



Resultater af enhedsprisanalyse og brugertidsprocenter i SUF

Strategi- og analysestaben og
Økonomistaben



21. maj 2012

KØBENHAVNSKOMMUNE
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
www.kk.dk



Enhedsprisanalyse- konklusion

> Nettodriftsudgifter til ældreområdet – budget 2011

2011 p/l	Aarhus	Odense	Aalborg	Esbjerg	Randers	København	6-by gns
Kr. pr. 65+-årig	41.446	33.801	40.115	35.992	35.755	56.815	40.654

> Udgiftsforskellen mellem KK og 6-by gns. svarer til 901 mio. kr.



Håndtag

> Årsager og parametre, der kan skrues på (markeret med blåt)



- Ændring af det politisk fastsatte serviceniveau
- Optimering af produktiviteten i hjemmeplejen
- Omfordeling af kommunernes elevdimensionering
- Indsats for at sænke borgeres afbuds-/udeblivelsesgrad på genoptræningscentre.
- På længere sigt: Større sundhedsfremmeindsats målrettet forlængelse af middelalderen



Gruppering af udgiftsforskel på ældreområdet

Budget 2011, mio. kr.	mio. kr.	andel
Udgiftsforskel i alt	901	
Heraf teknisk korrektion for udgifter til udenbys borgere	292	
Udgiftsforskel efter teknisk korrektion	609	100 %
Heraf demografi (alder, civilstand) og sundhedstilstand	458	75,1 %
Heraf politisk fastsat serviceniveau	152	25,0 %
Heraf produktivitet	4,3	0,7 %
Heraf øvrige	-5	-0,8 %



Demografi og sundhedstilstand

Årsagsforklaring, mio. kr.	Hjemmepleje	Madservice	Plejeboliger mv.	Aktivitet- tilbud	Hjemmesygepl eje	Hjælpemidler	Øvrige	I alt
Demografi	84		254	19	48	52		457

- > Forklarer 75 % af udgiftsforskellen efter korrektion for udenbys borgere
- > København har 2.000 flere 80+ årige og 10.000 flere enlige ældre end 6-by gennemsnittet
- > København har den næstlaveste middellevetid i Danmark, og 2 år kortere end 6-by gennemsnittet
- > Den demografiske udvikling vil medføre en automatisk reduktion i udgifter pr. 65+ årig med 1/6 del frem til 2016



Politisk fastsat serviceniveau

Årsagsforklaring, mio. kr.	Hjemmepleje	Madservice	Plejeboliger mv.	Aktivitets- tilbud	Hjemmesygepl eje	Hjælpe midler	Øvrige	I alt
Politisk fastsat serviceniveau	21	14	99	17				152

- > 4-ugers ventetidsgaranti på plejehjemsområdet, hvor de fleste andre byer har 8-ugers ventetidsgaranti
- > Specialpladser på plejehjemsområdet
- > Indkøbsordning på hjemmeplejeområdet
- > Madservice: levering af varm mad på det tidspunkt af dagen, som bedst passer borgeren
- > Væsentligt højere niveau ift. §79 tilbud



Produktivitet

Årsagsforklaring, mio. kr.	Hjemmepleje	Madservice	Plejeboliger mv.	Aktivitet- tilbud	Hjemmesygepl eje	Hjælpemidler	Øvrige	I alt
Produktivitet	32		-28					4

- > København har lavere produktivitet i hjemmepleje grundet merudgifter som følge af udfordringer med tilpasning til demografi, større uddannelsesforpligtelse vedr. Sosu-elever i København og stigende andel af private leverandører
- > København har højere produktivitet på plejehjem blandt andet pga. stordriftsfordele, da københavnske plejehjem er væsentligt større end plejehjem i sammenligningskommunerne



Påvirkningsmuligheder

- > Ændring af det politisk fastsatte serviceniveau
- > Optimering af produktiviteten i hjemmeplejen
- > Omfordeling af kommunernes elevdimensionering
- > Indsats for at sænke borgeres afbuds-/udeblivelsesgrad på genoptræningscentre.

Ca. hver 4. borger aflyser eller udebliver fra visiteret ydelse

- > På længere sigt: Større sundhedsfremmeindsats målrettet øget middellevetid



Brugertidsprocenter i SU F



Analyse-design

D) Balance: Hvad er den optimale balance? Hvor er vi nu? Og hvor kan fjernes uproduktiv tid?

A) Hvad er BTP? Nøgletal med internt og eksternt benchmark – og opgjort med forskellige afgrænsninger

Indirekte brugertid

Brugertid

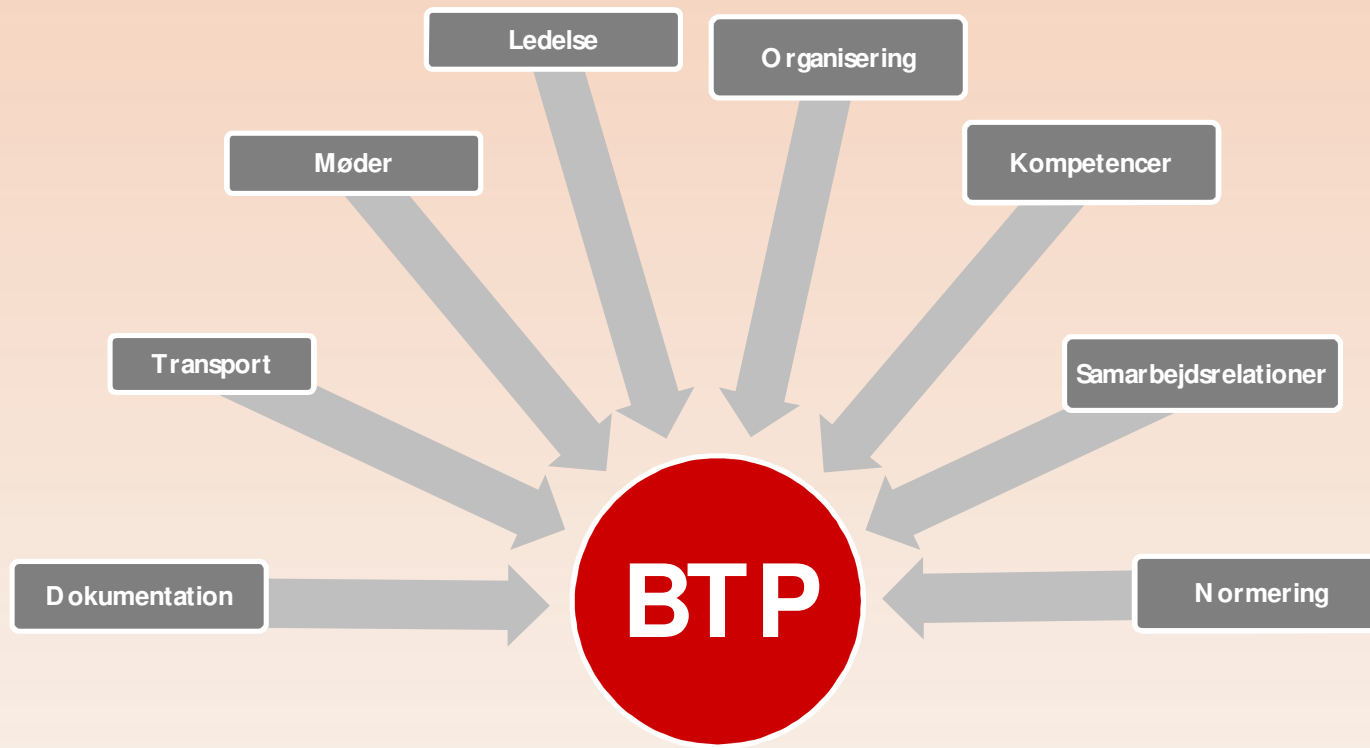
B) Hvad er driverne for BPT? Statistisk analyse af drivere bag BTP på gruppeniveau

C) Hvad foregår der i den indirekte brugertid? Og i hvilket omfang understøtter dette tidsforbrug den direkte brugertid? – Kvalitativ afdækning

E) Mulige indsatsområder
Konkrete forslag til, hvordan tidseffektiviteten – bl.a. opdelt på løsninger inden for eksisterende ledelsesrum – hhv. kræver aftaleændringer.



SU Fs brugertidsprocent – drivkræfter og barrierer





Brugertidsprocenter

For hjemmepleje og sygepleje opgjort for hele 2011.

For genoptræning opgjort fra 14-dages stikprøve medio 2011

Ydelsesområde	BTP
D ag hjemmepleje	56%
Aftenhjemmepleje	51%
Hjemmepleje samlet	55%
D ag sygepleje	34%
Aften sygepleje	37%
Sygepleje samlet	34%
Genoptræning	31%

BTP angiver den direkte brugertidsandel af fremmødetiden, dvs. den andel af tiden, som det udførende personale anvender i direkte kontakt med borger ud af den samlede fremmødetid.

BTP beregnes for fastansatte og timelønnede medarbejdere, men kun for den del af medarbejderne, der har direkte brugertid. Ledere og administrativt personale indgår derfor ikke i opgørelsen.

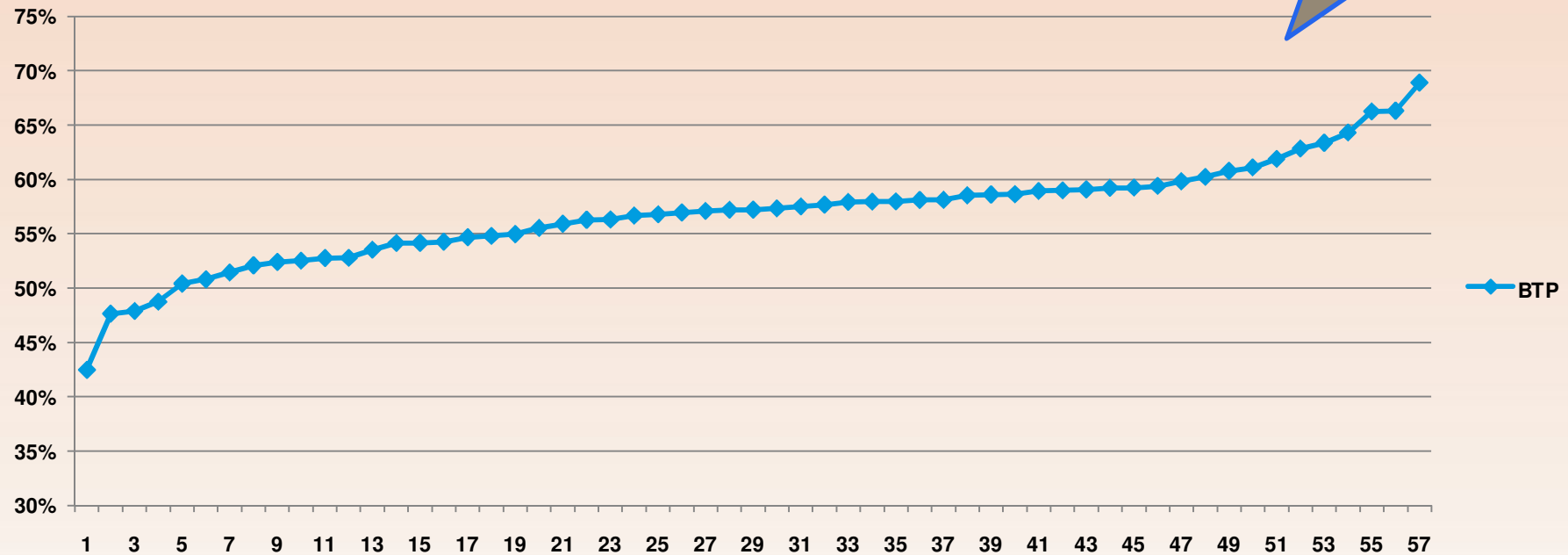
Elever og eksterne vikarer er også taget ud pga. af manglende data.



Spredning - daghjemmeplejegrupper

Relativ stor spredning
Næste skridt: Analyse
af drivere bag
henholdsvis lav og høj
BTP

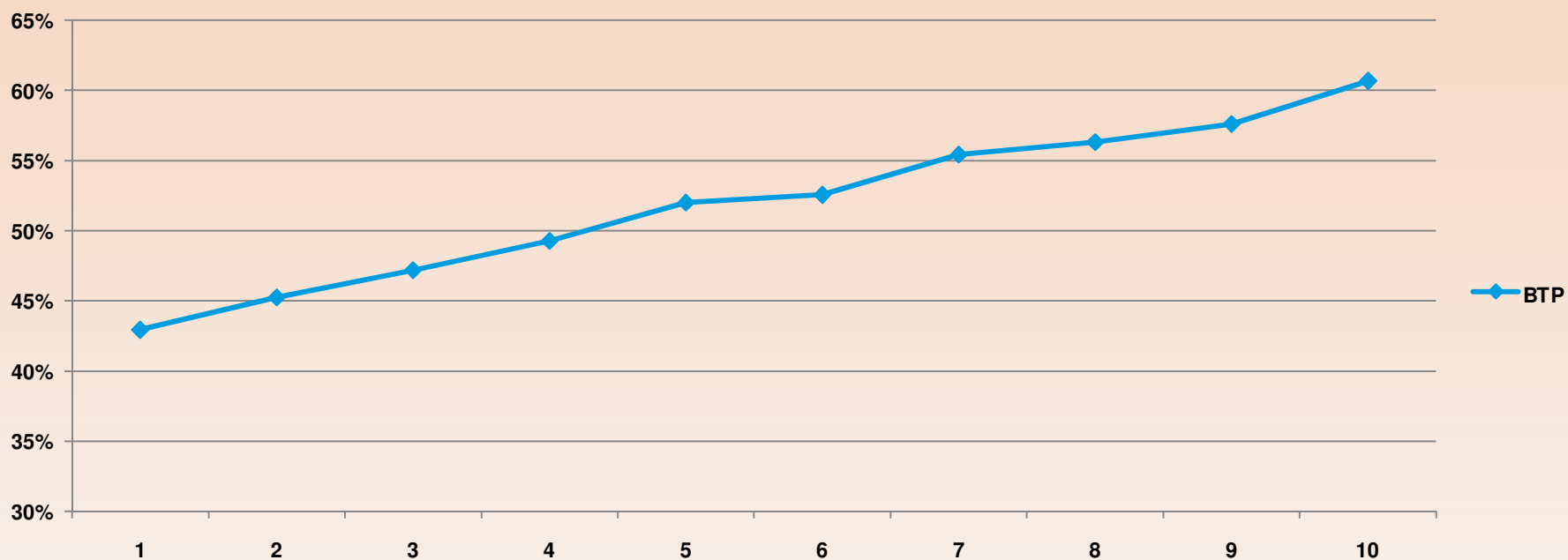
BTP - daghjemmepleje





Spredning - aftenhjemmeplejegrupper

BTP - aftenhjemmepleje

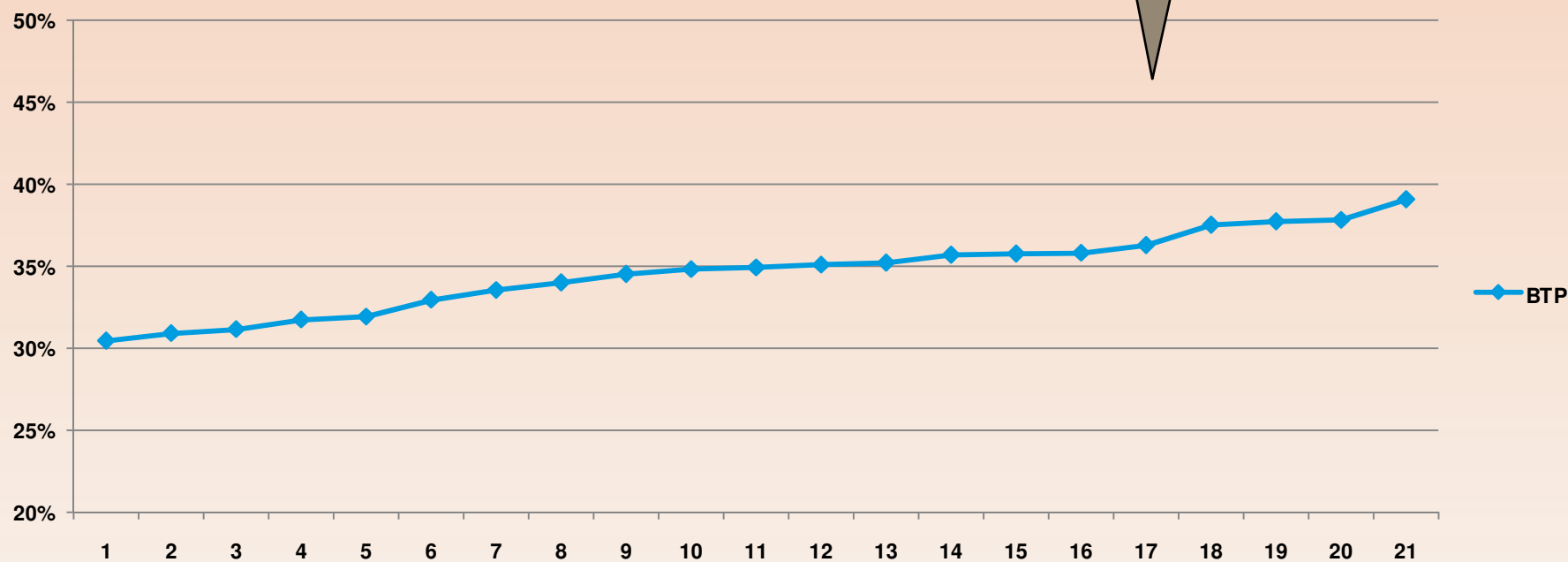




Spredning - dagsygepleje

Mindre spredning end i hjemmeplejen

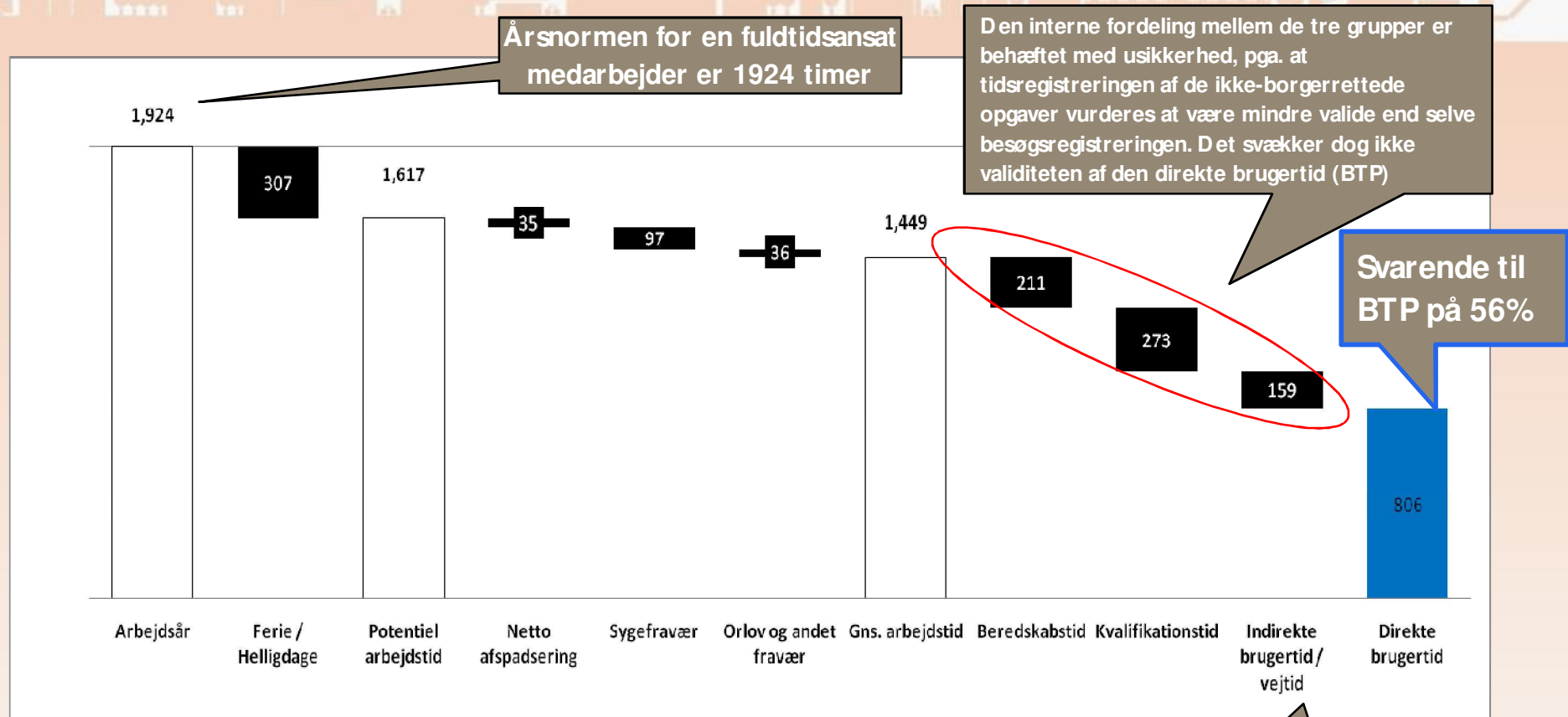
BTP - dagsygeplejegrupper





Tidsforbrug – Daghjemmepleje – fastansatte

Beregnet for ansatte i daghjemmeplejen for 2011. Daghjemmepleje dækker hverdag og weekend i dagtimerne



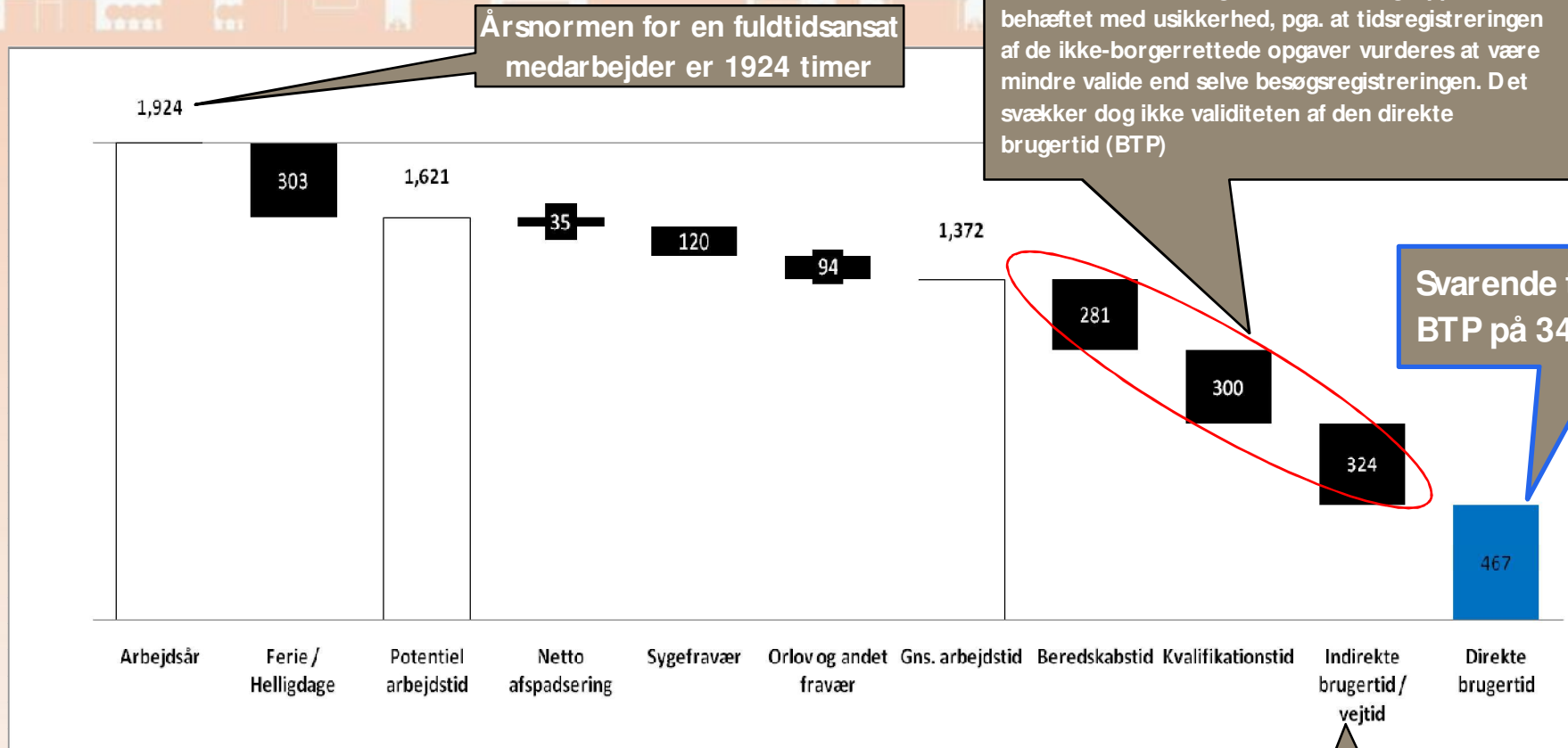
BTP-opgørelsen tager udgangspunkt i Servicestyrelsens model for opgørelse af BTP i ældreplejen. I denne model er angivet, at BTP skal opgøres i forhold til fremmødetiden, og ikke normtiden.

Vejtiden udgør ca. halvdelen af den indirekte brugertid – svarende til ca. 6% af den samlede fremmødetid



Tidsforbrug – Dagsygepleje - fastansatte

Beregnet for alle ansatte i dagsygeplejen i 2011.



BTP- opgørelsen tager udgangspunkt i Servicestyrelsens model for opgørelse af BTP i ældreplejen. I denne model er angivet, at BTP skal opgøres i forhold til fremmødetiden, og ikke normtiden.

Vejtiden udgør ca. en tredjedel af den indirekte brugertid – svarende til ca. 7% af den samlede fremmødetid

Benchmark - hjemmepleje

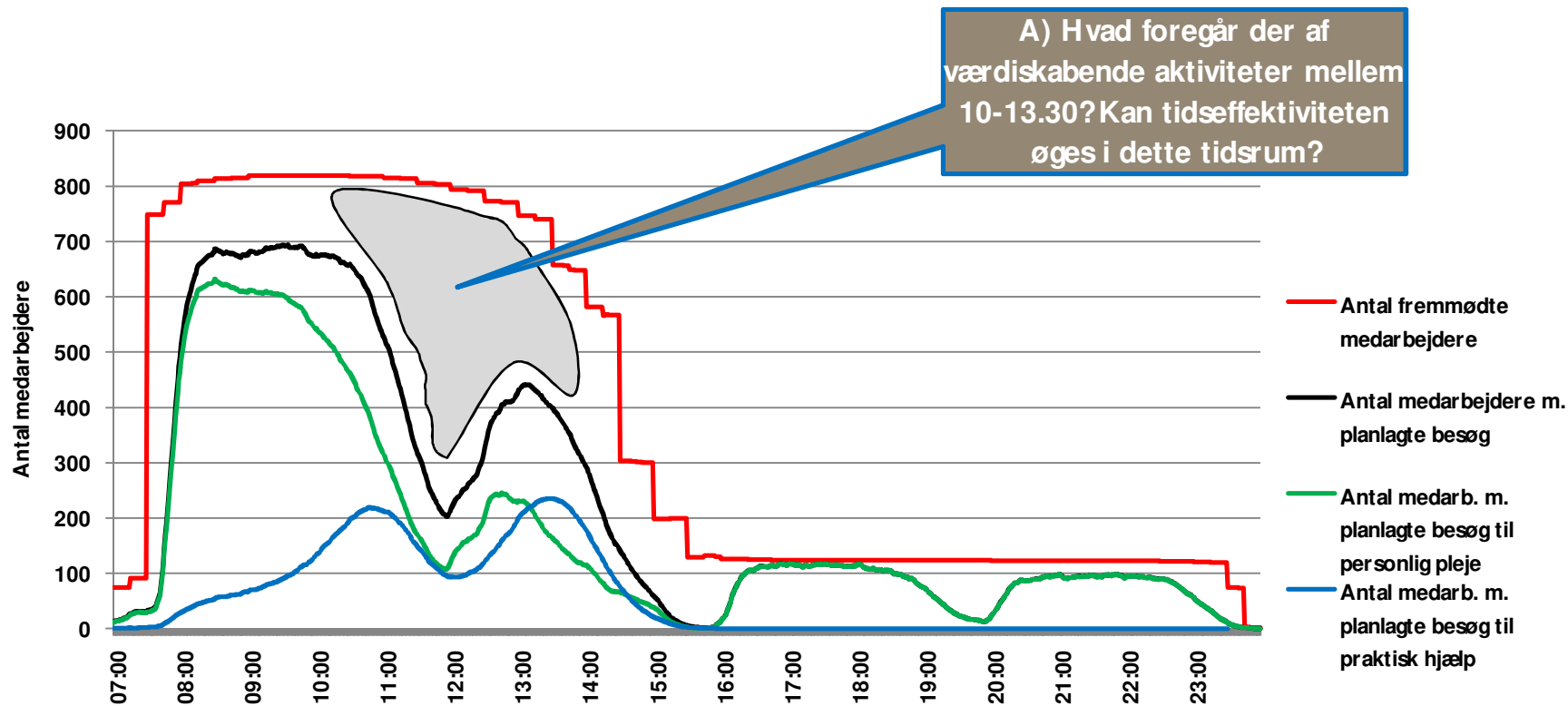
BTP opgøres meget forskelligt, og værdien af sammenligningen er derfor tvivlsom. BTP opgøres kun på fritvalgsydelser (dvs. praktisk hjælp og personlig pleje) og omfatter derfor ikke sygeplejen.

By	Aalborg	Århus	Odense	Esbjerg	Randers	SUF
BTP	52,0%	52,9%	52,0%	58,6%	49,4%	55%
Datagrundlag	Hele hjemmeplejen	Hele hjemmepleje	Repræsentativt udvalgt	Hele hjemmepleje	5 ud af 9 distrikter	Hele hjemmeplejen
Metode	Samkøring af data	Samkøring af data	Stikprøve (14 dage)	Samkøring af data	Stikprøve (14 dage)	Samkøring af data
Anvendt aktivitetsdata	Leveret tid	Leveret tid	Leveret tid	Visiteret tid (- aflyste besøgs tid)	Leveret tid	Leveret tid
Registreringsform	PDA	PDA	Papir	Planlægningsdata – aflyste besøg	PDA / Papir (ved 1/15 medarbejdere)	PDA
Eksterne vikarer	Fremmødetiden indgår ikke, leverede timer indgår	Indgår, vikarudgiften omregnes til fremmødetimer	Indgår	Indgår, registrerer fremmødetid	Indgår ikke	Indgår ikke
Elever	Fremmødetiden indgår kun ved nogle, mens leverede timer altid indgår	Indgår	Indgår ikke	Indgår med 50% af deres fremmødetimer	Indgår	Indgår ikke



Personaleforbrug fordelt på planlagte opgaver – hjemmeplejen hverdag

Figuren viser, omregnet til antal medarbejdere, forholdet mellem fremmødetid og planlagt tid til personlig pleje og praktisk hjælp, for hjemmeplejen på en gennemsnitlig hverdag fordelt på tidsinterval. Hele den planlagte tid vil ikke faktisk blive leveret, pga. aflysninger fra borgere, der udgør 8%. Dvs. at BTP reelt er 8% lavere end den viste. Kun udførende personale er medregnet i fremmødetiden.

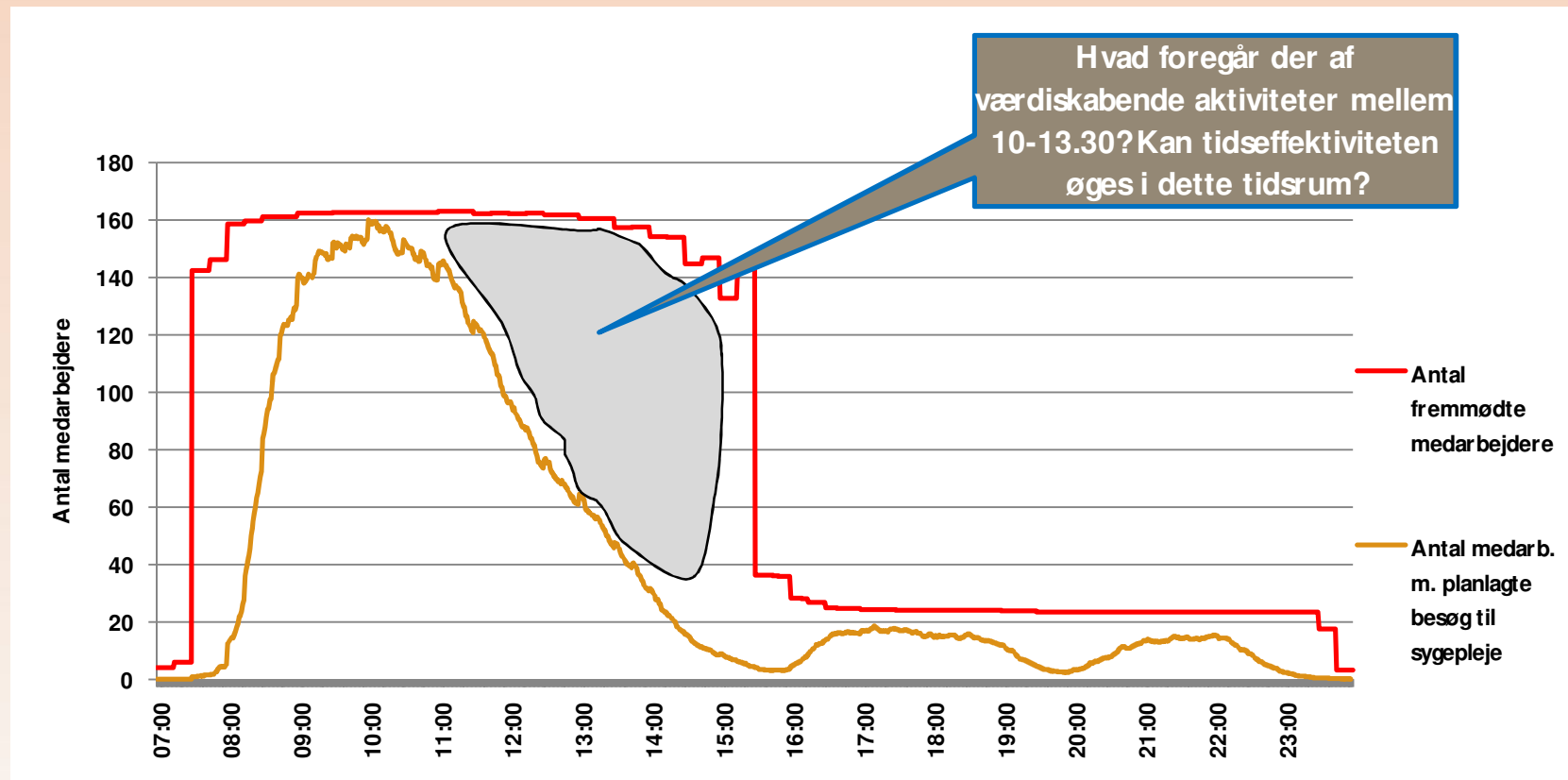


B) Stor overensstemmelse mellem planlagt tid og fremmøde og aftenen – men leveringsgraden falder betydeligt efter klokken 16, så reelt er brugertidsprocenten lavere om aftenen.



Personaleforbrug fordelt på planlagte opgaver – sygeplejen - hver dag

Figuren viser, omregnet til antal medarbejdere, forholdet mellem fremmødetid og planlagt tid til sygepleje, på en gennemsnitlig hverdag fordelt på tidsinterval. Ikke hele den planlagte tiden vil faktisk blive leveret, pga. aflysninger fra borger. Kun udførende personale er medregnet i fremmødetiden.

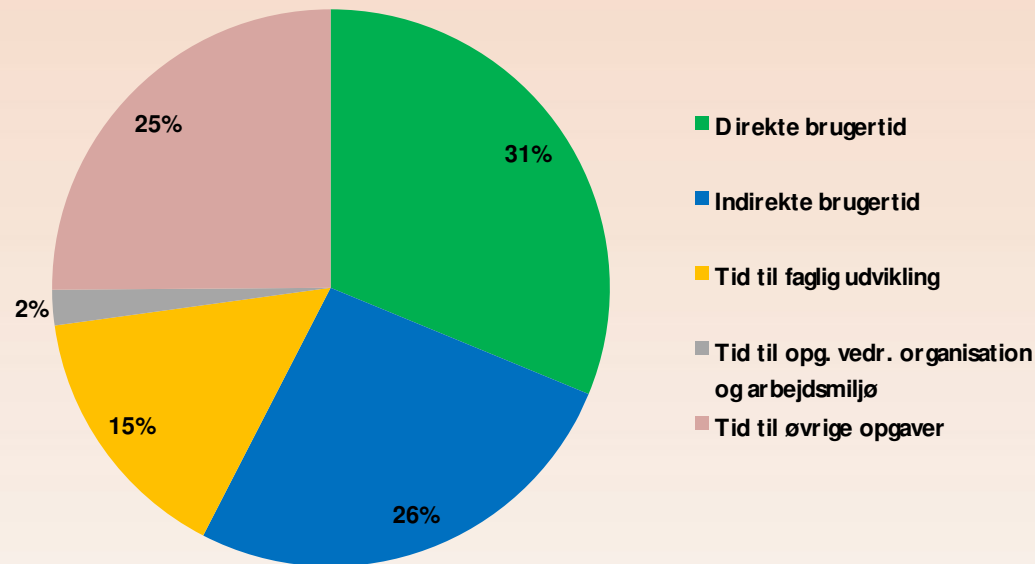




Tidsforbrug og belastningsgrad - genoptræningscentre

Figuren viser fremmødetiden på genoptræningscentre fordelt på direkte brugertid, samt andre opgaver. Opgørelsen er baseret på en stikprøve i en 14-dagers periode medio 2011

Figuren viser nøgletal for belastningen på genoptræningscentre i 2011. Leveringsgraden angiver andel reelle fremmøder ud af antal visiterede fremmøder. Borgers afbuds- udeblivelsesgrad angiver andel fremmøder, hvor borger aflyser eller udebliver ud af antal planlagte fremmøder.

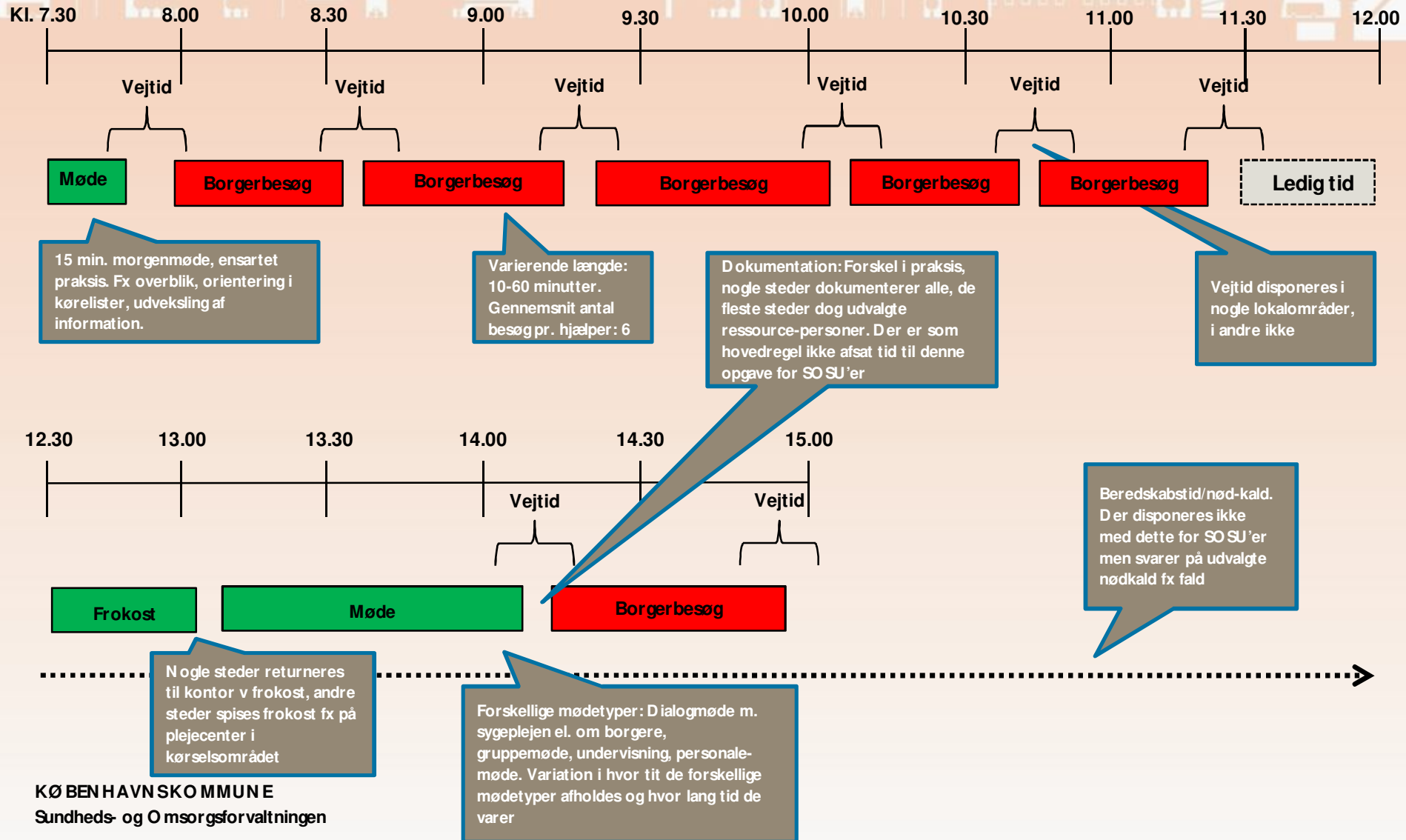


Belastning 2011	
Antal forløb	12.298
Antal fremmøder	123.239
Leveringsgrad	69%
Borgers afbuds-/ udeblivelsesgrad	23%

Næsten hver fjerde aftale aflyses af borger, eller borger udebliver



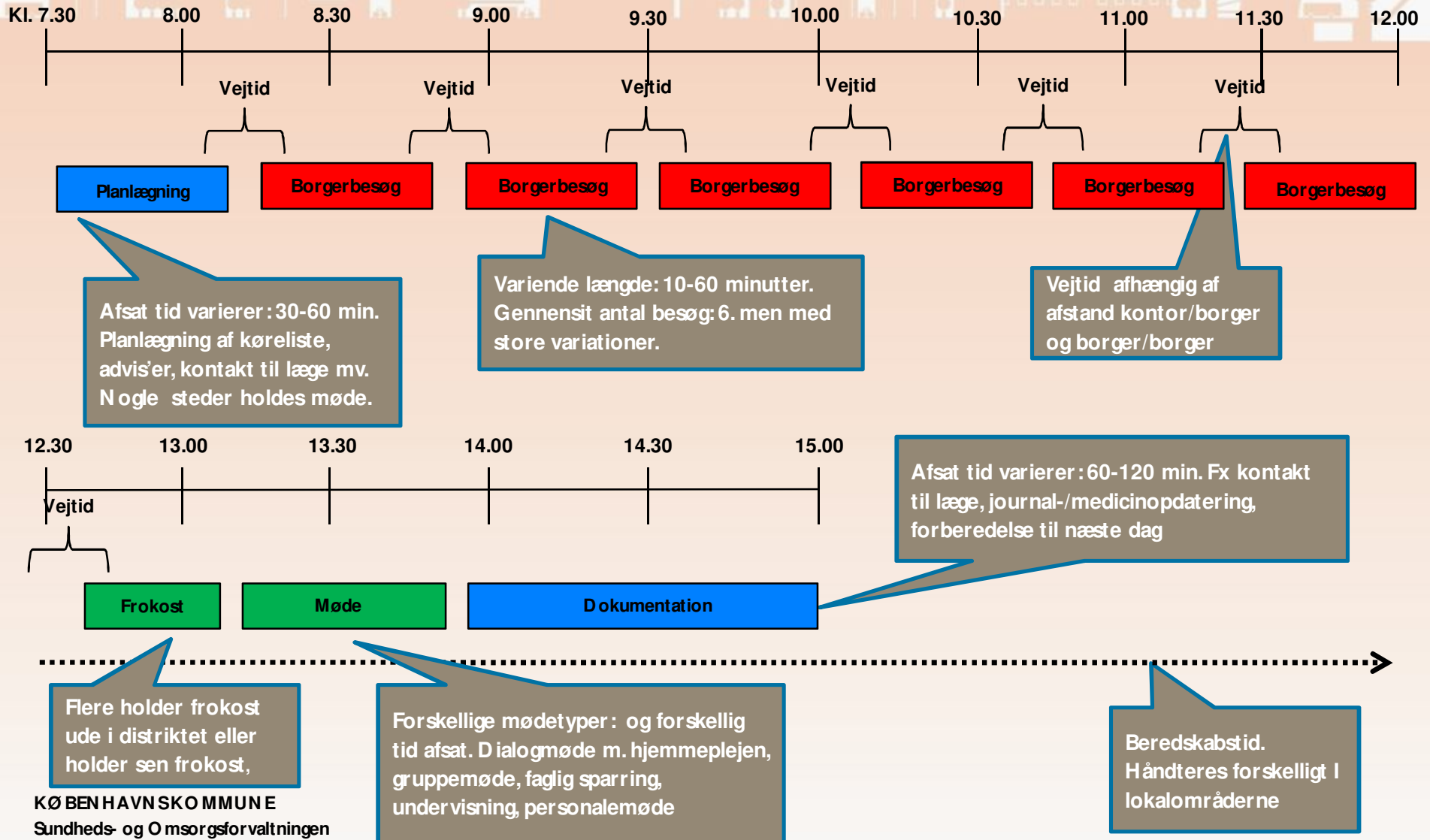
Tidstypisk dag for SO SU medarbejder i hjemmeplejen (kvalitativ afdækning)





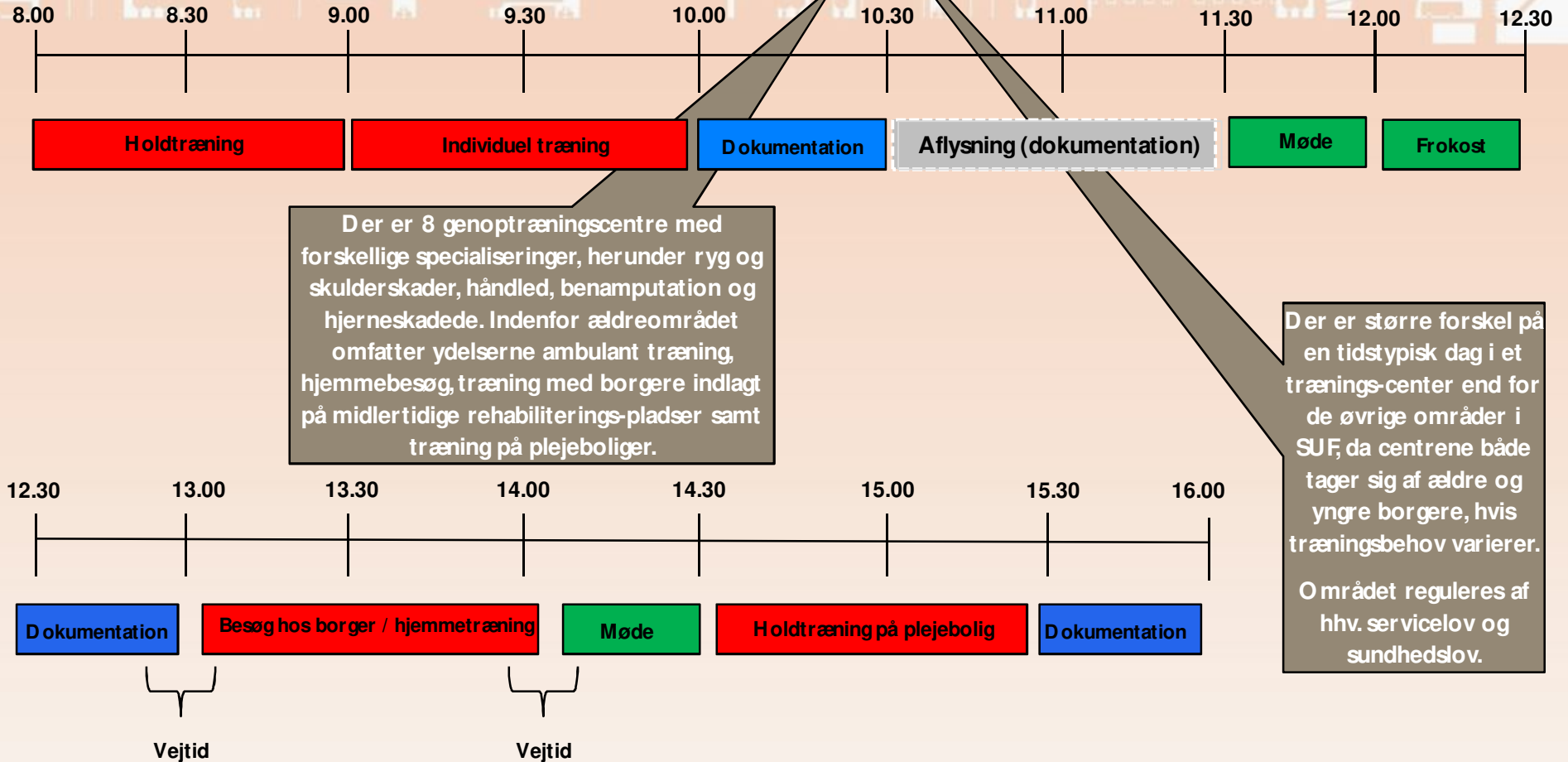
Tidstypisk dag for sygeplejerske i hjemmeplejen

(kvalitativ afdækning)





Tidstypisk dag for fysioterapeut i genoptræningscenter (kvalitativ afdækning)





Fokuspunkter til uddybning - hjemmeplejen

Tema	Observationer fra kvalitative analyser	Mulige indsatsområder
Kapacitets-tilpasning og kapacitets-udnyttelse	<ul style="list-style-type: none"> Hjemmeplejens kapacitet udnyttes ikke altid fuldt ud, således opstår der "lommer" af ledig tid, specielt i tidsrummet kl. 10.30-13. Ledig tid håndteres forskelligt lokalt. Høj grad af uforudsigelighed i hverdagen – fx at borgerbesøg aflyses eller flyttes. Lange besøg med flere ydelser gennemføres ofte hurtigere end planlagt. Dette lægger op til en overvejelse om behovet for fremtidig kapacitets-tilpasning, så antallet af medarbejdere passer til mængden af opgaver. Denne problemstilling er også relevant i relation til sygeplejeområdet 	<p>Fortsat fokus på tilpasning af medarbejder-ressourcer til de faktiske behov:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vurdere 'kundegrundlaget' (er der borgere nok?). Udvide omfanget/antallet af ydelser.
Organisering	<ul style="list-style-type: none"> Hjemmeplejen er organiseret forskelligt i de 5 lokalområder, dvs. med forskellige gruppe- og teamstørrelser; organisationen vurderes at have konsekvenser for effektiviteten i de leverede ydelser. 	<p>Fastsætte den ideelle teamstørrelse ift. effektivitet i leveringen af ydelser.</p>
Møder	<ul style="list-style-type: none"> Stor variation i mødeafholdelse, hvad angår frekvens, varighed, indhold og organisering. Et lokalområde bruger således 90 minutter mere om ugen pr. medarbejder end et andet. Medarbejderne oplever at kvaliteten og den opnåede effekt af møderne varierer; de er vigtige for at sikre en veltilrettelagt arbejdsdag og støtte op om servicen overfor borgeren. Det rette niveau for informationsudveksling bør fastlægges. 	<p>Definere organisatoriske og indholdsmæssige rammer for faglig dialog og møder, herunder hensigtsmæssig frekvens og længde.</p>
Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> Kvaliteten i dokumentationen er øget i løbet af de seneste år. Døgn- og ugeplanen (Plejeplan) udgør den væsentligste dokumentation for hjemmeplejen. Der bruges meget tid på at udarbejde og vedligeholde døgn- og ugeplanen; observationer viser dog begrænset anvendelse af planerne af medarbejdere i hjemmeplejen. 	<p>Der arbejdes allerede med nye skabeloner og arbejdsgange ifm. dokumentation.</p>



Fokuspunkter til uddybning - sygeplejen

Tema	Observationer fra kvalitative analyser	Mulige indsatsområder
Møder	<ul style="list-style-type: none"> • Møder er forskelligt organiseret mht. frekvens, organisering og indhold. Der holdes typisk 1. Morgenmøder, hvor dagen planlægges, 2 Dialogmøder med hjemmeplejen og 3. Gruppemøder med fagligt eller personalemæssigt indhold. • Udbyttet opleves meget forskelligt, særligt ift. samarbejdet med hjemmeplejen. 	<p>Definere organisatoriske og indholdsmæssige rammer for faglig dialog og møder, herunder hensigtsmæssig logistik, frekvens og længde.</p>
Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejerskerne bruger relativt meget tid på dokumentation. • Der forekommer en del dobbeltdokumentation, hvor der først dokumenteres på papir og efterfølgende indføres elektronisk (KOS). • Dokumentationen sikrer kontinuiteten i plejen og at informationer flyder mellem forskellige medarbejdere og andre relevante interessenter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nyt, enklere journalsystem (KOS II). • Bærbare PC'er til udekørende medarbejdere.
Samarbejde med øvrige sundhedsvæsen	<ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejersker har i praksis en væsentlig rolle som koordinator ift. det øvrige sundhedsvæsen (sygehuse, læger m.fl.). Det er sygeplejerskerne, der har den daglige kontakt til borgeren og dermed ofte overblikket over borgerens tilstand. • Koordinationen forekommer særlig vigtig ift. svage borgere, der ikke selv kan tale deres sag (fx demente, psykisk syge, ensomme). • Samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen fylder meget og opleves generelt som kompliceret og unødigt besværligt. 	<p>Afsøge muligheder for at optimere det nuværende samarbejde.</p>



Fokuspunkter til uddybning - genoptræningscentre

Tema	Observationer fra kvalitative analyser	Mulige indsatsområder
Opstart af nye borgere	<ul style="list-style-type: none"> • Indenfor <i>Serviceområdet</i> indledes et træningsforløb med en test og samtale mellem borgeren og terapeuten (forundersøgelsessamtale). • Forud for har borgeren gennemgået en visitationssamtale, hvor der er et betydeligt overlap ift. forundersøgelsessamtalen på træningscentret. • Den samlede direkte brugertid i opstartsfasen vurderes at kunne nedbringes. 	<p>Snitfladen mellem visitation og træningscentre afvejes, således at overlap minimeres.</p>
Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation fokuserer på borgerens individuelle forløb og fremdrift. • Der bruges generelt set ret meget tid på dokumentation, og dokumentationen forekommer meget detaljeret. Dette gælder både indledende, løbende og afsluttende dokumentation. Dokumentation anvendes kun i begrænset omfang. • Der dokumenteres i flere forskellige IT-systemer samt i et vist omfang på papir. 	<p>Øget standardisering af dokumentation, med højere grad af fokus på afvigelser.</p> <p>Indførelsen af nyt journalsystem er planlagt.</p>
Kapacitetsudnyttelse - udeblivelser	<ul style="list-style-type: none"> • Der forekommer mange udeblivelser og aflysninger fra borgernes side, hvilket har betydning for terapeuternes mulighed for at tilrette en arbejdsdag. • De mange udeblivelser og aflysninger har konsekvens for den direkte brugertid. • Dette er særligt et problem ved individuel træning. På hold foretages overbooking for at afbøde konsekvenser af udeblivelser og aflysninger (dog stadig sub-maksimal ressourceudnyttelse). 	<p>Forskellige initiativer, der fokuserer på at fastholde og "ansvarliggøre" borgerne ift. aftalte tider.</p>



Næste skridt

Metode til vurdering af effektiviseringspotentiale:

- > Den "blå tid" i syge- og hjemmepleje omsættes til årsværk, herunder årsværk mellem 10 og 14
- > Udvikling af bedste bud på en *uge-norm* for hjemme- og sygepleje.
- > Differencen mellem "blå tid" og *uge-normerne* er bedste bud på *effektiviseringspotentialet* i hjemme- og sygeplejen.

Effektiviseringspotentialet kan udnyttes ad tre veje:

- a) Flere ydelser til de brugere, vi allerede har
- b) Flere brugere
- c) Færre medarbejdere

Kort sigt :

- > Vægt på kapacitetsudnyttelse – a'eren: Flere ydelser til kendte brugere.
- > Flere hænder kan fx kanaliseres over i nogle af de kritiske, politiske mål – fx kvalitetssikring ift. medicin, ensomhed mv.
- > Normer for møder & dokumentation, smartere vejtid, bedre IT-understøttelse mv. skal bane vejen for, at gabet mellem normen og den nuværende tidsforbrug kan realiseres.

Langt sigt :

- > Vægt på kapacitetstilpasning - fx via miks af a, b og c