timers hjemme- og hjemmesygepleje om ugen. Læg dertil, at disse tal måler på den delmængde af den

[4] 'Pristallene' er udregnet som en dagspris for plejepersonalet på Fortunen (eksklusiv prisen på terapeutpersonalet, under antagelse af at en tidligere udskrivning ville forudsætte fortsat træning i eget hjem på samme niveau som under opholdet på pladsen) minus prisen på de hjemme- og hjemmesygeplejetimer borgeren modtager. Hjemme- og hjemmesygeplejetimerne antages at ligge i midten af intervallerne, mens den sidste kategori antages at ligge på 22 timer om ugen. Timeprisen i hjemmeplejen antages til 450 kroner.

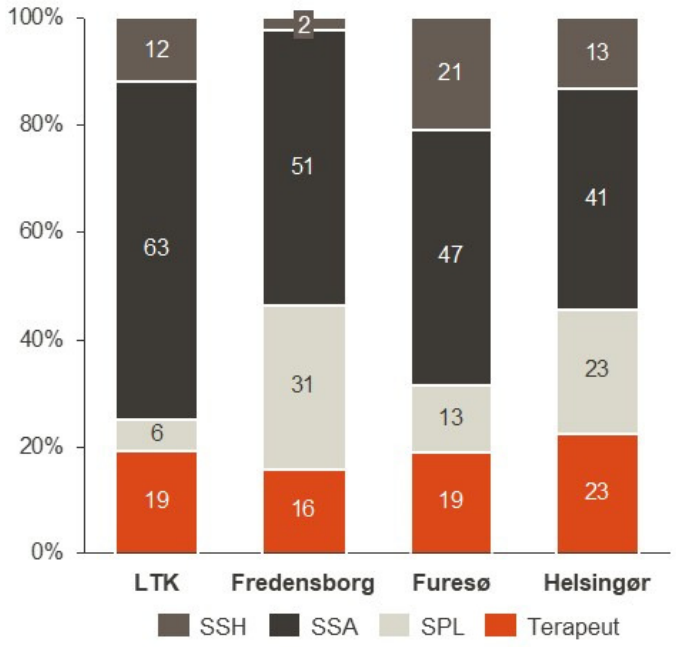
samlede gruppe af borgere på pladserne, som sandsynligvis har det højeste funktionsniveau. De borgere, som ikke kommer til eget hjem efter endt ophold på pladserne, kommer enten på hospitalet (igen), i plejebolig eller flyttes til den anden matrikel, og disse borgere har formentlig det største plejebehov. Derudover er der de borgere, der dør under opholdet, som på døgnpladserne er ca. 4 % og på de midlertidige pladser er ca. 16 %.

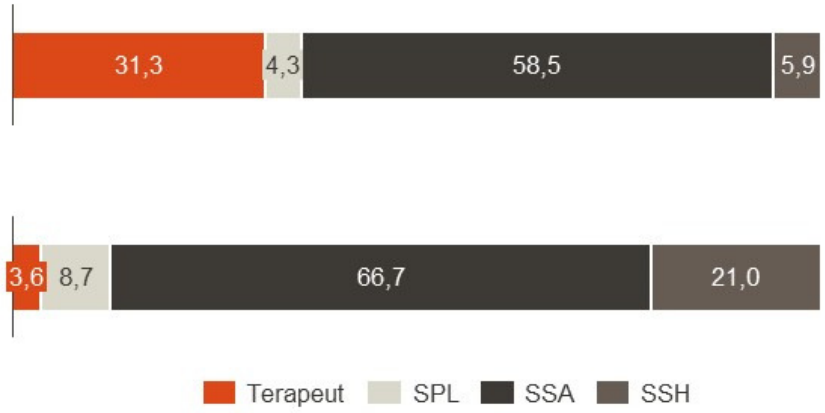
Opsummerende kan man sige, at det særligt for døgnrehabiliteringspladserne, synes rimeligt at spørge, om man er for tilbøjelige til at tænke i at 'afslutte' genoptræningsindsatsen på pladsen, snarere end at tænke rehabiliterings- og genoptræningsindsatsen som et kontinuerligt forløb mellem pladserne og eget hjem – i tæt samspil med hjemmeplejen – så snart det er muligt og mere omkostningseffektivt at varetage den videre rehabilitering og genoptræning i hjemmet. En sådan overvejelse, bakkes i nogen grad op af medarbejdernes erfaringer, som – i hvert fald i nogle tilfælde – oplevede, at man ikke altid var gode nok til at tænke den videre rehabilitering i eget hjem.

KOMPETENCER

Neden for ses kompetencesammensætningen på pleje- og rehabiliteringspladserne – først samlet og hernæst på hhv. Fortunen og Møllebo. Tallene er inklusiv uddannede afløsere:

Figur 4: Kompetencesammensætning på pleje- og rehabiliteringspladserne, andele





Den mest interessante tendens ift. kompetencesammensætning er, at pladserne i LTK har et lavere gennemsnitligt kompetenceniveau end de resterende kommuner, særligt med en betydeligt lavere andel sygeplejersker. Her er det særligt interessant, at Fredensborg – som er den af sammenligningskommunerne med det laveste antal pladser på 80-årige borgere – har et *markant* højere kompetenceniveau, men stadig har en lavere pladspris (da den samlede årsværksnormering er betydeligt lavere).

På både Møllebo og Fortunen er der ansat 4 sygeplejersker (svarende til de 6 % - der dog bliver lidt højere i 2018, da der blev omlagt til 4 sygeplejersker i løbet af 2017); på Møllebo dækker de dagtimerne i hverdagene og weekenden, og på Fortunen dækker de udelukkende dagtimerne i hverdagene.

Organisationen oplever særligt, at pladserne er udfordret af, at sygeplejedækningen er begrænset til dagtimerne, og – for Fortunens vedkommende – kun i dagtimerne i hverdagene. Det opleves som en udfordring ift. at yde den rette pleje henover døgnet og henover ugen.

Som ét udtryk for den udfordring, opleves det, at en stor del af borgerne ankommer til enhederne på tidspunkter uden sygeplejedækning. Dette fremgår af nedenstående tabel:

Tabel 28: Ankomsttidspunkter

Ankomsttider *	Fortunen	Møllebo
10.00-14.00	20%	41%
14.00-15.00	29%	8%
15.00-16.00	20%	21%
16.00-17.00	14%	20%
17.00-18.00	8%	10%
18.00-23.00	9%	0%
I alt	**100%**	**100%**

* *Data er registreret for ankomster i november og december 2017.*

Det betyder i praksis, at ca. halvdelen af borgerne ankommer på pladserne på et tidspunkt af døgnet, hvor der ikke er sygeplejersker til stede. Det er en udfordring for at skabe gode modtagelser, og lave hurtige og gode sygeplejefaglige udredninger, som den efterfølgende pleje- og rehabiliteringsindsats skal baseres på. Ifølge interviews med medarbejdere på pladserne, giver dette også udfordringer ift. at lave de sygeplejefaglige udredninger rettidigt.

2. Strategiske mål og målgruppe

En forståelse af, hvilke udfordringer, der eksisterer ved pladsernes organisering og opgaveløsning i dag, forudsætter klarhed over præcist, hvilke mål, pladserne er tiltænkt at bidrage til at løse. Gennem den indledende analyseproces er det i afdækket, at pladserne bidrager til at indfri i hvert fald to primære mål:

1. Understøtte **hurtig hjemtagning** fra hospitalet – og dermed bidrage til fortsat at holde antallet af færdigbehandlede sengedage på et absolut minimum.
2. **Effektiv og intensiv rehabilitering** til fastholdelse eller forbedring af borgernes funktionsevne til borgere, for hvem det ikke er optimalt at modtage en tilsvarende indsats i eget hjem, og med sigte på at få borgeren tilbage til eget hjem hurtigst muligt med mindst muligt behov for permanent støtte.

Det er endvidere en underliggende forudsætning, at begge disse mål søges indfriet på en omkostningseffektiv måde, særligt set i forhold til de øvrige indsatser kommunen kan bringe i spil for at varetage ovenstående formål.

Det har derudover været drøftet om pladserne med fordel kan tænkes ind i kommunens ambition om i videst mulig udstrækning at forebygge akutte hospitalsindlæggelser, samt bidrage til kommunens efterlevelse af Sundhedsstyrelsens krav til den kommunale akutfunktion. En sådan funktion bidrog pladserne tidligere til gennem en mindre kapacitet for sub-akutte pladser. Det kan dog konkluderes, at pleje- og rehabiliteringspladserne i LTK ikke i praksis bidrager og heller ikke som sådan bør bidrage til målopfyldelsen. Det skyldes, at kommunens øvrige kapaciteter (herunder særligt MAT og hjemmeplejen) varetager denne opgave.

3. Afdækning af potentielle forbedringsområder

På baggrund af afdækningen af nu-situationen, er der formuleret nogle centrale hypoteser om, hvor de største forbedringspotentialer kan findes, ift. på en omkostningseffektiv måde at bidrage til en fortsat minimering af antallet af færdigbehandlede sengedage, og at yde en effektiv og intensiv rehabiliteringsindsats for borgere, der ikke kan modtage en tilsvarende indsats i eget hjem, med sigte på hurtigst muligt at få borgeren tilbage i eget hjem til den fortsatte rehabiliteringsindsats.

Disse er fremhævet neden for, sammen med de nøglespørgsmål, som analysen herefter søger at adressere:

1. **Sammenhæng mellem målgruppernes behov og pladsernes kompetence og kapabilitet**
2. **Behov for pladser og kapacitetsudnyttelse**
3. **Sammenhæng og samarbejde mellem pladserne, hjemmeplejen og visitationen**

I det følgende foldes de afdækkede forbedringsområder yderligere ud.

3.1 Sammenhæng mellem målgruppernes behov og pladsernes kompetence og kapabilitet

Optimalt set kan de borgere, som har ophold på kommunens pleje- og rehabiliteringspladser, alle profitere af en intensiv rehabiliterende indsats, som sigter mod at fastholde, stabilisere eller forbedre deres funktionsniveau. Målet med indsatsen på pladserne må være at opnå så god effekt, at borgeren kan vende tilbage til eget hjem hurtigst muligt. Forudsætningen for, at en døgnbaseret indsats er relevant for borgeren er, at rehabilitering ville være vanskeligere at opnå under andre forhold. Det betyder typisk, at der samtidig med et rehabiliteringspotentiale er et væsentlig behov for pleje og omsorg, som rent økonomisk overstiger det, der er hensigtsmæssigt at levere borgerens eget hjem.

I det omfang man ikke tænker pladserne som ren midlertidig ”genhusning” - jf. ovenstående formål - men som en målrettet og specialiseret indsats, der sigter mod at bidrage til en hurtig hjemtagning gennem en intensiv og effektiv rehabiliteringsindsats, der hurtigst muligt skal gøre borgerne i stand til at komme i eget hjem, forudsætter det en relevant og kompetent bemanding af pladserne over hele ugen.

Med den aktuelle bemanding på pladserne, er der ikke meget, der tyder på, at opgaven ikke kunne løses bedre/mere omkostningseffektivt i hjemmet med en intensiv hjemme- og hjemmesygeplejeindsats, suppleret af udgående træning.

Pladser, der med fordel er målrettet og indrettet til at levere en intensiv rehabiliteringsindsats (bestående af en individualiseret pleje- og træningsindsats), må samtidig være gearet til at håndtere et grundvilkår i arbejdet med den ældre medicinske patient; at det er særdeles vanskeligt at vurdere en ældremedicinsk patients behov efter udskrivelse, mens de ligger i hospitalssengen, samt at forudsige hvilken type indsats, de vil have brug for over de efterfølgende dage. Ældre medicinske patienters tilstande fluktuerer løbende, og det gør deres behov for forskellige typer af indsatser dermed også. Det nuværende setup med en adskillelse af pladstyper med og uden terapeutfaglig tilknytning, gør det vanskeligt at sætte ind hurtigt ud fra konkrete faglige vurderinger, med præcist den indsats, som borgere med fluktuerende behov har, med sigte på at få borgeren tilbage i eget hjem så hurtigt som muligt. Med andre ord er adskillelsen af såkaldte ”døgnrehabiliteringspladser” og andre ”midlertidige pladser” formentlig ikke i praksis relevant. Tværtimod ligger der er tydeligt effektiviseringspotentiale i en større fleksibilitet i udnyttelsen af den enkelte plads og det samlede antal pladser.

Givet at målene er at rehabilitere og sikre hurtig hjemtagning, så fordres en bemanding af pladserne, som understøtter dette mål: Det kræver sygeplejersker – som minimum i dag- og aftenstid, hverdag og weekend - der kan agere umiddelbart på borgernes behov og udsving, med nødvendig lægebackup. Det er samtidigt nødvendigt at sikre, at der er sygeplejersker til at modtage borgerne ved ankomst, så der kan laves den nødvendige (hurtige) udredning og plejeplan (i samarbejde med terapeuterne, så det bliver en rehabiliteringsplan). Og det kræver, at træningsdelen af rehabiliteringsindsatsen samtidigt udvides – både med udredning og kontinuerlig træning hele ugen. Derfor også nødvendigt med terapeuter i fremmøde i dagvagt både hverdag og weekend.

Det er i den sammenhæng et oplagt forbedringspotentiale at sikre, at alle borgere, der har behov for ophold på en midlertidig plads, modtager den optimale rehabiliterende indsats. I dag visiteres borgere, der ikke har en genoptræningsplan med sig fra hospitalet, til et ophold med ingen eller minimal terapeutfaglig indsats. Da der samtidig er entydig og tværfaglig enighed om, at alle borgerne bør ses individuelt og som oftest havende et betydeligt rehabiliteringspotentiale og -behov, bør LTK selv vurdere, hvilken genoptræning, der er den rette for den enkelte borger, som en del af den samlede rehabiliterende indsats under (og efter) opholdet.

Af hensyn til en tidlig indsats for at undgå forværrelser i borgernes tilstand under ophold på de fremtidige pladser, er der desuden et potentiale i at sikre en form for sygeplejefaglig "akutdækning" om natten. Det skal i den forbindelse afdækkes om en egentlig natsygeplejerske på pladserne er en mere hensigtsmæssig løsning end en sygeplejedækning med opbakning fra vagtcentralen.

3.2 Behov for pladser og kapacitetsudnyttelse

Hvis der i højere grad tænkes "indsatsrettede pladser", der skal levere en indsats, hvis primære formål bliver at bidrage til hurtig hjemtagning gennem en intensiv rehabiliteringsindsats til de borgere, for hvem en tilsvarende indsats ikke kan leveres i eget hjem, og med det formål at klargøre borgerne til at kunne komme tilbage til eget hjem, er der et behov for at genvurdere pladskapacitetsbehovet.

Det betyder, for det første, som også nævnt ovenfor, at en GOP ikke behøver at være retningsgivende for, hvorvidt en borger skal være på en døgndækket plads. Mens en GOP forpligtiger kommunen til at iværksætte en genoptræningsindsats, er der intet i GOP, der forpligtiger kommunen til at gøre dette på en døgndækket plads. Med andre ord er der et forbedringspotentiale knyttet til at se på borgernes plejebehov og evne til at være i eget hjem (i sammenhæng med rehabiliteringspotentiale), og ikke om borgeren har modtaget en GOP som en del af hospitalsopholdet, som afsæt for at vurdere, om midlertidig døgnplads er det rigtige svar.

Det betyder for det andet, at man i højere grad kan udnytte hjemmeplejens fulde kapabilitet til at hjemtage borgere fra hospitalet, og supplere med en udgående terapeutfaglig indsats eller ambulant træning for de borgere, som kan gøre brug af sådan et tilbud. Der er noget, der tyder på, at man i kommunen ikke har udnyttet hjemmeplejens kapabiliteter fuldt ud, jf. det 'forsøg' med hjemtagning til eget hjem, der har været gennemført – på kommunens eget initiativ - i efteråret 2017. Her blev fem udvalgte borgere, som hospitalet indstillede til midlertidige pladser, men som udskrivningskoordinationen vurderede kunne modtage en fuldt ud tilstrækkelig indsats i eget hjem, visiteret til hjemme- og hjemmesygepleje i eget hjem, hvorefter deres forløb blev fulgt over et par måneder. Konklusionerne på forløbene var, at borgerne fulgte "helt almindelige" forløb i hjemmeplejen, hvor hverken deres plejetyngde eller deres træk på MAT viste sig usædvanlige. En forsigtig vurdering fra visitationen er, at ca. 1/3 af borgerne på de midlertidige pladser har behov, der ligner disse borgere, og dermed potentielt kunne visiteres direkte hjem fra hospitalet.

Det betyder, for det tredje, at man skal styre hårdere på at få afsluttet forløb rettidigt, og sikre et kontinuerligt flow i pladserne, så der til hver en tid er mulighed for at hjemtage borgere fra hospitalet med dags varsel.

Der er samtidig et effektiviseringspotentiale knyttet til at sikre, at et færre antal pladser, der har en gennemsnitlig relativt høj enhedspris, alene anvendes, hvor det er særligt relevant for borgerne (se ovenfor). Derfor er der et tydeligt både økonomisk (og fagligt) potentiale knyttet til at undgå, at midlertidige døgnpladser anvendes til aflastning af hjemmeplejen, når denne af forskellige årsager er presset. Her må der ideelt set tænkes i en konsolidering og styrkelse af hjemmeplejens bemanding på de tidspunkter, hvor der fx grundet sygdom eller vakancer kan opstå særligt pressede situationer.

Når pladskapacitetsbehovet skal vurderes, er det ligeledes afgørende, at pladserne ses i lyset af de alternative kapabiliteter, kommunen kunne anvende ressourcerne på, hvis man valgte at bruge pladserne mere fokuseret.

3.3 Sammenhæng og samarbejde mellem pladserne, hjemmeplejen og visitationen

For at sikre kontinuitet i rehabiliteringsforløbet, og for at sikre, at borgerne på et hvilket som helst tidspunkt i forløbet modtager rehabiliteringsindsatsen, der hvor det giver fagligt og økonomisk mest mening, forudsætter det et tæt samarbejde mellem både hjemmeplejen, pladserne og visitationen. Det betyder, at der er et potentiale i at sikre, at der er en løbende dialog mellem områderne i organisationen om, hvordan den samlede opgave varetages bedst på et givent tidspunkt i borgerens forløb.

Der kan konstateres et potentiale knyttet til at sikre langt større ”relationel koordinering” – altså et gensidigt kendskab og dermed forståelse for hinandens forudsætninger og kompetencer. Det vil bidrage til bedre samlet kapacitetsudnyttelse og flow, hvor der i de respektive enheder ikke er usikkerhed om, at fx hjemmeplejen kan varetage opgaven efter kort, effektivt ophold på en midlertidig døgnplads osv.

Det kan i forlængelse heraf konstateres, at der i dag er meget forskellige opfattelser af, hvilke borgere hjemmeplejen kan håndtere. Mens hjemmeplejen selv (og suppleret af ovennævnte forsøg) vurderer, at der er kapacitet og kompetence til at varetage mere plejekrævende borgere i hjemmet (med rehabiliteringspotentialer i samarbejde med de udgående terapeuter), er der usikkerhed herom i træningsenheden. Det aktuelle analyseforløb har allerede bidraget væsentligt til at forbedre den gensidige forståelse – og har flyttet på perspektiverne for bedre samarbejde.

Der er et betydeligt potentiale knyttet til en mere proaktiv styring og planlægning af pladsanvendelsen. Visitationen bør gives det bedst mulige overblik over anvendelsen af pladserne gennem løbende planlægning frem mod hjemsendelse af borgerne. Dette kan fx ske i den fælles pleje- og rehabiliteringsplan, der med fordel kan udarbejdes umiddelbart efter ankomst til den midlertidige plads – og løbende justeres i tråd med borgerens status.

Samtidig er der muligheder for at forbedre planlægningen, ved at stille de informationer, som kommunen modtager fra hospitalerne allerede i forbindelse med, at kommunalt kendte borgere indlægges (indlæggelsesadvis), til rådighed. Det vil gøre det muligt for visitationen at ”se pipeline af borgere, med potentielt behov for en midlertidig døgnplads” allerede ved indlæggelsestidspunktet. Og det giver mulighed for, at udskrivningskoordinatoren kan være endnu mere proaktiv og opsøgende end i dag – og fra indlæggelsestidspunktet arbejde på, at borgeren (og de pårørende) kan og vil returnere til eget hjem efter indlæggelsen.

4. Anbefalinger

Det er som anført i ovenstående kapitel Implements vurdering, at der er betydelige faglige og økonomiske potentialer forbundet med at justere organiseringen og kapaciteten af pleje- og rehabiliteringspladserne.

I de følgende skitseres Implements anbefalinger til, hvordan en ny model kan bygges op. Anbefalingerne er struktureret i følgende temaer; (i) organisering og kompetencer, (ii) kapacitetsbehov, (iii) styring og (iv) samarbejde med visitationen og hjemmeplejen.

ORGANISERING OG KOMPETENCER

Det er Implements vurdering, at den manglende fleksibilitet til at disponere over terapeutressourcerne efter borgernes fluktuerende behov, ikke er hensigtsmæssig, og sandsynligvis fører til forlængede forløb, unødigt bureaukrati ved behov for ændringer i

pladstype, samt i nogle tilfælde et lavere funktionsniveau hos borgeren, end hvad kunnet være opnået.

For at imødekomme denne udfordring, betyder det helt konkret, at indsatsen på pleje- og rehabiliteringspladserne løbende skal kunne tilpasses til omskiftelige behov, ligesom borgerens tilstand og funktionsevne samt behov ved modtagelsen på pladsen optimalt set skal vurderes, og løbende genvurderes, med tilsvarende løbende tilpasning af indsats, intensitet og sammensætning i den sammenhængende pleje-, rehabilitering- og terapeutfaglige indsats.

Implement anbefaler, at man gør pladserne fleksible, hvor den specifikke terapeutfaglige indsats udmøntes efter det behov, der vurderes 'på gulvet', ift. at give de bedste muligheder for at forbedre funktionsniveauet, og muliggøre indflytning i eget hjem.

Et sådan setup svarer i nogen grad til det man allerede gør på Fortunen – dog til en bredere målgruppe, der ikke er defineret ved en GOP, men ved det samtidige pleje- og rehabiliteringsbehov, der gør en tilsvarende indsats i eget hjem mindre omkostningseffektiv. Det forudsætter endvidere, at der etableres en ensartet forståelse – på tværs af faggrupper - for hvad det vil sige at arbejde rehabiliterende med borgeren, og at den rehabiliterende og genoptrænende indsats sigter mod samme mål; hurtigst muligt at muliggøre borgerens hjemkomst til eget hjem.

Implement anbefaler, at pladserne skal kompetenceløftes, så der er sygepleje- og terapeutfaglig dækning i både aften- og weekendtimerne.

Begge disse kompetenceløft begrundes med potentialet for at yde en fagligt stærkere og mere intensiv indsats, der hurtigere kan løfte borgere i funktionsniveau, og ultimativt forkorte forløbene. Et sådan kompetenceløft vil samtidigt geare pladserne bedre til en ny situation, hvor en større andel af borgerne håndteres i eget hjem, og hvor kun de mest plejekrævende borgere skal befinde sig på pladserne. Den konkrete normering vil afhænge af det endelige samlede antal pladser, LTK vælger at fastholde (se næste afsnit).

Der er ikke på baggrund af denne analyse belæg for at vurdere om et sådan kompetenceløft nødvendigvis behøver at føre til dyrere pladser. Sammenlignet med de øvrige kommuner er kommunens pladser allerede dyre, bl.a. fordi den samlede årsværksnormering er meget høj, om end kompetenceniveauet samlet set er lavere. Det er samtidigt vanskeligt at vurdere behovet på forhånd, når pladserne ændrer karakter i et sådan omfang, som der her lægges op til.

På den baggrund anbefaler Implement, at man i udmøntningen de nye pladser, går forsøgsvis til værks ift. at ramme den rette normering, med tæt opfølgning på behovet over en periode på fx 6 måneder, optimalt suppleret af relevant data om genindlæggelsestidspunkter, ændringer i funktionsniveau, m.m. Dette mhp. at kunne lave en mere kvalificeret vurdering af, om kompetenceløftet nødvendigvis skal føre til dyrere pladser snarere end en omlægning af ressourcerne.

SAMLET KAPACITET

Med et setup af ovenstående karakter, som målrettet sigter mod de tidligere beskrevne formål, er det Implements vurdering, at kapaciteten på pleje- og rehabiliteringspladserne med fordel kan være betydeligt lavere.

En mere præcis vurdering af kapacitetsbehovet afhænger naturligvis af de valg, der træffes om den samlede organisering på hele ældre-, omsorgs- og sundhedsområdet.

Forudsætningerne for en væsentlig reduktion i antallet af pladser med henblik på en betydelig effektivisering af den samlede kommunale indsats er beskrevet i de forrige afsnit, men de væsentligste er: En styrkelse af hjemmeplejen, en fastholdelse af den kommunale

akutfunktion samt fleksibilitet i pladsanvendelsen og et tæt samarbejde om flow i borgerforløbene mellem pladser og hjemmeplejen.

Med det som afsæt er det Implements anbefaling, at en samlet kapacitet på mellem 40-50 pladser i LTK er hensigtsmæssig.

I dag løser de relativt omkostningstunge pladser opgaver, der bør løses på mere effektiv vis. Det gælder plejehjemsgodkendte borgere, der venter på deres valgte plads. Disse bør som hovedregel vente i eget hjem. Et supplement til denne hovedregel kan være at sikre, at der arbejdes med en begrænset bufferkapacitet på nogle få plejecentre, som på en mere omkostningseffektiv måde kan håndtere plejehjemsgodkendte borgere indtil den ønskede plejehjemsplads er ledig.

Det er for Implement naturligt at forfølge en fremtidig løsning, hvor de midlertidige pladser er samlet på én matrikel. Dette vil alt andet lige forbedre muligheden for fleksibel kapacitetsudnyttelse. Samtidig er der altid lokale årsager knyttet til, at det kan være vanskeligt at gennemføre i praksis. På baggrund af den dialog, der har været løbende i forbindelse med denne analyse, synes der dog at være muligheder for at anvende de to eksisterende matrikler fremadrettet på en hensigtsmæssig måde. Fx kunne hjemmeplejen samles på én matrikel, hvilket har den afledte konsekvens, at der kan frigøres plads på plejecentrene fx til bufferkapacitet til ventende plejehjemsgodkendte. De nye opgraderede, men færre midlertidige pladser kan derefter samles en matrikel.

Implement anbefaler i sammenhæng hermed, at der videreudvikles en 'pakke' i hjemmeplejen, som visitationen kan igangsætte som alternativ til ophold på midlertidig plads, når der er tvivl om borgernes behov og tilstand.

Pakken omfatter en indsats, der sikrer, at hjemmeplejen med kort varsel, kan modtage og dermed hjemtage borgere fra hospitalet. En sådan pakke bør jf. den faglige vurdering (bl.a.) indeholde;

1. Mulighed for modtagelse af sygeplejerske, evt. MAT-sygeplejerske ved behov (og evt. vurderet pba. EWS)
2. Terapeutfaglig udredning inden for 48 timer
3. Akut installering af midlertidigt nødkald
4. Akut bestilling af hjælpemidler

Der forudsættes gennemført et kort, intensivt udviklingsarbejde i samarbejde mellem visitation, hjemmepleje, MAT og midlertidige pladser.

STYRING

Hvis pladserne skal målrettes ovenstående formål om hurtig hjemtagning og intensiv rehabiliteringsindsats med sigte på at gøre borgere i stand til at komme tilbage til eget hjem, skal dette understøttes af incitamenter til at skabe flow og arbejde med borgernes funktionsniveau.

Implement foreslår, at styringsmekanismerne tænkes sammen med de kendte styringsparadigmer og -modeller, der anvendes og er kendte i kommunen – samt at der i den afsluttende dialog om analysen drøftes en række perspektiver, som grundlag for fastlæggelse af den endelige styringspraksis. Disse perspektiver er:

- At myndighed bevarer en central rolle mht. at visitere borgere ind og ud fra pladserne, i tæt samarbejde med pladserne, og at de gives de bedst mulige forudsætninger herfor ift. at danne sig overblik over kapacitetsanvendelsen og styre flow
- Der bør være sammenhæng i de økonomiske incitamenter fra enhed til enhed. Det betyder fx, at der bør være incitament til hjemtagning fra hospitalet – både i hjemmeplejen og på de midlertidige pladser. Da der i forvejen er et entydigt

kommunalt incitament via taksten for de færdigbehandlede sengedage, kan styringen knyttes direkte hertil.

- Der bør være incitament til samarbejde om borgerne (hjemmeplejen og midlertidige pladser) – det betyder fx, at der bør installeres fælles incitament til, at opholdet på en midlertidig plads er kortest muligt.
- Der bør være incitament til at modtage borgerne – uanset om det er på de midlertidige pladser fra hospital eller i hjemmeplejen fra hospital eller fra midlertidige pladser.
- Der bør styres på effekt/værdiskabelse hos borgerne, og der kan med fordel knyttes økonomiske incitamenter til fremme af intensiv og effektiv rehabilitering. Det er dog Implements vurdering, at der skal etableres et validt datagrundlag gennem mindst et halvt år, hvor der systematisk måles funktionsevne på en række tidspunkter i forløbene for forskellige "typer" af borgere, før et sådant styringsværktøj sættes i anvendelse. Samtidig er det formentlig – givet at det lykkes – det mest relevante styringselement i det foreslåede setup.

Med andre ord bør der indrettes et styringsparadigme omkring pladserne, der sikrer, at hjemmeplejen "trækker" borgerne ud af både hospital og pladser, og at de midlertidige pladser "trækker" borgerne ud af hospitalet, og "skubber" borgerne ud i hjemmeplejen.

Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at der med en ny afregningsmodel for hjemmeplejen baseret på et rammebudget, skabes et incitament for hjemmeplejen til at mindske personkredsen (fx ved at skubbe folk mod midlertidige pladser/undlade at 'trække' dem ud af de midlertidige pladser). Et sådan skævt incitament bør håndteres via en supplerende styringsmekanisme. Ovenstående liste giver til dels et bud på, hvordan dette kunne håndteres.

ØVRIGE OVERVEJELSER: FORBEDRET DATAPRAKSIS

Som en problemstilling dekoblet fra den øvrige del af analysen, er der væsentlige potentialer forbundet med at forbedre datapraksis, som i dag er præget af at være meget manuel og forskelligartet på tværs af matriklerne.

I den forbindelse anbefaler Implement (i) at alt data fremover registreres i Nexus, og (ii) at dataregistrering ensrettes på tværs af matriklerne. Dette arbejde er allerede påbegyndt i 2017, og vil kræve fortsat fokus over den næste tid.

Det anbefales yderligere, at sekretariatet understøtter denne bevægelse, samt bidrager med viden om, hvilke datamuligheder, der reelt findes i Nexus og hvilke data, der kan bidrage til at gøre styringen af pladserne mere datadrevet, både på ledelses- og medarbejderniveau. Denne praksis kan med fordel inkludere MAT.

Delanalyse 3: Det mobile akutteam

1. Introduktion: Opdrag og formål

Med den fortsatte opgaveglidning fra region til kommune, og med ikrafttrædelsen af Sundhedsstyrelsens krav til den kommunale akutfunktion, har en lang række kommuner igangsat et arbejde med at styrke den kommunale akutfunktion, så det er tidssvarende ift. både lovkrav og behov.

Denne analyse sigter mod at identificere områder, hvor LTKs mobile akutteam (herefter "MAT") kan styrke sin opgavevaretagelse yderligere. Opdraget lægger således op til en bred analyse, som skal identificere de områder hvor potentialet for at øge kvaliteten og værdien af MAT er størst.

2. Metode og proces

Analysen af MAT har involveret mere end 10 interviews, samt to workshops med både medarbejdere og ledere fra træningsområdet og hjemmeplejen, samt MAT-sygeplejersker.

Analysen har været tilrettelagt således at der via en indledende interviewrunde med både medarbejdere og ledere i MAT, samt interviews med medarbejdere og ledelse på både træningsområdet, hjemmeplejen og plejecentrene, er lavet en beskrivelse af nu-situationen samt identificeret en række potentielle forbedringspotentialer. Disse forbedringspotentialer er derefter blevet testet dels gennem dataanalyse, og dels gennem et workshopforløb med både ledelse og medarbejdere fra træningsenheden og hjemmeplejen, og sygeplejersker fra MAT.

Datakilderne til analysen er således en kombination af kvalitativ og kvantitativ data, med den kvantitative data

3. Afdækning af nu-situation

MAT er en udgående akutfunktion, hvis primære formål er at forebygge unødvendige akutte hospitalsindlæggelser, samt sikre at kommunen efterlever sine akutte forpligtigelser, jf. Sundhedsstyrelsens krav til den kommunale akutfunktion (se bilag 2 for en tjekliste af opfyldelsen af kravene til akutfunktionen). Enheden består af 6 sygeplejersker med særlige kompetencer inden for det akutte område, som for en række særlige problemstillinger kan forhindre unødvendige hospitalsindlæggelser. I dagtimerne har MAT adgang til lægefaglige kompetencer via den kommunalt ansatte praksislæge, mens der i aften- og weekendtimerne er adgang via bagvagten til kommunens praksiskonsulent. Uden for bagvagtens åbningstid er der adgang via 1813.

MAT er både organisatorisk og geografisk placeret under træningsenheden, men er i sin kernefunktion fuldt ud tværgående. MAT-sygeplejerskerne bringes i spil ved at blive aktiveret af primærsygeplejersker i hjemmeplejen, på plejecentrene og på træningsenheden, når borgere oplever akutte problemstillinger som potentielt kan føre til hospitalsindlæggelser, og som ikke kan varetages tilstrækkeligt af

primærsygeplejerskerne selv, med de kompetencer og handlemuligheder der ligger ude i områderne.

MAT 'rykker ud' i dag- og aftentimerne, både hverdag og weekend (med en højere bemanding i hverdags-dagtimerne), mens akutfunktionen drives af hjemmesygeplejersker i vagtcentralen i nattetimerne. I praksis betyder det at akutfunktionen i LTK er delt op i to organisatoriske enheder; MAT under træningsenheden i dag- og aftentimerne, og vagtcentralen under hjemmeplejen i nattetimerne.

Der er noget der tyder på at LTK klarer sig godt i forhold til forebyggelsen af akutte indlæggelser. Neden for ses antallet af akutte indlæggelser for kommunens +80-årige, sammenlignet med omkringliggende kommuner.

Tabel 29: Akutte indlæggelser +80-årige, 2017

Kommune	Antal indlæggelser + 80-årige	Antal indlæggelser per 1.000 +80-årige
LTK	317	168
Gentofte	365	182
Gladsaxe	333	198
Rudersdal	336	176

Blandt de fire kommuner ligger LTK lavest – om end forskellene ikke er store - når der tages højde for demografiske forskelle. Det er naturligvis vanskeligt at udskille i hvor høj grad dette kan tilskrives MAT, men det er nærliggende at antage, at MAT i hvert fald spiller et centralt positivt bidrag hertil.

Aktivitetsdata for anden halvdel af 2017 fordelt på de enheder, som har aktiveret MAT, kan findes i bilag 3.

3.1 Afdækning af potentielle forbedringsområder

På baggrund af indledende interviews med både ledelse og medarbejdere på tværs af organisationen, blev der identificeret en række temaer som analysen skulle adressere, ift. at belyse potentialet for en forbedret opgavevaretagelse og værdiskabelse af MAT. De tematikker, som blev identificeret som værende potentielt vigtige for en forbedret opgavevaretagelse, var;

- MATs ressourcebehov
- Aktiveringen af MAT
- Udvidelse af MATs værktøjskasse
- MATs organisatoriske placering

I de kommende afsnit behandles disse temaer hver for sig.

4. Analyse af forbedringspotentialer

4.1 MATs ressourcebehov

Over de seneste to år er der sket en betydelig aktivitetsstigning i MAT, og der er internt i MAT en oplevelse af at grænsen er ved at være nået for at kunne løse opgaven tilfredsstillende. Neden for ses aktivitetsudviklingen fra januar 2016 til og med januar 2018. "Besøg" refererer til antallet af henvendelser hvor MAT har besøgt borgeren, mens "telefon" refererer til henvendelser der blevet håndteret ved telefonsparring.

Tabel 30: Aktivitetsudvikling – per måned, opdelt i halvår

	1. halvår 2016	2. halvår 2016	1. halvår 2017	2. halvår 2017
Besøg	193	256	267	269
Telefon	14	13	22	51

Aktivitetsudviklingen svarer til en stigning på ca. 40 % fra første halvår af 2016 til sidste halvår af 2017. Det kan sandsynligvis forklares med at MAT over tid er blevet stærkere integreret i organisationen, og at løbende indsatser ift. at forbedre brugen af MAT har materialiseret sig. Samtidig tyder de første tal i 2018 på, at aktiviteten fortsat er stigende. I den forbindelse er det særligt relevant, at den nye samarbejdsaftale med regionen, vil medføre yderligere aktivitetsstigning i MAT, da det i dag kun er MAT der kan give intravenøs behandling (herefter IV-behandling).

På baggrund af den aktuelle og kommende aktivitetsstigning er der derfor behov for at se om MAT er normeret korrekt i dag, samt at kvalificere ressourcetildelingsmodellen fremadrettet, så organisationen har et redskab til at oversætte aktivitetsniveauet til ressourcebehov.

Der er derfor iværksat en tidsregistrering i perioden 8/1-20/1-2018. I alt blev der registreret tid på 14 vagter, som involverede henvendelser for 115 borgere.

Logikken i øvelsen er, at hvis man kan give et kvalificeret bud på hvor lang tid hver enkel borgerhenvendelse tager, og hvor stor en del af sygeplejerskernes samlede tid, der kan gå direkte til borgersager (altså ikke pauser, møder, administration m.m.), kan det kobles til aktivitetsniveauet, og give et estimat for ressourcebehovet.

På baggrund af data fra tidsregistreringen, ses fordelingen af MAT-sygeplejerskernes tid henover vagten neden for;

Tabel 31: Fordeling af tid over vagten, i %

Borger-indsatser	Møder	Pause og frokost	Andet administration	Faglig sparring	Øvrig tid
59 %	4 %	7 %	16 %	6 %	8 %

Dvs. ca. 60 % går til tid med borgerne, 4 % til møder, 7 % til pauser, osv. De 8 % ”øvrig tid” er et residual af tid der ikke kan forklares ud fra data.

Neden for ses fordelingen af tidsforbruget for de borgere, for hvem der også var registreret besøgstid, samt tidsforbruget for de henvendelser som kunne håndteres udelukkende over telefonen.

Tabel 32: Fordeling af tid på borgerindsatser, i minutter

	Telefon	Køretid	Besøgstid	Analyse	Dokumentation	Samlet
Besøg	6,2	13,3	24,9	6,5	13,4	63,8
Telefon	5,4	0	0	0,4	7,3	13,1

Disse to datapunkter kan i princippet kobles til aktivitetsdata, og give et estimat på kapacitetsbehovet. Her skal det bemærkes;

For det første, at sygeplejerskerne ligeledes blev spurgt til hvor travlt de oplevede at dagen var, på en skala fra 1 til 5, hvor midterkategorien ”3” var et udtryk for ”passende travlt”. Gennemsnittet for den data som ovenstående tal er baseret på, svarede sygeplejerskerne ”3,1” – altså meget tæt på ”passende travlt”. Det kan tolkes som en forsigtig indikation på at gennemsnitligt set giver ovenstående tal en passende arbejdsbyrde for MAT. Her skal det dog samtidig bemærkes at der på flere vagter ikke blev registreret andet end ”5” på spørgsmålet om hvor travl dagen var (altså der blev ikke registreret information om tid). Tallet ”3,1” er derfor ikke et udtryk for, at MAT-sygeplejerskerne har ”passende travlt” i dag, men snarere at den data, der ligger til grund for ovenstående beregninger, samlet set er fremkommet ud fra arbejdsdage, hvor MAT-sygeplejerskerne vurderede at have ”passende travlt” (gennemsnitlig set).

For det andet er det er vigtigt, at denne data bliver tolket med varsomhed. Der er nogle indbyggede problematikker i øvelsen, som gør at datakvaliteten sandsynligvis ikke er fuldt ud retvisende, herunder:

- Data baserer sig på en så begrænset periode, at der kan være tilfældige udsving af betydelig karakter
- Data er baseret på selvregistrering, som altid er behæftet med stor risiko for fejl
- På de dage hvor sygeplejerskerne havde allermest travlt, blev der ikke registreret information (sandsynligvis fordi der var *for* travlt) – det kan give systematiske fejl
- Data giver ikke nogen indikation af i hvor høj grad kvaliteten bliver kompromitteret pga. tidsnød på tidspunkter hvor der er meget travlt, eller hvor der eventuelt bliver brugt mere tid end nødvendigt pga. begrænset travlhed

Tallene er forsøgt kvalificeret af MAT-sygeplejersker, som kan genkende det overordnede billede, men dog vurderer at den gennemsnitlige tid brugt på borgere med besøgstid snarere ligger omkring 75-90 minutter, end 65 minutter.

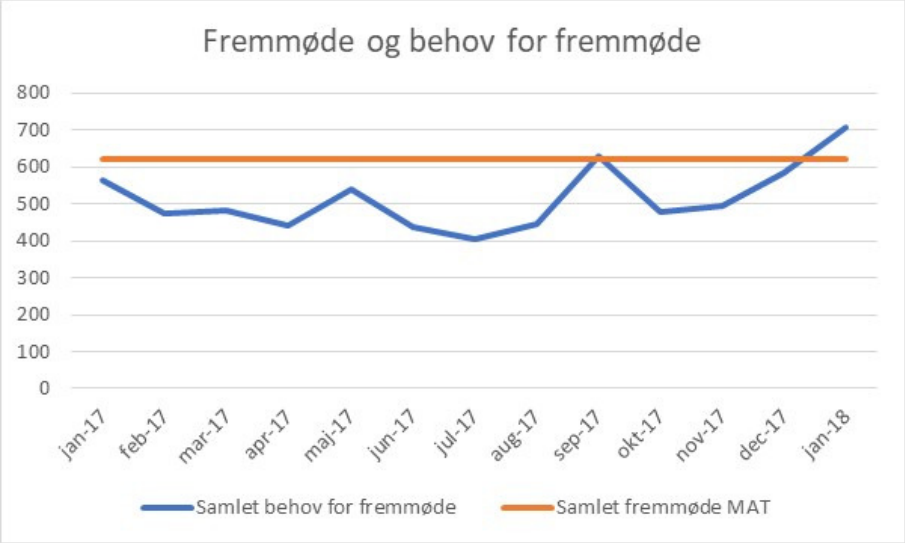
For at vurdere om MATs normering er hensigtsmæssig, skal man således anvende den beskrevne tidsregistrering og lægge over aktivitetsudviklingen, holdt op imod fremmødet i MAT. Fremmødet i MAT beregnes som følger:

Tabel 33: Fremmøde i MAT, i timer

Kategori	Antal årsværkstimer per måned
Sygeplejersker	823 timer
Ferie + andre fridage	117 timer
Sygefravær	49 timer
Øvrige opgaver	36 timer
Samlet fremmødetid i MAT	**621 timer**
Samlet tid til borgerindsatser (60 % af fremmødet)	372 timer

Holdt op imod behovet for fremmøde over året – estimeret på baggrund af den oven for beskrevne tidsanvendelse per besøg/telefon – får man følgende forhold mellem fremmøde og behov for fremmøde:

Figur 5: Fremmøde og fremmødebehov i MAT



Der har altså ud fra disse beregninger været en overnormering i MAT i løbet af det meste af 2017, som så er 'knækket' med det høje aktivitetsniveau i januar 2018. Tallene skal dog tolkes varsomt. Hvis man i stedet antager at hvert besøg tager 75 minutter (i stedet for 65 minutter), vil den blå linje forskydes noget tættere på den orange, svarende til fremmødebehovet overskred fremmødet i maj 2017.

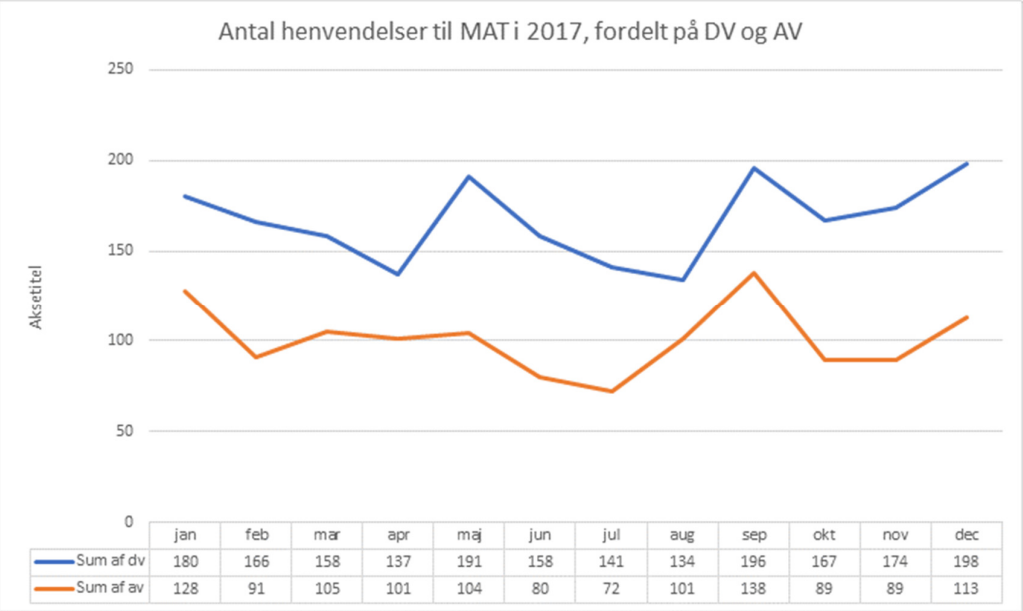
Udover den samlede normering, skal det vurderes om MATs vagtplan er afstemt med behovet henover døgnet. I dag har MAT et planlagt fremmøde på:

Tabel 34: Planlagt fremmøde henover ugen, personer

Hverdag		Weekend	
Dag	**Aften**	**Dag**	**Aften**
2,5	1	1	1

Neden for ses aktiviteten i 2017, fordelt på dag- og aftenvagten.

Figur 6: Aktivitet i MAT, fordelt på dag- og aftenvagt



	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Sum af dv	180	166	158	137	191	158	141	134	196	167	174	198
Sum af av	128	91	105	101	104	80	72	101	138	89	89	113

Figuren viser, at aktivitetsniveauet er ca. 65 % højere i dagtimerne end aftentimerne. Til gengæld er bemandingen, som den ser ud i dag, mindst dobbelt så stor i dagtimerne som i aftentimerne. Det ser med andre ord ud som om at der kunne være et rationale i at bemande aftenvagten en smule stærkere end man gør i dag.

4.2 Aktivering af MAT

MATs værdi for organisationen og borgerne, afhænger af i hvilket omfang de bliver bragt i spil til de rigtige situationer. Der er generelt en oplevelse af, at MAT er stærkt integreret i organisationen, men at der på enkelte områder er potentiale for at bringe MAT i spil endnu hurtigere, via mindre bureaukratiske processer eller til endnu flere borgere.

De steder, hvor der er identificeret et potentiale for at forbedre aktiveringen af MAT, er følgende:

Tabel 35: Forbedringspotentialer vedrørende aktivering af MAT

Aktør	Behov / tiltag
Almen praksis	- Der er enkelte læger i LTK, der er reserverede omkring brugen af MAT.
1813	- MAT er ikke tilstrækkelig kendt i 1813 i dag, hvilket betyder at nogle borgere indlægges, som potentielt kunne have undgået hospitalsindlæggelser med MATs indsatser.
Vagtcentralen	- Vagtcentralen modtager regelmæssigt henvendelse fra egen læge, som med fordel kunne videreekspederes til MAT med det samme. Vagtcentralen må – ifølge instrukserne – dog ikke aktivere MAT uden at involvere primærsygeplejersken først. Det kan give unødvendige forsinkelser, og ultimativt føre til unødvendige hospitalsindlæggelser.

HP/plejecentre/ træning	- Ifølge instrukserne er det kun sygeplejersker der kan aktivere MAT. - Der er en generel oplevelse af at de eksterne vikarer ikke kender og/eller bruger MAT. MAT er generelt velkendt blandt de faste medarbejdere i organisationen, men der er nogle oplevelser af at der mangler systematik i informeringen om MAT til nye medarbejdere.
Bosteder	- MAT dækker per 1/1-2018 også bosteder. Der er dog en fornemmelse for at kendskabet til MAT på bostederne stadigt er relativt begrænset. - Det vurderes ikke at en eventuelt øget aktivitet på bostederne giver behov for nye kompetencer i MAT.
Pårørende/borgere	- Pårørende og borgere kan i dag ikke aktivere MAT, og vurderingen er, at det ville overbelaste MAT unødvendigt meget ift. den værdi det ville skabe hvis pårørende og borgere havde denne kompetence. - Det har dog være drøftet om kompetencen kunne gives til borgere med særlige typer af problemstillinger, fx KOL. Samlet set vurderes det dog ikke at være en nødvendighed.

4.3 Udvidelse af MATs værktøjskasse

MATs værktøjskasse, som den ser ud i dag, indeholder følgende:

- Blodprøver
- CRP
- Leuk. Diff.
- Syre-base
- Hb
- Na+
- Cl-
- K+
- Urindyrkning: Flexicult
- Podninger
- Ekspektorat
- Kateter anlæggelser
- Obstipationsbehandling
- Sonder, anlæggelse
- Tbl. AB Smertestillende laxantia
- IV + isotone væsker
- IV + AB
- Behandling kol i EXA med fugter + ipramol

Der er ikke umiddelbart nogle yderligere 'mindre' udvidelser af værktøjskassen, som det vurderes ville have et stort forbedringspotentiale ift. at kunne forebygge hospitalsindlæggelser, evt. med undtagelse af muligheden for at kunne teste kreatinin (til test af nyrefunktionen). Denne vurdering varetages bedst af kommunens praksiskonsulent i samarbejde med MAT.

En anden indgangsvinkel til MATs værktøjskasse, handler om deres muligheder for at aktivere den øvrige del af organisationen, herunder særligt om de kan bruge de midlertidige pladser som et led i en samlet akutfunktion. Vurderingen er her, at der er et meget begrænset potentiale ift. at forebygge hospitalsindlæggelser, ved at give MAT visitationskompetence til pladserne. Det skyldes først og fremmest, at kompetenceniveauet i MAT er betydeligt højere end kompetenceniveauet på pladserne

på Møllebo, særligt eftersom Møllebo ikke har sygeplejedækning om aftenen. Det skulle således være de helt særlige situationer hvor en mindre specialiseret indsats, men med mulighed for hyppigere overvågning, skulle forebygge hospitalsindlæggelser. Det vurderes af MAT at være meget få sager hvor det er tilfældet.

4.4 Organisering

MAT ligger organisatorisk placeret under træningsenheden, men har en fuldt ud tværgående funktion ift. både træningsenheden, hjemmeplejen og plejecentrene. Det har på den baggrund været interesse for at undersøge om MAT ligger bedst organisatorisk placeret under træningsenheden eller hjemmeplejen.

De argumenter tilvejebringes for at placere MAT i hhv. træningsenheden og hjemmeplejen er;

Træningsenheden	Hjemmeplejen
Mindre risiko for at udvande MATs særlige kompetencer, ved at anvende MAT på 'almindelige' sygeplejeopgaver	Bedre organisatorisk understøttelse af den kontinuerlige dialog om MATs opgavedeling med hjemmeplejen
Synergi med Møllebo, som varetager nogle af kommunens måske tungeste og mest komplekse borgere	Synergi med vagtcentralen som varetager de akutte opgaver i nattetimerne.

Som en helt generel betragtning, kan man sige, at uanset hvor MAT er organisatorisk placeret, vil der opstå snitflader til den resterende del af organisationen, og nogle samarbejdsrelationer vil falde mere naturligt end andre.

Dén udfordring der er identificeret er, at der tilsyneladende er en begrænset dialog mellem MAT og hjemmeplejen/plejecentrene, ift. at sikre en løbende drøftelse og planlægning af opgavedelingen, gensidig læring fx i form af fælles refleksion over vanskelige sager, og proaktivitet ift. kommende forandringer på området i det hele taget.

En potentiel konsekvens – som dog også kan skyldes andre ting – er, at der på trods af at der på tværs af organisationen er en oplevelse af at MAT er en velfungerende enhed, er der dog også en tydelig variation i oplevelsen af MATs værdi, og nogle steder en oplevelse af at MAT-konstruktionen opdeler sygeplejerskerne i et A- og B-hold. Udfordringer af denne karakter, kan tænkes at blive forstærket - i hvert fald delvist – i det omfang der mangler dialog om opgaveløsningen, fælles refleksion og konflikthåndtering mellem MAT og områderne.

5. Anbefalinger

På trods af variation i oplevelsen af MATs værdi, er det Implements vurdering, at det er lykkedes LTK at etablere en fleksibel og omkostningseffektiv akutfunktion, som har reelle handlemuligheder til at forebygge akutte hospitalsindlæggelser, og hvis opgaveløsning samlet set er velintegreret i organisationen. Herudover sikrer MAT at LTK lever op til Sundhedsstyrelsens krav til den kommunale akutfunktion. En central konklusion på analysen er derfor, at der for nuværende ikke er behov for at gentænke det grundlæggende setup omkring MAT.

Der er et fortsat behov for løbende at fastholde fokus på de elementer der har gjort MAT velfungerende, herunder særligt et fortsat fokus på at rekruttere og fastholde de rigtige

akutsygeplejersker til MAT, som i særlig grad bidrager til at gøre MAT til den velfungerende enhed den er.

Følgende afsnit er bygget op sådan at der formuleres anbefalinger til hvert af de ovenfor beskrevne potentialeområder.

5.1 MATs ressourcer

MATs værdi bygger på at der er tillid til dem i organisationen. Det er derfor afgørende for MATs værdi i organisationen, at MAT har tilstrækkelig kapacitet til at løse de opgaver resten af organisationen tilkalder dem til. Hvis MAT bliver undernormeret er risikoen, at organisationen begynder at aktivere 1813 inden de aktiverer MAT, og så er formålet med funktionen gået i vasken.

Samtidig står MAT over for en aktivitetsstigning i den kommende tid, som særligt har at gøre med den forventede stigning i IV-behandlinger, som kun MAT kan varetage i dag, og som vil indebære flere daglige besøg per berørt borger.

Givet ovenstående, har Implement følgende anbefalinger;

1. Der skal være et stærkere fokus på at MAT får videredelegeret opgaver ud i organisationen, så MATs opgaver vedbliver at være akutte opgaver – ikke specialiseret sygepleje generelt. Det skal undgås at MAT bliver en kontinuerligt voksende boble, som håndterer en stadigt større andel af de specialiserede sygeplejeindsatser. Det er Implements vurdering, at det formentlig vil være en mere hensigtsmæssig retning, at IV-behandlingen håndteres af hjemmesygeplejerskerne (med behørig oplæring) i stedet for af MAT-sygeplejersker, som det fx også er tilfældet i Helsingør Kommune (jf. delanalyse 6), da der her ikke er tale om akutte opgaver, men snarere opgaver som kræver en særlig kompetence. Det er i den forbindelse afgørende at der er en proaktiv og løbende dialog i organisationen om hvilke opgaver der bor bedst hos MAT, og hvilke der bor bedst ude i plejen.
2. At aktivitetsudviklingen i MAT følges nøje over de kommende måneder mhp. proaktivt at modvirke at MAT bliver så overbelastede, at funktionens værdi risikerer at gå tabt.
3. At MAT på baggrund af eksisterende (eller eventuelt udvidet) data, revurderer om vagtplanen er skruet korrekt sammen, og om der evt. er behov for forskudte vagter. På det tilgængelige datagrundlag, er der noget der tyder på, at det særligt er i aftentimerne der er det største mismatch mellem fremmøde og behov.

5.2 Aktivering

På baggrund af interviews med store dele af organisationen, er det Implements vurdering at kendskabet til MAT er fuldt ud tilstrækkeligt for langt størstedelen af organisationen. Der er derfor ikke et behov for at iværksætte tiltag der forsøger at udbrede kendskabet til MAT generelt.

Til gengæld er der enkelte områder, hvor specifikke tiltag af mindre karakter, kan bidrage til at sætte spil over for endnu flere borgere end i dag. Alle disse tiltag er kvalificeret af både MAT-sygeplejersker, sygeplejersker i områderne, samt ledelsen på både træningsenheden, hjemmeplejen og i MAT.

Tiltagene er opsummeret neden for.

Tabel 36: Anbefalinger angående aktivering af MAT

Aktør	Anbefalinger
Almen praksis	- At organisationen vurderer at der er et potentiale ved at tage en dialog op med de læger som nærer skepsis over for MAT-setuppet, evt. via egen praksiskonsulent.
1813	- Den fremadrettede dialog med 1813 skal sigte mod to mål; - 1813 skal have bedre kendskab til MATs eksistens, og - 1813 skal vide præcist hvad MAT kan (se liste under afsnit 5.3), så de kan aktivere MAT i de tilfælde (og kun de tilfælde) hvor MAT har de nødvendige kompetencer til at håndtere borgeren.
Vagtcentralen	- Man kan med fordel ændre instrukserne/praksis når vagtcentralen kontaktes af almen praksis, så vagtcentralen kan bringe MAT i spil umiddelbart efter henvendelse uden først at aktivere primærsygeplejersken, når dette skønnes nødvendigt. Her bør der samtidigt udvikles en praksis hvor primærsygeplejersken orienteres.
HP/plejecentre/ træning	- Assistenter bør have kompetencen til at aktivere MAT, for at øge hastigheden og mindske den bureaukratiske proces ved at tilkalde sygeplejersker, når assistenten er sikker i sin vurdering af at MAT skal ind over borgeren. Her bør der samtidigt udvikles en praksis hvor assistenterne informerer sygeplejersken om henvendelsen til MAT. - Vikarbureauerne skal have kendskab til instrukserne om brugen af MAT. - Ledergruppen på tværs af områderne, som er ansvarlig for introduktion af nye medarbejdere, skal sikre, at MAT tænkes ind i introforløbet (i det omfang dette ikke allerede er tilfældet), så nye medarbejdere opnår kendskab til MAT hurtigst muligt.
Bosteder	- Som med 1813 skal bostederne have bedre kendskab til MAT, og MATs handlemuligheder. En sådan charmeoffensiv kan drives af MAT-sygeplejerskerne selv, når aktivitetsniveauet tillader det.
Pårørende/ borgere	- Ingen ændringer anbefales her.

5.3 Udvidelse af værktøjskassen

Med undtagelse af muligheden for at teste for kreatinin, vurderer MAT-sygeplejerskerne selv, at de har de nødvendige kompetencerne og udstyr, til at løfte opgaven fuldt ud tilfredsstillende. Der er altså ingen umiddelbare lavt hængende frugter i en potentiel udvidelse af MATs værktøjskasse.

Eftersom både praksiskonsulenten og MAT selv samtidig vurderer at den interne dialog i organisationen om MATs værktøjskasse fungerer udmærket, er der ingen umiddelbare anbefalinger her.

5.4 Organisering og kompetenceudvikling

Det er ikke ligegyldigt hvor MAT ligger organisatorisk placeret, men det er Implements vurdering, at den organisatoriske placering af MAT ikke er af afgørende betydning for

MATs opgaveløsning. MAT er en tværgående enhed, og 'passer' derfor ikke problemfrit ned i hverken hjemmeplejen, plejecentrene eller træningsenheden.

På den baggrund, har Implement to anbefalinger;

1. Uanset hvor MAT ligger organisatorisk placeret, at der arbejdes mere systematisk med fælles dialog mellem MAT om områderne, herunder særligt om;
    a. Opgavedelingen, i dag og fremadrettet
    b. Fællesfaglig refleksion om samarbejdet, fx gennem brug af vanskelige cases
    c. Fælles ønsker til samarbejdsformen

    Denne fælles dialog kan understøttes af at MAT fungerer som en kompetenceudviklende funktion i den forstand, at sygeplejersker fra områderne kan 'følge' en MAT-sygeplejerske for en dag – eller vice versa - for at opnå en større gensidig forståelse for hinandens opgaver, behov, kompetencer, arbejdsgange, udfordringer m.m.

2. At MAT flyttes, så den organisatorisk lægges under hjemmeplejen. De mest tungtvejende argumenter herfor er;
    a. At det vil lette den løbende drøftelse og planlægning af opgavedelingen mellem MAT og hjemmeplejen, som tilsyneladende har været utilstrækkelig ifm. planlægning af IV-behandling.
    b. At LTK i dag i praksis har to akutfunktioner – MAT om dagen og vagtcentralen om natten – og at koordineringen og samarbejdet om den opgave ville lettes hvis MAT lå organisatorisk sammen med hjemmeplejen.
    c. Hvis kommunen vælger at følge anbefalingerne til kapacitetsreduktionen af pleje- og rehabiliteringspladserne, vil det samtidigt forskyde en betydelig del af opgaveløsningen i LTK ud i eget hjem, hvorfor samarbejdsrelationen med hjemmeplejen bliver endnu vigtigere.

    Hvis MAT flyttes organisatorisk under hjemmeplejen, er det en afgørende forudsætning, at MAT ikke bliver anvendt som aflastning af den resterende hjemmesygepleje, men bevarer sit genstandsfelt til det akutte område.

Delanalyse 4: Vikarforbrug

1. Introduktion

Hjemmeplejen, plejecentrene og træningsenheden, har tilsammen et lønbudget på knap 400 mio. kr. om året, hvoraf der i 2017 var et samlet forbrug af (eksterne) vikarer på 24 mio. kr. og 38 mio. kr. til (interne) afløsere. Det er samlet set 16 % af de samlede lønudgifter til plejepersonale på ældreområdet. Denne analyse har til formål at beskrive vikarforbruget, identificere driverne, og stille forslag til, hvordan vikarforbruget i fremtiden kan mindskes.

Delanalysen er bygget op om en indledende beskrivelse af brugen og omfanget vikarer i plejecentre, hjemmeplejen og på træningsenhederne, hvorefter der præsenteres en række beregninger ved potentielle forbedringsmuligheder. Endeligt fremgår Implements anbefalinger af afsnit 5.

2. Metode og proces

Der har til analysen været anvendt centralt trukket data om personale, løn, kompetencer, m.m., samt vikarforbruget fra SOS-vikar.

Herudover har der været gennemført 11 interviews med både ledere og medarbejdere til at afdække processer og principper for indkaldelse af vikarer, samt 3 workshops med ledere på tværs af områderne mhp. at kvalificere løsningsforslag.

3. Afdækning af nu-situation

Dette afsnit indeholder en beskrivelse af den nuværende situation vedrørende vikarforbruget, herunder fordele og ulemper ved brugen af vikarer, omfang og fordeling af vikarforbruget, samt drivere.

3.1 Brug af afløsere og vikarer

PRINCIPPER FOR DÆKNING

Der er en række principper for indkaldelse af afløsere og vikarer, der generelt går igen på tværs af områderne. Det drejer sig om at:

- Første sygemelding dækkes af personalet selv ved eksempelvis omprioritering af opgaver. Det gælder særligt i dagvagten. I aften- og nattevagterne er basisnormeringen typisk lavere og første sygemelding dækkes oftere. Dækningen i aften- og nattetimerne er i højere grad af eksterne vikarer, idet der er behov for uddannet personale.
- Vakancer og andet fravær, eksempelvis længerevarende sygdom og kompetenceudvikling, der kendes i god tid forsøges i videst muligt omfang dækket af interne afløsere.
- Ved uforudset fravær eller ved mangel på interne afløsere indkaldes typisk eksterne afløsere til at dække de ledige vagter.

FORDELE OG ULEMPER I BRUG AF AFLØSERE OG VIKARER

Det opleves generelt, at fordelene ved at anvende interne afløsere vejer tungere end ulemperne. Fordelene ved brugen af eksterne kommer primært til udtryk i aften- og nattevagterne og ved akut behov for personale. Nedenfor beskrives kort de fordele og ulemper personale og ledere beskriver ift. hhv. afløsere og vikarer.

Interne afløsere

Fordele:

- Timepriserne er betragteligt lavere end eksterne vikarer, og ligger tæt ved udgifterne til fastpersonale
- Afløserne kender typisk de sædvanlige arbejdsgange og i et vist omfang også borgerne
- Det opleves, at de interne afløsere er gode til at hjælpe med forefaldende arbejde
- På træningsenheden og på plejecentrene er opfattelsen, at de er gode til at arbejde sammen med det faste personale

Ulemper:

- Typisk er det vanskeligt at afsætte korte (under fire timer) vagter til interne afløsere. Det er samtidig også vanskeligt at få dækket vagter af interne afløsere med varsling på få timer.
- De interne afløsere har alle i princippet mulighed for at tage vagter på flere lokationer, men det gør sig meget sjældent gældende.
- Korpset af interne afløsere er kendetegnet ved, at der er få social- og sundhedsuddannede - dog er en stor andel under uddannelse (dette dog ikke altid en sundhedsuddannelse). Det opleves at de interne afløsere på træningsenheden i højere grad er uddannede.

EKSTERNE VIKARER

Fordele:

- En høj grad af fleksibilitet i forbindelse med indkaldelse, hvilket betyder, at akutte behov for personale kan dækkes af eksterne vikarer
- Vikarerne tager i mod korte vagter, som det i den daglige planlægning kan være nødvendigt at besætte
- Uddannelsesniveauet er generelt set højere

Ulemper:

- Der er store administrative byrder, idet vikarerne typisk skifter fra gang til gang og derfor skal instrueres løbende i løbet af en vagt.
- En lille grad af ansvarsfølelse for opgaver mm., hvilket er med til at give en lavere grad af service.
- Timepriserne for eksterne vikarer er betragteligt højere end både fastansatte og interne afløsere.

3.2 Vikarforbrug

Dette afsnit præsenterer fordelingen af de samlede udgifter til vikarer, samt fordelingen af de fremmødte timer. Herudover indeholder afsnittet en benchmark i mod ældreanalysens sammenligningskommuner.

Analysen viser, at plejecentrene har det største forbrug af vikarer og afløsere, målt i absolutte og relative tal. Herudover er der generelt set ingen trend i udviklingen af forbruget over året, om end der er mindre forskelle inden for områderne. Der er ligeledes store forskelle mellem de enkelte enheder inden for hvert område i både omfanget af forbrug af vikarer og afløsere, samt det relative forhold mellem disse. Afløsere benyttes hovedsageligt i hverdagene og i dagvagterne, mens vikarer i højere grad benyttes om aftenen og natten.

DATAGRUNDLAG OG AFGRÆNSNINGER

Data kommer fra hhv. det centrale økonomisystem, hvor løndata for interne afløsere og fastansatte stammer fra. Data vedr. eksterne vikarer er frembragt fra SOS-vikarers portal, hvor der kan trækkes statistik på brugen af vikarer. Idet der i kommunen også benyttes andre vikarbureauer er tallene opregnet med regnskabsdata. Der er i opregningen taget højde for evt. forskelle på tværs af områder i brugen af SOS-vikarer ift. andre vikarbureauer. Således er alle forbrugstal præsenteret i analysen regnskabstal.

I de præsenterede tal indgår udelukkende følgende stillingskategorier: Uuddannet personale, hjemmehjælpere, plejehjemsassistenter, pædagoger, social- og sundhedshjælpere og -assistenter, samt sygeplejersker. Tallene præsenteret i dette afsnit dækker dermed alene over udgifter til plejepersonale, hvor kortlægningen dækker over de totale udgifter samt refusioner mm. Derfor vil tallene præsenteret i denne rapport i nogen grad afvige fra den gennemførte kortlægning.

Udover data vedr. løn og timeforbrug omfatter det etablerede datagrundlag ligeledes data om de faste medarbejderes sygefravær, kompetenceudvikling i 2017 samt den forventede kompetenceudvikling i 2018.

Det samlede datagrundlag er i videst muligt omfang fordelt på 1) enheder, 2) måneder, 3) stillingskategorier og 4) tidspunkt for vagten. Det muliggør en række analyser, der sammenstiller flere datapunkter i samme niveau, herunder detaljerede beregninger, der tager højde for eksempelvis variationer i personalebehov, bindinger på forbruget mm.

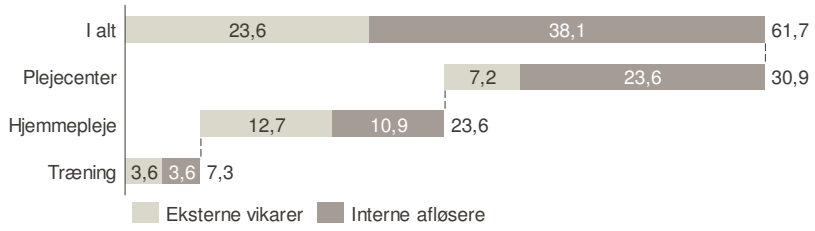
Idet fremstillingerne og data generelt bygger på løndata følger opgørelse på tidspunkter tidspunkterne for arbejdstidsbestemte tillæg. Det betyder at omfanget af arbejdstimer i aften- og nattetimerne, er bestemt ud fra udbetalte aften- og nattetillæg. Det betyder, at aftentimer er timer mellem 17.00 og 23.00, mens nattetimer er mellem 23.00 og 6.00.

OVERBLIK OVER VIKARFORBRUG

I 2017 er der samlet set brugt godt 60 mio. kr. på interne afløsere og eksterne vikarer. Knap 40 % af udgifterne, svarende til 24 mio. kr., er til eksterne vikarer. Plejecentrene står for omkring 50 % af det samlede forbrug til afløsere og vikarer på tværs af centret, mens hjemmeplejen står for omkring 38 % og træningscentrene står for omkring 12 %.

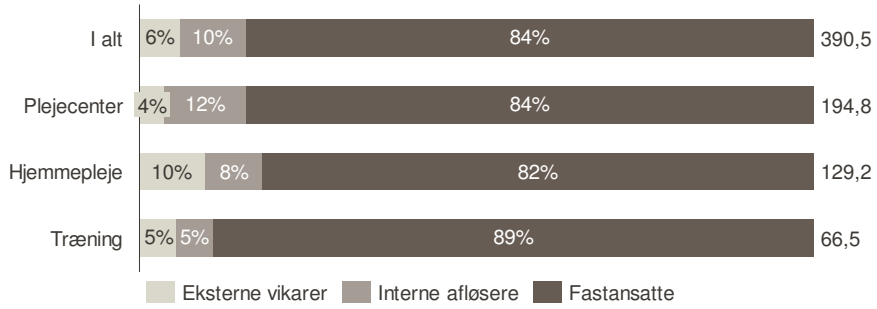
Plejecentrene har den mindste andel af udgifter til eksterne vikarer. I hjemmeplejen og på træningsområdet benyttes eksterne vikarer og interne afløsere i omtrent lige stort relativt omfang.

Figur 7: Samlet vikarforbrug efter område (mio. kr.)



Betragtes udgifterne til eksterne vikarer og interne afløsere relativt til de samlede lønudgifter bruger plejecentrene 16 % af de totale lønudgifter til vikarer og afløsere. Det tilsvarende til for hhv. hjemmeplejen og træning er 18 og 10 %

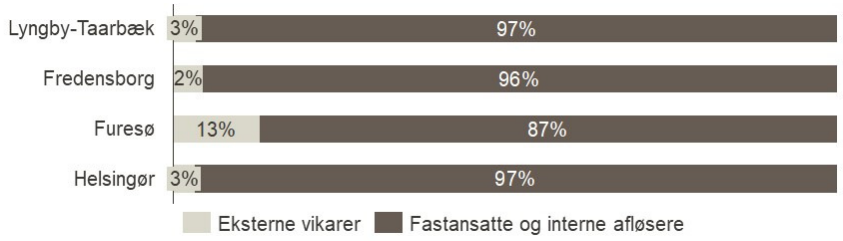
Figur 8: Fordeling af lønudgifter (mio. kr.)



Samlet set fremstår træning som værende det område med de laveste udgifter til vikarer og afløsere. Mens hjemmeplejen bruger en høj andel af udgifter til eksterne vikarer, bruger plejecentrene en højere andel af deres udgifter til interne afløsere.

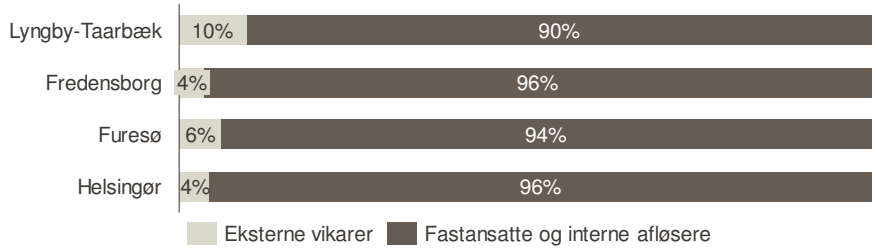
Der er en naturlig grad af sammenhæng mellem udgifterne og de leverede timer. Dermed er fordelingen af antal timer efter vikarer, afløsere og fastansatte meget lig figur 2. De eksterne vikarer udgør dog en mindre andel af timerne end de gør af udgifter, idet timelønnen for disse er betragteligt højere end for interne afløsere og fastansatte.

Figur 9: Fordeling af lønudgifter i sammenligningskommuner - Plejecentre



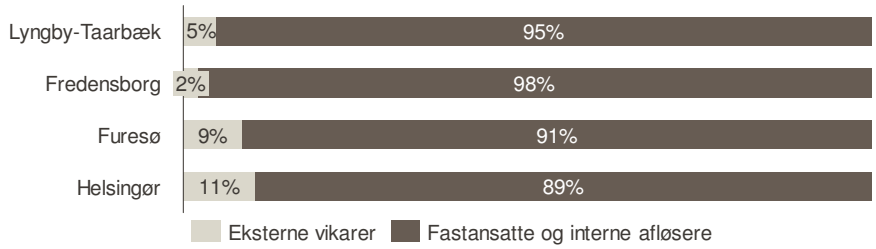
Figur 9 viser, hvordan fordelingen af lønudgifterne er i Lyngby-Taarbæk og sammenligningskommunerne på plejecentrene. Lyngby-Taarbæk kommune har sammen med Helsingør den laveste andel af udgifter til eksterne vikarer.

Figur 10: Fordeling af lønudgifter i sammenligningskommuner - Hjemmepleje



Figur 10 viser sammensætningen af lønudgifter for hjemmeplejen. Lyngby-Taarbæk har den højeste andel af lønudgifter til eksterne vikarer i sammenligningsgruppen. De øvrige kommuner ligger på nogenlunde samme niveau

Figur 11: Fordeling af lønudgifter i sammenligningskommuner – midlertidige pladser



På træningsområdet viser der sig et andet billede. Her har Lyngby-Taarbæk de næstlaveste udgifter til eksterne vikarer i sammenligningsgruppen.

Samlet set, når man sammenligner vikarforbrug på tværs af kommuner, er det vigtigt at være opmærksom på de store mulige drivere. I den forbindelse skal det bemærkes at der ikke er betydelige forskelle i sygefraværet på tværs af sammenligningskommunerne (dog har data for Helsingør ikke været tilgængeligt), mens der til gengæld er forskelle i weekendrullet, jf. figuren neden for:

Tabel 37: Weekendrul i sammenligningskommuner

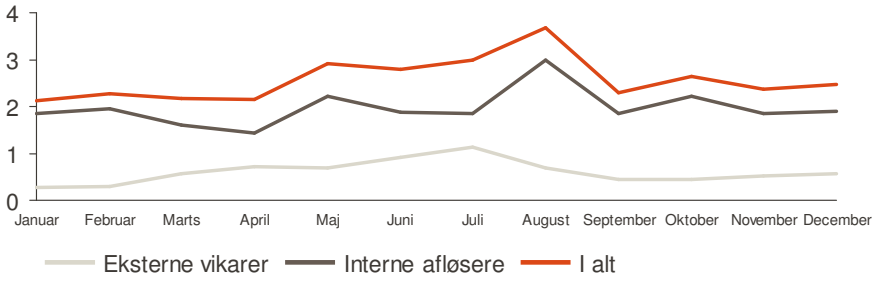
	LTK	Helsingør	Furesø	Fredensborg
Weekendrul	Hver 3. weekend	Hver 2. eller 3. weekend	Hver 2. eller 3. weekend	Primært hver 2. weekend

Dette kan, som beskrevet i afsnit 4.1 neden for, drive store dele af vikarforbruget.

VIKARFORBRUG OVER TID

Figur 12, Figur 13 og Figur 14 viser udviklingen i vikarudgifter over 2017 for hhv. plejecentre, hjemmepleje og træning fordelt efter eksterne vikarer og interne afløsere.

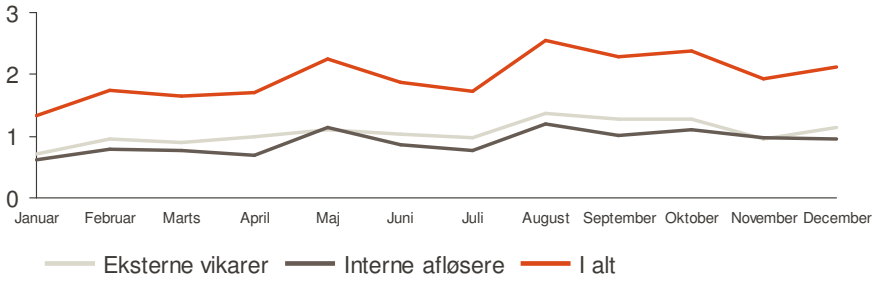
Figur 12: Udvikling i udgifter over tid (mio. kr.) - Plejecentre



På plejecentrene har der fra maj til og med august været et højere forbrug af vikarer sammenlignet med årets resterende måneder. Det har været drevet af både vikarer og afløsere. Dog varierer omfanget af interne afløsere mest. Forbruget for eksterne vikarer lader til primært af ligge i foråret og omkring sommerferien.

Herudover er der ingen tydelig trend i udviklingen af vikarudgifterne.

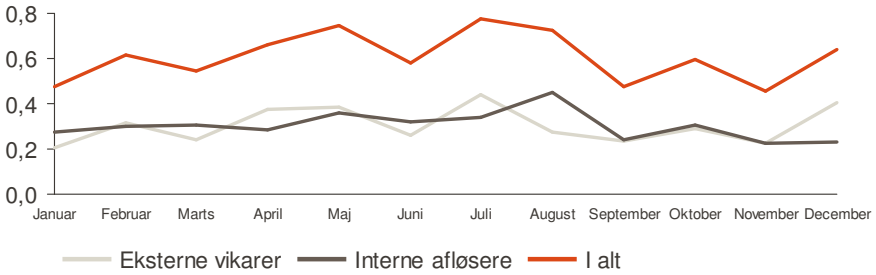
Figur 13: Udvikling i udgifter over tid (mio. kr.) - Hjemmepleje



I hjemmeplejen har der de første ni måneder været en jævn stigning i vikarudgifter, hvorefter der ikke har været nogen betydelige ændringer i vikarforbruget. Stigningen kommer både fra afløsere og vikarer. Udviklingen for vikarer har været mere jævn end for afløsere. Variationerne fra måned til måned lader dermed til at blive dækket af afløsere fremfor vikarer.

Særligt sker der en stigning i maj, hvilket kan skyldes de mange helligdage. Ligeledes er der en stor stigning i august måned.

Figur 14: Udvikling i udgifter over tid (mio. kr.) - Træning



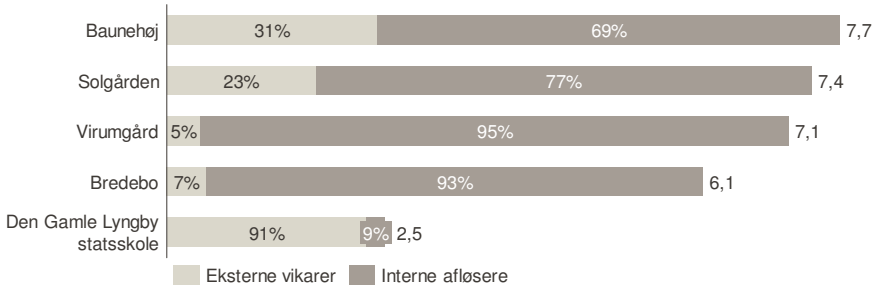
På træningscentrene er der ej heller en tydelig trend over året. Der er dog, sammenlignet med hjemmeplejen og plejecentrene, generelt større udsving fra måned til måned. Der sker dog et dyk i forbruget af afløsere og vikarer i efteråret.

FORBRUG FORDELT EFTER STEDER

De tre figurer i dette afsnit viser fordelingen mellem de enkelte enheder indenfor hhv. plejecentre, hjemmepleje og træning.

Generelt set er der på tværs af enhederne en betragtelig variation i omfanget af vikarudgifter. Ligeledes varierer forholdet mellem interne afløsere og eksterne vikarer på tværs af organisatoriske enheder. Det kan til dels skyldes, at områderne er af forskellig størrelse, men også at sygefravær mm. varierer på tværs af områder.

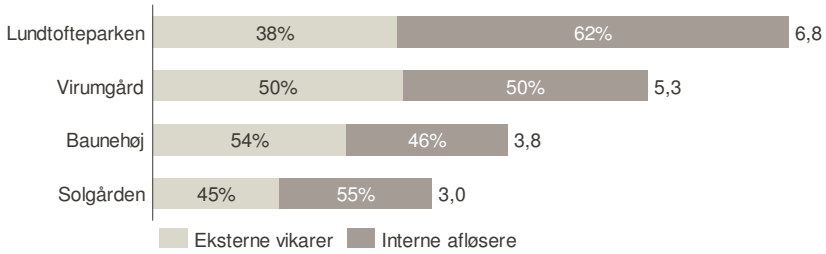
Figur 15: Forbrug fordelt efter enheder (mio. kr.) - Plejecentre



De fire "ældre" plejecentre har udgifter til vikarer og afløsere der svinger fra 6,1 til 7,7 millioner. Størstedelen af deres udgifter er til interne afløsere. Baunehøj og Solgården har dog betragteligt større andele af det samlede forbrug af eksterne vikarer.

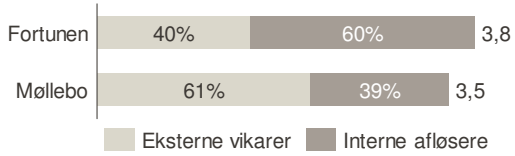
Den Gamle Lyngby Statsskole bruger hovedsageligt eksterne vikarer. Det kan skyldes, at de stadig er i proces med at opbygge et internt afløserkorps.

Figur 16: Forbrug fordelt efter enheder (mio. kr.) - Hjemmeplejen



For så vidt angår hjemmeplejen er Lundtofteparken og Virumgård de to store forbrugere af afløsere og vikarer. Lundtofteparkens forbrug er primært interne afløsere, mens Virumgård bruger lige mange ressourcer på interne afløsere og eksterne vikarer. På Baunehøj og Solgården er der en nogenlunde jævn fordeling mellem interne afløse og eksterne vikarer, dog med en tendens til overvægt af eksterne vikarer på Baunehøj, og omvendt på Solgården. Solgården bruger samlet set færrest ressourcer på afløsere og vikarer i hjemmeplejen.

Figur 17: Forbrug fordelt efter enheder (mio. kr.) - Træning

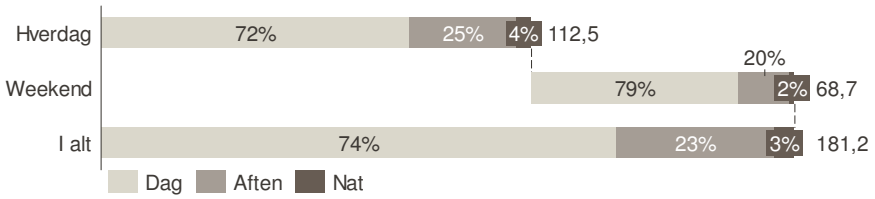


Fortunen og Møllebo bruger omtrent lige meget på afløsere og vikarer, dog med en tendens til at Møllebo bruger en større andel eksterne vikarer

FORDELING AF TIMER EFTER TIDSPUNKT

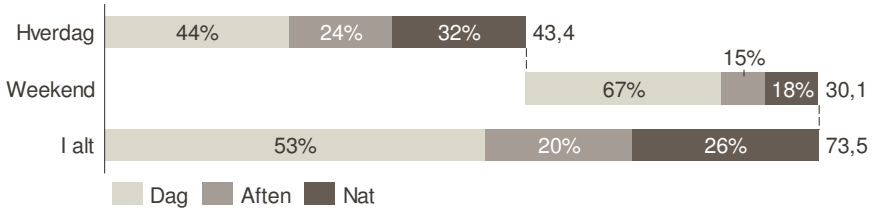
På tværs af plejecentre, hjemmepleje og træning er der en systematisk forskel på hvilke tidspunkter man indkalder hhv. afløsere og vikarer.

Figur 18: Forbrug af interne afløsere efter vagttidspunkt (1.000 timer)



Interne afløsere benyttes i langt overvejende grad i dagtimerne og meget lidt om natten, uanset om det er hverdage eller weekend. Omtrent 60 % af de interne afløsere er på vagt i hverdagene, mens knap 40 % af timerne, der leveres af interne afløsere er i weekenderne.

Figur 19: Forbrug af eksterne vikarer efter vagttidspunkt (1.000 timer)

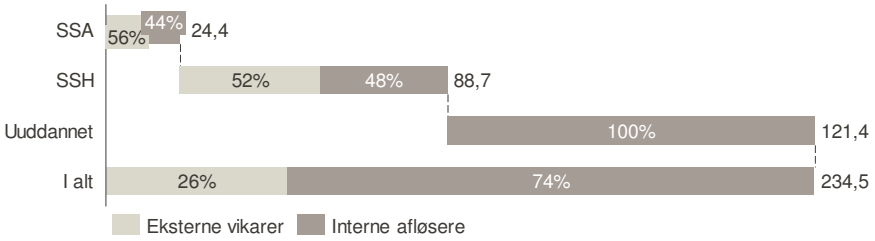


De eksterne vikarer bruges ligeledes overvejende i dagtimer, dog ca. 20 %-point mindre end de interne afløsere. 20 % af de knap 73.500 timer ligger om aftenen og 26 % om natten. I hverdagen er det relativt mere udbredt at benytte eksterne vikarer om aftenen og natten.

FORBRUG EFTER STILLINGSKATEGORI

Figur 20 viser fordelingen mellem forbruget af eksterne vikarer og interne afløsere for social- og sundhedsassistenter (SSA), social- og sundhedshjælpere (SSH) og uuddannede.

Figur 20: Antal timer efter medarbejdertype og stillingskategori (1.000 timer)

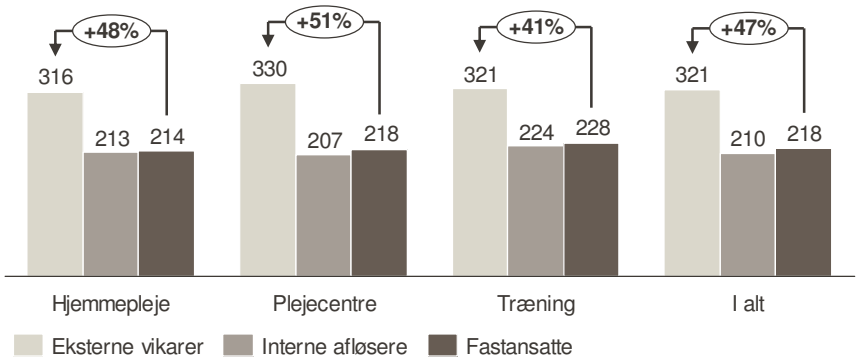


Størstedelen af forbruget af SSA'er og SSH'er er eksterne vikarer, dog er forskellen ikke særlig betydelig. Godt 50 % af alle timer leveres af uuddannede interne afløsere. Det svarer til at omtrent 70 % af de leverede timer fra interne afløsere er uuddannede. De eksterne vikarkorps har ikke uuddannede ansat.

REALISEREDE TIMEPRISER

Figur 21 viser, hvordan timepriserne på tværs af områder varierer fordelt på eksterne vikarer, interne afløsere og fastansatte.

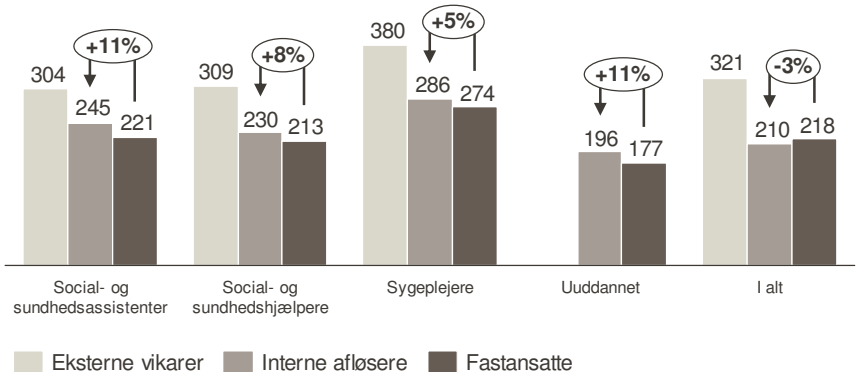
Figur 21: Realiserede timepriser efter område og medarbejdertype



Ikke overraskende er de eksterne vikarer betragteligt dyrere i lønudgifter pr. time ift. fastansatte og interne afløsere. Forskellen er mellem 40 og 50 %

Interne afløsere og fastansatte ligger nogenlunde ens i de realiserede timepriser. Det skyldes dog en sammensætningseffekt i og med, at de interne afløsere har et gennemsnitligt lavere uddannelsesniveau sammenlignet med det faste personale, og derfor, alt andet lige, får lavere løn.

Figur 22: Realiserede timepriser efter stillingskategori og medarbejdertype



I figuren ovenfor ses det at timepriserne samlet set er 3 % lavere for interne afløsere ift. fastansatte. Forskellen drives dog af, at omfanget af interne uuddannede afløsere er meget høj, hvilket trækker den samlede timepris ned. Sammenlignes i stedet inden for de enkelte stillingskategorier er timepriserne mellem 5 og 11 % højere for interne afløsere sammenlignet med fastansatte.

I figuren ses ligeledes, at timepriserne for eksterne vikarer er nogenlunde ens uagtet om det er assistenter eller hjælpere, hvilket kan forklares ved en sammensætningseffekt ift., hvornår timerne bliver leveret, idet aften- og nattetimer er dyrere end dagtimer.

3.3 Drivere af vikarforbrug

I dagligdagen benyttes vikarer af forskellige årsager, som beskrives kort nedenfor. Det er ikke muligt inden for rammerne af denne analyse at belyse hvilke af de beskrevne faktorer, der er de største drivere af vikarforbrug, og hvilket omfang de driver brug af vikarer.

Der er på tværs af plejecentre, hjemmepleje og træning identificeret en række årsager til brug af interne og eksterne vikarer. De er uddybet herunder med yderligere forklaringer i det omfang, der er forskelle på tværs af de tre områder.

VAKANCE, FERIE OG SYGDOM

Vakancer i plejepersonalets stillinger betyder, at der opstår et behov for indkaldelse af vikarer og afløsere. CSO har en personaleomsætning på ca. 20 %, og oplever generelt rekrutteringsudfordringer, der bl.a. skyldes en lav strukturel arbejdsløshed for plejepersonale. Hvis en fuldtidsstilling står tom i én måned betyder det, at man har behov for at indkalde vikarer eller afløsere for omkring 120 timer, under forudsætning af en effektiv arbejdstid 1.470 timer årligt og at alle timerne skal dækkes.

Der er typisk seks ugers **ferie** årligt for plejepersonalet. Hertil kommer, at der også er FO-dage, seniordage, omsorgsdage mm., som personalet kan benytte af sig af i forskelligt omfang og under forskellige rammer. Tilsammen betyder det, at personalet har betalte fridage i omtrent syv uger pr. år, afhængigt af særaftaler, som den enkelte medarbejder har indgået samt omfanget af eksempelvis barns første sygedag.

Kortvarig **sygdom**, udover første sygedag, forsøges i videst muligt omfang dækket af interne afløsere. Det er dog generelt set vanskeligt at indkalde afløsere med den korte frist. Forventes der sygdom flere dage frem er det i større omfang muligt at dække med interne afløsere. Det betyder ligeledes, at hvis man forventer en raskmelding, der ikke modtages, bliver eksterne vikarer i højere grad benyttet.

Neden for ses sygefraværsprocenten for LTK, Fredensborg og Furesø, fordelt på hjemmeplejen, plejecentrene og træningsområdet/midlertidige pladser.

Figur 23: Sygefraværsprocent fordelt efter områder, benchmarket 2017

Sygefravær, i %	Hjemmeplejen	Plejecentrene	Træning/midlertidige pladser
LTK	6,8	6,9	5,3
Fredensborg	6,4	6,6	3,9
Furesø	5,5	8,45	6,8

Der er ikke på baggrund af denne sammenligningsdata belæg for at hævde at sygefraværet skulle udgøre en væsentlig årsag til forskelle i vikarforbruget.

PLEJETYNGDE OG KLIPPEKORTSORDNINGEN (HJEMMEPLEJEN):

Plejetyngden hos borgerne i hjemmeplejen er varierende, hvor det i enkelte uger svinger, så behovet for personale varierer med 2-3 medarbejdere inden for hvert område i en given uge, svarende til omkring 10 %.

Herudover er det en relevant driver, at klippekortsordningen betyder at der med kort varsel kan opstå et behov for at levere ekstra ydelser og aktiviteter.

KOMPETENCEUDVIKLING

I hele LTK er der fuldt frikøb af personale til kompetenceudvikling. Der regnes i 2017 med en timetakst på 173 kr. for hver time en medarbejder er på kompetenceudvikling. Såfremt det varer en hel dag afregnes med 1.280 kr.

Generelt opleves det at kompetenceudviklingen i hjemmeplejen typisk falder sammen for store medarbejdergrupper, hvilket vanskeliggør planlægning rundt om kompetenceudviklingen

I 2017 har der været kompetenceudvikling af medarbejdere på tværs af områder for tilsammen knap 1.000 dage og dermed knap 23.000 timer. Til sammenligning er der benyttet interne afløsere og vikarer for godt 250.000 timer i hele året. Dermed udgør kompetenceudvikling mindre end 10 % af det samlede vikarforbrug.

I 2018 forventes omfanget af kompetenceudvikling at være knap 29.000 timer fordelt på SSA, SSH, sygeplejersker og terapeuter. Det er særligt FSIII undervisning (12.225 timer) og personcentreret omsorg (4.500-5.000 timer), der driver omfanget af kompetenceudvikling.

Stigningen i kompetenceudvikling vil betyde en merudgift på 1,3 mio. kr., under forudsætning af at alle timerne dækkes af interne afløsere. Under samme forudsætning vil kompetenceudviklingen i 2018 drive godt 6 mio. kr. i udgifter til interne afløsere. I 2017 er det tilsvarende tal 4,7 mio. kr. I det omfang en del af fraværet af fastpersonale erstattes med eksterne vikarer vil udgifterne blive højere.

4. Potentielle forbedringsområder

I dette afsnit beskrives og præsenteres beregninger og beskrivelser af en række potentielle forbedringsområder, ift. at sænke vikarforbruget. De fire potentielle forbedringsområder er:

- Ændring af weekendrul
- Ændring af grundnormering (Baunehøj og Møllebo)
- Flyvere (plejecentre og træning)
- Bedre deling af interne afløserkorps

Der er alene blevet beregnet økonomiske konsekvenser ved ændringer i weekendrul og grundnormering.

4.1 Ændring af weekendrul

Dette scenarie præsenterer konsekvenser ved en ændring af weekendrul til hver anden weekend for dagvagterne. Ændringen påvirker ikke aften- og nattevagterne. Scenariet er afgrænset til SSA'er og SSH'er samt uuddannet personale.

Der er i dagvagter generelt weekendrul hver tredje weekend, dog med weekendrul hver fjerde uge på Fortunen. Aften- og nattevagter ruller hver anden weekend.

Det nuværende weekendrul betyder, at man i dagvagt i en periode på tre uger arbejder 2 dage i weekenden og 13 dage i hverdagene, svarende til at ca. 15 % af medarbejdernes arbejdstid ligger i weekenden. Det betyder i praksis at man ved weekendrul hver 3. uge er nødsaget til at planlægge med faste afløsere i weekenden i betydeligt højere grad end ved weekendrul hver anden uge.

For aften- og nattevagter er 25 % af arbejdstiden i weekenden.

Den eksterne vikardækning er højere i weekenden end i hverdagene. I alt er der i 2017 dækket godt 20.000 timer i dagvagter i weekenden i mod godt 19.000 timer i hverdagene. Økonomisk set betyder det, at der bruges omtrent 50 % flere ressourcer på at dække vagter i weekenderne sammenlignet med hverdagene, idet timepriserne er højere i weekenden.

Weekendrullet er derfor en afgørende binding på, hvor meget af vikarforbruget i weekenderne, det er muligt at dække med fastansat personale.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER VED FORSLAGET [5]

Samlet set vil forslaget betyde, at man kan have merudgifter for 1 mio. kr. årligt, hvis man vælger at øge de fastansattes timer i weekenden med 50 %. Det dækker over, at man nedbringer forbruget af eksterne vikarer med 5,5 mio. kr. årligt og interne afløsere med 6,85 mio. kr., idet forslaget betyder, at man ikke har behov for vikarer og afløsere i samme omfang som ved weekendrul hver tredje uge. Hertil kommer en udgift på 13,35 mio. kr. til mere fastpersonale.

Det svarer til at forbruget af eksterne vikarer og interne afløsere reduceres med hhv. 16.000 og 25.000 timer. Tilsvarende øges antallet af timer, der leveres af fast personale i dagvagten i weekenden med 41.000 timer. Det svarer til knap 30 årsværk, eller knap 60 % af forbruget af vikarer og afløsere i dagvagt i weekenden kan fjernes.

Den samlede merudgifter dækker samtidigt over forskellige effekter på de forskellige områder. Økonomien i ændring i weekendrul for de forskellige områder er:

- Hjemmeplejen: Ca. 100.000 kroners nettobesparelse
- Plejecentrene: Ca. 900.000 kroners nettoudgift
- Træningsenheden: Ca. 200.000 kroners nettoudgift

Forklaringen på den differentierede effekt skal findes i, at der ikke er en økonomisk nettogevinst ved erstatte interne afløsere med fast personale da den effektive timepris for interne vikarer er lavere end det faste personale (eftersom de generelt har et lavere uddannelsesniveau). På plejecentrene og træningsenheden er der ikke nok tilstrækkeligt vikarforbrug i weekenden til at det økonomisk kan betale sig at rulle hver anden uge, under regnemodellens antagelser. Her er det dog vigtigt at være opmærksom på at der også kan være afledte økonomiske effekter der ikke er inkluderet i modellen som følge af at fastansatte er bedre uddannede, kender stedet bedre og derfor kan løse opgaver mere effektivt, m.m.

I beregningerne er der taget højde for:

- At ændringen i weekendrul kun sker i det omfang, der er nødvendigt for at dække det eksisterende behov.
- Der er forskel i timepriser mellem personalegrupper og der afregnes forskellige priser for eks. uuddannede afløsere ift. SSA'er, der er vikarer.

[5] En beskrivelse af de beregningstekniske forudsætninger kan findes i bilag 4.

- Sammensætningen af personalegrupper for hhv. fastpersonale, eksterne vikarer og interne afløsere er forskelligt.

GEVINSTER FOR MEDARBEJDERE OG BORGERE

Forslaget vil betyde, at der, alt andet lige, er mere fast personale på arbejde weekenderne ift. interne afløsere og eksterne vikarer. Dermed vil den enkelte medarbejder også i højere grad opleve at være på arbejde med kollegaer, der har en faglighed, kender borgere og huset mm. Det kan give en større arbejdsglæde og flere muligheder for at vidensdele om metoder mm., hvilket tilsammen kan betyde at eksempelvis sygefravær bliver mindre og arbejdsglæde bliver højere.

Ligeledes vil mere fast personale i weekenderne betyde, at borgerne i højere grad møder fast personale og ikke afløsere og vikarer. Det faste personale borgerne møder vil i højere grad også være gengangere. Det vil for borgerne kunne opleves som en større niveau er service og kvalitet i leveringen af ydelserne. Den større kontinuitet betyder ligeledes, at viden om borgerne bedre kan deles blandt personalet. Leveringen af ydelser bliver derfor forventeligt på et højere niveau.

Tabellen herunder er et forsøg på at illustrere, at når man ruller hver tredje weekend vil der være et større behov for at planlægge med afløsere i weekenden.

Tabel 38: Planlægning med afløsere i weekenden, weekendrul hver 3. uge

Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø	Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø	Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø
F1	F1	F2	F1	F1	A	A	F1	F1	F1	F1	F1	F2	A	A	F1	F1	F1	F1	F1	F1

Tabel 39: Planlægning med afløsere i weekenden, weekendrul hver 2. uge

Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø	Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø	Ma	Ti	On	To	Fr	Lø	Sø
F1	F1	F1	F1	F1	F2	F2	F2	F2	F2	F1	F1	A	A	F1	F1	F1	F2	F2	F2	F2

Set over en seks-ugers periode – og ikke tre-ugers periode som illustreret – vil konsekvensen være at de faste medarbejdere arbejder 50 % mere i weekenden ved et rul på hver 2. uge ift. et rul på hver 3. uge. Det forklarer hvorfor vikarforbruget i weekenden kan mindskes meget betydeligt ved at ændre på weekendrullet.

Der er samtidig noget der tyder på, at weekendrullet kan have betydning for antallet af medarbejdere som er 'inde over' hver borger i hverdagene, da det bliver betydeligt mere kompliceret at dække en rute ind med to medarbejdere end ved weekendrul på hver anden uge (da der her blot er to medarbejdere der 'skiftes' til at tage vagterne). Det er imidlertid et kompliceret spørgsmål, i hvor høj grad det kan undgås at skulle bruge afløsere fast (eller anvende mange medarbejdere om den samme borger) ved at gentænke måden der planlægges og anvendes flyvere på samt hvordan lokalt aftalte forhold om vagtplanen spiller ind. Det har været uden for rammerne af denne analyse at analysere dette i bund, men det er Implements umiddelbare vurdering at der udover konsekvenserne for vikarforbruget i weekenden sandsynligvis også vil kunne føre til færre afløsere/færre medarbejdere om den samme borger i hverdagen, med mindre der tænkes i større ændringer af planlægningspraksis.

REALISERINGSFORUDSÆTNINGER OG RISICI

En ændring af weekendrul vil for størstedelen af personale opleves som en samlet forringelse af arbejdsvilkår, selvom der er arbejdstidsbestemte tillæg på 50 % om søndagen og 28 % om lørdagen. Forringelsen af arbejdsvilkårene kan betyde, at det er vanskelige at (i) holde på allerede eksisterende personale og (ii) tiltrække nyt personale, særligt hvis omkringliggende kommuner har bedre arbejdsvilkår. Begge effekter vil have negative konsekvenser for vikarforbruget, idet vakancerne bliver hyppigere og længere. Det kan ligeledes have negative konsekvenser for sygefraværet hos personalet.

I Gladsaxe kommune har man ligeledes weekendrul hver tredje weekend. Det gør sig også gældende for dagvagter i Gentofte, mens aften- og nattevagter har rul hver anden weekend. Billedet i Rudersdal kommune er anderledes, idet nogle i dagvagten har rul hver anden weekend og andre har hver tredje weekend. For så vidt angår aften- og nattevagter i Rudersdal er der primært rul hver anden weekend.

En forudsætning for bæredygtigheden af forslaget er derfor, at det lykkedes at fastholde det eksisterende personale og man stadig er i stand til at tiltrække nyt fast personale, der på tværs af områder skal levere i alt knap 41.000 flere timer i dagvagten i weekenderne. 41.000 timer svarer til knap 30 årsværk.

4.2 Ændring af grundnormering (Baunehøj og Møllebo)

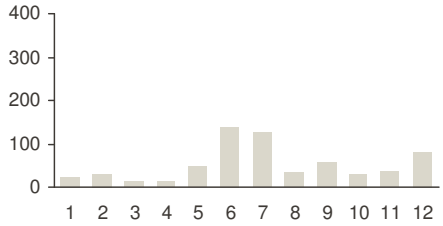
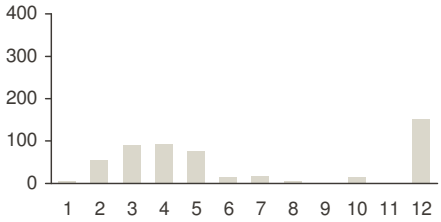
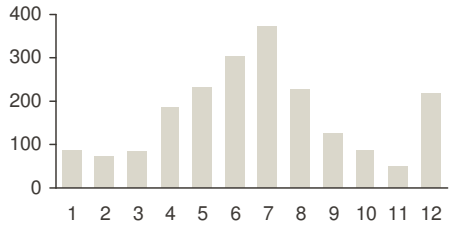
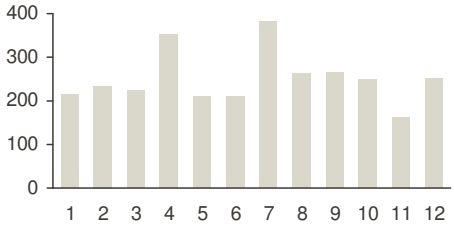
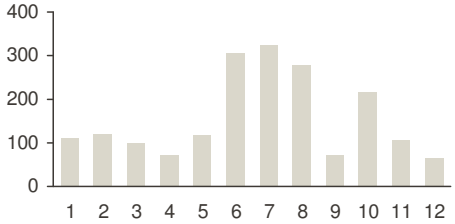
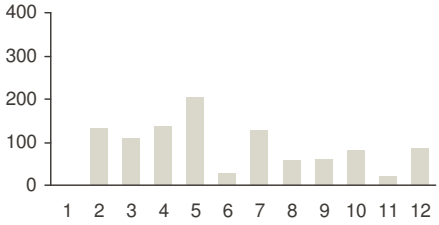
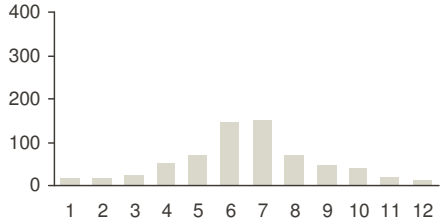
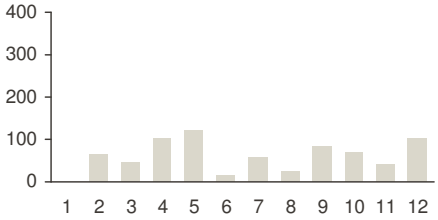
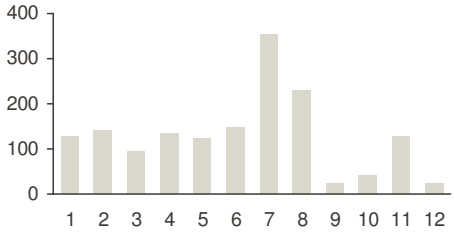
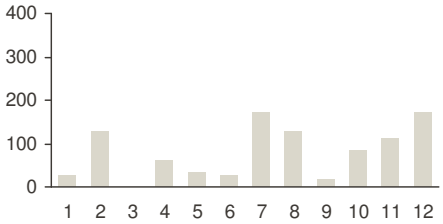
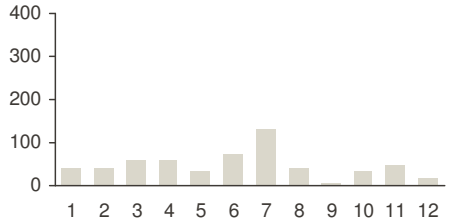
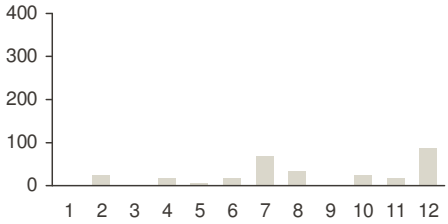
Som led i analysen, er det lavet særlige dybdeanalyser af potentialet for at øge grundnormeringen på plejecentret Baunehøj og på Møllebo.

Dette scenarie præsenterer både de økonomiske og kvalitetsmæssige konsekvenserne af en ændret grundnormering på plejecenter Baunehøj og træningscenter Møllebo for hhv. dag-, aften- og nattevagt. Scenariet er afgrænset til SSA'er og SSH'er samt uuddannet personale.

Generelt er der *ikke* direkte økonomiske gevinster ved at erstatte interne afløsere med fastpersonale, idet den effektive timepris for fastansatte er højere end for interne afløsere. Derfor bygger scenariet alene på, at det eksterne vikarforbrug kan erstattes af fastpersonale.

For så vidt angår forbruget af eksterne vikarer på hhv. Baunehøj og Møllebo fordelt efter tidspunkter fremgår udviklingen over 2017 i nedenstående figurer i Tabel 40. Fordelingen af forbruget over tidspunkter og måneder er en stærk binding på mulighederne for at reducere vikarforbruget gennem en opnormering. Eksempelvis er der på Møllebo i dagvagt flere måneder uden vikarforbrug eller blot med meget lille forbrug. I det tilfælde, hvor man øger grundnormeringen vil det være en direkte udgift at have mere personale ansat end nødvendigt ift. behovet, idet der ikke er noget vikarforbrug at erstatte.

Tabel 40: Fordeling af eksternt vikarforbrug i timer efter tidspunkt, enhed og måned. x-aksen er måneder (1=januar, 2=februar, osv.) og y-aksen er antal timer for eksternt vikarforbrug.

Tidspunkt	Baunehøj	Møllebo
Hverdag dag		
Weekend dag		
Hverdag aften		
Weekend aften		
Hverdag nat		
Weekend nat		

ØKONOMISKE KONSEKVENSER VED FORSLAGET [6]

Der er under de anvendte beregningsforudsætninger fundet, at det vil være udgiftsneutralt at ansætte:

- En medarbejder på Baunehøj på deltid i dagvagt (Knap ti timer ugentligt)
- En medarbejder på Baunehøj på deltid i aftenvagt (Knap 30 timer ugentligt)
- En medarbejder på Møllebo på deltid i aftenvagt (Knap ti timer ugentligt)

I det omfang det ikke er muligt at ansætte personale ti timer ugentligt vil en halvtidsstilling betyde, at de samlede nettoomkostninger vil 50.000 kr. årligt og 25.000 kr. årligt på hhv. Baunehøj og Møllebo. Det vil samtidig være en overnormering svarende til 12 timer ugentligt.

Der er i beregninger af ovenstående taget højde for:

- At behovet for interne afløsere og eksterne vikarer varierer over 1) ugen og 2) måneder. Det betyder, at der tages højde for, at vikarforbrug, der "klumper" sig på samme tidspunkter ikke kan mindskes i nogen særlig grad ved en øget normering
- Der er forskel i brugen af afløsere og vikarer på tværs af tidspunkter (dag, aften og nat)
- Fastpersonale afholder ferie, er syge, er på kompetenceudvikling mm., som betyder, at deres effektive arbejdstider bliver mindre end vikarer og afløsere
- Forskelle i timepriser på tværs af fastpersonale, interne afløsere og eksterne vikarer.
- At timerne for en fastansat med det nuværende weekendrul fordeler sig 85 % i hverdagen og 15 % i weekenden og en opnormering vil være på samme måde.
- At øget normering vil betyde, at der leveres timer hele året og ikke kun i de måneder, hvor der er forbrug af vikarer og afløsere. I måneder med overnormering vil en fastansættelse, derfor være en samlet udgift.

GEVINSTER FOR MEDARBEJDERE OG BORGERE

Foruden de direkte økonomiske gevinster beskrevet ovenfor er der en række kvalitative gevinster, der vil højne det generelle serviceniveau for borgerne. Disse gevinster vil alle have en afsmittende positiv effekt på den samlede økonomi, dog er omfanget inden for rammerne af denne analyse ikke muligt at belyse. De kvalitative gevinster er bl.a.:

- Den enkelte medarbejder vil i højere grad opleve at være på arbejde med kollegaer, der har en faglighed, kender borgere og huset mm. Det kan give en større arbejdsglæde og flere muligheder for at videndele om metoder mm., hvilket tilsammen kan betyde at eksempelvis sygefravær bliver mindre og arbejdsglæde bliver højere
- Borgerne i højere grad møder fast personale og ikke afløsere og vikarer. Det vil for borgerne kunne opleves som en større niveau er service og kvalitet i leveringen af ydelserne. Den større kontinuitet betyder ligeledes, at viden om borgerne bedre kan deles blandt personalet. Leveringen af ydelser bliver derfor på et højere niveau
- Fleksibiliteten i vagtplanlægning øges ved en øget normering, idet der er flere fastansatte, der kan fordeles på tværs af vagter

[6] En beskrivelse af de beregningstekniske forudsætninger kan findes i bilag 4.

REALISERINGSFORUDSÆTNING OG RISICI

Der er en række forudsætninger for at en ændring i grundnormering for Baunehøj og Møllebo er bæredygtig og kan lade sig gøre i praksis, herunder:

- Muligheden for at rekruttere det nødvendige personale, som er udfordret af den lave strukturelle ledighed på området
- At der etableres en forståelse blandt ledelsen og medarbejderne om at man med en højere normering dækker mere ind for hinanden, og planlægger opgaveløsningen proaktivt ved overnormering
- at medarbejderne anvendes fleksibelt inden for den givne enhed, fx via en flyverfunktion, som beskrevet nedenfor.

4.3 Flyvere (plejecentre og træning)

Der er grundlæggende to modeller for brugen af flyvere, der begge har det tilfælles, at de indebærer en mere fleksibel brug af fastpersonale på tværs af etager og afdelinger (men ikke matrikler). Modellerne kan kombineres og bliver i dag allerede i et vist omfang benyttet. De to modeller er:

- En eller flere medarbejdere inden for enhederne benyttes som faste flyvere. Det betyder, at de bruger deres arbejdstid på at være tilgængelige der, hvor behovet for yderligere mandskab er.
- Den samlede medarbejderstab skiftes til arbejde på tværs af etager og afdelinger, og dermed effektivt agere flyver. Kadencen vil afhænge af den samlede medarbejderstab. Kadencen kan eksempelvis være én uge om året, én dag om måneden eller lignende.

Den optimale model for hver enkelt enhed vil afhænge bl.a. af sammensætningen af det eksisterende personale, rekrutteringsmuligheder, fysiske rammer mm.

Flyverfunktionen kan som udgangspunkt benyttes på alle tidspunkter af døgnet. Der er dog en sammenhæng mellem det samlede omfang af personale tilstede på en enhed og muligheden for at benytte flyvere.

GEVINSTER

Scenariet giver mulighed for at reducere den del af vikarforbruget, hvor der er forskel mellem enheder på det fremmødte personale i forhold til behovet for personale. Det kan herudover give en bedre udnyttelse af det faste personale, selv når der indkaldes vikarer og afløsere. Personalet benyttes allerede i dag i et vist omfang fleksibelt. Det er ikke beregnet, hvor stort potentialet ved anvendelsen af flyvere er.

En mere fleksibel brug af fast personale øger samarbejdet på tværs af afdelinger og etager. Det kan være med til at give bedre vidensdeling, inspiration og deling af bedste praksis for forskellige opgaver.

REALISERINGSFORUDSÆTNINGER OG RISICI

Realiserbarheden af forslaget hviler på en række centrale forudsætninger, særligt vedr. organisering ift. medarbejderne.

- Medarbejderne bør have et fast tilhørsforhold og være forankret ét sted i organisationen og enheden.

- Flyverne bør ikke udelukkende udføre forefaldende arbejde, men indgå som en integreret del af samarbejdet på etagen og afdelingen. Såfremt det ikke lykkedes vil flyverne være at sidestille med vikarer, hvilket ikke er ønsket for det faste personale.

4.4 Bedre deling af interne afløserkorps

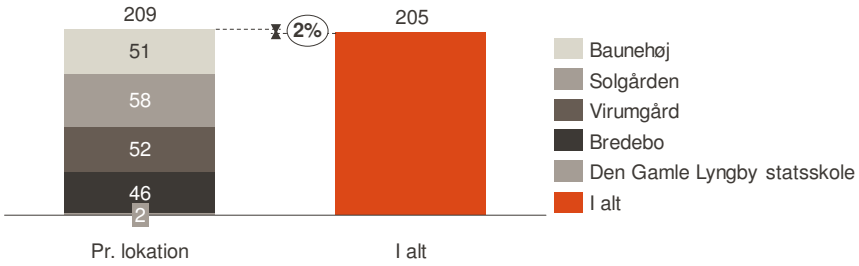
Dette scenarie præsenterer kvalitative potentialer ved en bedre deling af interne afløserkorps inden for hvert område, og hvordan dette kan organiseres i praksis.

En deling af afløserkorps kan i praksis gøres ved at de interne afløsere samles i et korps, som alle enheder har adgang til. For fortsat at fastholde brugen af afløsere bør processen være som i dag. Det vil sige, at fordelere og lokalassistenter ligger vagter op til korpset, som disse herefter kan melde sig på.

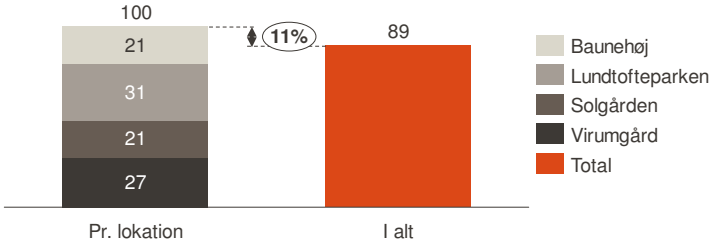
Inden for hvert af områderne er der i dag en meget lav grad af deling af interne afløsere mellem enheder. Den lave grad kan til dels skyldes den nuværende struktur, hvor afløserne ansættes på enhederne. Ved ansættelsen på områdeniveau ville der i højere grad være mulighed for at afløsere kunne tage vagter på tværs af enheder.

Figurerne herunder viser, hvor mange *unikke* afløsere, der i gennemsnit er benyttet på lokationerne inden for de tre områder, samt det totale antal *unikke* afløsere, der er benyttet på området. Forskellen mellem disse tal giver en indikation af det omfang interne afløsere benyttes på tværs af enheder.

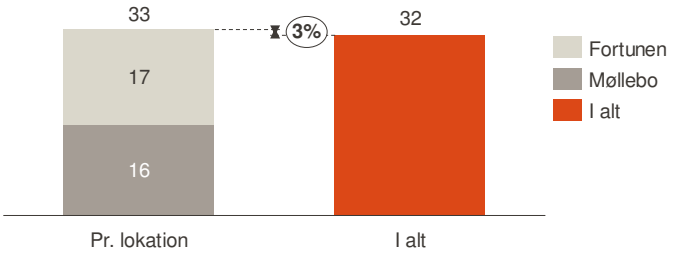
Figur 24: Antal unikke interne afløsere pr. lokation og i alt - Plejecentre



Figur 25: Antal unikke interne afløsere pr. lokation og i alt - Hjemmeplejen



Figur 26: Antal unikke interne afløsere pr. lokation og i alt - Træning



Pr. lokation i hjemmeplejen er der samlet set brugt 100 unikke afløsere. 11 % af disse har taget vagter på mere end én lokation, hvorfor der i alt i hjemmeplejen blot er benyttet 89 unikke afløsere. På plejecentrene er det blot to %, der har taget vagter på flere lokationer, mens på træning har tre % (svarende til én afløser) taget vagter på både Møllebo og Fortunen.

GEVINSTER

I det omfang at det interne afløserkorps i højere grad tager vagter på flere enheder vil behovet for eksterne vikarer alt andet lige falde. Det betyder, at der vil være en økonomisk gevinst ved en bedre deling af afløsere.

Scenariet vil samtidig betyde, at der er en større tilgængelig af interne afløsere, hvilket betyder, at det i sjældnere grad vil opleves, at der mangler afløsere. Hertil kommer ligeledes den kvalitetsmæssige gevinst, der i dag er ved at benytte afløsere fremfor vikarer, som beskrevet tidligere.

REALISERINGSFORUDSÆTNING OG RISICI

Idet de interne afløserkorps dækker mellem godt 30 og 200 afløsere vil overblikket over samtlige ledige vagter og afløsere være vanskeligt i en håndholdt løsning.

En mere aktiv deling af interne vikarer forudsætter ligeledes at der fra hvert enkel enhed kan dannes et overblik over det samlede forbrug af den enkelte vikar, så denne ikke samlet set lægger for mange timer, hvilket udløser en bøde til kommunen.

Ved oprettelsen af fælles korps er der en risiko for, at der opstår konkurrence mellem enhederne i brugen af de interne afløsere, hvilket kan betyde at det eksterne vikarforbrug på enkelte enheder kan stige. Risikoen hviler på en forudsætning om, at afløsere i dag er utilfredse med at være ansat på de nuværende enheder, sådan at de i scenariet vil søge mod at tage vagter på andre enheder.

5. Anbefalinger

Vikarforbruget for en given lokalitet/enhed afhænger af en lang række faktorer, og det kan derfor være vanskeligt at lave præcise anbefalinger møntet mod enhedsniveauet. Det vil forudsætte yderligere viden om en række specifikke lokale forhold (altså inden for enheden), herunder forhold som den detaljerede planlægning, det ledelsesmæssige fokus, kultur, m.m., som det har været uden for rammerne af denne analyse at adressere.

Der er imidlertid en række forhold som gør sig gældende generelt, og nogle generelle værktøjer som kan anvendes ift. at nedbringe vikarforbruget.

Med det afsæt (og forbehold) anbefaler Implement følgende:

Om weekendrul

- At der foretages en politisk drøftelse af strategien vedrørende weekendrul generelt, hvor fordele og potentielle risici afvejes, herunder om man kan have en differentieret model med forskellige weekendrul forskellige steder i organisationen.
- At Fortunen specifikt ændrer weekendrullet til hver 3. weekend mod hver 4. weekend i dag.

Om grundnormering (specifikt på Møllebo og Baunehøj)

- At man på plejecenter Baunehøj øger grundnormeringen med to-tre (fleksible) medarbejdere fordelt på dag- og aftenvagt, med et samtidigt ledelsesmæssigt fokus på at skabe en fælles forståelse for nødvendigheden af en øget grad af at dække ind for hinanden, samt proaktivt at løse opgaver ved overnormering. På Møllebo synes én ekstra medarbejder at være en rimelig opnormering under de samme forudsætninger som på Baunehøj.
- Såfremt denne anbefaling forfølges, kan Baunehøj og Møllebo samtidig være 'test-cases' for hele organisationen for, hvorvidt og hvordan det identificerede potentiale også kan realiseres i praksis mhp. at forstå, hvorvidt en generel udbredelse af en marginal overnormering på hele området ville være hensigtsmæssig. Dette bør samtidigt belyses ved yderligere analyse af de lokale forhold på de øvrige enheder.

Mere fleksibilitet

- At der arbejdes mere systematisk på at anvende interne afløsere på tværs af matrikler under forudsætning af, at det systemteknisk kan understøttes
- At alle enheder anvender flyvere systematisk, både af hensyn til en reduktion af vikarforbruget samt en bedre og mere systematisk videndeling på tværs af etager/afdelinger

Mere synlighed/bedre videndeling

- At medarbejdere involveres i at fastholde forbedringer ved, at de løbende kan følge, hvordan det går med anvendelsen af vikarer og det økonomiske forbrug på eksterne vikarer
- At forbruget af vikarer bliver synliggjort mest muligt for de funktioner, der disponerer over vikarforbruget
- At der i stigende grad anvendes eksisterende data om vikarforbruget ifm. planlægningsarbejdet
- At de personer, som sidder med vagtplanen/kørelisterne har gode muligheder for at videndele på tværs af enheder

Delanalyse 5: De rette kompetencer til de rette opgaver

1. Introduktion

I forbindelse med Ældre- og Sundhedsanalysen, har der været et ønske om at få kigget på om man på ældreområdet – på tværs af områderne – har en hensigtsmæssig fordeling af opgaver på forskellige faggrupper, og om der er den rette kontinuitet i kvaliteten henover døgnet og ugen.

Opdraget til denne delanalyse udspringer af følgende to hypoteser;

- Det er generelt de rette kompetencer, der løser de rette opgaver, og der er den rette kontinuitet i kvalitetsarbejdet - også henover døgnet (fx ift. patientsikkerhed, UTH, hjemlighed m.m.).[7]
- Borgerne oplever kontinuitet i plejen henover døgn (hverdag og weekend, dag og aften) og forløb

Opdraget til analysen er meget bred, og der har derfor været behov for at indsnævre opgaven til nogle mere afgrænsede, konkrete spørgsmål. Her er det i samarbejde med forvaltningen besluttet, at analysen særligt kigger nærmere på;

- Den generelle kompetencesammensætning i Lyngby-Taarbæk Kommune sammenlignet med andre kommuner
- Hvad der definerer de sygeplejefaglige opgaver i Lyngby-Taarbæk Kommune sammenlignet med andre kommuner
- Hvordan normeringen, herunder særligt sygeplejenormeringen, er tilrettelagt over døgnet og ugen
- Borgernes oplevelse af kontinuitet i kvaliteten henover døgnet
- Om der er særlige udfordringer ift. at få maksimal værdi ud at de sygeplejefaglige ressourcer

I modsætning til de fleste andre delanalyser i denne rapport, er der ikke på baggrund af denne delanalyse formuleret anbefalinger, som er direkte handlingsanvisende for ændringer i praksis. Anbefalingerne er derimod møntet på at kvalificere en efterfølgende dialog i organisationen om de sygeplejefaglige ressourcer anvendes optimalt ift. en effektiv ressourceanvendelse og den højest mulige kvalitet i plejen.

2. Metode og proces

Analysens datagrundlag er tilvejebragt gennem en kombination af datatræk og interviews. Den kvantitative data stammer dels fra centrale træk om kompetencesammensætningen i sammenligningskommunerne samt indhentede data om planlagt fremmøde hos de decentrale enheder. Herudover er de substantielle observationer omkring organiseringen af det sygeplejefaglige arbejde fremkommet via fire interviews med sygeplejersker og CSOs praksiskonsulent, i et tæt samarbejde med udviklingsressourcer i CSO.

[7] Den nuværende formulering er en omskrivning af den oprindelige formulering: ”Der er den rette kontinuitet i kvalitetsarbejdet - også henover døgnet (f.eks. ift. patientsikkerhed, UTH, hjemlighed m.m.)”.

Analysen starter med en kort beskrivelse af nu-situationen, hvorefter de identificerede forbedringsområder med de tilhørende anbefalinger beskrives.

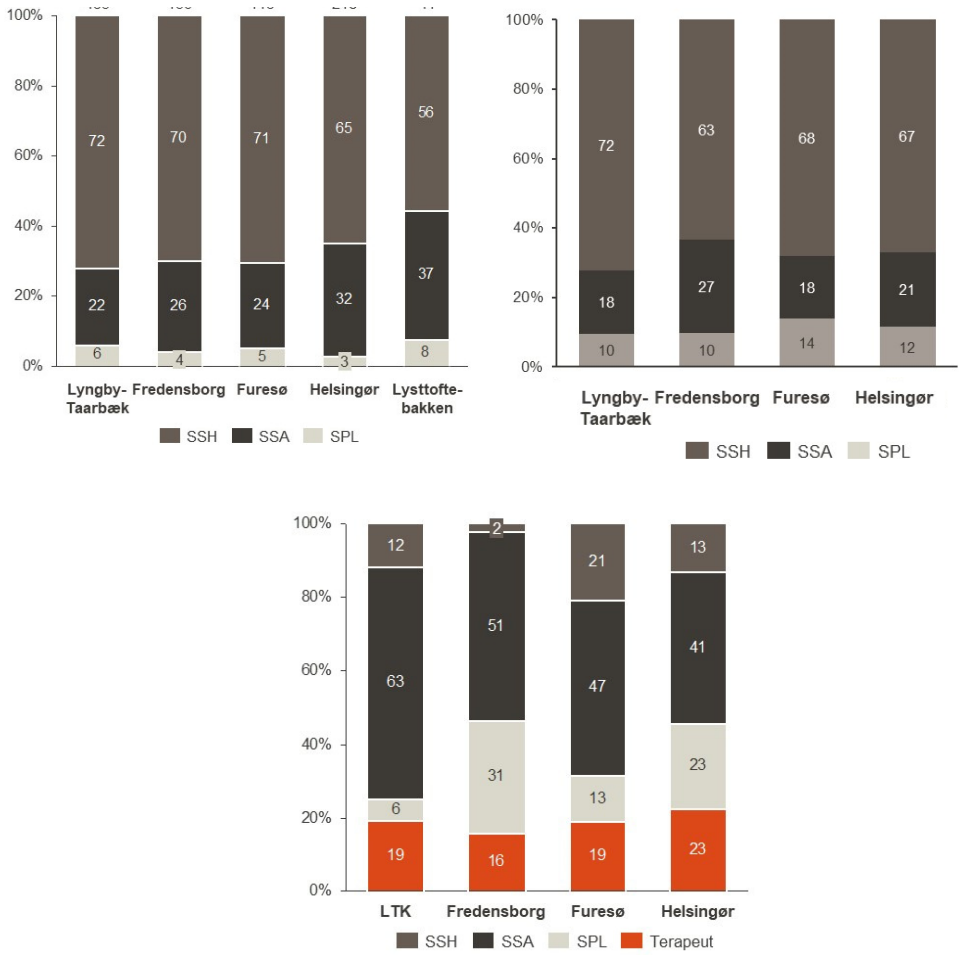
3. Nu-situationen

I det følgende beskrives (i) kompetencesammensætning på tværs af områder og kommuner, (ii) en sammenligning af sygeplejekatalogerne mellem sammenligningskommunerne, (iii) normering og brugertilfreds henover døgnet og ugen på udvalgte områder, og (iv) nogle generelle observationer om organiseringen af det sygeplejefaglige arbejde, som er udsprunget af de gennemførte interviews med sygeplejerskerne.

KOMPETENCESAMMENSÆTNING

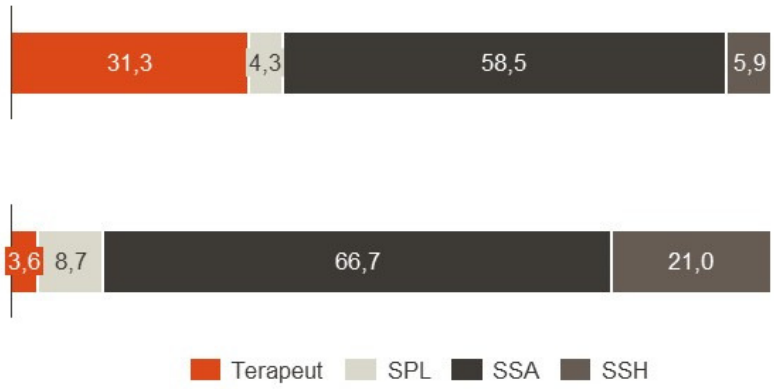
Neden for ses kompetencesammensætning for fastansat fagpersonale i CSO og sammenligningskommunerne. Tallene er afgrænset til fordelingen mellem SSH, SSA og sygeplejersker (dog er terapeuter inkluderet på pladserne, i samme andel som de bruger på hhv. ambulant træning og træning på pladserne), og er uden ledelse.

Figur 27: Kompetencesammensætning på plejecentrene (øverst til venstre), hjemmepleje, (øverst til højre), og pladserne på træningsenheden (nederst)



Neden for ses kompetencesammensætningen for Fortunen (øverst) og Møllebo (nederst) separat:

Figur 28: Kompetencesammensætning for hhv. Fortunen og Møllebo



Tallene for kompetencesammensætningen viser et par interessante ting;

1. På plejecentrene ser kompetencesammensætning forholdsvis ens ud på tværs af kommunerne med en lille tendens til, at LTK har en større andel hjælpere. Helsingør skiller sig her ud med betydeligt færre sygeplejersker og betydeligt flere assistenter. Lystoftebakken skiller sig herudover ud ved et generelt højere kompetenceniveau (som tilsyneladende ser ud til at være finansieret af et lavere eksternt vikarforbrug, jf. kortlægningen)
2. Hjemmeplejen i LTK ser ud til samlet set at have et lavere kompetenceniveau end sammenligningskommunerne med samlet set 28 % sygeplejersker og SSA'er, hvor de øvrige kommuner varierer mellem 33 – 37 %.
3. Kompetencesammensætningen på pladserne på træningsenheden er betydeligt mere varieret på tværs af kommunerne, hvilket afspejler det faktum, at kommunernes strategi for anvendelsen af pladserne ligeledes varierer betydeligt. Her er en særlig observation, at LTK er den af kommunerne med den laveste sygeplejenormering, samtidigt med den højest normering af SSH (sammen med Furesø). Her skal det samtidigt bemærkes, at LTK har den højeste normering per plads, målt på årsværk (uafhængigt af faggruppe), og samtidig også de dyreste pladser.

Der er herudover lavet en beskrivelse af aldersfordelingen for nøglekompetencer i både hjemmeplejen, plejecentrene, træningsenheden og faglig indsats med henblik på at identificere eventuelle 'alderspukler' i kompetencesammensætningen omkring tilbagetrækningsalderen, som der skal planlægges ud fra i et rekrutteringsøjemed. Disse kan findes i bilag 5.

Det mest substantielle opmærksomhedspunkter her synes at være, at der i hjemmeplejen er en ikke ubetydelig overrepræsentation af sygeplejersker over 60 år. Med et lidt længere perspektiv er 42 % af sygeplejerskerne +55 år.

SAMMENLIGNING AF SYGEPLEJEKATALOG

Som led i analysen er der foretaget en sammenligning af sygeplejekataloger på tværs af sammenligningskommunerne. Sammenligningen har til hensigt at vurdere i hvilket

omfang, der er forskelle mellem den måde, man har defineret de sygeplejefaglige opgaver og delegeringsmekanismen på; dvs. hvilke faggrupper, der kan/må give sygepleje til en given indsats. Det er således *ikke* en analyse af, i hvilket omfang sygeplejekataloget faktisk er omsat til praksis.

Den fulde sammenligning af sygeplejekataloger kan findes i bilag 6.

Den helt overordnede konklusion på sammenligningen er, at der på tværs af de fire sammenligningskommuner er begrænsede forskelle mellem sygeplejekatalogerne. Et par centrale observationer mht. de forskelle, der faktisk findes, er;

- I Helsingør Kommune skelnes der mellem hvilke faggrupper, der kan løse samme sygeplejefaglige sundhedsydelse afhængig af om de udføres på et plejehjem og hjemmepleje og midlertidige pladser – LTK har samme beskrivelse gældende uanset, hvor de sygeplejefaglige sundhedsydelser udføres.
- Assistenterne kan i Helsingør Kommune varetage lidt flere opgaver end de kan i LTK, herunder fx sygeplejefaglige udredninger, opfølgninger, dialyse, m.m. (dog også med undtagelser, som fx parenteral ernæring). Til gengæld kan hjælperne udføre færre opgaver i Helsingør end i LTK.
- IV-behandling ligger hos primærsygeplejerskerne i Helsingør, men udelukkende hos MAT i LTK (jf. delanalysen om MAT)

NORMERING HENOVER DØGNET OG UGEN

Èn af de tematikker, der har været rejst i forbindelse med interviews i analysen er, at der på en række områder er en oplevet variation i kvaliteten henover døgnet og ugen på nogle centrale kvalitetsdimensioner.

Èn måde at gå til dette spørgsmål, er normeringen over døgn og ugen. Neden for ses data for plejecentrene, hvor tallene udtrykker antallet af beboere (målt som pladser) for hhv. hele plejepersonalegruppen (inklusiv sygeplejersker), og for sygeplejerskerne alene, på tværs af alle fem kommunale plejecentre, og sammenligning med data fra to plejecentre i Fredensborg. Den samlede normering sammenligner herudover også med landsgennemsnittet, som det er afdækket i en nylig analyse af KORA.[8]

Figur 29: Normering på plejecentrene: LTK, Fredensborg og landsgennemsnit

	Hverdag			**Weekend**		
	Dag	Aften	Nat	Dag	Aften	Nat
LTK	2,9	6,5	20,5	4,0	6,7	20,5
Fredensborg	3,0	5,7	21,3	4,2	6,0	21,3
Landsgennemsnit	2,9	6,3	20,4	4,6	6,9	21,2

Tabel 41: Sygeplejenormering, LTK og Fredensborg

Sygeplejenormering	**Hverdag**			**Weekend**		
	Dag	Aften	Nat	Dag	Aften	Nat
LTK	22,5	82,3	0,0	99,4	99,4	0,0
Fredensborg	52,0	76,0	0,0	0,0	76,0	0,0

[8] https://www.kora.dk/media/7864489/11368_normeringer_paa_danske_plejecentre.pdf

Tallene viser et par interessante ting:

- Den samlede normering for hele plejepersonalegruppen (inklusiv sygeplejerskerne) ligger nærmest præcist på niveau Fredensborg, og med resten af landet.
- Sygeplejenormeringen varierer betydeligt henover døgnet og ugen, hvor sygeplejerskerne i hverdagene har i omegnen af 20-25 beboere per sygeplejerske, og i aften- og weekendtimerne har ca. 100 beboere per sygeplejerske. Det kan give anledning til at opgavedelingen defineres forskelligt afhængigt af tidspunkter på døgnet/ugen. Det har fx i forbindelse med flere interviews været nævnt, at assistenterne nogle steder må nogle ting i weekenden (med lavere sygeplejenormering) og andre ting i hverdagene (når sygeplejenormeringen er højere).

BRUGERTILFREDSHED

Der er i brugertilfredsundersøgelserne spurgt ind til borgernes oplevelse af kvaliteten af plejen på forskellige tidspunkter af døgnet og over ugen, samt om borgerne oplever kontinuitet i plejen. En fuld præsentation af resultaterne af disse spørgsmål kan findes i bilag 7.

Den korte konklusion er, at der på baggrund af brugertilfredshedsundersøgelserne ikke er belæg for at hævde, at der skulle være store åbenbare kvalitetsforskelle i kvaliteten på forskellige tidspunkter af døgnet/ugen – i hvert fald ikke på en måde, som er udslagsgivende for brugeroplevelsen, som målt i surveyet. Disse tal skal dog tolkes særdeles varsomt, da det sandsynligvis er et så vanskeligt spørgsmål at svare på, at kvaliteten af besvarelserne er yderst tvivlsomme. Det er derfor Implements vurdering, at et spørgsmål bedre undersøges gennem kvalitative vurderinger af fagpersonalet – evt. i dialog med borgerne.

SYGEPLEJERSKERNE OG SYGEPLEJEFAGLIGE OPGAVER

Igennem interviews med sygeplejersker på tværs af områderne er der identificeret en række potentielle udfordringer - eller som minimum en række tematikker, hvor det skal afklares i organisationen, om det er en tiltænkt og hensigtsmæssig måde at gøre tingene på - omkring det sygeplejefaglige arbejde, som beskrives neden for;

- At sygeplejerskerne på plejecentrene får en formel ledelsesrolle i ydertimerne, hvor de assisterende områdeledere ikke er tilstede. Det indebærer opgaver som at tage imod sygemeldinger, at få vagtplanen til at gå op, håndtering af personalemæssige problemstillinger m.m. De agerer dermed som en slags stedfortræder for de assisterende områdeledere med visse ligheder til afdelingssygeplejersker på hospitalerne. Samtidig er der også en tendens til at sygeplejersker også får en 'uformel' ledelsesrolle i hverdags-dagtimerne, fordi de assisterende områdeleder er 'så langt væk' som de er, i kraft af deres store ledelsesspænd. Begge 'problematikker' trækker ressourcer fra det kliniske sygeplejefaglige arbejde.
- Der er på både træningsenheden og på plejecentrene identificeret nogle eksempler på sygeplejersker, som løser deciderede administrative opgaver, der lige så vel kunne varetages af administrative medarbejdere, herunder særligt registrering af data (ikke sygeplejedokumentation).
- Der er en generel tendens til, at sygeplejerskerne betragter deres rolle som meget koordinerende og oplærende, snarere end egentlig klinisk sygeplejefaglig. En sådan observation understøttes af, at sygeplejerskerne ofte omtaler plejepersonalegrupper i tredje person; som en gruppe, de er ledere for, og ikke en integreret del af.

- På plejecentrene overdrages opgaver, som er forbeholdt sygeplejersker, til andre faggrupper gennem oplæring af enkelte medarbejdere, når der ikke er sygeplejersker, typisk i weekend og ydertimer.

4. Potentielle forbedringsområder og anbefalinger

På baggrund af ovenstående data og observationer, er der neden for formuleret en række potentielle forbedringsområder samt tilhørende anbefalinger.

OVERENSSTEMMELSE MELLEM SYGEPLEJEKATALOGET OG PRAKSIS

Sygeplejekataloget er en administrativt vedtaget standard, som er retningsgivende for hvilke faggrupper, der kan lave hvilke indsatser. Der er i den forbindelse et løbende arbejde med at sikre at sygeplejen har optimale forudsætninger for at løse de opgaver, der er defineret som deres. Det er særligt på træningsenheden, at der er identificeret potentielle udfordringer, da manglen på sygeplejedækning i ydertimerne nødvendiggør (en ikke altid hensigtsmæssig) udskydelse af de sygeplejefaglige udredninger.

Implements anbefaling om udvidet sygeplejedækning på de midlertidige pladser og døgnrehabiliteringspladserne til også at omfatte aften- og weekendtimerne, bør bidrage til at løse den problemstilling.

For at sikre optimale betingelser for oversættelsen af sygeplejekataloget til praksis, anbefaler Implement samtidig, at LTK overvejer behovet for et kompetenceløft i hjemmeplejen og på plejecentrene, så det bringes på niveau med sammenligningskommunerne. Dette kan evt. udmøntes via en omlægning af SSH'er til SSA'er, der kan bidrage yderligere til løsningen af sygeplejefaglige opgaver.

Det anbefales herudover, at der foretages en afdækning af, hvorvidt der er opgaver inden for organisationen, hvor sygeplejerskernes forudsætningerne for at levere de af sygeplejekataloget bestemte opgaver, er utilstrækkelige.

KONTINUITET I KVALITETEN HENOVER DØGNET OG UGEN

Den rette kontinuitet i kvalitetsarbejdet over døgnet og ugen forudsætter en passende normering, der er afstemt med behovet på det givne tidspunkt. Det er en kompliceret øvelse at vurdere præcist, hvad den rette normering skal være i dag-, aften- og weekendtimerne, da mange opgaver naturligt – og med fordel - kan flyttes til hverdags-dagtimerne. Det er dermed også helt naturligt og omkostningseffektivt, at der er forskelle i sygeplejenormeringen i hverdags-dagtimerne og de øvrige timer. Men *hvor* stor en forskel i sygeplejenormeringen, der med rimelighed kan tilskrives denne mulighed for at planlægge opgaverne, synes det rimeligt at være nysgerrig på. Og det synes ydermere rimeligt at være nysgerrig på, at hvis en sygeplejerske skal dække 100 borgere i aften- og weekendtimerne, hvilken rolle det så er, man tiltænker sygeplejersken skal have, og om er denne afstemt med den bredere ambition for udnyttelsen af sygeplejefaglige ressourcer, samt hvordan man ønsker at balancere sygeplejefunktionen som koordinerende og oplærende, og som mere direkte og intensivt involveret i det kliniske sygeplejearbejde.

Implement anbefaler derfor, at organisationen genbesøger den meget skæve sygeplejenormering i hhv. hverdags-dagtimerne og hele ugens øvrige tidspunkter med henblik på, at afdække om denne konstruktion er dikteret af opgavebyrden over døgnet og ugen, og om denne konstruktion er i overensstemmelse med den ledelsesmæssige ambition om organiseringen af det sygeplejefaglige arbejde.

SYGEPLEJERSKERNE VARETAGER SYGEPLEJEFAGLIGE OPGAVER

Det måske største potentiale ifm. med denne analyse ligger i at frigøre sygeplejerskerne fra opgaver, som ikke har sygeplejefaglig karakter, eller som ikke understøtter sygeplejerskerne i rollen som faglige ledere (eller 'fagligt ansvarlige', som flere af sygeplejerskerne foretrækker').

Det anbefales, at der foretages en afdækning af på hvilke områder, der ligger administrative opgaver på sygeplejerskers bord, som lige så vel kunne varetages af administrative ressourcer, og at disse flyttes hurtigst muligt. Dette gælder både for sygeplejerskerne i områderne og for MAT-sygeplejerskerne.

Herudover kan der være et potentiale i at undgå, at sygeplejerskerne får en uformel ledelseskasket på, som både kan være uhensigtsmæssig for de øvrige medarbejdere pga. utydelighed i, hvem der sætter retningen, og for sygeplejerskerne selv, fordi det optager tid og ressourcer, som fx kunne være anvendt til klinisk sygepleje og relationel koordinering.

Implements anbefalinger om øget ledelseskapacitet på alle områder, bør afhjælpe dette problem betydeligt. Det anbefales yderligere her, at det med øget ledelseskapacitet samtidigt klargøres, hvilke muligheder det tilvejebringer både for samarbejdet mellem sygeplejersken og lederen, og for at få yderligere værdi af de sygeplejefaglige ressourcer.

Delanalyse 6: Afregningsmodellen i hjemmeplejen

1. Indledning

Der er både centralt og decentralt i organisationen et fælles ønske om modernisere afregningsmodellen for den kommunale hjemmepleje. Der er et ønske om at designe en ny model, så den i videst muligt omfang mindsker unødigt bureaukrati samt understøtter incitamenter til en mere fleksibel og effektiv opgaveløsning.

Analysens opdrag tager udgangspunkt i hypotesen:

- *"Kommunens afregningsmodel i hjemmeplejen understøtter både størst mulig kvalitet og effektivitet"*

Afregningsmodellen er et rent teknisk redskab til at styre økonomien, og har ikke konsekvenser for det samlede budget til hjemmeplejen. Der kommer således hverken flere eller færre penge til hjemmeplejen som konsekvens af denne afregningsmodel, om end det er forventningen, at den formegentlig vil spare nogle bureaukratiske processer væk, og dermed frigøre mere tid til pleje- og omsorg.

Arbejdet har et fremadrettet sigte og er mere at betegne som et designprojekt, snarere end en egentlig analyse. Formålet er at beskrive en ny model, som bedre kan understøtte kvalitet og effektivitet i opgaveløsningen end den nuværende model, snarere end at lave en dybdegående analyse af de udfordringer, der knytter sig til den nuværende model. Designprojektet kigger alene bagud i det omfang, at udfordringerne ved den nuværende model kan bidrage til at belyse, hvordan en fremtidig model skal skrues sammen.

Det er i den forbindelse centralt, at den nye afregningsmodel ikke er færdigbeskrevet med denne afrapportering. En ændring af denne karakter forudsætter, at der afsættes tid til løbende dialog om, hvordan modellen udmøntes konkret, og at både myndighed og hjemmeplejen har mulighed for at forberede arbejdet inden.

Det anbefales derfor også at køre en pilot på afregningsmodellen i et af hjemmeplejeområderne i 2018, inden en egentlig udrulning i 2019.

Den nye afregningsmodel er alene tiltænkt den kommunale hjemmepleje. Udtrykket 'hjemmeplejen' indeholder i denne forbindelse ikke den private leverandør.

2. Metode og proces

Designprojektet er gennemført i tæt samarbejde både hjemmeplejen, myndighed, Center for Økonomi og Personale, samt centerchefen for Center for Sundhed og Omsorg. Processen har været tilrettelagt med en indledende interviewrunde med både hjemmeplejen, myndighed og centerchefen samt tre efterfølgende workshops med deltagelse fra disse aktører.

Logikken i processen har været at identificere de centrale principper, som skal ligge til grund for en ny model, og derefter arbejde igennem en række forskellige muligheder for at tilvejebringe disse principper bedst muligt i en konkret model, og gennemgå en række centrale processer og potentielle udfordringer, som kan opstå med en ny afregningsmodel,

således at modellen og dens forudsætninger, så vidt muligt, er gennemtænkt inden implementeringen.

3. Nu-situation: Den nuværende model

Afregningsmodellen er den måde man betaler hjemmeplejen for sine ydelser for at sikre penge til lønninger (faste og timelønnede), vikarforbrug og andre udgifter i hjemmeplejen. Den måde modellen er skruet sammen på, er så at sige bestemmende for, hvordan hjemmeplejen får sine ressourcer. Afregningsmodellen er dermed medbestemmende for, hvordan ressourcerne til løn mv. fordeles mellem hjemmeplejegrupper, og dermed, hvor mange, som kan ansættes hvor.

Den nuværende model kan beskrives ud fra følgende egenskaber:

- Grupperne får et fast budget til at betale for gruppens leder samt et budget til ”øvrige udgifter”.
- Budgettet til lokalassistenter, låsesystemer, sygeplejeprodukter, mv. ligger hos hjemmeplejechefen.
- Vagtcentralen, som bl.a. håndterer natbesøg afregnes med et fast rammebudget.
- Den resterende del tildelingen (77%) er aktivitetsbestemt. Den skal betale for alle udkørende medarbejdere i dag- og aftenvagt.
- Visitationen visiterer indsatser, som udløser et vist antal minutter til hjemmeplejen til at yde indsatsen. Det betyder, at beslutningen om, hvor lang tid et besøg skal vare i princippet ligger i visitationen.
- I tilfælde af ændringer i borgernes behov, skal der ses på om det er varige ændringer (over to uger), hvorefter hjemmeplejen kan søge om mere eller mindre tid hos visitationen.

Den nuværende model giver en række nøgleudfordringer, som en kommende model skal tackle.

- Modellen fokuserer meget på minutter frem for borgerens tilstand og funktionsevne, som kan føre til en rigid håndhævelse af, hvor mange minutter, der skal afsættes per besøg. Endvidere ligger vurderingen af tidsbehovet langt væk fra den udførende hjemmepleje, og ofte uden at visitationen ser borgeren
- Der er indbygget et skævt incitament til at hjemmeplejen efterspørger mere tid, når der er behov, men ikke ’afgiver’ tid, når der ikke er behov.
- Modellen giver en masse unødigt bureaukrati i administrationen mellem myndighed og hjemmeplejen om tidsfastsættelsen. Den proces er tidskrævende, men skaber kun lidt/ingen merværdi.

4. Designprincipper: ”Den mest tillidsbaserede model i Danmark”

Der har, i både hjemmeplejen og myndighed, været en generel enighed om den retning man ønsker at gå.

De centrale principper en ny model skal bygges op omkring er:

- Opgør med minuttyranniet - beslutninger om tildeling på besøgsniveau skal ligge tættere på de udførende medarbejdere
- Modellen skal give hjemmeplejen mere frihed til at disponere over sine ressourcer

- Modellen skal understøtte kvalitet og effektivitet ved at give hjemmeplejen incitamenter til at forbedre borgernes funktionsniveau.
- Modellen skal være nem at arbejde med

Som en overlægger for designprincipperne har der i workshopgruppen været et ønske om at skabe 'den mest tillidsbaserede afregningsmodel for hjemmeplejen i Danmark'.

Disse principper fungerer dermed som pejlemærker for designet af den nye model.

5. En ny model: Grundstenen

Grundelementet i den nye afregningsmodel er, at hele den kommunale hjemmeplejes budget lægges ud i hjemmeplejen ved budgetårets start, så hjemmeplejen i praksis opererer med et stort rammebudget, ligesom der gøres på både plejecentrene og træningsenheden.

Det betyder, at hjemmeplejen som helhed hverken modtager flere penge, hvis aktiviteten øges eller færre penge, hvis aktiviteten mindskes – disse udsving skal håndteres inden for rammen for hjemmeplejen som helhed (for de decentrale områder inden for hjemmeplejen, kan aktivitetsudsving håndteres via andre mekanismer, som beskrevet neden for) – dog med en stadig demografiregulering af det samlede budget. Det stiller nogle andre krav til hjemmeplejens arbejdstilrettelæggelse, så den på en hensigtsmæssig måde kan lave løbende tilpasninger ved ændringer i personkredsen, eller ved ændrede behov for personer inden for personkredsen, inden for den givne ramme.

En sådan model indeholder en række forudsætninger for at potentialerne faktisk bliver realiseret samt at de andre risici en sådan model skaber (fx at visitationen ikke bliver 'for løs' i sin inklusion i personkredsen, at incitamenterne til at hjemtage borgere fra pladserne håndteres, m.m.), bliver adresseret fra starten. Disse forudsætninger adresseres neden for.

5.1 En række forudsætninger

Neden for gennemgås en række af de centrale mekanismer og forudsætninger, som er vigtige af få klargjort inden en model træder i kraft. Disse mekanismer fungerer på flere niveauer; både centralt i hjemmeplejen (altså mellem områderne),og inden for hvert område i hjemmeplejen, og for den enkelte medarbejder.

I det følgende er disse opdelt tematisk, ift. (i) styring, (ii) kørelisterne, og (iii) visitationens rolle.

STYRING: PÅ TVÆRS AF OMRÅDERNE

Hvordan sikres det, at der er styr på økonomien i hjemmeplejen, når hele budgettet er lagt ud?

Grundmekanismerne til at sikre den overordnede styring af økonomien i den nye er:

- Der udregnes et samlet loft over antallet af ruter for hjemmeplejen som helhed. Dette udmøntes herefter mere konkret til et antal ruter, som hver gruppe har, og det er efter antallet af ruter at budgettet tildeles.
- Der opereres med et hårdt loft over antallet af ruter. Det betyder, at hvis et område er allokeret til f.eks. 29 ruter, så er 29 ruter det maksimale antal ruter de kan køre (der kan dog køres med færre ruter).
- Der laves løbende opfølgninger på prisen på ruterne, udregnet ud fra (i) løn til fastansatte, (ii) løn til interne vikarer og (iii) løn til eksterne vikarer. Hvis den

budgetterede omkostning per rute ikke kan holdes (sandsynligvis pga. for stort vikarforbrug), kan antallet af ruter sænkes, så det fx i det forrige eksempel bliver på 28 ruter i stedet for 29 ruter.

Hvordan sikres det, at der for hjemmeplejeområderne er en rimelig sammenhæng mellem ressourcer og opgaver? Her har to modeller været drøftet;

- *En 'central model'*;
  - Hvor antallet af ruter for de enkelte områder er fastlagt centralt (uden for hjemmeplejen), og hvor ressourcerne til områderne re-allokeres på halv- eller helårlig basis på baggrund beregninger af borgergrundlaget i hvert område
  - Mindre 'forsikringspulje' svarende til omkostningerne til 1-2 ruter bevares centralt (uden for hjemmeplejen) til aflastning af områderne i helt ekstraordinære situationer. Dette finansieres ved mindre vikarforbrug.
- *En 'decentral model'*;
  - Hvor antallet af ruter for den samlede hjemmepleje er fastlagt centralt, og hvor det samlede antal ruter for de enkelte områder er fastlagt i hjemmeplejen hos hjemmeplejechefen, og hvor ressourcer til områderne re-allokeres løbende via løbende drøftelser i hjemmeplejens ledelseskreds.
  - Mindre 'forsikringspulje' svarende til omkostningerne til 1-2 ruter bevares hos hjemmeplejechefen til aflastning af områderne i helt ekstraordinære situationer. Dette finansieres ved mindre vikarforbrug.

Her vurderede workshopkredsen, at den decentrale model stemte bedre overens med designkriterierne, da den

- Giver hjemmeplejen større disponeringsmuligheder ved store aktivitetsudsving
- Giver fælles forpligtigende ansvar på tværs af områderne, og dermed fordrer – og forhåbentligt bidrager til at udvikle – den tværgående ledelsesdialog, der skal til for at understøtte visionen om én hjemmepleje

FORUDSÆTNINGER FOR STYRING AF ØKONOMIEN:

Hvis økonomien skal styres på den oven for beskrevne måde er der en række forudsætninger, som skal være til stede:

- For at sikre en rimelig sammenhæng mellem opgaver og ressourcer i de enkelte områder, skal der være en løbende mekanisme, udmøntet som en fælles ledelsesdialog, for re-allokering af ressourcer mellem områderne. Præcis, hvordan re-allokeringerne skal foregå, herunder hvilket datagrundlag, som skal anvendes afgøres af hjemmeplejens ledelse. Der skal her nedfældes nogle mere konkrete principper for, hvornår aktivitetsudsving skal føre til re-allokering af ressourcer. Det er her Implements vurdering, at det er afgørende at re-allokering ikke bliver for hyppige/normale ved mindre udsving, da det vil risikere at erodere hele grundtanken med at (rimelige) aktivitetsudsving håndteres inden for rammen (som giver positive incitamenter til at arbejde med borgerens funktionsniveau).

- Valutaen, der anvendes til re-allokering af ressourcer er 'antallet af ruter'. En tværgående drøftelse mellem områderne om re-allokering af ressourcer, betyder altså i praksis, at ét eller flere områder skal 'nedlægge' en rute, som et andet område så kan 'oprette'.

- Udover den løbende mulighed for re-allokering af ressourcer, skal der samtidig indeholdes en forsikringspulje til ekstraordinære aktivitetsudsving. Det er her afgørende, at forsikringspuljen ikke optager en så stor del af budgettet fra starten, at den umuliggør en tilfredsstillende opgavevaretagelse uden at få tildelt

forsikringsmidler. Det vil ligeledes risikere at udhule hele grundfilosofien med modellen, at hjemmeplejeområderne selv skal justere arbejdstilrettelæggelsen inden for den samlede ramme, uagtet (rimelige) aktivitetsudsving.

- Det er hjemmeplejechefen, der ultimativt sidder på forsikringspuljen og muligheden for at re-allokere mellem områderne, og som – i samarbejde med de assisterende områdeledere – er ansvarlig for en hensigtsmæssig udmøntning/re-allokering. Det stiller store krav til hjemmeplejeledelsens samarbejde og gensidige forpligtigelse til hele afregningsmodellen at sikre, at disse processer foregår på en måde, der samtidigt understøtter de underliggende visioner i afregningsmodellen samt den samlede vision om én hjemmepleje.
- Hjemmeplejeledelsen får med en sådan model et større økonomiansvar. Det skal her sikres, at hele ledelseskredsen har de nødvendige kompetencer, og at der inden en eventuel implementering har været tilstrækkelig mulighed for ledergruppen at opkvalificere sig på områder, hvor hjemmeplejechefen eller de assisterende områdeledere selv vurderer dette nødvendigt.

KØRELISTERNE: INDEN FOR OMRÅDERNE

En af kongstankerne i den nye model er, at der skal fokuseres mindre på minutter og mere på indsatser og funktionsniveau. Den ambition ændrer dog ikke på, at der et eller andet sted i systemet skal være nogen, der forholder sig til minutter for at;

- sikre, at borgerne får den bedst mulige hjælp inden for rammerne af en køreliste,
- sikre, at kørelisterne er nogenlunde lige krævende

Det er ambitionen, at der slet ikke skal være tid på den enkelte køreliste (såfremt det systemteknisk kan lade sig gøre), så den udekørende hjemmepleje frit kan disponere over fordelingen af tid på de enkelte besøg på kørelisten. Det bør give yderligere frihed til at justere tiden til specifikke borgere efter faglige skøn, og giver samtidig et vist incitament for hjælperen til at arbejde målrettet med borgerens funktionsniveau (antaget, at ruten ikke 'bare' bliver fyldt op med det samme, det er lykkedes at øge funktionsniveauet hos nogle).

Der skal være en mekanisme til at fordele borgere ud på kørelisterne, så man sikrer, at de enkelte medarbejdere er nogenlunde jævnt belastet (altså, at deres kørelister kræver nogenlunde det samme). Dvs. hvordan håndteres ændringer i kørelisternes belastning, hvad end det skyldes, at (i) en ny borger kommer ind i personkredsen, (ii) en borger forlader personkredsen, eller (iii) en borgers behov ændrer sig.

Det er en central del af tanken, at visse ændringer i borgernes behov skal kunne rummes inden for kørelisten, uden at der skal iværksættes et større administrativt apparat. Der skal derfor findes en passende balance, hvor;

- Ikke alle ændringer i behov giver anledning til justeringer i kørelisten
- At der er en mekanisme for at hjælperen kan aflastes, hvis kørelisten er blevet så krævende, at det ikke længere er fagligt forsvarligt (jf. neden for).
- At in- og eksklusion af borgere i personkredsen håndteres på en måde, som sikrer en fornuftig fordeling af borgere på ruterne. Den proces kan samlet set se ud som følger;
    - Der følger et automatisk skøn med visitationens funktionsvurdering, som fordeleren kan bruge som rettesnor
    - Fordeleren tager udgangspunkt i den vejledende tid fra visitationen, men "passer" besøgene ind.

- Udkørende hjemmepleje disponerer 'frit' (inden for rammerne af de visiterede ydelser) over fordelingen af tid til hvert enkelt besøg på kørelisten

FORUDSÆTNINGER ANGÅENDE KØRELISTER

Forudsætninger specifikt mht. kørelisterne:

- Fraværet af tid på kørelisterne forudsætter en ny form for systemunderstøttelse, som ikke er tilgængelig i dag. Arbejdet med at udvikle dette i samarbejde med KMD er igangsat. Hvordan kørelister helt konkret skal se ud for medarbejderne, skal afklares i samarbejde med medarbejdere med et samtidigt fokus på, hvordan medarbejderne kan blive understøttet i, hvordan de bedst disponerer over tiden inden for rammen af den enkelte køreliste.
- Praksis for kommunikationen med borgerne omkring tidspunkter skal tilrettes, så der i højere grad kommunikeres i rimelige tidsintervaller (der tages samtidig højde for at tilpasse besøgene ud fra borgernes behov, som de bliver vurderet, på dagen).
- Fraværet af tid på kørelisterne kommer også til at betyde, at registreringen af planlagt tid bliver mindre præcis. Det betyder, at ledelsesinformation i højere grad kommer til at fokuserer på bestilt tid (visiteret tid).

Forudsætninger mht. at sikre rimelig fordeling af belastningen af kørelisterne:

- Hvis dette ikke skal forfalde til en centraliseret eller overformaliseret løsning, skal en central del af svaret på, hvordan det sikres, at de enkelte medarbejderes kørelister er nogenlunde lige krævende være, at det skal bæres igennem af team-tanken. Der skal være et forum, hvor hjælperne – i samarbejde med fordeleren – løbende, og på baggrund af gensidige forpligtigelser, kan få føling med, hvor krævende de andre hjælperes lister er, så de kan bidrage, når de har overskud og aflastes, når de har behov. Hvis der skal være en reel forskel på den nye model og den gamle model, skal det understøttes af en kultur, hvor der er et fælles ansvar i teamet, så det ikke bliver fordeleren alene, der skal løfte hele ansvaret for at kørelisterne er skruet fornuftigt sammen – i så fald ville der være en tendens til, at man blot giver fordeleren den rolle visitationen har i dag. Hvis denne model skal understøtte en decentralisering af ansvar, der går længere end til hjemmeplejechefen, er denne forudsætning helt afgørende og kræver vedholdende og tålmodigt arbejde over de kommende år.
- I forlængelse af ovenstående er det vigtigt, at der ikke sker så store/hyppige ressourceallokeringer mellem områderne, at incitamentet til at arbejde med borgernes funktionsniveau reelt udhules/kan synes urimeligt svært at opnå for den enkelte. En reel team-mentalitet kan givetvis implementeres inden for grupper af en vis størrelse, men at forvente en reel team-mentalitet med hele hjemmeplejen – som det i praksis ville betyde, hvis aktivitetsændringer bliver udlignet mellem områderne 1:1 - synes at være en urimelig forudsætning.
- Når en ny borger introduceres i personkredsen, tager fordeler med ud på første besøg for at kunne bidrage til en vurdering af, hvor krævende en sådan borger vil være på en køreliste. Fordeleren skal vurdere, hvad det kræver i forhold til kompetencer og om opgaven tager kortere tid, længere tid eller gennemsnitlig tid ift. borgers funktionsniveau.
- Fordelernes kompetencer og forudsætninger skal dermed også afklares, og sammentænkes med eventuelle justeringer, der bliver lavet i dennes rolle, jf. ledelsesanalysen.

5.1.1 Visitationens rolle

Visitationen vil spille en anderledes rolle med den nye afregningsmodel end de har gjort tidligere, særligt i kraft af, at de ikke skal forholde sig til tid, men kun til funktionsevnevurderinger.

Visitationen får således i hvert fald to primære roller;

1. Ansvaret for in- og eksklusion af personer i personkredsen
2. Ansvar for at lave løbende opfølgninger, herunder bidrage med løbende (og kompetente) vurderinger af borgernes behov og retskrav
    a. Visitationen følger op på om borgeren når sine mål jf. Fælles Sprog III.
    b. I forbindelse med opfølgningen vil visitationen også sætte indsatser på borgerne, som i princippet kan indeholde en vurdering af, at borgeren nu har et lavere funktionsniveau på et givent område, og dermed at hjemmeplejen skal intensivere indsatsen. Der kommer til at være en sammenhæng mellem de funktionsniveauer, som visitationen har vurderet borgeren til, og den tid en borger vil kræve, men der er ikke en 1:1 sammenhæng mellem visitationer og tid, og det er muligt, at der mellem to visitationer sker en løbende tilpasning i hjemmeplejen.

FORUDSÆTNINGER FOR VISITATIONEN

Det skal sikres, at visitationen ikke inkluderer uhensigtsmæssigt mange borgere, når de løsrives fra budgetansvaret. Svaret på denne potentielle udfordring ligger i styringsmekanismen af visitationen, hvor der – som i dag – følges op på det samlede antal personer i personkredsen ift. demografi mv. Forudsætningen her er, at denne anvendes på en måde, der er lige så 'stærk' som, hvis det havde været et reelt økonomiansvar.

6. Anbefalinger

Der er efter Implements vurdering et klart både kvalitets- og effektivitetsmæssigt rationale i at implementere en ny afregningsmodel i den kommunale hjemmepleje, som er baseret på lønsumsstyring snarere end aktivitetsafregning. Samtidigt er det også en stor forandring for organisationen – særligt kulturmæssigt - som har en række forudsætninger for at blive en succes, som beskrevet i delanalysen.

På den baggrund anbefaler Implement, at;

- CSO arbejder hen imod en implementering af ny afregningsmodel for den kommunale hjemmepleje, som i sine grundtræk er baseret på lønsumsstyring i 2019, hvor;
    - Udviklingsarbejdet med håndtering af potentielle udfordringer og forudsætninger fortsættes, med tættere involvering af medarbejdere
    - Modellen pilottestes i 2018 med opfølgning og justering inden implementering i 2019

At der på længere sigt fortsat arbejdes hen imod at skubbe stadigt mere ansvar længere ud i hjemmeplejen, med henblik på at træffe beslutninger stadigt tættere på borgerne samt fortsat at mindske unødigt bureaukrati. Dette indebærer, at eventuelle udfordringer, særligt systemtekniske og kompetencemæssige, ikke afliver den større ambition om decentralisering af ansvar, da en fastholdelse af modellen kan være selve forudsætningen for, at den kan lykkedes på sigt.

Delanalyse 7: Udviklingstiltag og Årsaftale

1. Introduktion

Et løbende udviklingsarbejde er en forudsætning for at sikre fortsat kvalitet og effektivitet i opgaveløsningen. I denne delanalyse kigges der nærmere på hvordan der overordnet arbejdes med udviklingstiltag i CSO. Opdraget til analysen er to hypoteser;

1. Der er et rimeligt antal samtidige projekter i gang i centeret
2. Der er allokeret tilstrækkelige ressourcer til forankring/ implementeringen af projekter

Formålet er således at lave en overordnet vurdering af hvorvidt man i CSO har en hensigtsmæssig proces omkring håndtering af udviklingstiltagene, samt bidrage med anbefalinger til hvordan det kan sikres at årsaftalen er afstemt med mulighederne for at implementere og forankre initiativerne i praksis.

2. Metode og proces

Der har i forbindelse med de interviews og workshops der har været gennemført ifm. ledelsesanalysen, været et samtidigt fokus på kommunens udviklingstiltag, som fungerer som det kvalitative grundlag for analysen. Der har herudover været lavet et sekamtisk overblik over årsaftalerne, med en vurdering af udviklingstiltagenes opdrag.

Delanalysen er mindre at betragte som en egentlig analyse, og mere som nogle generelle betragtninger og vurderinger som udspringer af de interviews der har været gennemført med ledelsen på tværs af organisationen, holdt op imod de erfaringer Implement bærer med fra en lang række tidligere projekter om styring af udviklingsarbejdet.

3. Nu-situationen

I CSO er udviklingstiltagene formaliseret i den centrale og de decentrale årsaftaler. Årsaftalen beskriver indholdet af udviklingstiltagene der arbejdes med i løbet af året, de involverede medarbejdere/enheder, den ansvarlige projektgruppe, det forventede ressourcetræk m.m. Dvs. årsaftalen er et samlet dokument der så vidt muligt de væsentligste udviklingsprojekter der kører i løbet af året.

Årsaftalen udformes konkret som en aftale mellem direktøren og centerchefen, som et administrativt styringsredskab for den samlede udviklingsaktivitet. Herudover udformes de decentrale årsaftaler i et samarbejde mellem centerchefen og områderne, hvor begge parter spiller ind med forslag til fokus og prioritering, og estimering af ressourcetrækket for hver enkelt tiltag.

En betydelig del af udviklingstiltagene er bundet i politiske beslutninger, både nationalt og lokalt. I bilag 8 ses et overblik over udviklingstiltagene i årsaftalen for CSO, samt udviklingstiltagenes ophav. Når der foretages en simpel optælling af hvor mange tiltag der stammer hvorfra, ser billedet således ud:

Tabel 42: Ophav på udviklingstiltag i årsaftalen

Ophav	Antal	Andel
National lovgivning	7	32 %
Lokalpolitisk beslutning	6	27 %
Administration	9	41 %

Her skal det bemærkes, at denne kategorisering er opgjort på antallet af udviklingstiltag, uafhængigt af det samlede ressourcetræk de står for.

Det har i de gennemførte interviews været et centralt tema, at områderne – særligt plejecentrene – oplevede det vanskeligt at implementere udviklingstiltagene i bund, pga. af manglende kapacitet til at gribe og forankre tiltagene. I den forbindelse er det vigtigt at bemærke, at der i administrationen har været fokus på at sikre at omfanget af årsaftalen i 2018 blev reduceret ift. 2017, og der har samtidigt være fokus på at sikre at årsaftalen blev udmøntet som en konkret aftale mellem centerchefen og det respektive område, blandt andet med henblik på at vurdere et realistisk omfang og hensigtsmæssig sammensætning af aftalen.

4. Forbedringspotentialer og anbefalinger

På baggrund af de interviews der har været gennemført, er der identificeret nogle potentielle forbedringsområder.

Det er Implements vurdering at der er klare fordele forbundet med en formaliseret beskrivelse af udviklingstiltagene, som det er tilfældet i centerets årsaftale, da det muliggør et målrettet arbejde med de politisk vedtagne strategier, samt løbende dialog om muligheder, udfordringer og forudsætninger for implementering af udviklingstiltagene, og ikke mindst løbende prioriteringer.

Med det afsæt, handler meget om at finde passende balancer, hvor det sikres at ambitionsniveauet er afstemt med rimelige muligheder for reelt at implementere og forankre udviklingstiltagene. En første og åbenbar pointe i den forbindelse er, at kontinuerlig udvikling af organisationen både er lovgivningsmæssigt givet, og en afgørende faktor for at sikre effektivitet og kvalitet i opgaveløsningen på sigt. Det løbende arbejde med udviklingstiltag må derfor nødvendigvis ses som en del af kerneopgaven, snarere end en 'ekstra-opgave'. At det i ledelseskredsen i perioder opleves som vanskeligt følge kadencen på udviklingsarbejdet, hænger efter Implements vurdering i særlig grad sammen med at ledelsen har nogle urimelige forudsætninger for at udvikle og forankre tiltag i en takt der er foreneligt med ambitionsniveauet i kommunen, særligt i kraft af det store ledelsesspænd.

Det er derfor samtidigt Implements vurdering af de anbefalinger der ligger i ledelsesanalysen – både med hensyn til et mærkbart reduceret ledelsesspænd og en justeret model for anvendelsen af de centrale udviklingsressourcer – vil give øget kapacitet til at arbejde med udviklingstiltagene, og dermed afhjælpe de udfordringer der er identificeret på dette område markant.

Det er i den forbindelse samtidigt vigtigt at have hierarkiet i anbefalingerne for øje. Den anbefalede reduktion i ledelsesspændet er ikke *blot* en konsekvens af ambitionsniveauet i årsaftalen – det er en konsekvens af totaliteten af den opgave ledelsen står over for, målt op imod den type ledelse man gerne vil have i organisationen.

Med det sagt, er det naturligvis afgørende at der løbende arbejdes i organisationen på at sikre at niveauet for udviklingstiltagene rammer plet. Både en under- og overambitiøs årsaftale kan være skadelig for organisationen. Den eneste gode mekanisme til at sikre at dette er en fortsat tæt dialog i organisationen, hvor der i fællesskab sættes ambitiøse men realistisk mål for udviklingen.

På den baggrund anbefaler Implement at administrationen arbejder med et fortsat fokus på at årsaftalens udformes gennem systematisk dialog mellem det centrale og decentrale niveau, samt med fortsat – og hvis muligt *styrket* - fokus på at sikre gennemsigtighed for ressourcetrækket på driften og mulighed for at implementere udviklingstiltagene fuldt ud.

Delanalyse 8: Kompetenceudvikling

Som et led i opdraget til analysen, har der været et ønske om at benchmarke omfanget af kompetenceudvikling samt vurdere, hvorvidt omfanget samlet set er passende ift. at forankre de oplærte kompetencer i driften.

Opdraget udspringer af følgende to hypoteser:

3. Der anvendes et antal timer til kompetenceudvikling per år, der er på niveau med andre kommuner
4. Omfanget af kompetenceudvikling er passende i forhold samtidig at tilvejebringe den fornødne til at forankre den nye viden i dagligdagen

Til besvarelse af hypoteserne er der lavet en sammentælling af omfanget af kompetenceudvikling i 2017 og den planlagte kompetenceudvikling i 2018, fordelt på kurser og områder. Det har imidlertid ikke været muligt at indhente benchmarkdata om omfanget af kompetenceudvikling i sammenligningskommunerne. Som alternativ til et sådan benchmark, og som supplement til optællingen, er der i stedet gennemført en kort spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejdere på tværs af hjemmeplejen, plejecentrene og træningsenheden, med det formål at belyse medarbejdernes opfattelse af kompetenceudviklingens relevans, kvalitet og omfang.

Hypoteserne er således forsøgt besvaret ud fra optælling af omfanget samt medarbejdernes egen vurdering af kvalitet, relevans og omfang.

OMFANGET AF KOMPETENCEUDVIKLING

Neden for ses det overordnede resultat af optællingen. Tallene udtrykker det samlede antal dage, der er anvendt/planlægges anvendt til kompetenceudvikling. Terapeuterne er afgrænset fra denne optælling.

Tabel 43: Omfang af kompetenceudvikling, antal dage

Område	2017	2018	Andel tid til kompetenceudvikling
Hjemmeplejen	1417,3	1199,1	2,21 %
Plejecentrene	1522,7	2295,3	2,68 %
Træningsenheden	465,5	578,0	2,00 %
Samlet	**3405,5**	**4072,5**	**2,29 %**

Der er således planlagt ca. 700 ekstra dages kompetenceudvikling i 2018 end 2017, svarende til en stigning på 20 % fra 2017 til 2018. Det er i den forbindelse centralt, at kompetenceudvikling i forbindelse FSIII alene udgør 1664 dage i 2018, mod ingen dage i 2017.

MEDARBEJDERSURVEY

Neden for præsenteres resultaterne af det survey, der har været gennemført. Resultaterne er baseret på 111 besvarelser (55 fra hjemmeplejen, 47 fra plejecentrene og 9 fra plejepersonalet på Møllebo). Spørgsmålene, der blev stillet er:

- Spg. 1: De kurser, uddannelse, undervisning og lign, som jeg har deltaget i det seneste år, er relevant for mit arbejde?
- Spg. 2: Jeg bruger, det jeg har lært på kurser, uddannelse, undervisning og lign. det seneste år i mit arbejde?
- Spg. 3: De kurser, uddannelse, undervisning og lign, jeg har deltaget i det seneste år, er med til at forbedre kvaliteten af mit arbejde?
- Spg. 4: Jeg bruger en passende mængde tid på kompetenceudvikling i forhold til, at de daglige arbejdsopgaver kan blive løst?

Alle resultaterne er besvaret på en skala fra 1 til 5, med 1 som værende ”slet ikke”/”helt uenig” og 5 som værende ”i høj grad”/”helt enig”.

Tabel 44: Survey om kompetenceudvikling

Område *	Spg. 1	Spg. 2	Spg. 3	Spg. 4	Samlet
Hjemmeplejen	4,3	4,2	3,9	3,5	4,0
Plejecenter	4,7	4,6	4,7	4,2	4,5
Træningsenheden	3,4	3,2	4,3	3,6	3,6
Total	4,3	4,2	4,2	3,8	4,1

** Terapeuter har ikke været omfattet af surveyet.*

Den helt overordnede konklusion på surveyet er, at der på tværs af områderne er nogle generelt positive svar både ift. relevansen af kurserne, anvendeligheden i det daglige arbejde, kursernes bidrag til forbedringer af kvaliteten af arbejdet, samt det samlede omfang.

Tallene på træningsenheden synes at være en smule andre end de øvrige, men da disse kun er baseret på 9 besvarelser, bør der ikke drages konklusioner på baggrund heraf.

1. Bilag 1: Overblik over hypoteser

Hypotesen	Hvor behandles hypotesen
Den samlede ressourceanvendelse ligger på niveau med andre kommuner ift. serviceniveauer	Introduktionskapitel + kortlægningen (selvstændigt dokument)
Lønsummen pr. borger på henholdsvis plejecentre (herunder somatiske afdelinger, demensafdelinger samt øvrige særlige afdelinger) og træningsområdet gennemsnitligt set er på niveau med andre kommuner	Introduktionskapitel + kortlægningen (selvstændigt dokument)
Hjemmepleje- og sygeplejeydelser til borgerne i hjemmeplejen er på niveau med andre kommuner	Introduktionskapitel + kortlægningen (selvstændigt dokument)
Kommunens afregningsmodel i hjemmeplejen understøtter både størst mulig kvalitet og effektivitet	Delanalyse 1
Antallet af medarbejdere pr. leder er højere end i andre kommuner (kvalitetssikring af forvaltningens analyse fra foråret 2017).	Delanalyse 2
Hvad der definerer ledelsesopgaver, og om lederne bruger deres tid effektivt / på de rigtige ting	Delanalyse 2
Vedligeholdende træning på de midlertidige pladser er på niveau med andre kommuner	Delanalyse 3
Der er et eventuelt potentiale (kvalitativt, økonomisk m.m.) i at samle henholdsvis hjemmeplejen og træningsenheden på én lokation	Delanalyse 3
MAT kan styrke sin opgavevaretagelse yderligere (* OBS: Tilføjet efter opstart)	Delanalyse 4
Vikarforbruget er på et passende niveau i forhold til rammebetingelser såsom servicestandarder, overenskomster, kompetenceudviklingsaktiviteter og bindinger i vagtplaner. Det vil her bl.a. blive analyseret, hvilke andele hhv. ferie, kompetenceudvikling, sygdom og bindinger i vagtplan har for vikarforbruget.	Delanalyse 5
Der er den rette kontinuitet i kvalitetsarbejdet - også henover døgnet (f.eks. ift. patientsikkerhed, UTH, hjemlighed m.m.)	Delanalyse 6
Borgerne oplever kontinuitet i plejen henover døgn (hverdag og weekend, dag og aften) og forløb	Delanalyse 6
Aldersprofilen for nøglekompetencer er jævn	Delanalyse 6
Der er et rimeligt antal samtidige projekter i gang i centeret	Delanalyse 7
Der er allokeret tilstrækkelige ressourcer til forankring/ implementeringen af projekter	Delanalyse 7
Der anvendes et antal timer til kompetenceudvikling per år, der er på niveau med andre kommuner	Delanalyse 8
Omfanget af kompetenceudvikling er passende i forhold samtidig at tilvejebringe den fornødne til at forankre den nye viden i dagligdagen	Delanalyse 8

Borgerne er tilfredse med kvaliteten af vores ydelser og mødet med os	Brugertilfredshedsundersøgelser af hjemmeplejen, plejecentrene og træningsenheden
De pårørende oplever, at deres ressourcer inddrages tilstrækkeligt og hensigtsmæssigt	Brugertilfredshedsundersøgelse af pårørende
De pårørende generelt er tilfredse med kvaliteten af kommunens ydelser samt mødet og samarbejdet med kommunens ansatte	Brugertilfredshedsundersøgelse af pårørende
Der er udfordringer knyttet til rekruttering af medarbejdere og ledere med de nødvendige og relevante kompetencer over de næste år	* Projekt der kører uafhængigt af ældre- og sundhedsanalysen
De rette værktøjer og støttesystemer til at gennemføre rekrutteringer er til stede, herunder inspiration fra andre kommuner	* Projekt der kører uafhængigt af ældre- og sundhedsanalysen

2. Bilag 2: Krav til den kommunale akutfunktion

Neden for ses en tjekliste over, hvorvidt LTK lever op til Sundhedsstyrelsens krav til den kommunale akutfunktion. Tjeklisten gælder både MAT og Vagtcentralen (i nattetimerne). Tjeklisten er udfyldt af ledelsen for MAT og vagtcentralen.

Konklusionen er, at LTK til fulde lever op til kravene til den kommunale akutfunktion (og i øvrigt gjorde det længe inden kravene trådte i kraft i 2018).

Tabel 45: Tjekliste over efterlevelse af krav til den kommunale akutfunktion

Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen	Efterlevelse
Krav til tilrettelæggelse. En kommunal akutfunktion skal:	
Være tilgængelig døgnet rundt alle ugens syv dage.	✓
løbende vurdere behovet for akutfunktionens indsatser og så vidt muligt tilpasse akutfunktionens kapacitet herefter.	✓
Krav til målgruppe. En kommunal akutfunktion skal kunne varetage:	
Lægehenviste patienter med akut opstået eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for sygehusindlæggelse.	✓
Lægehenviste patienter, der efter udskrivning fra sygehus fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer, som er til stede i akutfunktionen.	✓
Patienter henvist fra hjemmesygeplejen, hvor der er behov for sparring med akutfunktionens personale med henblik på hjælp til vurdering eller indsats.	✓
Krav til indsats: En kommunal akutfunktion skal kunne varetage følgende opgaver:	
Observation og vurdering af patienten ved behov, herunder måling af vitale parametre (ABCDE-princippet). Behovet vurderes af læge og akutfunktion i fællesskab (der skal kunne foretages opfølgende sygeplejefaglig vurdering flere gange i døgnet).	✓
Sikker mundtlig kommunikation, fx ved ISBAR-metoden, med læge om observationsfund.	✓
Helhedsvurdering af forhold omkring patienten, herunder andre kommunale indsatser.	✓
Instrumentelle indsatser, herunder:	
Akutte bedside blodprøver (kapillær blodprøvetagning til måling af infektionstal, blodsukker og blodprocent).	✓
Subcutan og intermuskulær medicinadministration, herunder smertebehandling	✓
Sondeernæring, herunder pasning og genanlæggelse af sonder	✓
Parenteral ernæring herunder til- og frakobling samt forbindingsskift ved intravenøse katetre	✓
Inhalationsbehandling	✓
Pasning af dræn	✓
Kateteranlæggelse og -pleje	✓
Prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og urindyrkning	✓
Krav til kompetencer og uddannelse	
Autoriseret sygeplejerske, svarende til mindst to års relevant, klinisk erfaring i fuldtidsstilling	✓
Autoriseret social- og sundhedsassistent, svarende til mindst to års relevant, klinisk erfaring i fuldtidsstilling	N/A*
Krav til udstyr: I en kommunal akutfunktion skal der være følgende udstyr til rådighed:	
Udstyr til måling af vitale parametre, herunder puls, blodtryk, temperatur og iltmætning i blodet	✓
Udstyr til undersøgelse af urin, fx i form af urinstiks og utensilier til indsendelse af dyrkning	✓
Udstyr til kapillær blodprøvetagning (blodsukker, infektionstal og blodprocent)	✓

Udstyr til podninger	✓
Nasogastriske sonder og udstyr til anlæggelse af disse	✓
Katetre og udstyr til anlæggelse og pleje af disse	✓
Forstøverapparat	✓
Hjertestarter og Rubens ballon	✓
Værnemidler	✓
Kvalitetssikring og dokumentation	
følge relevante kliniske retningslinjer, og der skal foreligge lokale instrukser for alle opgaver, der varetages i akutfunktionen efter lægelig delegation	✓
Løbende kvalitetssikre indsatserne, fx ved at udføre journalaudits og/eller ved at monitorere og følge op på relevante indikatorer	✓

* Ikke relevant, da MAT består udelukkende af sygeplejersker.

3. Bilag 3: Aktivitetsdata for MAT

Neden for ses aktivitetsdata for MAT i 2. halvår af 2017, fordelt på enhed/område, der har henvendt sig til MAT samt målt op imod, hvor mange borgere enheden/området har.

En central observation er, at der er en rimelig jævn anvendelse af MAT på tværs af sammenlignelige enheder/områder (fx dag-hjemmeplejeområder, træningsenhederne, osv.), dog med undtagelse af Virumgård plejecenter, som anvender MAT betydeligt mindre end de øvrige plejecentre.

Tabel 46: Aktivitetsoverblik for MAT

Antal henvendelser til MAT i perioden jun. – dec. 2017	**Antal henvendelser**	**Antal borgere/pladser**	**Antal henvendelser pr. borger**
Hjemmeplejen			
Hjemmeplejen aftenvagt	137	322	0,43
Baunehøj hjemmepleje	48	501	0,10
Lundtofteparken hjemmepleje	59	440	0,13
Solgården hjemmepleje	49	329	0,15
Virumgård hjemmepleje	50	391	0,13
Specialteamet	5	27	0,19
Hjemmeplejen i alt	*348*	2010	0,17
Plejecentre			
Baunehøj plejecenter	175	111	1,6
Bredebo plejecenter	189	100	1,9
Den Gamle Lyngby Statsskole	41	30	1,4
Solgården plejecenter	119	102	1,2
Virumgård plejecenter	75	122	0,6
Lystoftebakken plejecenter	111	61	1,8
Lystoftebakken beskyttede boliger	31	63	0,5
Plejecentre i alt (minus beskyttede boliger)	*710*	*526*	
Træning midlertidige pladser			
Fortunen	238	41	5,8
Møllebo	223	41	5,4
Træning i alt	*461*	*82*	5,6
Eksterne			
Herlev hospital	171		
Vagtcentral epital	27		
Egen læge	445		
Eksterne i alt	*643*		

4. Bilag 4: Beregningstekniske forudsætninger i vikaranalysen

BEREGNINGSFORUDSÆTNINGER FOR ÆNDRINGER I WEEKENDRUL

I beregningerne af ovenstående er der gjort en række beregningstekniske forudsætninger.

Det forudsættes generelt, at timerne fra vikarer og afløsere kan erstattes 1:1 af fast personale. Det betyder, at nettogevinsten ved at erstatte en ekstern vikartime med fast personale er differencen i timepriser. Det samme gør sig gældende ved erstatning af interne afløsere. Som beskrevet tidligere er forskellen omkring 40 %, svarende til omkring 100 kr. pr. timen.

Forslaget regner alene på SSA'er, SSH'er og uuddannede. En ændring i weekendrul for sygeplejersker bliver der dermed ikke beregnet. Det skyldes bl.a., at der i mindre omfang indkaldes vikarer som følge af fravær hos sygeplejersker.

Beregningerne tager ligeledes højde for, at der er systematiske forskelle i brugen af de tre nævnte stillingskategorier, som også tidligere vist. Det er forudsat, at ændringen i weekendrul først og fremmest erstatter brugen af eksterne vikarer fremfor interne vikarer. Det er i tråd med de kortlagte vikardækningsprincipper.

Ligeledes forudsætter beregningen også, at forbrug af SSA'er erstattes før SSH'er, der erstattes før uuddannede.

Såfremt en ændring i weekend rul betyder, at der er mere fast personale i weekenden end der har været vikarer og afløsere, forudsættes det at man ikke overnormerer. Det betyder effektivt, at der ikke nødvendigvis har været et behov for at al personalet skal ændre weekendrul.

BEREGNINGSFORUDSÆTNINGER FOR ÆNDRINGER I GRUNDNORMERING PÅ MØLLEBO OG PLEJECENTER BAUNEHØJ

I beregningerne af ovenstående er der gjort en række beregningstekniske forudsætninger.

Beregningerne er gennemført med udgangspunkt i det samlede forbrug af vikarer og afløsere. Det betyder, at det er forudsat, at forbruget af vikarer og afløsere afspejler det minimale faktiske mindste personalebehov på et givent tidspunkt. Der er taget højde for, at vikarer og afløsere anvendes i forskelligt omfang på forskellige vagttidspunkter (hverdag dag, hverdag aften, hverdag nat, weekend dag, weekend aften, weekend nat). Der er igennem hele beregningen regnet i antal timer.

Det er endvidere forudsat at 30 % af det samlede vikarforbrug ikke kan flyttes, idet der er et sammenfald af behovet på tidspunkter over ugen.

En opnormering af fast personale har en række implikationer. Der tages i beregninger højde for weekendrullet, der betyder, at en ansættelse i dagvagt effektivt vil betyde, at en medarbejder vil lægge omkring 15 % af timer i weekenden og det resterende i hverdagen. For så vidt angår aften- og nattevagt er tallet 25 % Herudover tages der højde for, at en vikar/afløser time kan sidestilles med en fast medarbejders effektive arbejdstid. Det betyder, at hvis en fast medarbejder skal dække vikarer, er det nødvendigt at ansætte medarbejderen til mere end det antal timer, vikarerne har været på arbejde. Det betyder dermed, at der regnes med en effektiv årsværksnorm på 1.470 timer, hvor der er taget højde for ferie, fridage, kompetenceudvikling, møder og sygdom.

De anvendte timepriser til beregningerne er vist i tabellen herunder. Prisen for eksterne vikarer er på baggrund af faktiske data, mens timepriserne for fastpersonale tager

udgangspunkt i FOA's overenskomst og de heri aftalte arbejdstidsbestemte tillæg. For så vidt angår interne afløsere er det forudsat, at de har en timepris, der er 10 % højere end fastansatte.

Tabel 47: Forudsatte timepriser fordelt efter tidspunkt

Tidspunkt	Fastansatte	Interne afløsere	Eksterne vikarer
Hverdag dag	169	186	241
Hverdag aften	220	242	321
Hverdag nat	225	247	302
Weekend dag	236	260	348
Weekend aften	287	316	410
Weekend nat	292	321	389

Samtidig bygger beregninger på, at en øget normering kan betyde, at der i nogle måneder er en overnormering. Det opstår, da vikarforbruget i disse måneder er meget lavt, og den øgede normering kan overstige vikarforbruget. Det vil, i de enkelte måneder, være en merudgift svarende til normeringsstørrelse og de ovenfor angivne timepriser. Det kan samtidig betragtes som en serviceforbedring.

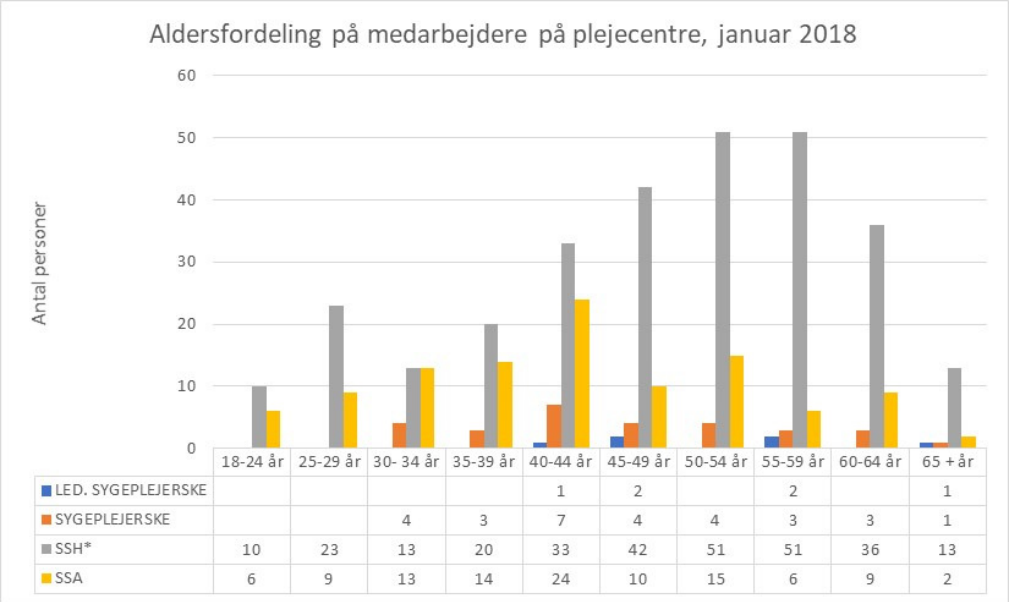
5. Bilag 5: Aldersfordeling af nøglekompetencer

Neden for ses aldersfordelingen for SSH, SSA og sygeplejersker, for hhv. hjemmeplejen, plejecentrene og træningsenheden. For hvert område er der tre figurer;

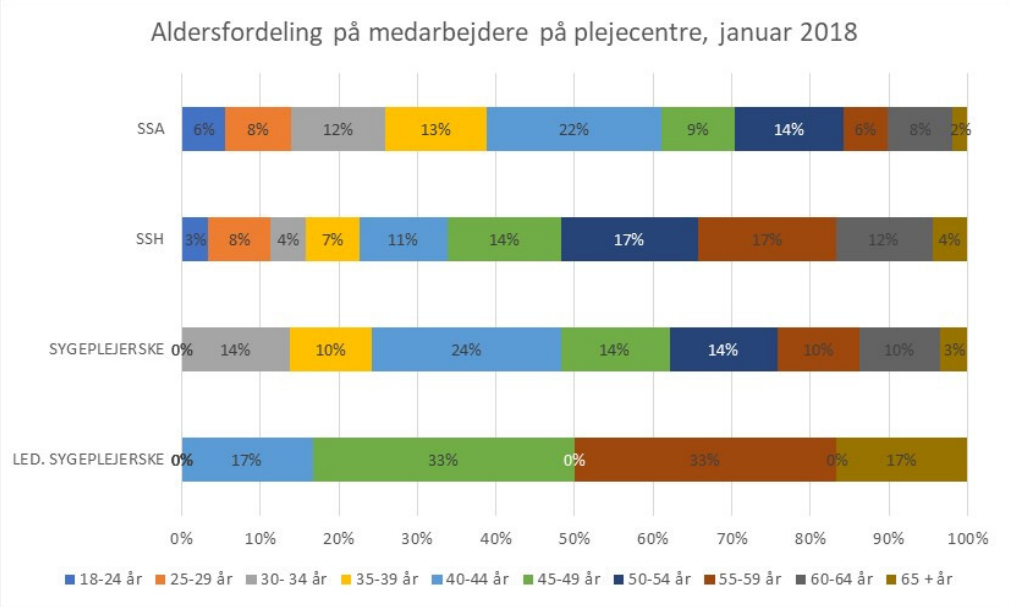
1. Det absolutte antal medarbejdere i hver faggruppe, fordelt på aldersintervaller
2. Det relative antal medarbejdere i hver faggruppe, fordelt på aldersintervaller
3. En mere detaljeret oversigt over antallet af +60-årige medarbejdere, fordelt på faggrupper

PLEJECENTRENE

Figur 30: Aldersfordeling af nøglekompetencer på plejecentrene



	18-24 år	25-29 år	30- 34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år	50-54 år	55-59 år	60-64 år	65 + år
LED. SYGEPLEJERSKE					1	2		2		1
SYGEPLEJERSKE			4	3	7	4	4	3	3	1
SSH*	10	23	13	20	33	42	51	51	36	13
SSA	6	9	13	14	24	10	15	6	9	2

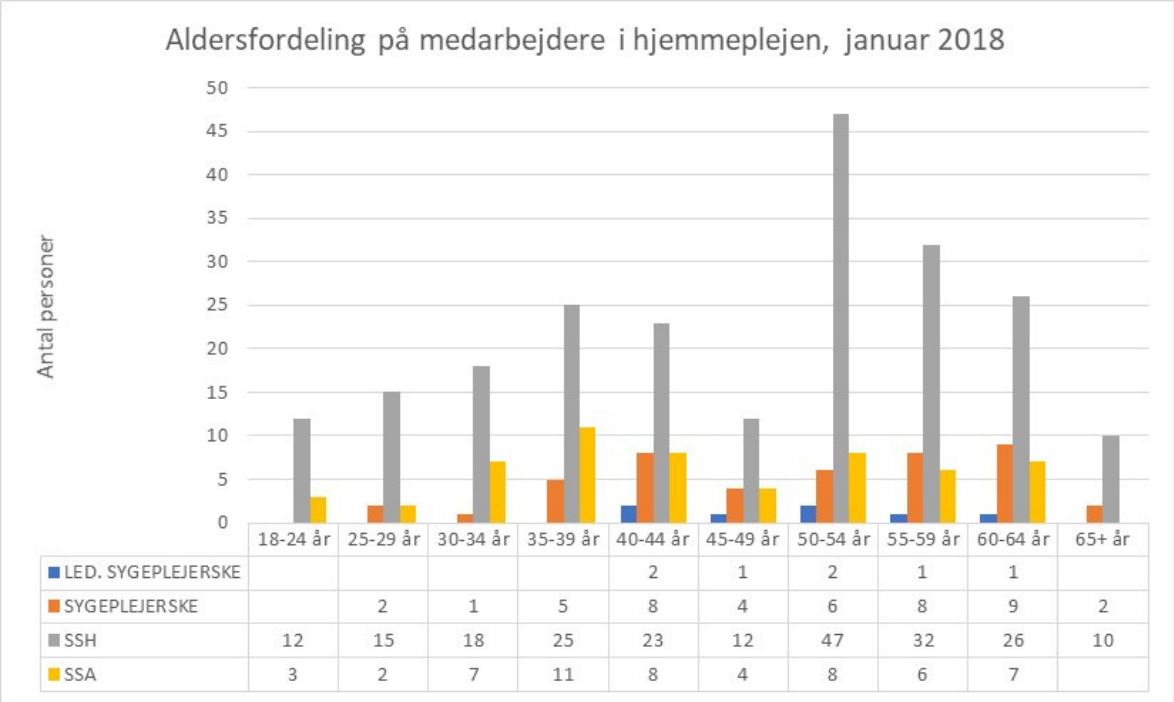


PLEJE-CENTRE	LED. SYGEPLEJERSKE	SPL	SSH	SSA	Hoved-total
18-24 år			**10**	**6**	**16**
25-29 år			**23**	**9**	**32**
30- 34 år		**4**	**13**	**13**	**30**
35-39 år		**3**	**20**	**14**	**37**
40-44 år	**1**	**7**	**33**	**24**	**65**
45-49 år	**2**	**4**	**42**	**10**	**58**
50-54 år		**4**	**51**	**15**	**70**
55-59 år	**2**	**3**	**51**	**6**	**62**
55	1		11		12
56			11	3	14
57	1	1	8	2	12
58		1	8	1	10
59		1	13		14
60-64 år		**3**	**36**	**9**	**48**
60			12	3	15
61		1	7		8
62			5	2	7
63		2	7	3	12
64			5	1	6
65 + år	**1**	**1**	**13**	**2**	**17**
65		1	2	1	4
66	1			1	2
67			2		2
68			3		3
69			2		2
70			3		3
74			1		1
Hovedtotal	**6**	**29**	**292**	**108**	**435**

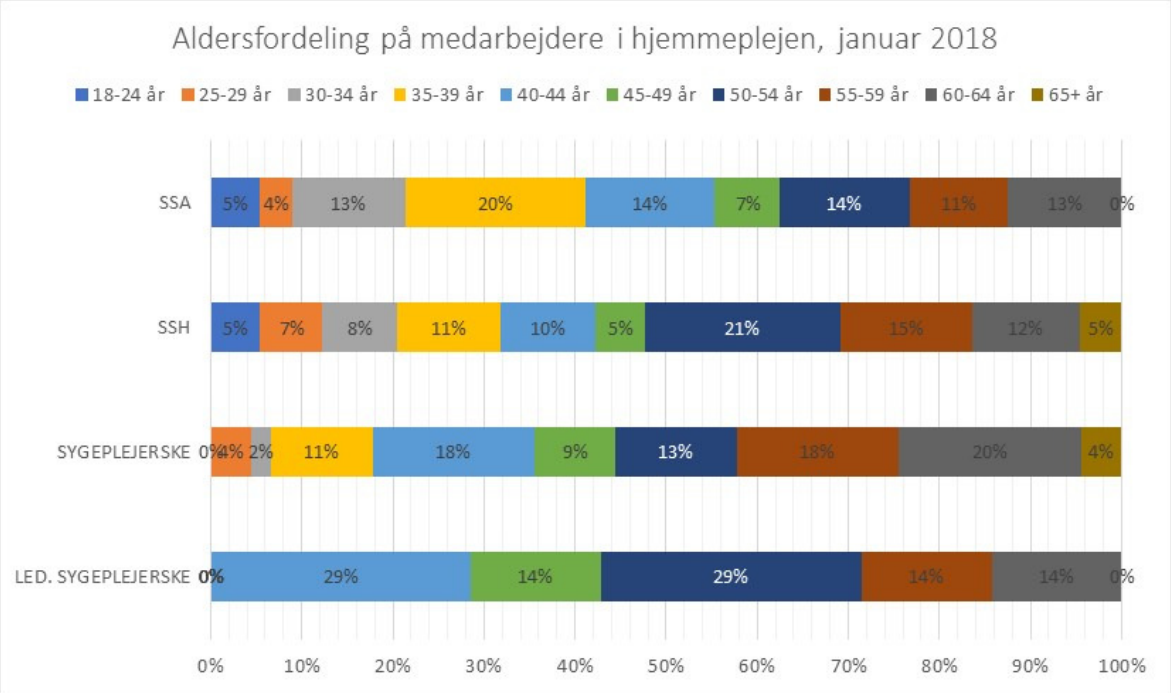
Kilde: Personaleoversigt(FIBL23)AHO,"Plejecenter Baunehøj", "Plejecenter Bredebo"," Plejecenter Virumgård", "Plejecenter Solgården" og "Plejecenter Den Gamle Lyngby Statsskole".
**SSH: Social- og sundhedshjælpere, hjemmehjælpere, plejehjemsassistenter, sundhedsmedhjælpere og sygehjælpere*

HJEMMEPLEJEN

Figur 31: Aldersfordelingen af nøglekompetencer i hjemmeplejen



	18-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år	50-54 år	55-59 år	60-64 år	65+ år
LED. SYGEPLEJERSKE					2	1	2	1	1	
SYGEPLEJERSKE		2	1	5	8	4	6	8	9	2
SSH	12	15	18	25	23	12	47	32	26	10
SSA	3	2	7	11	8	4	8	6	7	

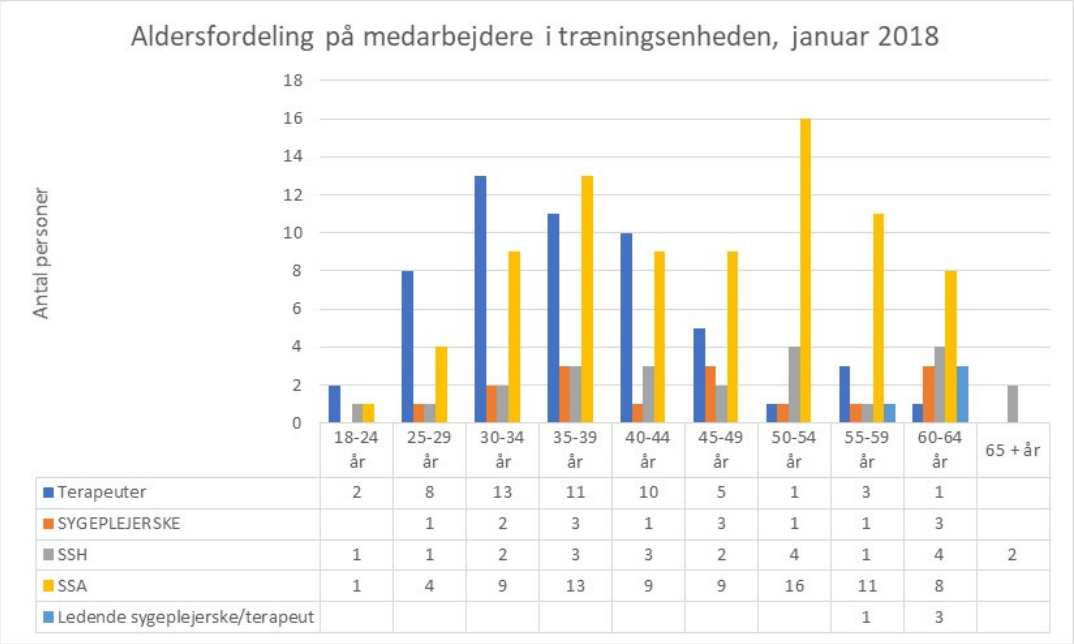


HJEMME-PLEJEN	LED. SPL	SPL	SSH	SSA	Hoved-total
18-24 år			**12**	**3**	**15**
25-29 år		**2**	**15**	**2**	**19**
30-34 år		**1**	**18**	**7**	**26**
35-39 år		**5**	**25**	**11**	**41**
40-44 år	**2**	**8**	**23**	**8**	**41**
45-49 år	**1**	**4**	**12**	**4**	**21**
50-54 år	**2**	**6**	**47**	**8**	**63**
55-59 år	**1**	**8**	**32**	**6**	**47**
60-64 år	**1**	**9**	**26**	**7**	**43**
60	1	1	6	1	9
61		3	7	2	12
62		1	3	1	5
63			4		4
64		4	6	3	13
65+ år		**2**	**10**		**12**
65			1		1
66			1		1
67			6		6
68			1		1
69		1			1
70			1		1
76		1			1
Hovedtotal	**7**	**45**	**220**	**56**	**328**

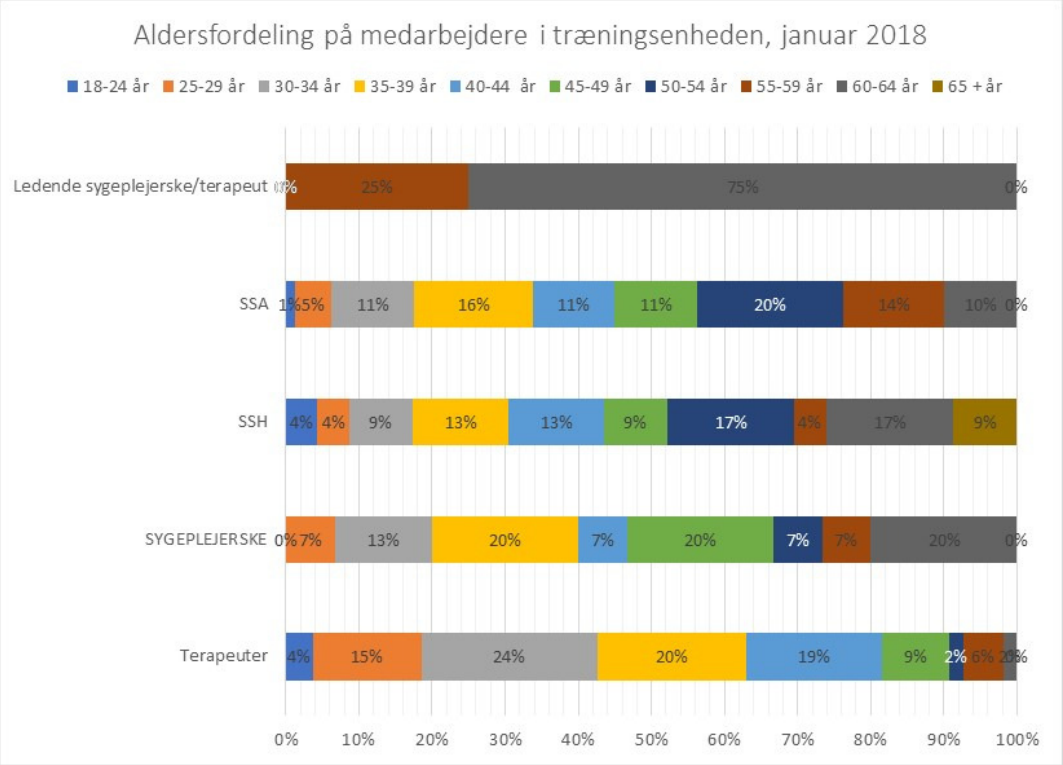
Kilde: Personaleoversigt(FIBL23)AHO,"hjemmeplejen"
**SSH: Social- og sundhedshjælpere, hjemmehjælpere, plejehjemsassistenter, sundhedsmedhjælpere og sygehjælpere*

TRÆNINGSENHEDEN

Figur 32: Aldersfordelingen af nøglekompetencer på træningsenheden



	18-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år	50-54 år	55-59 år	60-64 år	65 + år
Terapeuter	2	8	13	11	10	5	1	3	1	
SYGEPLEJERSKE		1	2	3	1	3	1	1	3	
SSH	1	1	2	3	3	2	4	1	4	2
SSA	1	4	9	13	9	9	16	11	8	
Ledende sygeplejerske/terapeut								1	3	



TRÆNING SENHEDEN	Tera-peuter	SPL	SSH	SSA	Ledende sygeplejerske og terapeut	Hoved-total
18-24 år	**2**		**1**	**1**		**4**
25-29 år	**8**	**1**	**1**	**4**		**14**
30-34 år	**13**	**2**	**2**	**9**		**26**
35-39 år	**11**	**3**	**3**	**13**		**30**
40-44 år	**10**	**1**	**3**	**9**		**23**
45-49 år	**5**	**3**	**2**	**9**		**19**
50-54 år	**1**	**1**	**4**	**16**		**22**
55-59 år	**3**	**1**	**1**	**11**	**1**	**17**
60-64 år	**1**	**3**	**4**	**8**	**3**	**19**
60	1		3	6		10
61		1		2	1	4
62		1	1		1	3
63		1			1	2
65 + år			**2**			**2**
68			1			1
74			1			1
Hoved-total	**54**	**15**	**23**	**80**	**4**	**176**

Kilde: Personaleoversigt(FIBL23) AHO, "Træningscenter Møllebo", "Træningscenter Fortunen"
**SSH: Social- og sundhedshjælpere, hjemmehjælpere og sygehjælpere*

6. Bilag 6: Sammenligning af sygeplejekatalog

Neden for ses sammenligningen af sygeplejekataloger. Tabellen skal læses sådan, at der for en given ydelse er markeret, hvilke faggrupper, der kan løse disse i LTK. I kolonnen til højre er det herudover bemærket hvis der er forskelle til nogle af de andre sammenligningskommuner.

Tabel 48: Sammenligning af sygeplejekataloger

Indsats	MAT	SPL	SSA	SSH	Forskelle mellem kommuner: Bemærkninger
Sygeplejefaglig udredning		x			Helsingør; må en SSA på plejecenter og midlertidige pladser udføre dette
Opfølgning		x			Helsingør; må en SSA i hjemmeplejen på plejecenter og midlertidige pladser udføre dette
Koordinering		x	x	x	Helsingør; Ikke SSH
Opfølgende hjemmebesøg					
Anlæggelse og pleje af kateter		x	x	x	Helsingør; samme
Behandling med ortopædiske hjælpemidler		x	x	x	Findes ikke i Helsingør
Behandling af pleje af hudproblem		x	x	x	Helsingør; samme
Behandling og pleje af mavetarm problem		x	x	x	Helsingør; samme
Cirkulationsbehandling		x		x	Helsingør; + SSA
Dialyse		x			Helsingør; + SSA
Drænpleje		x	x	x	Findes ikke i Helsingør
Ernæringsindsats		x	x	x	Helsingør, Ikke SSH
Ernæringsscreening		x		x	Helsingør; + SSA minus SSH
Forflytning og mobilisering				x	Helsingør; alle tre grupper
Iltbehandling		x	x	x	Helsingør; minus SSH

Inkontinens behandling		x	x	x	Helsingør; samme
Intravenøs behandling	x				Helsingør; SPL
Intravenøs medicinsk behandling	x				Helsingør; SPL
Kompressionsbehandling		x	x	x	Helsingør; minus SSH
Medicinadministration		x	x	x	Helsingør; samme
Medicindispensering		x	x	x	Helsingør; samme
Nonfarmakologisk smertelindring			x		Findes ikke i Helsingør
Oplæring		x	x	x	Findes ikke i Helsingør
Parenteral ernæring		x	x	x	Helsingør; kun SPL Fredensborg; Kun SPL
Personlig pleje		x	x	x	Helsingør; samme
Pleje ved anvendelse af personlig hjælpemidler		x	x	x	Findes ikke i Helsingør
Psykiatrisk pleje		x	x	x	Helsingør; minus SSH
Psykisk støtte		x	x	x	Helsingør; samme Fredensborg; Kun SPL
Rehabilitering		x	x	x	Findes ikke i Helsingør
Respirationsbehandling		x	x	x	Helsingør; minus SSH
Respirator behandling					Ikke en indsats i LTK
Samarbejde med netværk		X	X	x	
Sekretsugning		x	x	x	Findes ikke i Helsingør
Sondeernæring		x	x	x	Helsingør; samme LTK: kun spl tilberedning, opsætning og skylning af PEG-sonde – Gladsaxe alle faggrupper LTK: kun spl Givning PEG sonde - Gladsaxe alle faggrupper

					Fredensborg; må SSA+ SSH give medicin i PEG sonde
Stomipleje		x	x	x	Helsingør; samme
Støtte til ADL aktivitet		x	x	x	Helsingør; samme
Subkutan væskebehandling	x				Findes ikke i Helsingør, men SSA og SPL må anlægge kanyle (ikke i LTK)
Særlig kommunikationsform		x	x	x	Findes ikke i Helsingør
Sårbehandling		x	x	x	Helsingør; minus SSH
Trakeostomipleje		x	x	x	Helsingør; minus SSH
Undersøgelse af og måling af værdier		x	x	x	Helsingør; samme
Vejledning		x	x	x	Findes ikke i Helsingør
Vurdering		x	x	x	Helsingør; samme
Væske pr os		x	x	x	Helsingør; samme
Palliation					Findes kun i Helsingør Findes også beskrevet i Fredensborg som hele 3 indsatser

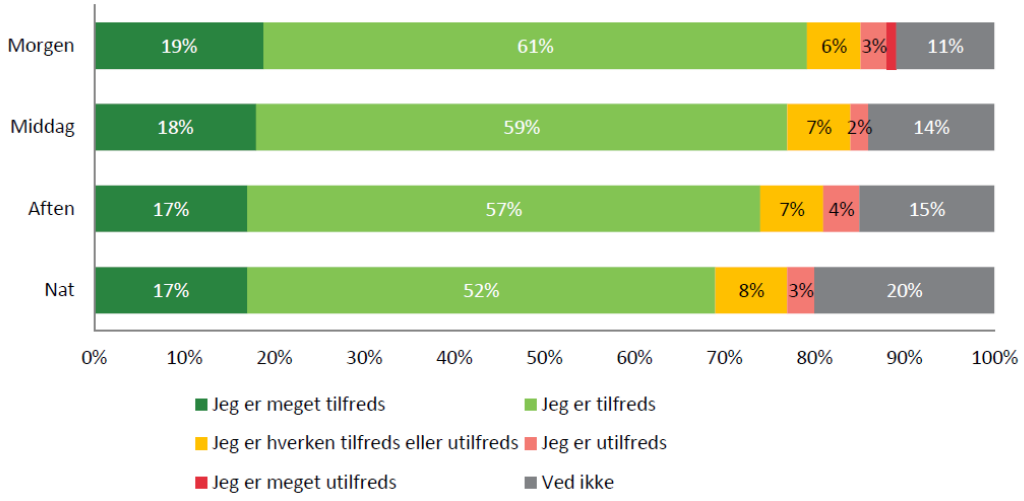
7. Bilag 7: Oplevet kvalitet og kontinuitet

Neden for ses svarene fra brugertilfredshedsundersøgelserne, som relaterer sig til kontinuitet i kvaliteten henover døgn og uge. Der er to figurer for hvert område.

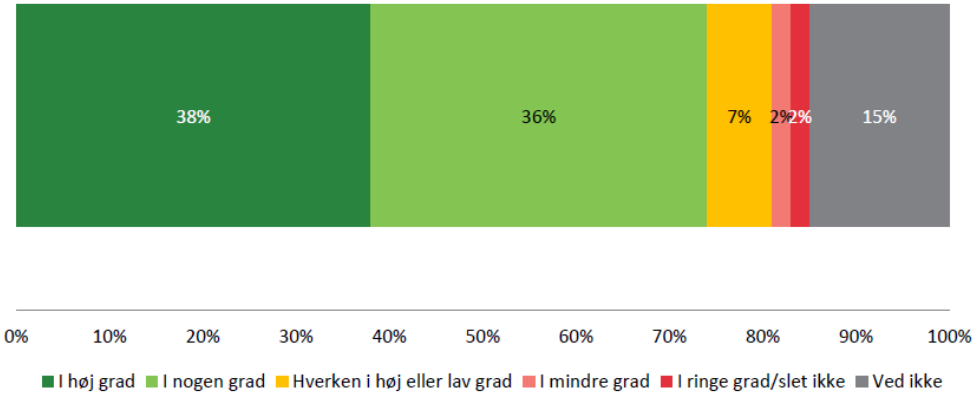
PLEJECENTRENE

Figur 33: Oplevet kontinuitet på plejecentrene

Hvor tilfreds er du med kvaliteten i plejen på følgende tidspunkter af døgnet?



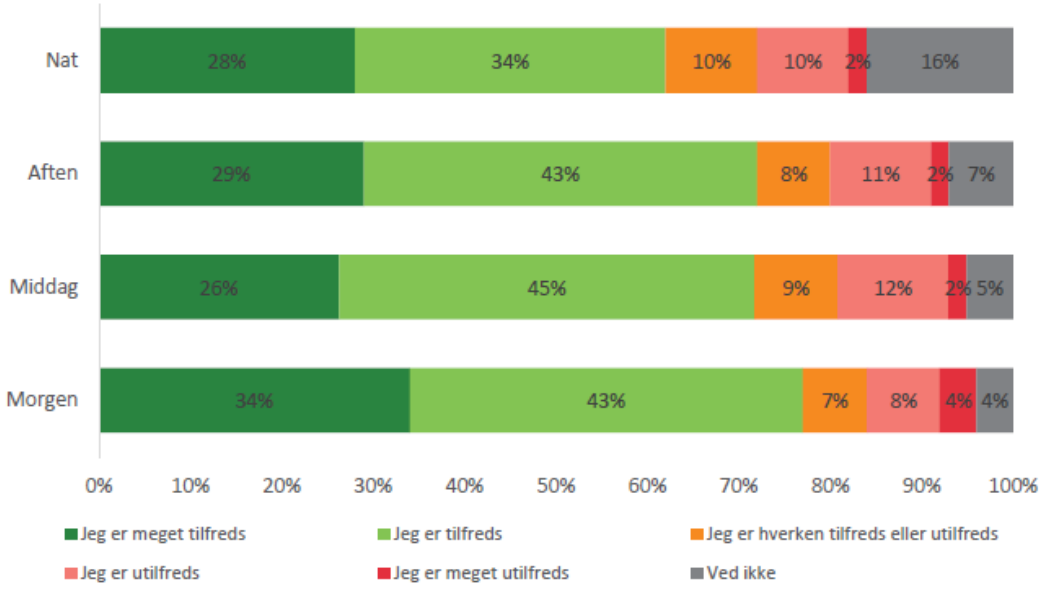
Synes du, der er sammenhæng i plejen, du modtager henover døgnet?



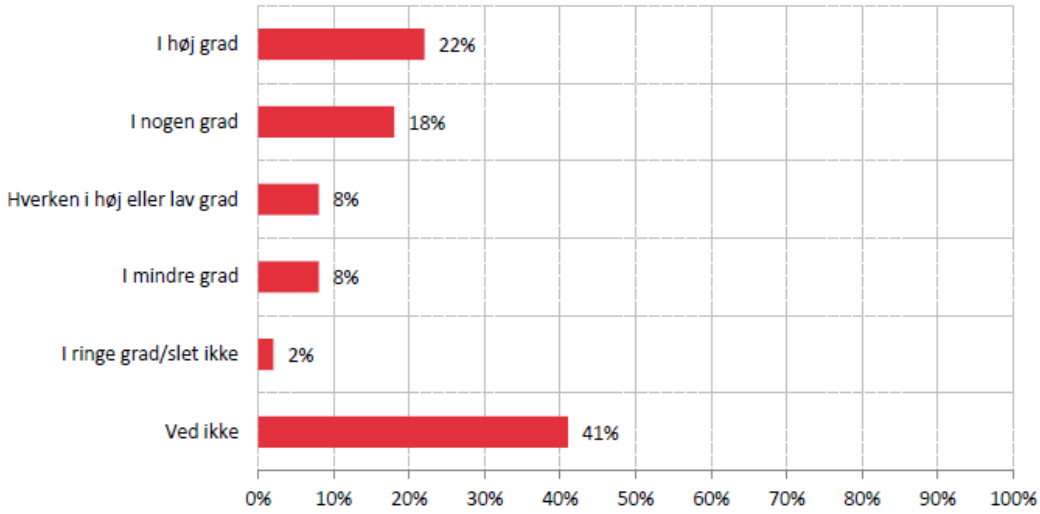
HJEMMEPLEJEN

Figur 34: Oplevet kontinuitet i hjemmeplejen

Hvor tilfreds er du med kvaliteten i plejen på følgende tidspunkter af døgnet?



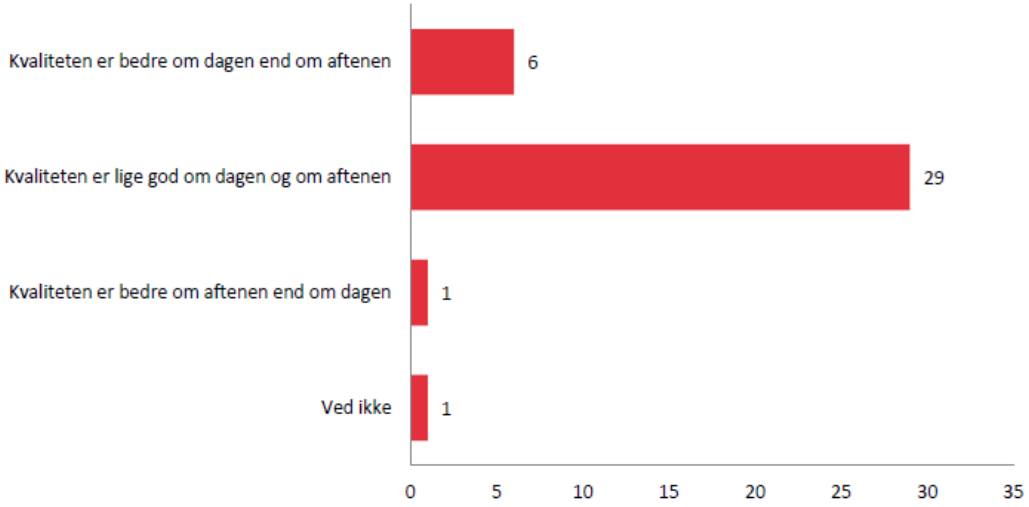
Synes du, der er sammenhæng i plejen, du modtager henover døgnet?



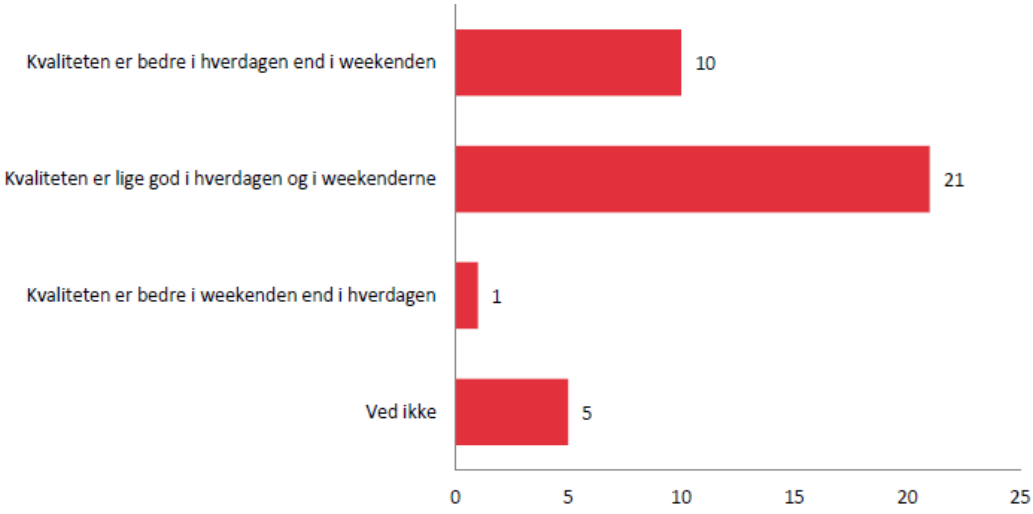
TRÆNINGSENHEDEN (MIDLERTIDIGE PLADSER OG DØGNPLADSER)

Figur 35: Oplevet kontinuitet på træningsenheden

Synes du, at kvaliteten i plejen er lige god om dagen og om aftenen?



Synes du, at kvaliteten i plejen er lige god i hverdagene og i weekenden?



8. Bilag 8: Overblik over udviklingstiltag

Fokusområde i årsaftale	Indsats	Ophav	Periode start	Periode slut	Involverede i organisationen og relevante samarbejdspartnere
Implementering af sundhedsstrategien	Koordinering af den tværgående implementering af Sundhedsstrategi	KMB SSU	Fastsættes decentralt for hver indsats	Fastsættes decentralt for hver indsats	Alle fagcentre i kommunen samt eksterne samarbejdspartnere
Implementering af sundhedsstrategien	Styrket fokus på alkoholforebyggelse	KMB SSU	01-01-2017	31-12-2019	Relevante fagcentre CAM, CSI, CUP, CSO og alment praktiserende læger
Implementering af sundhedsstrategien	En styrket hygiejneindsats	KMB SSU	01-01-2018	31-12-2018	Medarbejdere CSO, CSI og CUP
Implementering af sundhedsstrategien	Tidligere og forebyggende indsats – den reviderede Servicelov §82a og b	Nationalt	01-01-2018	31-03-2019	Relevante fagcentre CSI (projektejer), SCO og CAM
Implementering af sundhedsstrategien	Gentænkning af de kommunale tilbud til borgere med kronisk sygdom	Administrativt	01-01-2018	01-09-2018	Medarbejdere med kontakt til kronisk syge borgere samt Kommuneklynge Midt og Gentofte-Herlev hospital
Implementering af sundhedsstrategien	Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen	Nationalt	01-01-2018	31-12-2018	Ledere og medarbejdere fra alle områder i CSO samt Region Hovedstaden (hospitaler) og Kommuneklynge Midt.
Implementering af ældrestrategien	Styrket indsats mod ensomhed - nye fællesskaber i nærområder	Pulje-SST	01-06-2017	31-05-2019	Fastansatte sundhedsmedarbejdere i hjemmeplejen samt ældre, der identificeres som ensomme
Implementering af ældrestrategien	Implementering og forankring af tværfaglig rehabilitering - paragraf 83a	Nationalt	01-01-2016	31-12-2018	Træningsenheden, hjemmeplejen og myndighedsafdelingen deltager
Implementering af ældrestrategien	Øget patientsikkerhed	Administrativt	01-01-2017	31-12-2018	Alle enheder i CSO, Sociale Botilbud, Den Kommune Tandpleje og Sundhedstjenesten i CSI
Implementering af ældrestrategien	Forebyggelse af klager	Administrativt	01-01-2018	01-01-2019	Pilotprojekt med Plejecenter Bredebo, Den Gamle Lyngby Statsskole og myndigheds-afdelingen. Derudover

					Faglig Indsats, Hjemmeplejen, øvrige plejecentre, sekretariatet og træningsområdet.
Implementering af ældrestrategien	Forankring af måltider og ernæringsscreening	Lovgivning / administrativt	01-11-2014	31-12-2018	Træningsenheden, hjemmeplejen, plejecentre, myndighedsafdelingen og DKM
Implementering af ældrestrategien	Dysfagi-indsats	Administrativt	01-01-2018	31-12-2018	Træningsenheden, hjemmeplejen, plejecentre, myndighedsafdelingen og DKM
Implementering af ældrestrategien	Fortsat udmøntning af indsatser på demensområdet	Demenshandleplan, KMB	01-01-2016	31-12-2018	Alle ansatte på plejecentre, udvalgte medarbejdere i hjemmeplejen, plejepersonalet på træningscentrene samt demensteamet. Herudover eksterne konsulenter
Sammen løser vi kerneopgaven	Opfølgning på analysen af ældre- og sundhedsområdet	KMB	01-10-2017	31-12-2018	Afventer den politiske behandling medio marts 2018
Sammen løser vi kerneopgaven	Tværgående ledelsesudvikling i CSO	Administrativ	01-01-2018	31-12-2018	Alle ledere med personaleansvar i CSO samt afdelingschef i Strategi og HR i CPKS
Sammen løser vi kerneopgaven	Én hjemmepleje	Administrativ	Flere år	Flere år	Alle hjemmeplejens enheder
Sammen løser vi kerneopgaven	Sygefravær og arbejdsmiljø	KMB, administrativt, direktion	01-01-2017	31-12-2018	Alle enheder med et fravær på over 13 sygefraværsdage pr. årsværk set over seneste 12 måneder ved udgangen af 2017.
Sammen løser vi kerneopgaven	Professionalisering af projektorganisation	Administration (direktion, koncernstrategi)	01-01-2018	31-12-2018	Chefer, områdeledere, assisterende områdeledere og projektledere/ tovholdere i CSO
Sammen løser vi kerneopgaven	Opfølgning på resultat af trivselsmåling	Overenskomst, nationalt	01-12-2017	31-12-2018	Alle ledere og medarbejdere i CSO
Sammen løser vi kerneopgaven	Styrkede kompetencer i sygeplejen	Nationalt	31-01-2018	31-dec	Primærsygeplejerske i hele CSO, områdeledere, assisterende områdeledere samt social- og sundhedsassistenter i hele CSO
Sammen løser vi kerneopgaven	Tiltrækning og fastholdelse af	Administrativt	01-10-2017	31-12-2018	Pilotprojekt: én gruppe fra træningscentrene,

	kvalificerede medarbejdere				én gruppe fra hjemmeplejen, én gruppe fra plejecentrene. Herudover inddragelse af CPKS, CØP, SoSu*C, uddannelsesinstitutioner (sygeplejersker og terapeuter) samt FOA, DSR og terapeuternes fagforening
Sammen løser vi kerneopgaven	Vi udforsker mulighederne i digitalisering og velfærdsteknologi	Direktion	01-01-2017	31-12-2018	Alle enheder i CSO samt CBD
Sammen løser vi kerneopgaven	Implementering af FSIII	Nationalt	01-01-2018	31-12-2018	Alle områder i CSO. Herudover IT, Udbud og indkøb, KL, MedCom, KMD og PUK

9. Bilag 9: Overblik over kompetenceudvikling

		2017	2018
Kursus, undervisning mv.	**Område**	**Antal dage**	**Antal dage**
Forankring af det faglige grundlag for demensomsorgen	Træningscentre	0,0	0,0
	Plejecenter	7,3	21,9
	Hjemmeplejen	0,0	0,0
I alt		7,3	21,9
Personcentreret omsorg	Træningscenter	207,5	0,0
	Plejecentre	5,0	644,6
	Hjemmeplejen	188,0	0,0
I alt		400,5	644,6
FSIII - undervisning	Træningscentre	0,0	416,0
	Plejecenter	0,0	766,0
	Hjemmeplejen	0,0	482,0
I alt		0,0	1664,0
Diplom sygeplejersker demens	Træningscentre	0,0	0,0
	Plejecenter	73,0	58,4
	Hjemmeplejen	73,0	65,7
I alt		145,9	124,1
Styrkede kompetencer i sygeplejen - DÆMP	Træningscentre	0,0	15,0
	Plejecenter	0,0	30,0
	Hjemmeplejen	0,0	55,0
I alt		0,0	100,0
Kvalitet i medicinhåndtering (Updata SSA)	Træningscentre	39,0	39,0
	Plejecenter	258,0	156,0
	Hjemmeplejen	199,0	104,0
I alt		496,0	299,0
Updata SSH	Træningscentre	60,0	32,1
	Plejecenter	630,0	337,0
	Hjemmeplejen	600,0	320,9
I alt		1290,0	690,0
Praktikvejlederkursus SSA	Træningscentre	8,5	11,8
	Plejecenter	78,5	108,5
	Hjemmeplejen	30,3	41,9
I alt		117,3	162,2
Praktikvejlederkursus SSH	Træningscentre	2,8	2,4
	Plejecenter	41,2	35,8
	Hjemmeplejen	49,3	42,9
I alt		93,4	81,1

Danskundervisning for fast personale AMU	Træningscentre	0,0	0,0
	Plejecenter	97,3	0,0
	Hjemmeplejen	0,0	0,0
I alt		97,3	0,0
Praktikvejledere psykiatri	Træningscentre	8,1	8,1
	Plejecenter	56,8	56,8
	Hjemmeplejen	16,2	16,2
I alt		81,1	81,1
PPS-undervisning	Træningscentre	60,9	4,0
	Plejecenter	111,4	7,4
	Hjemmeplejen	72,0	4,8
I alt		244,3	16,2
Seminar om relationel koordinering	Træningscenter	7,0	0,0
	Plejecenter	13,0	0,0
	Hjemmeplejen	10,0	0,0
I alt		30,0	0,0
Velfærdsteknologi	Træningscenter	0,0	
	Plejecenter	26,9	
	Hjemmeplejen	0,0	
I alt		26,9	0,0
Ernæringsscreening	Træningscenter	0,0	0,0
	Plejecenter	0,0	0,0
	Hjemmeplejen	40,5	0,0
I alt		40,5	0,0
Rejse-sætte sig test	Træningscenter	0,0	0,0
	Plejecenter	11,9	0,0
	Hjemmeplejen	17,6	0,0
I alt		29,5	0,0
KOL-undervisning	Træningscenter	11,0	0,0
	Plejecenter	28,0	0,0
	Hjemmeplejen	30,0	0,0
I alt		69,0	0,0
UVI-undervisning	Træningscenter	11,0	0,0
	Plejecenter	26,0	0,0
	Hjemmeplejen	33,0	0,0
I alt		70,0	0,0
Diplom, kommunom mv.	Træningscenter		
	Plejecenter		
	Hjemmeplejen		
i alt		58,0	58,0

Introkursus for nye fastansatte SAFE	Træningscenter	38,8	38,8
	Plejecenter	55,3	55,3
	Hjemmeplejen	55,3	55,3
I alt		149,5	149,5
Obligtorisk kursus for nyansatte afløsere SAFE	Træningscenter	1,1	1,1
	Plejecenter	38,1	38,1
	Hjemmeplejen	38,1	38,1
I alt		77,3	77,3
Kursus for elever SAFE	Træningscenter	1,9	1,9
	Plejecenter	20,8	20,8
	Hjemmeplejen	20,8	20,8
I alt		43,5	43,5
Temakurser - opdateringskurser SAFE	Træningscenter	7,8	7,8
	Plejecenter	17,2	17,2
	Hjemmeplejen	17,2	17,2
I alt		42,2	42,2
I alt, samlet		3405,5	4072,5