

ANALYSE AF FORDELE OG ULEMPER VED AT SAMMENLÆGGE HJEMME – OG SYGEPLEJEN I SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN OG SOCIALFORVALTNINGEN UNDER SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN

20. september 2021

INDHOLD

1.	Sammenfatning og konklusioner	1
2.	Undersøgelsens baggrund, tilrettelæggelse og design	12
2.1	Baggrund og kommissorium	12
2.2	Tilrettelæggelse	13
3.	Organisering og samarbejde	15
3.1	Myndighedsområdet	15
3.2	Hjemmeplejen	20
3.3	Sygeplejen	23
3.4	Faglige støtte- og udviklingsfunktioner	25
4.	Økonomi og aktivitet	28
4.1	Økonomi	28
4.2	Målgrupper i den sociale hjemmepleje	31
4.3	Samlet aktivitet	33
4.4	Hjemmeplejen	35
4.5	Sygeplejen	39
4.6	Serviceniveau	42
5.	Personale	44
5.1	Oversigt over personale samlet og fordelt på faggrupper	44
5.2	Anciennitet	46
5.3	Personaleomsætning	48
6.	Kvalitativ analyse af den nuværende situation	50
6.1	Ensartet serviceniveau og forsyningssikkerhed	50
6.2	Målgrupperne	52
6.3	Samarbejde og snitflader	52
6.4	Personale og kompetencer	54
7.	Scenarier for den fremtidige organisering af hjemme- og sygeplejen	55
7.1	scenarie 0. Den sociale hjemme- og sygepleje (DSH) bliver i SOF	56
7.2	scenarie 1A. Udførerfunktionerne i DSH flyttes fra SOF til SUF	57
7.3	scenarie 1B. DSH flyttes i sin helhed fra SOF til SUF	65

1. SAMMENFATNING OG KONKLUSIONER

BAGGRUND OG INTRODUKTION

1. **Todelt struktur.** Siden 1998 har ansvaret for hjemmeplejen og hjemmesygeplejen i Københavns Kommune været delt mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF) og Socialforvaltningen (SOF). I SOF var hjemme- og sygeplejen tidligere organiseret som et selvstændigt borgercenter, men har de seneste år været en del af Borgercenter Voksne. Hovedprincippet har været, at SUF har ansvaret for ydelser til borgere på 65 år og derover, mens SOF har ansvaret for borgere under 65 år, herunder borgere med fysiske og psykiske handicap samt socialt udsatte borgere. Modellen tilgodeser, at hjemme- og sygepleje til borgere med sociale problemstillinger er forankret i en organisation, som i forvejen er vant til at arbejde med borgere i denne målgruppe, og hvor der er mulighed og tradition for at integrere socialpædagogiske tilgange i arbejdet.

Den todelte struktur adskiller sig imidlertid fra andre kommuner, herunder også de øvrige store kommuner.

Nærværende undersøgelse har haft til formål at kortlægge og analysere fordele og ulemper ved at sammenlægge de to hjemme- og sygeplejeorganisationer. Det er igennem undersøgelsen tilstræbt at belyse fordele og ulemper ud fra en række forskellige perspektiver, nemlig et borger- og et medarbejderperspektiv samt et drifts- og økonomiperspektiv.

I det følgende sammenfattes først de væsentligste kortlægnings- og analyseresultater, og derefter præsenteres en række mulige scenarier for en evt. sammenlægning, herunder de fordele og ulemper, som knytter sig til scenarierne. En sammenlægning af de to organisationer vil være en betydelig forandringsopgave, som ikke kun rummer muligheder men også risici. Derfor redegøres også for de vigtigste opmærksomhedspunkter og realiseringsforudsætninger i tilknytning til scenarierne.

2. **Genopretning og stabilisering.** Hjemme- og sygeplejen i SOF har de seneste år været igennem en vanskelig periode, hvor der har skullet gennemføres en genopretning og stabilisering af økonomi, drift og kvalitet. Det har delvist rod i en organisationsændring tilbage i 2018, som fik negative følgevirkninger for trivsel og personaleomsætning (og heraf afledt stigning i vikarforbrug). Det satte sig spor i den faglige kvalitet, og kommunen fik i 2019 påbud fra Styrelsen for Patientsikkerhed om at rette op på kritisable forhold blandt andet vedrørende medicinhåndtering. Organisationsændringen er i store træk rullet tilbage, og medio 2019 blev der iværksat en genopretningsplan, som har været forankret i et stabiliseringsprogram med en række forskellige spor.

Analysen viser, at denne genopretning og stabilisering i høj grad er lykkedes. Medarbejdertrivslen er således tilbage på normalt niveau, og personaleomsætningen er også stabiliseret på et niveau, som er sammenligneligt med SUF, jf. senere. Vikarforbruget er dog fortsat højt, og organisationen har fortsat betydelige strukturelle udfordringer med rekruttering og fastholdelse, ligesom økonomien er presset. Samlet set er den sociale hjemme- og sygepleje medio 2021 dog i en helt anden og bedre situation end to år tidligere.

ANSVARSFORDELING OG KOORDINERING

3. **Forskelle og ligheder.** Der er på mange områder et tæt samarbejde mellem de to forvaltninger, herunder fælles løsninger og aftaler. Som eksempler kan nævnes fælles leverandøraftaler, fælles omsorgssystem og, videst mulig ensartethed i de politisk godkendte kvalitetsstandarder på servicelovsområdet. Der er også et veletableret samarbejde omkring nogle typer af tilbud, fx rehabiliterings- og aflastningspladser, hvor SOF (mod betaling) anvender den kapacitet, som er etableret i SUF.

Der er dog også eksempler på, at de to forvaltninger igennem årene har valgt forskellige løsninger og tilgange særligt i den måde, driften planlægges og tilrettelægges. Aktuelt betyder det blandt andet, at der i forhold til visitation til servicelovsydelser i SOF visiteres efter enkelttydelser, mens der i SUF visiteres efter et blokkoncept for servicelovsydelser. Begge med udgangspunkt i det fælles kommunale indsatskatalog for servicelovsydelser.

Desuden er vagt- og ruteplanlægning organiseret centralt på hvert center i SOF men decentralt i SUF. Herudover er der naturligvis mange eksempler på konkrete arbejdsgange og -rutiner, som varierer mellem organisationerne ligesom forskellen i målgrupper naturligt betyder, at der i SOF har været et større fokus på at opbygge kompetencer ift. psykisk sygdom og socialpædagogiske metoder.

Fra et driftsperspektiv er der således en række forskelle, som skal håndteres som led i en evt. sammenlægning.

4. **Koordineringen** af opgave- og ansvarsfordelingen mellem de to forvaltninger tager udgangspunkt i en samarbejdsaftale fra 2012. Udgangspunktet er aldersgrænsen på 65 år, men der er aftalt en række principper, som på nogle punkter afviger herfra. Fx varetager SUF ansvaret for terminale borgere og borgere med cancer uanset alder samt sygepleje til borgere under 65 år, der ikke modtager andet end sygepleje. Omvendt er der praksis for, at borgere med sociale problemstillinger fortsat (kan) betjenes af SOF efter, de er fyldt 65 år, hvis de sociale problemstillinger er de dominerende. Det er et grundprincip, at der så vidt muligt altid kun er én forvaltning, der har det samlede ansvar for en borger.

Samarbejdsaftalen giver en overordnet ramme for koordineringen, men er på mange områder ikke særlig præcis. Der er etableret en koordinationsstruktur, hvor ansvarsplaceringen for konkrete borgere drøftes og afklares, hvis der er tvivl eller uenighed. Det er efter det oplyste forholdsvis få sager, som forelægges til drøftelse i dette forum. Det sidste er ikke nødvendigvis udtryk for, at der ikke opleves uklarheder eller u hensigtsmæssigheder. Men det afspejler delvist, at der igennem årene er etableret en praksis, som man falder tilbage på.

Økonomien vedrørende de "gråzoneborgere", som i kraft af samarbejdsaftalen og koordinationsstrukturen ikke følger aldersafgrænsningen afregnes ved en årlig nettooverførsel mellem forvaltningerne. Denne overflytning af økonomi er aftalebaseret og knytter ikke an til den underliggende aktivitet.

5. **Målgrupper.** SOF's hjemme- og sygepleje har ansvar for tilbud til en række målgrupper med ret forskellig situation. Der kan sondres mellem tre hovedgrupper.
 - Borgere med sociale problemstillinger, herunder socialt udsatte samt borgere med misbrugsproblemer og/eller psykiske sygdomme. Denne gruppe udgør ca. 35-40 procent af borgerne men kun ca. 20 procent af timerne i den sociale hjemmepleje.
 - Borgere med fysiske eller psykiske handicap.¹ Førstnævnte gruppe omfatter fx borgere med erhvervet hjerneskade, ALS og sclerose. Sidstnævnte omfatter blandt andet udviklingshæmmede og borgere med lidelser inden for autismspektret. Denne gruppe anslås at udgøre 15-20 procent af borgerne og ca. en tredjedel af timerne.
 - Øvrige borgere er en bredt sammensat restgruppe, som blandt andet omfatter borgere med forskellige kroniske lidelser samt borgere med andre somatiske lidelser, herunder livsstilssygdomme. Denne gruppe repræsenterer 40-45 procent af borgerne og op imod halvdelen af timerne.

Der er ikke i dag en generelt anvendt segmentering af borgerne i den sociale hjemme- og sygepleje i undergrupper, og der er derfor heller ikke en registrering, som gør det muligt at opgøre antallet af borgere og timer i forskellige segmenter præcist. Angivelserne ovenfor er udtryk for SOF's bedste skøn. At man alene kender de omtrentlige forhold mellem målgrupperne i den sociale hjemme- og sygepleje giver et "slør" i forhold til at kunne vurdere konsekvenserne ved en mulig sammenlægning.

Uanset dette, så illustrerer ovenstående, at SOF's hjemme- og sygepleje betjener borgere med ret forskellige baggrunde og problemstillinger. Det omfatter også en ret stor gruppe af borgere, som ikke har særlige sociale udfordringer, men som på grund af handicap, kronisk sygdom eller tidlig aldring alligevel har behov for hjemmepleje. Undersøgelsen viser, at ca. ¼ af borgerne i den sociale hjemmepleje samtidigt modtager andre servicetilbud bevilget af Socialforvaltningen.

6. **Alderskriteriet på 65 år.** Udgangspunktet for ansvarsfordelingen er som nævnt aldersgrænsen på 65 år. Undersøgelsen viser imidlertid, at mere end en tredjedel af hjemmeplejetimerne i SOF (ekskl. delegerede sundhedslovsydelser) vedrører borgere

¹ Gruppen af handicappede borgere fordeler sig skønsmæssigt med ca. 70 procent, der har fysiske handicap og 30 procent, der har psykiske handicap.

over 65 år. Og at yderligere ¼ af timerne vedrører borgere i aldersgruppen 60-64 år. Sidstnævnt er en blandt flere faktorer, som indikerer, at andelen af 65+ årige i den sociale hjemmepleje alt andet lige kan forventes at stige yderligere i de kommende år.

Det illustrerer sammen med målgruppestrukturen (punkt 5) også, at aldersgrænsen på 65 år er et upræcist – eller ligefrem arbitrært – kriterie for opgave- og ansvarsfordelingen mellem de to forvaltninger, i hvert fald hvis den underliggende intention er at afgrænse ansvaret for hjemme- og sygepleje til borgere med særlige sociale problemstillinger i en særskilt driftsorganisation.

HOVEDTAL FOR ØKONOMI OG AKTIVITET

7. **Udgifter i den sociale hjemmepleje.** Den samlede økonomi i den sociale hjemmepleje udgør ca. 400 mio. kroner. Det omfatter dog udgifter til en lang række funktioner, som ikke berøres af en evt. sammenlægning – fx borgere med selvudpeget hjælper og timer, der leveres af private leverandører. Omkostningsbasen for den aktivitet, som leveres af SOF, er således væsentlig mindre – ca. 190 mio. kroner for hjemmeplejen og godt 20 mio. kroner for hjemmesygeplejen.

Aktivitetsniveau. Både hjemme- og sygeplejen er væsentligt større driftsorganisationer i SUF end i SOF. For hjemmeplejen er forholdet ca. 1:4 mellem antal medarbejdere og antal leverede timer. I hjemmesygeplejen er forskellen større særligt målt på antallet af medarbejdere, hvor det er ca. 1:10, jf. tabel 1.

Tabel 1. Nøgletal for aktivitet og personale i hjemme- og sygeplejen

	SOF	SUF	SOF	SUF
Planlagte timer (1.000)	330	1.116	31	155
Borgere	3.087	9.394	1.532	10.293
Medarbejdere	315	1.344	35	362

Note. Antal planlagte timer og antal borgere er opgjort for perioden 2. kv. 2020 til 1. kv. 2021. Antal medarbejdere er antallet af månedslønnede i marts 2021

Samlet set leverer de to hjemmeplejeorganisationer² ca. 1½ mio. timer årligt til 12-13.000 borgere, mens hjemmesygeplejen leverer ca. 190.000 timer til knap 12.000 borgere.

Rapporten præsenterer en række mere detaljerede oplysninger om (strukturen i) de leverede ydelser i de to organisationer. Der kan blandt andet anføres følgende observationer.

- Der er mere end 25 procent af borgerne i SUF, som kun modtager sygeplejeydelser, mens den samme andel i SOF er mindre end 10 procent. Det afspejler, at SUF leverer sygepleje til borgere under 65 år, som ikke modtager hjemmepleje.
- Der er væsentligt større andel af borgerne i SOF end i SUF, som modtager hjemmepleje i mindre end to timer per uge. Det afspejler, at indsatsen for nogle borgere i den sociale hjemmepleje er afgrænset til korte "tryghedsbesøg", fordi det er den hjælp, borgerne kan/vil tage imod.
- Der er omvendt en mindre gruppe af borgere i SOF med stort plejebæhov. Godt 50 borgere med et plejebæhov på 15 timer eller mere per uge tegner sig således for ca. en tredjedel af alle timer i den sociale hjemmepleje i en given uge. I SUF udgør borgere med tilsvarende plejebæhov kun knap en fjerdedel af timerne.

² Inden for hver af de to forvaltninger er der en underopdeling i selvstændige driftsenheder – to i SOF og fem i SUF.

PERSONALE

8. **Rekruttering og fastholdelse.** De to hjemme- og sygeplejeorganisationer oplever lige som i mange andre kommuner strukturelle udfordringer med rekruttering og fastholdelse af medarbejdere.

I de senere år har især SOF haft meget store udfordringer, og personaleomsætningen, og har i nogle perioder ligget på et klart uholdbart niveau. I 2019 var det således næsten hver tredje medarbejder, der fratrådte, og blandt sygeplejerskerne var det mere end hver anden. Som årsgennemsnit var personaleomsætningen fortsat meget høj i SOF i 2020 (26 procent), men det afspejler i vid udstrækning de problemer, som er nævnt i punkt 3 ovenfor. Igennem 2020 og ind i indeværende år er der sket en betydelig stabilisering især blandt sosu-assistenter og -hjælpere. Rekrutteringsudfordringerne er dog fortsat meget tydelige, og særligt i Center Nord er der mange vakante stillinger. Det betyder, at en stor del af ruterne dækkes af timelønnede og eksterne vikarer.

Med en personaleomsætning på 18-19 procent har stabiliteten været bedre i SUF. Der er dog fra 2018 til 2020 sket en stigning både blandt assistenter og sygeplejersker. Blandt sidstnævnte var personaleomsætningen 27 procent i 2020.

9. **Personalesammensætning.** Der er ca. 350 månedslønnede medarbejdere i den sociale hjemme- og sygeplejes driftsorganisation og ca. 1.700 medarbejdere i SUF's. Analysen viser, at personalets sammensætning på aldersgrupper og faggrupper på nær et enkelt punkt er ret ensartet i de to organisationer. Undtagelsen er, at sygeplejerskerne udgør en væsentlig større andel af medarbejderne i SUF (godt 20 procent) end i SOF (10 procent). Der er praktisk taget ingen medarbejdere med pædagogisk uddannelsesbaggrund i de to organisationer.

Den gennemsnitlige ansættelsesanciennitet er (lidt) højere i SUF (8,5 år) end i SOF (7,1 år), hvilket er et spejlbillede af tallene for personaleomsætningen. Ancienniteten er markant højere for social- og sundhedshjælperne end for de øvrige faggrupper.

10. **Risiko for kompetencetab ved en sammenlægning.** Igennem projektforløbet har mange interviewpersoner fremhævet, at der er et særligt behov i den sociale hjemmepleje for medarbejdere med indsigt i psykiske sygdomme og med socialpædagogiske kompetencer for at kunne yde den bedst mulige hjælp til borgere, som er socialt udsatte og/eller har misbrugsproblemer. Det er bred enighed om, at sådanne kompetencer er mere udbredte i SOF end i SUF, selv om det ikke er afspejlet i personalets uddannelsesmæssige baggrund. Det er ligeledes en udbredt vurdering i SOF's organisation, at mange medarbejdere aktivt har valgt at arbejde i SOF netop fordi, de ønsker at arbejde med borgere, der har sociale udfordringer. Og endelig er der (derfor) en stor bekymring for, at en sammenlægning vil kunne medføre, at en del medarbejdere vælger at søge nyt job.

Bekymringen er reel, men det er også vigtigt at forholde sig nuanceret til problemstillingen. Det er i sig selv en væsentlig pointe, at gruppen af borgere med tunge sociale udfordringer og misbrug formentlig højest repræsenterer ¼ af timerne i den sociale hjemmepleje. Desuden er der efter Implements vurdering ikke noget, der står i vejen for, at der efter en evt. sammenlægning kan opretholdes en faglig specialisering i det omfang dette vurderes hensigtsmæssigt fra et borger- og/eller medarbejderperspektiv.

DRIFTSHENSYN PÅ MYNDIGHEDSOMRÅDET OG FOR UDFØRERORGANISATIONEN

11. **Begrænset kompleksitet for udførerorganisationen.** Det har været et vigtigt fokus i projektforløbet at afdække de snitflader og koordineringsbehov, der er imellem hjemme- og sygeplejen på den ene side og andre dele af SOF's organisation på den anden side. Det gælder både på myndighedsområdet og for driftsorganisationen. Selv om der på ledelsesniveau er en vis løbende koordination mellem hjemmeplejen og andre driftsenheder, så viser undersøgelsen, at de forskellige driftsenheder (fx bostøtte, misbrugskonsulenter og hjemmepleje) fungerer ret parallelt, og at behov og praksis for koordinering er begrænset. Der er naturligvis undtagelser for dette, men det er igen væsentligt at understrege, at det kun er ca. ¼ af hjemmeplejemodtagerne, der har flere samtidige serviceydelser bevilget af SOF.

Kompleksiteten og snitfladerne er mere udbredte og væsentlige på myndighedsområderne, hvor der er et stort behov for koordinering og samarbejde, herunder på grund af gråzoner mellem forskellige hjemmelsgrundlag, jf. næste punkt.

12. **Snitfladen mellem §83 og §85.** Der er ikke en klar og objektiv skillelinje mellem praktisk hjælp og personlig pleje efter servicelovens §83, rehabilitering efter paragraf 83a og socialpædagogisk bistand efter samme lovs §85. Hvis myndigheds- og økonomiansvaret for ydelser efter disse hjemmelsgrundlag adskilles, fx hvis hjemme- og sygeplejen rykkes fra SOF til SUF, er der derfor en risiko for, at en uheldig incitamentsstruktur kan betyde, at nogle borgere kommer i klemme. Omvendt er det formentlig en forudsætning for at kunne forene socialpædagogiske og plejefaglige hensyn, at ansvaret for disse områder myndighedsmæssigt og økonomisk er samlet.

I ét af de sammenlægnings-scenarier, som præsenteres i rapporten, sker der i udgangspunktet en sådan adskillelse, idet myndigheds- og økonomiansvaret for ydelser efter §§ 83 og 83a (men ikke §85) flytter til SUF for borgere under 65 år. Der er 5-600 borgere, som i dag får hjælp efter begge hjemmelsgrundlag og formentlig en del flere, hvor der kunne opstå diskussioner, hvis incitamentene vender forkert.

En mulig praktisk løsning på dette kunne være en model, hvor hovedreglen er, at den sociale hjemmeplejevisitation flytter fra SOF til SUF. Men hvor det samtidigt er sådan, at for de borgere, som SOF har visiteret til ydelser efter servicelovens §85, så ligger myndighedsansvaret for §83 og 83a også hos SOF. Det svarer til den ansvarsopdeling, som findes i Aarhus Kommune, hvor ældre/omsorgsområdet og det sociale område lige som i København ligger i to forskellige forvaltninger/magistratsafdelinger.³

HJEMMESYGEPLEJEN

13. **Problemstillinger i hjemmesygeplejen.** Det er efter Implements vurdering vanskeligt at se gode argumenter for en (fortsat) opdeling af hjemmesygeplejen. Det er oplagt, at der i SOF's hjemmesygepleje ikke kan være en tilsvarende faglig dybde og brede som i SUF's, der er 10 gange så stor målt på antal medarbejdere. Især fra et borgerperspektiv og et driftsperspektiv er der derfor et klart argument for en sammenlægning af sygeplejeorganisationerne. Begge forvaltninger er dog enige i, at en flytning kun af hjemmesygeplejen ikke er det mest hensigtsmæssige set i et borgerperspektiv.

En sammenlægning af hjemmesygeplejen i de to forvaltninger vil give en fagligt mere robust sygeplejeorganisation i forhold til SOF's målgrupper og vil sikre en mere ensartet betjening af borgerne i Københavns Kommune selvom en sammenlægning ikke vil ændre eller løse de grundlæggende udfordringer som fx rekruttering og fastholdelse, i sig selv. Der er særligt fire forhold, som kan trækkes frem.

- Det ene er, at SOF's sygeplejeorganisation lettere og hyppigere end SUF's kan have svært ved at sikre den bedste dækning i ydertimer og i forhold til borgere med særlige problemstillinger.
- Det andet er, at mange af hjemmesygeplejemodtagerne i SOF er borgere under 65 år med kroniske sygdomme, men – vurderet på fravær af andre servicelovsydelser fx socialpædagogisk støtte - ikke nogen sociale problemstillinger. Bortset fra alder er disse borgere tilsyneladende sammenlignelige med SUF's målgruppe, men de modtager et andet sygeplejefagligt tilbud.

Den gennemførte undersøgelse giver ikke mulighed for at drage konklusioner om kvaliteten i hjemmesygeplejen. Men det kan dog konstateres, at en del interviewdeltagere giver udtryk for, at nogle borgere kommer i klemme i den nuværende struktur og formentlig ikke modtager en tilsvarende sygepleje som den, de ville (kunne) få i SUF. Flere oplever også, at sygeplejeområdet har svært ved at få tilstrækkelig opmærksomhed og prioritering i SOF. Uanset gyldigheden af sådanne vurderinger må det anses for en fordel, hvis borgere uden sociale problemer men med behov for hjemmesygepleje betjenes af den primære hjemmesygepleje (SUF) i kommunen. Det vil give den største sikkerhed for en ensartet sygeplejebetjening af alle borgere, herunder samme praksis for delegering af sygeplejeydelser til hjemmeplejen.

- Det tredje forhold, der kan fremhæves er, at sårbarheden over for personaleudskiftning notorisk er større i SOF's organisation på grund af størrelsen. Modsat hjemmeplejen er sygeplejen i SOF med sine 35-40 sygeplejersker væsentligt mindre end hjemme-

³ Denne model løser en væsentlig udfordring, men den løser naturligvis ikke alle snitfladeproblemer – det er der ikke nogen model, der gør. Der ville fx fortsat kunne være sager, hvor der mellem de to forvaltninger ikke er enighed om, hvorvidt §83 eller §85 er det rigtige hjemmelsgrundlag.

sygeplejen i en mellemstor kommune. Hvis der blev etableret en énhedsorganisation for sygeplejen ville denne strukturelle sårbarhed blive afhjulpet.

- Den forventede fortsatte udvikling af det nære sundhedsvæsen i de kommende år vil efter al sandsynlighed betyde, at kommunerne fremover skal (kunne) varetage flere specialiserede ydelser og betjene mere komplekse borgere i eget hjem. En samlet sygeplejeorganisation vil være bedre rustet og fremtidsikret til denne udvikling.

14. **Sygepleje på botilbud.** Der er en særlig problemstilling omkring sygeplejedækning på botilbuddene. Økonomiansvaret herfor ligger i Københavns Kommune hos botilbuddene selv, men en meget stor del af disse har ikke selv sygeplejersker ansat, og er derfor afhængige af at kunne rekvirere sygeplejeydelser udefra. Det er et behov, den sociale hjemmepleje hidtil har skullet dække, men kapaciteten har ikke altid været stabil og tilstrækkelig, særligt ikke aften og nat. Selv om der er ikke foreligger kvantitative data, der kan belyse dette, så giver interviewdata et klart indtryk af, at sygeplejedækningen på botilbuddene har været skrøbelig i den hidtidige model.

Hvis hjemmesygeplejen flyttes til SUF er det nødvendigt, at der her etableres kapacitet til at kunne varetage sygeplejeopgaver for borgere, der bor på botilbud (uden egne sygeplejersker). Det vil være en ny opgave og målgruppe for hjemmesygeplejen i SUF. Og i lyset af ovenstående er det et område, hvor der meget vel kan være behov for ekstra kapacitet uanset placering. Det anbefales, at de nuværende servicetilbud på området undersøges nærmere.

ØKONOMISKE EFFEKTER

15. **Stordriftsfordele.** Analysen viser, at det i SUF i gennemsnit koster 525 kroner at levere en hjemmeplejetime, mens det tilsvarende tal i SOF er 557 kroner per leveret time.⁴ Forskellen i timepriser vurderes blandt andet at kunne henføres til, at der i SOF er markant flere korte besøg med afledt transporttid, som er dyrere at levere.

Samlet ses der dog ikke at være nævneværdige stordriftsfordele ved en evt. sammenlægning. På udførersiden er driften opdelt i teams/grupper, som dækker et afgrænset geografisk område, og de enkelte medarbejdere kører egne ruter. Den sociale hjemmepleje er væsentlig mindre end hjemmeplejen i SUF, men den svarer til den samlede hjemmepleje i kommuner med 60-80.000 indbyggere, og der er derfor ikke grund til at antage, at den ikke er økonomisk bæredygtig. En sammenlægning vil ikke give mulighed for en større tæthed i driften eller for at udnytte specialiseringsfordele. Der vil grundlæggende blot være tale om at tilføje flere teams og køreruter – dvs. flere "kopier" af en driftsmodel, som allerede kører. Desuden er der allerede på mange områder et tæt samarbejde mellem de to forvaltninger, fx omkring leverandøraftaler, it-understøttelse og meget andet. Mulighederne for driftseffektivisering knytter sig primært til to forhold. Det ene er, at udgifterne til eksterne vikarer forholdsvis er væsentligt større i SOF end i SUF blandt andet fordi, der er flere vakancer. Det andet er, at der ved en sammenlægning formentlig kan ske en lille reduktion i antallet af lederstillinger.

16. **Serviceniveau.** Det har ikke været muligt inden for rammerne af denne undersøgelse at foretage en detaljeret analyse af, om der i praksis er forskelle i visitationskriterier og serviceniveau i de to forvaltninger. Men analysen viser, at hjemmeplejemodtagere, som inden for årsperioden fra 2. kvartal 2020 til 1. kvartal 2021 er overgået fra SOF til SUF i forbindelse med, at de er fyldt 65 år, i gennemsnit har haft flere timer umiddelbart efter overgang end umiddelbart før. Analysegrundlaget omfatter dog kun 22 borgere, og er derfor forholdsvis spinkelt.

I det gennemførte interviewprogram er der desuden en del ledere fra de to forvaltninger, som har givet udtryk for, at serviceniveau/-kvalitet for borgere under 65 år ikke svarer til, hvad der ville være muligt, hvis hjemme- og sygeplejeorganisationerne var sammenlagte.⁵ Det er desværre ikke muligt på det foreliggende grundlag at vurdere med rimelig

⁴ Opgørelsen omfatter kun udgifter til løn og eksterne vikarer, men ikke øvrige driftsudgifter.

⁵ Årsagerne til dette kan være mange fx, at borgeren ikke kan rumme at modtage mere hjælp, gråzoneproblematikker, der bliver tydelige i leveringen af indsatsen eller pga. udsving i stabiliteten i den sociale hjemme- og sygepleje eller fordi de to myndighedsfunktioner har forskellige bredde i bevillingskompetencer. Årsagerne kan være flere og det har ikke været muligt inden for denne analyses rammer at komme det nærmere.

sikkerhed, om en sammenlægning vil betyde harmonisering på et højere serviceniveau og dermed (partielt set) en stigning i udgifterne. Det er dog en risiko, som bør indgå i overvejelserne i forbindelse med en beslutning om den fremtidige organisering samt hvilket samlet niveau der skal ligge til grund for en eventuel sammenlægning. Risikoen afhænger af, hvordan en evt. sammenlægning gennemføres, jf. senere. Hvis den sociale hjemmeplejevisitation bliver i Socialforvaltningen, er risikoen mindre.

Analysen indikerer, at besøgsvarigheden for sammenlignelige ydelser i hjemmesygeplejen generelt er højere i SUF end i SOF. Det kan ikke vurderes præcist, i hvilken udstrækning dette er udtryk for forskelle i kvalitet, serviceniveau og/eller effektivitet. Hvis sygeplejeaktiviteten for borgerne i SOF's hjemmesygepleje fremadrettet skulle leveres med de opgjorte besøgsvarigheder i SUF ville det isoleret set svare til en merudgift på godt 20 mio. kroner. Det betyder dog omvendt også, at der for SUF kan være en besparelsesmulighed, hvis den gennemsnitlige besøgsvarighed på nogle ydelsesområder kan bringes på samme niveau som i SOF.

17. **Økonomiske effekter.** De varige økonomiske virkninger af en sammenlægning er samlet set små og usikre, og kan efter vores vurdering ikke i sig selv være et hovedargument for en sammenlægning af de to hjemme- og sygeplejeorganisationer. Det er muligt, at der efter en implementeringsperiode kan realiseres visse effektiviseringer i driften, men det er også muligt, at en harmonisering af serviceniveauet vil medføre højere udgifter. På kort sigt (12-18 måneder) kan der ikke forventes en nettogevinst, og risikoen er snarere, at tab af medarbejdere i overgangsperioden samt (projekt)ressourcer til at gennemføre sammenlægningen vil trække en del ressourcer, som enten vil fragå andre aktiviteter eller forudsætte, at der tilføres ressourcer andre steder fra.

FORDELE OG ULEMPER VED FORSKELLIGE (SAMMENLÆGNINGS)SCENARIER

18. **Tre scenarier.** Kapitel 7 i rapporten beskriver fordele og ulemper ved tre scenarier for den fremtidige organisering og udvikling af den sociale hjemme- og sygepleje. Det ene scenarie (0) er et status quo scenarie, hvor den nuværende organisering og struktur fastholdes i alle væsentlige hovedtræk. Det andet scenarie (1A) er et ændringsscenario, hvor de udførende hjemme- og sygeplejeorganisationer sammenlægges i SUF. I det tredje scenarie (1B) sammenlægges også myndighedsfunktionerne.

Der kan ikke foretages en opgørelse af fordele og ulemper, som er éntydig og universel. Det skyldes både, at der i de enkelte scenarier kan træffes valg, som tilsigter at fremme fordelene og mindske ulemperne. Og at selve scenariet ikke kan ses uafhængigt af den måde, det implementeres og praktiseres. Med dette forbehold er de væsentligste fordele og ulemper ved de tre scenarier sammenfattet i punkt 22.-24. nedenfor, og de er uddybet i kapitel 7.

19. **Opmærksomhedspunkter ved scenarierne.** Der er en række forhold, som ikke repræsenterer fordele og ulemper ved selve scenarierne, men som det er væsentligt at være opmærksom på fremadrettet og i forhold til implementering af en evt. sammenlægning. De væsentligste af disse forhold er anført i oversigten på næste side sammen med en angivelse af, hvilke(t) af scenarierne, de er relevante for. De enkelte punkter er beskrevet nærmere andre steder i kapitel 1 og/eller 7.

Væsentlige hensyn og opmærksomhedspunkter i tilknytning til de tre scenarier

Opmærksomhedspunkter	0	1A	1B
01 Af de grunde, som er anført i punkt 6 kan det overvejes, om det ud fra et borgerperspektiv ville være hensigtsmæssigt at sænke aldersgrænsen på 65 år.	●	●	
02 Der kan med fordel foretages et eftersyn af samarbejdsaftalen fra 2012, fordi den ikke er særlig præcis i sin ordlyd og fordi, den ikke dækker alle relevante forhold.	●	●	●
03 Der synes at være en risiko for, at sygeplejedækningen ift borgere på botilbud ikke er optimal. Det anbefales, at området bør undersøges nærmere	●	●	●
04 Planlægningsfunktionen er organiseret forskelligt i de to forvaltninger, og som en del af implementeringen skal der tages stilling til fremtidig (harmoniseret) model.		●	●
05 Det formentlig vigtigste valg i sammenlægningsscenarierne er valget mellem en integreret eller specialiseret driftsmodel – eller en kombination.		●	●
06 SUF vil skulle overveje, hvordan økonomitildelingen fremadrettet skal være for de borgere, som i dag modtager ydelser fra den sociale hjemmepleje			●
07 Det skal afklares, om myndighedsansvaret for hjælpemidler skal flytte med til SUF. I så fald skal økonomi og aktivitet opgøres for de omfattede borgere.			●
08 Organiseringen af myndighedsområdet er forskelligt imellem de to forvaltninger, og der skal træffes beslutning om fremtidig organisering. Heri ligger også implicit valg af fremtidig "driftsmodel" af myndigheden, fx hvis myndigheden flyttes til SUF bliver det samtidig SUFs måde at organisere og tænke myndighed.			●
09 Det kan med fordel overvejes, om myndighedsansvaret for borgere, der modtager hjælp efter SEL §85 skal blive i SOF, selv om myndighedsopgaven i øvrigt flyttes. Så kan SOF vælge selv at løse opgaven eller alternativt købe ydelserne ved SUF.		●	●
10 Ved en sammenlægning skal en række administrative processer og strukturer harmoniseres uanset om myndighedsfunktionerne sammenlægges eller ikke.			

20. **En stor forandringsopgave.** En sammenlægning af de to forvaltningers hjemme- og sygeplejeorganisationer må anses for at være en ganske stor og kompleks forandringsopgave. Det skyldes ikke mindst, at den potentielt berører størstedelen af medarbejderne i de to organisationer, som skal vænne sig til nye/reviderede processer og/eller nye målgrupper. Der er en række forberedelses- og implementeringsopgaver, som er specifikke for scenarie 1B (fx ny økonomitildelingsmodel), men også i scenarie 1A er der stort behov for harmonisering af strukturer og processer.

Implementeringsopgaven vil have to hovedspor. Det ene handler om den tekniske og forretningsmæssige forandring, fx ny eller justeret opsætning af it-systemer, processer, faglige retningslinjer, driftsmodel og samarbejdsrelationer mv.

Det andet handler om den organisatoriske, personalemæssige og kulturelle sammenlægning af organisationerne.

Det skønnes, at der vil være behov for at etablere en forberedelses- og implementeringsorganisation, som arbejder med sammenlægningen i en periode på 12-18 måneder. Det er meget vigtigt, at der så hurtigt som muligt træffes beslutning om de forhold, der ellers kan skabe usikkerhed i organisationen. Det er fx organisationsstruktur, fremtidig ledelses- og personalebemanding samt valg af driftsmodel (integreret eller specialiseret). Hvis der i en længere periode er usikkerhed om disse forhold øges risikoen væsentligt for, at der i overgangen til en ny struktur tabes kapacitet og kompetencer.

21. Fordele og ulemper i scenarie 0. Der er særligt tre fordele ved at fastholde den nuværende opdelt struktur og organisering:

Scenarie 0 er et status quo scenarie, hvor den nuværende organisering og struktur fastholdes helt eller i alle væsentlige hovedtræk.

- Den ene er, at der i den sociale hjemmepleje er opbygget en organisation, hvor medarbejderne i kraft af personlige og formelle kompetencer formentlig har de bedst mulige forudsætninger for at levere hjemme- og sygepleje til borgere med sociale og psykiske problemer samt fastholder en høj grad af fleksibilitet mellem hjemmepleje (SEL § 83) og Socialpædagogisk bistand (SEL § 85).
- Den anden er, at der undgås den uro og usikkerhed, som i større eller mindre grad må forventes i tilfælde af en sammenlægning. Det handler både om risiko for yderligere udfordringer med rekruttering og fastholdelse i overgangsperioden, og om etablerede relationer mellem borgere og fagprofessionelle, som vil blive brudt op.⁶
- En tredje mulig – men mere usikker – fordel er, at de etablerede serviceniveauer videreføres, og at Københavns Kommune ikke påtager sig en risiko for et udgiftsdrivende løft i serviceniveauet ved en harmonisering.

Der er også en række ulemper ved en fortsat opdeling af hjemme- og sygeplejen, herunder at (special)kompetencer, som findes i de to organisationer ikke fuldt ud kan nyttiggøres over for alle hjemme- og sygeplejemodtagere. Der er også større risiko for, at den faglige bæredygtighed i SOF's hjemmesygepleje kan blive udfordret på kort og længere sigt samt risiko for, at borgere med sammenlignelige behov kan risikere, at serviceniveau og -tilbud ikke er ens.

22. Fordele og ulemper ved scenarie 1A. I dette scenarie sammenlægges de to driftsorganisationer, mens myndighedsansvaret bliver i SOF.

Scenarie 1A indebærer, at de udførende enheder i hjemme- og sygeplejeorganisationerne sammenlægges (i SUF). Den sociale hjemmeplejevisitation bliver i SOF af hensyn til de snitflader og gråzoner, der er imellem hjemmepleje og andre ydelser, herunder især bostøtte efter service-lovens paragraf 85. En adskillelse af myndigheds- og økonomiansvaret for disse områder vil kunne have negative incitamentseffekter og indebære en risiko for, at nogle borgere kan komme i klemme, hvis to myndighedsområder i hver sin forvaltning har forskellig opfattelse af borgers sag.

For sygeplejeydelser er en stor andel lægeordnede. Koordinering og dele af driftsplanlægningen, herunder udmåling af antal besøg og tid per besøg, overgår fra SOF til SUF.

Økonomisk og budgetmæssigt afgrænses scenariet sådan, at den økonomi, der knytter sig til myndighedsafgørelser truffet af den sociale hjemmepleje (servicelovsområdet) bliver i SOF, og der etableres en model for aktivitetsbaseret afregning mellem de to forvaltninger. Økonomien vedrørende sundhedslovsydelser flyttes til SUF. SUF har med den nye organisering af myndighed som mål at sikre effektive borgerforløb ved at visitere ud fra en rehabiliterende og koordinerende tilgang og i samarbejde med leverandøren. For borgere, der modtager SUF-pleje, men hvor myndigheds- og budgetansvar forbliver i SOF, kan der blive et større plejebæhov end for SUF-borgere.

De væsentligste fordele og ulemper ved scenariet er sammenfattet i tabellerne nedenfor – opdelt på myndighedsområdet og driftsorganisationen. De enkelte punkter er uddybende beskrevet i kapitel 7. På fordelssiden kan blandt andet anføres, at kompleksiteten af den samlede transition reduceres, fordi myndighedsfunktionen bliver i SOF samt at specialiserede kompetencer i de to organisationer kan nyttiggøres ift alle hjemmeplejemodtagere. På ulempesiden vejer det tungt, at driftsorganisationen vil skulle samarbejde med to parallelle myndighedsfunktioner.

⁶ Dette kan dog ikke ses uafhængigt af, om der etableres en integreret eller specialiseret driftsmodel generelt eller i forhold til de borgere, hvor hensynet til kontinuitet og stabile relationer er størst.

Oversigt over fordele og ulemper ved scenarie 1A ift myndighedsområdet.

Fordele	Ulemper
F1 De nuværende veletablerede samarbejdsrelationer med andre myndighedsfunktioner i SOF bevares.	U1 Den nye sammenlagte hjemmeplejeorganisation vil fremadrettet skulle samarbejde med to forskellige myndighedsfunktioner.
F2 Økonomiansvaret for borgere med komplekse behov og/eller gråzoneproblematikker vil fortsat være samlet i SOF, og der vil derfor ikke være større risiko fremadrettet for, at sådanne borgere kan komme i klemme mellem forvaltningerne.	U2 Med to fortsættende myndighedsfunktioner vil der (fortsat) være en risiko for, at forskelle i visitationspraksis kan have betydning for tilbuddene til enkelte borgere.
F3 Det undgås, at Københavns Kommune påtager sig en risiko for et spring i hjemmeplejeudgifterne til borgere under 65 år.	
F4 Komplexiteten i den samlede transformation mindskes.	

Oversigt over fordele og ulemper ved scenarie 1A ift driftsorganisationen.

Fordele	Ulemper
F5 Specialiserede kompetencer i SOF's og SUF's organisationer kan nyttiggøres ift alle hjemmeplejemodtagere	U3 En sammenlægning af de to hjemme- og sygeplejeorganisationer er en stor forandringsopgave både fagligt, organisatorisk og kulturelt. Det vil trække betydeligt på ledelses- og udviklingsressourcerne. Der er en øget risiko for udfordringer i overgangsperioden med rekruttering og fastholdelse.
F6 Der vil blive sikret en (mere) ensartet betjening af alle borgere i København, som har behov for sygepleje, og SOF's nuværende målgrupper vil opleve en mere robust sygeplejeorganisation.	U4 Hjemmesygeplejen opleves i SUF at være den mest sårbare del af organisationen. Der er derfor både et hensyn til forandringskapaciteten og en risiko (på kort sigt) ift. kapacitet og kvalitet.
F7 Hjemmesygeplejen vil i højere grad være fremtidssikret til de opgaver og kompetencebehov, som kan forventes at følge af den videre udvikling af det nære sundhedsvæsen.	U5 Der må forventes at være medarbejdere i SUF's organisation, der ikke har de socialpædagogiske kompetencer, som er vigtige ift at kunne yde optimal pleje og hjælp til en del af borgerne i den sociale hjemmepleje. Et behov som SUF ikke kan forvente dækket gennem større visitation til § 85.
	U6 Afhængigt af fremtidige driftsmodeller vil der formentlig være medarbejdere i begge de nuværende organisationer, som vil opleve at skulle komme hos målgrupper, de ikke har været vant til – og måske ikke har præference for. Der er en risiko for tab af dygtige medarbejdere i forløbet.

23. Fordele og ulemper ved scenarie 1B. I dette scenarie sammenlægges både myndigheds- og driftsorganisationerne

Scenarie 1B indebærer, at den sociale hjemme- og sygepleje flyttes i sin helhed fra SOF til SUF, dvs. både myndighedsfunktionen for servicelovsydelserne og driftsorganisationerne. Det betyder, at SUF overtager det samlede ansvar for de omfattede opgaver og den tilhørende økonomi. Det vil herudover være (meget) hensigtsmæssigt også at flytte økonomi og myndighedsansvar for hjælpemiddelområdet for de berørte borgere. Sidstnævnte ligger ikke i dag hos den sociale hjemmepleje.

Det forudsættes, at der sker en budgetomplacering mellem SOF og SUF, som modsvarer de faktiske afholdte udgifter til de pågældende funktioner.

De væsentligste fordele og ulemper ved scenariet er sammenfattet i tabellerne nedenfor – opdelt på myndighedsområdet og driftsorganisationen. De enkelte punkter er uddybende beskrevet i kapitel 7.

Oversigt over fordele og ulemper ved scenarie 1B ift myndighedsområdet.

Fordele	Ulemper
F8 Den i nogen grad arbitrære aldersgrænse på 65 år bortfalder og alle borgere uanset alder får et "ensartet" tilbud	U7 Myndigheds- og økonomiansvaret for borgere med komplekse behov og/eller gråzoneproblematikker vil ikke længere være samlet i SOF, og der vil derfor være større risiko fremadrettet for, at sådanne borgere kan komme i klemme mellem forvaltningerne fx ift. nødvendig socialpædagogisk støtte.
F9 Der etableres én samlet hjemme- og sygeplejeorganisation. Herved mindskes / elimineres risikoen for, at forskelle i visitationspraksis har betydning for tilbuddene til de enkelte borgere.	U8 Københavns Kommune påtager sig en risiko for et spring i hjemmeplejeudgifterne til borgere under 65 år.
F10 For den sammenlagte driftsorganisation er det en fordel, at der er en énstrengt myndighedsfunktion	U8 Komplexiteten i den samlede transformation øges.

Oversigt over fordele og ulemper ved scenarie 1B ift driftsorganisationen.

Fordele	Ulemper
F5 Specialiserede kompetencer i SOF's og SUF's organisationer kan nyttiggøres ift alle hjemmeplejemodtagere	U3 En sammenlægning af de to hjemme- og sygeplejeorganisationer er en stor forandringsopgave både fagligt, organisatorisk og kulturelt. Det vil trække betydeligt på ledelses- og udviklingsressourcerne. Der er en øget risiko for udfordringer i overgangsperioden med rekruttering og fastholdelse.
F6 Der vil blive sikret en (mere) ensartet betjening af alle borgere i København, som har behov for sygepleje, og SOF's nuværende målgrupper vil opleve en mere robust sygeplejeorganisation.	U4 Hjemmesygeplejen opleves i SUF at være den mest sårbare del af organisationen. Der er derfor både et hensyn til forandringskapaciteten og en risiko (på kort sigt) ift kapacitet og kvalitet.
F7 Hjemmesygeplejen vil i højere grad være fremtidssikret til de opgaver og kompetencebehov, som kan forventes at følge af den videre udvikling af det nære sundhedsvæsen.	U5 Der må forventes at være medarbejdere i SUF's organisation, der ikke har de socialpædagogiske kompetencer, som er vigtige ift at kunne yde optimal pleje og hjælp til en del af borgerne i den sociale hjemmepleje.
F8 Alle borgere uanset alder vil møde en rehabiliterende og koordinerende, samlet myndighed i SUF	U6 Afhængigt af fremtidige driftsmodeller vil der formentlig være medarbejdere i begge de nuværende organisationer, som vil opleve at skulle komme hos målgrupper, de ikke har været vant til – og måske ikke har præference for. Der er en risiko for tab af dygtige medarbejdere i forløbet.

2. UNDERSØGELSENS BAGGRUND, TILRETTELÆGGELSE OG DESIGN

På et fælles udvalgs møde mellem Sundheds- og Omsorgsudvalget og Socialudvalget den 10. december 2020 blev der rejst ønske om at drøfte muligheden for at flytte Den Sociale Hjemme- og sygepleje fra Socialforvaltningen til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. I forlængelse af mødet blev forvaltningerne bedt om at udarbejde et notat, der belyser muligheden samt eventuelle gevinster og risici forbundet med sammenlægningen.

Socialborgmesteren og Sundheds- og omsorgsborgmesteren i Københavns Kommune besluttede på denne baggrund, at iværksætte en ekstern og uvildig analyse af en eventuel sammenlægnings potentielle konsekvenser for borgerne samt faglige og økonomiske fordele og ulemper. Analysen og resultater skal herefter forelægges for både Socialudvalget og Sundheds- og Omsorgsudvalget inden det kommende kommunalvalg.

2.1 BAGGRUND OG KOMMISSORIUM

Hjemme- og sygeplejen i Københavns Kommune er i dag, i overensstemmelse med Københavns Kommunes styrelsesvedtægt, som udgangspunkt opdelt sådan, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF) tager sig af borgere over 65 år, mens Socialforvaltningen (SOF) tager sig af borgere under 65 år. Der er enkelte borgergrupper, som altid varetages af én af forvaltningerne uafhængigt af alder - fx varetages hjemmesygeplejen for borgere under 65 år, som alene har et fysisk plejebehov af SUF, mens SOF varetager plejen af borgere, hvor f.eks. misbrugsproblematikker er dominerende.

De aktuelle overvejelser om den mest hensigtsmæssige organisering af den sociale hjemmepleje kommer efter en årrække, hvor den sociale hjemme- og sygepleje i SOF har været i en større udviklingsproces på baggrund af konstaterede udfordringer fagligt, organisatorisk og styringsmæssigt.

I april 2018 gennemførtes en større organisationsændring som reducerede antallet af ledere med 5 og antallet af planlæggere med 4. Det skulle være med til at realisere besparelser for en samlet værdi af 5,6 mio. kr. årligt. Organisationsændringen indfrie ikke forventningerne og skabte en række negative følgevirkninger for organisationen og havde også konsekvenser for den faglige kvalitet og borgerne. Den sociale hjemme- og sygepleje modtog året senere - i juli 2019 - et påbud fra Styrelsen for Patientsikkerhed, der ikke fandt at der var en forsvarlig medicin håndtering, en tilstrækkelig journalføring eller en systematisk dokumentation af de sygeplejefaglige vurderinger. Det betød, at borgerne var i risiko for ikke at få den hjælp, de var berettiget til, og patientsikkerheden blev samtidig dårligere.

Dette og en evaluering af organisationsændringen fra 2018 medførte, at SOF i sensommeren 2019 iværksatte en omfattende genretningsplan. "Genopretningsplanen" blev gennemført og opdateret i juni 2020 og skiftede navn til "Stabiliseringsprogrammet". Dette var både et resultat af, at Den sociale hjemme- og sygepleje var et andet og et mere positivt sted end ved genopretningsplanens iværksættelse og samtidig et signal om, at der stadig var elementer der skulle udvikles. Stabiliseringsprogrammet har fire spor der fortsat arbejdes med:

- Spor 1 om administrativ understøttelse i de to centerområder og herunder bedre driftsplanlægning af hjemme- og sygeplejen.
- Spor 2 om kvalitet i indsatsen skal sikre rammerne for en stabilitet i arbejdskulturen i hjemmeplejens sygepleje- og hjemmeplejegrupper, så der ydes en høj faglig kvalitet i ydelsen, og at udførelsen sker med en høj faglig dokumentation.
- Spor 3 om ledelse og trivsel handler om at etablere en klar og ensartet opgave-, rolle- og ansvarsfordeling i ledelsen, fælles retning og prioriteringer, optimering af mødestruktur og -kultur samt reducere sygefraværet og øge trivslen hos medarbejderne
- Spor 4 om Cura skal sikre, at Cura fungerer i alle enheder og anvendes bedst muligt i driften samt er i stand til at trække valide data til drifts- og ledelsesinformation.

Nærværende analyse har sit udspring i et fælles udvalgsmøde mellem Sundheds- og Omsorgsudvalget og Socialudvalget den 10. december 2020, hvor der blev rejst et ønske om at drøfte muligheden for at flytte Den Sociale Hjemmepleje til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Analysens formål er derfor at tilvejebringe et beslutningsgrundlag, der kan danne et uvildigt og objektivt grundlag for en politisk drøftelse af og evt. beslutning om sammenlægning af de to hjemmeplejer/sygeplejer, der i dag leveres af de to forvaltninger til deres respektive målgrupper.

Analysen skal belyse de strategiske forhold, der anses som udslagsgivende i tilvejebringelsen af et objektivt og veloplyst beslutningsgrundlag. Det væsentligste i denne sammenhæng vurderes i kommissoriet umiddelbart at være følgende:

1. Hvorvidt der er stordriftsfordele forbundet med en eventuel sammenlægning.
2. Hvilke faglige konsekvenser der er forbundet med en eventuel sammenlægning, herunder ift. sygepleje.
3. Fordele og ulemper for borgerne, herunder med fokus på sammenhængen for borgere, der modtager andre ydelser end hjemme- og hjemmesygepleje.
4. De samlede økonomiske konsekvenser, herunder ift. en mulig ensretning af faglig kompetence og serviceniveau.

2.2 TILRETTELÆGGELSE

Analysen er gennemført i perioden fra april 2021 til og med august måned 2021 og har taget udgangspunkt i fire perspektiver for at sikre, at en eventuel sammenlægnings potentielle konsekvenser for borgerne samt faglige og økonomiske fordele og ulemper er belyst tilstrækkeligt og nuanceret. De fire perspektiver er:

1. Borgerperspektivet. For at kunne belyse potentielle konsekvenser ved en sammenlægning er det nødvendigt at få et dybere kendskab og indsigt i borgergruppen. I analysen har der derfor været et særskilt fokus på at få en dybere og databaseret forståelse af gruppen af modtagere i den sociale- hjemme- og sygepleje samt deres behov for at vurdere opgavens omfang samt hvilke forudsætninger der skal ligge til grund for en eventuel sammenlægning.
2. Personale- og kompetenceperspektivet. Det er afgørende, at opgaven løftes af de rette ressourcer og kompetencer. Personale- og kompetenceperspektivet sætter derfor skarpt på ligheder og forskelle mellem de to hjemme- og sygeplejeorganisationer i forhold til personale og kompetencer. Indsigten herfra skal anvendes til at belyse om der er væsentlige forskelle mellem de tilstedeværende medarbejdere og kompetencer som har betydning for en eventuel sammenlægning samt eventuelle forudsætninger knyttet hertil.
3. Driftsperspektivet. Eventuelle forskelle i måden, hvorpå hjemme- og sygeplejen drives på i henholdsvis SOF og SUF kan have stor betydning for forandringsopgaven i en eventuel sammenlægning. Derfor er der i analysen også sat fokus på ligheder og forskelle i driftsmodellerne som kan påvirke en eventuel sammenlægning.
4. Økonomiperspektivet. Til sidst har der været et fokus på økonomien i en eventuel sammenlægning. Dette omfatter både de potentielle gevinster der måtte være i forhold til en sammenlægning og samtidig også de mulige og nødvendige investeringer der kan være forudsætningen for en eventuel sammenlægnings succes.

De fire perspektiver er tæt forbundne og har været omdrejningspunktet i alle analysens aktiviteter.

Aktiviteterne i analysen har været opdelt i et henholdsvis kvantitativt spor og et kvalitativt spor. I det kvantitative spor er der gennem dataanalyser sat skarpt på data vedrørende modtagerne af hjemme- og sygepleje, aktivitets- og serviceniveauet samt data vedrørende personalet og de eksisterende kompetencer. Den kvantitative tilgang har gjort det muligt at sammenstille de to hjemme- og sygeplejeorganisationer efter en mere objektiv tilgang samt øget sammenligneligheden. I det kvalitative spor har der været gennemført et omfattende interviewprogram i både SOF og SUF, hvor begge har været repræsenteret

fra ansvarlig direktør til driftsniveauet samt samarbejdspartner internt og eksternt. I forhold til den sociale hjemme- og sygepleje, som er direkte genstand for en eventuel sammenlægning, har medarbejdersiden også været inddraget i analysen.

2.2.1 SAMARBEJDSORGANISATION

Til analysen har der været nedsat en samarbejdsorganisation bestående af en styregruppe og en arbejdsgruppe.

Styregruppen er sammensat på tværs af de forvaltninger og været ledet af de to direktører Søren Munk Skydsgaard fra Socialforvaltningen og Lars Gregersen fra Sundheds- og omsorgsforvaltningen. Styregruppen har mødtes en til to gange månedligt i analysefasen og har givet input, sparet og diskuteret de foreløbige resultatets konsekvens i forhold til formulering af scenarier og deres potentielle konsekvenser ved en sammenlægning.

Hertil har der været nedsat en arbejdsgruppe på tværs af de to forvaltninger, som har bistået med at sikre fremdrift i analysen, tilvejebringe de efterspurgte data samt bidraget til analysens gennemførelse.

2.2.2 LÆSEVEJLEDNING

I afrapporteringen gennemgås Indledningsvist organiseringen og samarbejdet i henholdsvis den sociale hjemme- og sygepleje i SOF og hjemme- og sygeplejen i SUF. Dette omfatter både myndighedsperspektivet og udfører perspektivet i den enkelte forvaltning samt samarbejdet på tværs i den enkelte forvaltning og på tværs af de to forvaltninger omkring borgere i målgruppen for hjemme- og sygepleje. Her er fokus på ligheder og forskelle i de organisatoriske forhold samt samarbejdsrelationer, som er betydende i forhold til at vurdere den eventuelle sammenlægnings kompleksitet og forhold som vil skulle adresseres ved en sammenlægning eller ved en fastholdelse af den nuværende organisering. Gennemgangen af den nuværende situation er mest detaljeret for den sociale hjemme- og sygepleje idet det er denne organisation der er i fokus i forbindelse med sammenlægning.

Herefter beskrives nøgletal inden for økonomi, personale og aktivitet for at etablere et fælles og sammenligneligt grundlag for vurdering af opgavens størrelse og omfang i de to forvaltninger. I dette kapitel er der et særskilt fokus på borgergruppen, der modtager hjemme- og sygepleje i SOF for at komme tættere på de krav og kompetencer, der skal være til stede, når der skal leveres hjælp til dem og derigennem vurdere kompleksiteten i en eventuel sammenlægning i forhold til borgergruppen. I dette kapitel afdækkes også den tilknyttede økonomi, aktivitet samt indikationer på ligheder og forskelle i forhold til serviceniveau.

Før gennemgangen af de formulerede scenarier opsamles på de kvalitative input modtaget i analyseprocessen i forhold til en række centrale temaer i forhold til en eventuel sammenlægning. I dette kapitel inddrages også nogle af resultaterne fra den kvantitative analyse for at nuancere og perspektivere nogle af de kvalitative input.

Afslutningsvist gennemgås de formulerede scenarier samt fordele og ulemper knyttet hertil. Der er formuleret tre hovedscenarier, hvor der i beskrivelsen af det enkelte scenarie er knyttet en række mulige underscenarier eller kombinationsmuligheder.

3. ORGANISERING OG SAMARBEJDE

Hjemmepleje og sygepleje leveres i Københavns Kommune adskilt i to forvaltninger. SOF leverer som hovedregel til borgere under 65 år og SUF leverer på tilsvarende vis til borgere over 65 år. Der er dog enkelte borgergrupper, som altid varetages af én af forvaltningerne uafhængigt af alder - fx varetages hjemmesygeplejen for borgere under 65 år, som alene har et fysisk plejebæhov af SUF, mens SOF varetager plejen af borgere, hvor f.eks. misbrugsproblematikker er dominerende i forhold til plejebæhovet.

De indsætser, der leveres af de to hjemme- og sygeplejeorganisationer, og som er i fokus i denne analyse, er:

- **SEL 83a, rehabiliteringsydelse**
"Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne."
- **SEL 83, Praktisk hjælp og personlig pleje**
"Kommunalbestyrelsen skal tilbyde 1) personlig hjælp og pleje, 2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og 3) madservice".
- **SUL 138, Sygepleje**
"Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenviisning til personer med ophold i kommunen."

Det politisk vedtagne serviceniveau for personlig pleje og praktisk hjælp (servicelovsydelser) i både Socialforvaltningen (SOF) og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF) er beskrevet i kvalitetstandarden, som godkendes en gang årligt af Borgerrepræsentationen. Samtidig er der stor fokus på, at bagvedliggende opgavebeskrivelser og faglige procedurer i leveringen af hjælpen i så vid udstrækning som muligt er identiske og eller tæt koordinerede på tværs af de to forvaltninger. Begge hjemme- og sygeplejeorganisationer anvender også samme omsorgssystem, Cura, hvorfor procedurer, arbejdsgangsbeskriver, roller i organisationen mv. som udgangspunkt følger de samme standarder/retningslinjer eller over tid harmoniseres og implementeres.

I forhold til begge forvaltninger er der en Bestiller-Udfører-Modtagermodel (herefter BUM-model), hvor en myndighedsfunktion, på baggrund af en politisk vedtaget kvalitetsstandard, bevilger indsætserne til borgerne efter en konkret og individuel helhedsvurdering. Der udarbejdes afgørelsesbreve til borgerne på servicelovområdet og borgerne har i forhold til den personlige pleje og praktiske hjælp mulighed for at vælge mellem den kommunale hjemmepleje, to private leverandører af hjemmepleje eller selvudpege en hjælper eller modtage et kontant tilskud til at få levere den bevilgede støtte. Der er ikke frit valg af leverandør til rehabiliteringsydelse eller sygepleje. På tværs af de to forvaltninger er der en række forskelle i varetagelsen af myndighedsfunktionen og udførerfunktionen som gennemgås neden for i afsnit 3.2.1. og 3.3.2.

Ud over aldersafgrænsningen på tværs af de to hjemme- og sygeplejeorganisationer, som er definerende for identitet og kultur i de to respektive organisationer, er der også en oplevet forskel i forhold til forståelsen af kerneopgaven og tilgangen til borgerne. I den sociale hjemme- og sygepleje er der oplevet stor fokus på den socialpædagogiske tilgang og understøttelse af borgerens levede liv, hvor hjemme- og sygeplejen i SUF har et større oplevet fokus på rehabilitering og det instrumentelle i pleje- og omsorgsopgaven. Dette er en oplevet forskel i hovedparten af de to organisationer, i deres samarbejdsflader og afspejler fokus i de to respektive forvaltninger. Dette er dog ikke hinandens modsætninger og begge hjemme- og sygeplejeorganisationer har behov for begge dimensioner i deres opgaveløsning.

3.1 MYNDIGHEDSOMRÅDET

Dette afsnit handler om de to myndighedsfunktioner i henholdsvis SOF og SUF. Det primære og detaljerede fokus i dette afsnit handler om myndighedsfunktionen i SOF, idet det er denne "funktion", der er i fokus i forbindelse med en eventuel sammenlægning og de konsekvenser en flytning kan have i forhold til de samarbejdsflader der er til resten af organisationen i SOF. I forhold til myndighedsfunktionen i SUF er der således alene en

overordnet beskrivelse med fokus på de områder, hvor en eventuel sammenlægning vil kunne påvirke.

3.1.1 SOCIALFORVALTNINGEN

I Socialforvaltningen er der én bydækkende hjemmeplejevisitation og udskrivningsenhed som ledes af en områdechef. Hjemmeplejevisitationen består af 5 teams og en faglig koordinator. De fem teams i hjemmeplejevisitationen er:

Team:	Opgaver
Nord	Visiterer til borgere i område nord og består af syv medarbejdere
Syd	Visiterer til borgere i område syd og består af fem medarbejdere
Selvudpeget hjælper	Visiterer til borgere i begge geografiske områder som selv udpeger deres hjælper til at levere den bevilgede støtte. Teamet består af tre medarbejdere.
Handicap	Visiterer de borgere med handicap som forudsætter tættere koordinering med Borgercenter Handicap
Administration	Varetager en række administrative opgaver i forbindelse med visitation.

Der er 23 medarbejdere ekskl. ledelse til de i alt 4.411 borgersager (2020), hvilket i snit giver 192 borgersager per medarbejder, jf. tabel 2. I udskrivningsenheden er der 11 medarbejdere som modtager udskrivelser fra hospitalerne samt besked om borgers overgang fra midlertidige døgnpladser til egen bolig. Udskrivningsenhedens opgave er at formidle videre til interne samarbejdspartnere samt koordinering og støtte med samarbejdspartnere i særligt komplekse sager.

Tabel 2. Nøgletal for myndighedsfunktionen i den sociale hjemmepleje. 2020

	Antal medarbejdere (ekskl. ledelse)	Antal borgersager	Antal borgersager per medarbejder (afrundet)
Hjemmeplejevisitation	23	4.411	192
Udskrivningsenhed	11		

Som dokumentations- og visitationsværktøj anvendes det elektroniske omsorgssystem Cura og Fælles sprog III. Det samme er tilfældet med myndighedsfunktionen i SUF. Selvom der er en stor overensstemmelse mellem mange af de bagvedliggende beskrivelser og procedurer mellem SOF og SUF har SOF et mere detaljeret ydelseskatalog, hvor ydelserne er flere og fremstår enkeltvist.

Hjemmeplejevisitationen i SOF har bevillingskompetence og budgetansvar for myndighedsrammen for følgende paragraffer:

Opgaver i den sociale hjemmeplejevisitation

- Råd og vejledning til borgere og pårørende
- Korterevarende og tidsafgrænsende rehabiliteringsforløb, SEL § 83a
- Personlig pleje, SEL § 83
- Praktisk hjælp, SEL § 83
- Spise/madtilbud, SEL § 83
- Genoptræning og vedligeholdende træning SEL §86
- Selvudpeget hjælper, SEL § 94
- Kontant tilskud, SEL § 95
- Midlertidige døgnophold og aflastning uden for hjemmet SEL §84
- Generelt dialog med samarbejdsparter
- Støttefunktion for Borgercenter Handicap ift. vurdering af plejebehov ift. børn, BPA, plejeorlov (§118)
- Støttefunktion for botilbud ifm. sektorovergang (primær/sekundær) både Borgercenter Voksne og Borgercenter Handicap
- Hjerneskadekoordination ved hjerneskadekoordinator
- Udvidet forløbskoordination for borgere der udskrives med rehabilitering på specialiseret niveau jf. GOP, hvor der er behov for opfølgende specialiseret rehabilitering, pleje og støtte i eget hjem.
- Henvvisning til omsorgstandpleje (sundhedslov)
- Trygt flytteforløb

Opgaveporteføljen i hjemmeplejevisitationen er afgrænset til de opgaver som leveres af den sociale hjemme- og sygepleje og de øvrige leverandører. Det betyder også, at visitatorrollen i hjemmeplejevisitationen er afgrænset og relativt specialiseret. Såfremt borgeren har behov for støtte til andre elementer, end de ovenfor nævnte, ligger bevillingskompetencen et andet sted i SOF, fx enten i Borgercenter Voksne eller Borgercenter Handicap, som fx visitation til hjælpemidler. Det betyder, at der er behov for samarbejde og koordinering af borgerens samlede sag, hvilket giver en række snitflader internt i SOF. De hyppigste snitflader mellem hjemmeplejevisitationen og de øvrige myndighedsfunktioner i SOF er beskrevet i oversigten nedenfor, og er rettet mod myndighedsfunktionerne i henholdsvis Borgercenter Voksne og Borgercenter Handicap.

Oversigt over myndighedsnitflader til hjemmeplejevisitationen.

Paragraf	Faglige og organisatoriske snitflader
SEL 85 Socialpædagogisk bistand/bostøtte	<p>Snitflade til både BCV og BCH i form af koordinering af indhold i indsatsen mellem SEL §83 og 85. Snitflade i form af koordinering af hvilken paragraf, der skal dække behovet/hvad borger er i målgruppe til.</p> <p>Særligt i forhold til BCH er samarbejdet på ungeområdet og voksenområdet målrettet borgere med erhvervet hjerneskade, borgere med sammensatte behov samt ved overgangen fra barn til voksen.</p> <p>Bemærkninger: Principmeddelelse 10-19 fra Ankestyrelsen fastlægger, at hvis formålet med hjælpen er, at borgeren skal have udført en opgave, der er af rent praktisk karakter, fx rengøring, skal hjælpen bevilges efter bestemmelsen om § 83 personlig pleje og praktisk hjælp, uanset hvad borgerens hjælpebehov mere konkret består i, eller om borgeren kan deltage i udførelsen af opgaven. Det betyder, at hvis borgeren har behov for personlig pleje og praktisk hjælp i form af motivering og guidning af en hjælper ved udførelse af opgaverne, skal hjælpen bevilges efter bestemmelsen om § 85 socialpædagogisk bistand/bostøtte. I gråzonesager er der behov for koordinering af hvilken indsats der er den dominerende ift. borgers problemstilling og formålet med hjælpen. Dette omfatter i SOF ca. 850 borgere</p>
SEL §§ 41/100 Merudgifter SEL §9 Ledsagelse SEL § 104 Aktivitets og samværstilbud SEL §§ 112/113 Hjælpemidler og forbrugsgoder	<p>Snitflade til BCH, som er myndighed i disse sager, i form af koordinering af fælles afgørelse til borgere med sammensatte behov, koordinering af ansøgninger om merudgifter, dagtilbud, aflastningstilbud samt hjælpemidler og boligændringer.</p> <p>Dette er særligt gældende på ungeområdet samt særlige diagnosegrupper fx ALS, sklerose, erhvervet hjerneskade samt inden for autismespektret.</p>
SEL §96 Borgerstyret personlig assistance	<p>Snitflade til BCH i form af understøttelse af sagsbehandlingen i BCH ved udarbejdelse af funktionsevnevurdering og vurdering af plejebehov for borgere i målgruppen for en BPA-ordning. Hjemmeplejevisitationens kompetencer i formål til udmåling af støtte anvendes i disse sager.</p>
SEL §107 Midlertidig botilbud	<p>Snitflade til BCH for borgere med erhvervet hjerneskade. Snitflade til botilbuddene uanset borgercenter ifm. modtagelse af meddelelse om udskrivelse fra sygehus og videreformidling til botilbud.</p> <p>Bemærkning: SUF og SOF har delt ledelse på Hjerneskadekoordinatoren, hvor 1 hjerneskadekoordinator er ansat i Hjemmeplejevisitationen, 1 er ansat i BCH og 2 er ansat i SUF. Ledelsen deles mellem områdechef i BCH, Hjemmeplejevisitationen og en chef i SUF's afdeling for forløbskoordination</p>
SEL §108 Længerevarende botilbud	<p>Snitflade til BCH for borgere med erhvervet hjerneskade. Snitflade til botilbuddene uanset borgercenter ifm. modtagelse af meddelelse om udskrivelse fra sygehus og videreformidling til botilbud.</p>
SEL §118 Pasning af nært- stående (plejeorlov)	<p>Derudover forestår hjemmeplejevisitationen vurdering af plejebehov og udmåling af hjælp til børn og ved ansøgning om plejeorlov.</p> <p>Hjemmeplejevisitationens kompetencer i formål til udmåling af støtte anvendes i disse sager.</p>
Center for Rusmiddelbehandling	<p>Koordination med Rusmiddelcenter for borgere med misbrugsproblemer</p>
Hjemløseenheden (BCV)	<p>Koordination med Hjemløseenheden i BCV for at sikre og understøtte gode borgerforløb.</p>
Boligrådgiverne	<p>Team, der hjælper hjemløse og udsmidtningstruede. Koordination med hjemmeplejevisitationen i de borgersager, hvor hjemmeplejen også leverer.</p>
F-ACT og OPUS	<p>Koordination med de regionale tilbud til borgere med psykiatriske problemstillinger for at understøtte borgerforløb.</p>

Samarbejdet internt mellem hjemmeplejevisitationen og myndighedsfunktionerne i henholdsvis Borgercenter Voksne og Borgercenter Handicap beskrives som velfungerende. Der er fokus på opgaven og koordinering mellem de løsningsmuligheder man som myndighed respektive har. Der er fokus på at etablere den mest hensigtsmæssige løsning fagligt og økonomisk og økonomien er ikke en barriere i det interne samarbejde i SOF.

Samtidig er der også – særlig inden for borgere med psykiatriske problemstillinger – et tæt samarbejde med Region Hovedstadens udkørende og opsøgende team til denne borgergruppe.

Omfanget af og behovet for en intern koordinering intern i SOF er centralt for analysen og for de hovedscenarier der skal udvikles. Sammenhængende borgerforløb er centrale for borgernes trivsel og deres oplevelse af deres situation og den støtte de oplever at få fra kommunen. Det er derfor centralt, at sammenhængen og helhedsorienteringen ikke bliver mindre som resultat af en eventuel sammenlægning. Der er ikke i dag et formuleret koncept for at understøtte sammenhængende borgerforløb på tværs af de interne myndighedsfunktioner i SOF eller på tværs af hjemmeplejevisitationen og de forskellige udfører-leverandører, der kommer i hjemmeplejemodtagernes hjem. Der er – som forsøgt beskrevet ovenfor – mange forskellige snit- og samarbejdsflader i hjemmeplejevisitationen som også er med til at illustrere hvor bred borgergruppen, som den sociale hjemme- og sygepleje leverer til, er.

3.1.2 SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN

SUF står p.t. over for en organisatorisk omlægning af myndighedsområdet. Fra starten af oktober 2021 samles hovedparten af forvaltningens myndighedsfunktioner, herunder de fem lokale visitationer, sygeplejekoordinationer og udskrivningskoordinationen, i hhv. Visitation Nord og Visitation Syd med hver en visitationsleder. 162 medarbejdere ekskl. ledelse samles i henholdsvis Nord og Syd og vil udgøre én samlet myndighed, der arbejder for at tilbyde borgerne de rette indsatser på rette tidspunkt, både hvad angår indsatser efter service- og sundhedsloven.

NUVÆRENDE LOKAL VISITATION

Ud af de 162 medarbejdere, der indgår i den nye organisering, er ca. 105 nuværende lokale visitatorer, som samlet varetager myndighedsopgaven for i alt 10.433 borgere, jf. tabel 3. Det giver i gennemsnit ca. 100 borgersager per medarbejder. Opgaven er dog ikke direkte sammenlignelig med Hjemmeplejevisitationen i SOF, hvilket gennemgås neden for.

Tabel 3. Nøgletal for myndighedsfunktionen i SUF. 2020

	Antal medarbejdere (ekskl. ledelse)	Antal borgersager	Antal borgersager per medarbejder (afrundet)
Lokale visitatorer	105	10.433	100

I 2018 implementerede SUF helhedssagsbehandling, hvormed den enkelte visitator fik ansvar for både hjælpemidler og andre indsatser. Visitationsrollen i SUF har siden da været bredere orienteret end i SOF. Rollen er i højere grad en generalistrolle end en specialistrolle.

Visitationerne i SUF har bevillingskompetence og budgetansvar for myndighedsrammen for følgende paragraffer:

Opgaver i SUF's myndighedsfunktion

- Råd og vejledning til borgere og pårørende
- Korterevarende og tidsafgrænsende rehabiliteringsforløb, SEL § 83a
- Personlig pleje, SEL § 83
- Praktisk hjælp, SEL § 83
- Spise/madtilbud, SEL § 83
- Selvudpeget hjælper, SEL § 94
- Kontant tilskud, SEL § 95 og varetager arbejdsgiverrollen, hvis borgeren har egen udpeget hjælper og ikke selv kan varetage arbejdsgiverrollen
- Flexkørsel/befordring, lov om trafikselskaber §11 og SEL §117
- Hjælpebidler, SEL §§ 112 (dog undtaget en række komplekse hjælpebidler som varetages af Hjælpebidelcentret)
- Forbrugsgoder, SEL § 113
- Boligindretning, SEL § 116 (dog undtaget rollen som projektleder ved større boligændringer)
- Varige botilbud(plejehjem) SEL 192 samt lov om almene boliger §54 (visitation til pladsen)
- Midlertidige døgnophold (visitation til pladsen)
- Magtanvendelse, SEL § 129
- Pasning af nærtstående med handicap eller alvorlig sygdom, SEL § 118
- Pasning af døende, SEL § 119, 120 og 121
- Tilskud til sygeplejeartikler m.m., SEL § 122
- Sygepleje, SUL 138
- Trygt flytteforløb
- Generel dialog med samarbejdspartnere
- Omsorgstandpleje (sundhedslov)

NY ORGANISERING PÅ MYNDIGHEDSOMRÅDET

I de kommende to visitationer i hhv. Nord og Syd vil myndighedsarbejdet blive tilrettelagt med udgangspunkt i forskellige borgergruppers behov for koordinering og opfølgning fra visitator.

Både Nord og Syd har en afdeling for Støtte og Koordinering og en afdeling for Udredning og Rehabilitering. Borgerindgangen er bydækkende (Borgerindgang – Råd og Vejledning), men organisatorisk forankret i Syd.

Det er målet at nå et mere fælles kompetenceniveau blandt visitatorerne i afdelingerne, bl.a. ift. viden om service- og sundhedsloven og brug af indsatserne ift. borgers samlede behov.

BORGERINDGANG RÅD OG VEJLEDNING:

Medarbejderne yder råd og vejledning til borgere og pårørende og sikrer, at borgere med behov for yderligere udredning og/eller støtte tilknyttes rette visitationsafdeling. Der ydes rådgivning inden for både service- og sundhedslov og der kan - hvor nødvendigt - igangsættes akut hjælp og sygepleje samt bevilges udskrivningsbetingede hjælpebidler og arbejdsredskaber.

UDREDNING OG REHABILITERING:

Hovedparten af de borgere, der henvender sig til visitationen for at søge hjælp, vil blive tilknyttet enheden Udredning og Rehabilitering i Nord eller Syd. Her vil de blive mødt med en hurtigt iværksat udredning af deres funktionsniveau i sammenhæng med et intensivt, korterevarende rehabiliteringsforløb mhp endelig afgørelse af evt. behov og indsats.

STØTTE OG KOORDINERING:

Borgere i 'komplekse forløb' og med stort funktionstab vil blive tilknyttet enhed for Støtte og Koordinering i Nord eller Syd. Borgeren vil få én fast tovholder, der – sammen med et mindre team om borgeren - er myndighed og koordinerende for borgerens samlede forløb. Tovholderen har tæt dialog med hjemmepleje, hospital, midlertidigt døgnophold og sygepleje mhp. løbende at justere indsatsen og vil kunne understøtte borgerens forløb fra start til slut.

I forhold til myndighedsfunktionen i SOF er det særligt visitationsansvaret for hjælpemiddelområdet samt sygeplejen som medvirker til at visitationsrollen i SUF er bredere orienteret end i SOF. Det stiller en række anderledes krav til den enkelte visitators kompetencer og omvendt giver det også den enkelte visitator andre muligheder for at agere i "hele" borgersagen. Den bredere myndighedsrolle er også medvirkende til at forklare, hvorfor antallet af sager per visitator er mindre i SUF end i SOF.

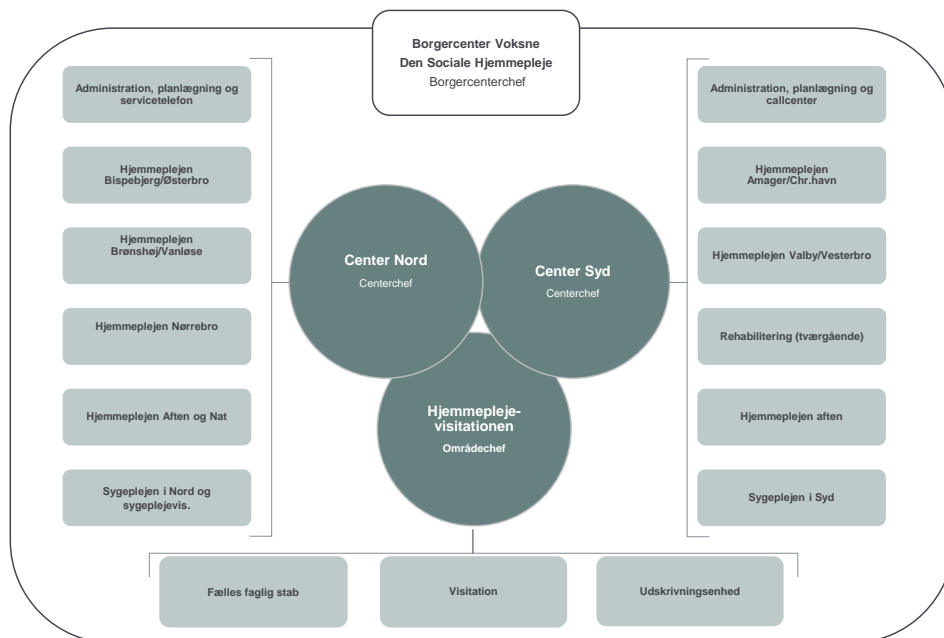
3.2 HJEMMEPLEJEN

Hjemmeplejen i henholdsvis SOF og SUF leverer begge SEL 83 personlig pleje og praktisk hjælp og delegeret/opgaveoverdragne sygeplejeopgaver fra sygeplejen. Det er her den store volumen er i forhold til borgere og hjælp der skal leveres samt antal medarbejdere. Det er således her, at en eventuel sammenlægning når længst ud og berører flest. De to hjemmeplejeorganisationer er ikke identisk organiseret, hvorfor ligheder og forskelle gennemgås her.

3.2.1 SOCIALFORVALTNINGEN

Den sociale hjemmepleje er opdelt i to geografiske centerområder, Nord og Syd. De geografiske områder er overlappende med de to geografiske planområder i SUF men er ikke identiske. I hvert område er der en central enhed med ansvar for administration, ruteplanlægning i hele området og for alle vagtlag samt callcenter/servicetelefon, hvor borgere, pårørende og samarbejdspartner kan ringe ind. Organisationsstrukturen fremgår af figur 1.

Figur 1. Den sociale hjemme- og sygeplejes organisering



Herudover er der en række enheder (grupper) som leverer personlig pleje og praktisk hjælp samt delegeret/opgaveoverdragne sygeplejeopgaver om dagen samt en enhed i hvert geografisk område som leverer om aftenen. Enhederne varierer en smule i størrelse og har typisk mellem 30 og 50 medarbejdere, hvoraf langt størstedelen er social- og sundhedshjælpere. Medarbejderne møder – på forsøgsbasis - ind hos borgeren (første besøg) og fortsætter vagten herfra og er kun inde på basen i forbindelse med frokost, personalemøder og vagtafslutning.

Det ene centerområde (Nord) har det samlede ansvar for nattevagten⁷. Nattevagten består af social- og sundshjælpere samt social- og sundhedsassistenter. Herudover er der en tværgående enhed der leverer korte og tidsafgrænsede rehabiliteringsydelser. Det er dog det klare indtryk at sammenhængen mellem de korte afgrænsede rehabiliteringsydelser og hjemmehjælpen generelt er lille.

I alle enheder er der en enhedsleder med ansvar for enhedens personlige, faglige og økonomiske ledelse.

I den sociale hjemmepleje har man i 2018 valgt at organisere planlægningsopgaven i en central enhed, der dækker alle enheder. Formålet med dette er at professionalisere planlægningsopgaven og sikre bedre udnyttelse af ressourcer og kompetencer på tværs af enhederne. Planlæggerne referer til enhedslederen for enheden Administration, planlægning og callcenter/servicetelefon.

I hjemmeplejeenhederne er der en enhedsleder med ansvar for den personlige og faglige ledelse samt budgetansvar for enheden. Dette skal lede til en større fokus på personaleledelsen af enheden samt den faglige ledelse. At planlæggerne er taget ud af de enkelte enheder og placeret i en central enhed, er en nyere ordning som adskiller sig væsentligt fra SUFs organisering (hvor planlæggeren er placeret i enheden/gruppen) og som gennemgås efterfølgende.

Gevinsten ved denne organiseringsform har været en professionalisering af planlæggerfunktionen. Den potentielle ulempe er at planlæggeren kommer for langt væk fra lederen og hverdagen i den enkelte enhed, der dermed mister den daglige sparring om planlægningen af borgerbesøg, anvendelse af enhedens ressourcer og kompetencer og økonomistyringen i enheden. Der gives dog udtryk for, i de gennemførte interviews, er der er så tæt et samarbejde mellem enhedslederen og planlæggeren i enheden for administration og planlægning, at dette ikke opleves som en begrænsning i hverdagen. Det er dog en opgavedeling som er i fokus og vurderes løbende for at sikre, at balancen og samarbejdet mellem enhedsleder og planlægger er tilstrækkeligt til at understøtte enhedslederens samlede ledelsesopgave.

FREMMØDEPROFIL I DEN SOCIALE HJEMMEPLEJE

I tabel 4 neden for fremgår antallet af kørelister (ruter) i den sociale hjemmepleje i uge 22 i år. Det ses, at der i hverdagene var godt 200 daglige kørelister, mens der i weekenden var ca. 130. Hver af ruterne skal bemannes med en medarbejder og er derfor udtryk for fremmødebehovet. Tabellen viser også det samlede antal medarbejdere i de respektive driftsenheder samt forholdet mellem antal medarbejdere og antal kørelister. Jo lavere brøkforsholdet er mellem antal medarbejdere og antal kørelister, desto vanskeligere er det alt andet lige at få fremmødeplanen til at gå op – og behovet for afløsere og/eller vikarer må formodes at være større.

Hvis forholdet er 1:1 betyder det, at der er samme antal medarbejdere som der er antal kørelister uden at tage højde for ferie, sygdom, kompetenceudvikling mv. Det vil sige, at et forhold på 1:1 vil forudsætte et (større) antal tilkaldevikarer/flyvere eller eksterne vikarer for at kunne levere de visiterede timer.

Der ses i alle enheder udsving hen over ugen i antallet af kørelister. Det illustrerer hvorfor det er vigtigt på daglig basis at være tæt på og tilpasse antallet medarbejdere der skal være på arbejde.

For det andet viser tabellen et klart mønster og forskel mellem område Nord og Syd. I område Nord varierer brøkforsholdet mellem antal medarbejdere og antal kørelister mellem 0,8 og 1,1. For de samme dageheder i område Syd er variationen mellem 1,3 og 1,9. Det laveste niveau i område Syd er samtidigt 0,2 højere end det højeste niveau i område Nord.

Det samme billede ses for aftenvagterne. I område Nord er der 1,9 medarbejdere per køreliste og i område Syd er niveauet 2,3 medarbejdere per køreliste.⁸

⁷ Antallet af timer der skal leveres) ikke er stor nok til at det er økonomisk rentabelt at have en enhed, der varetager nattevagten i hvert område.

⁸ På grund af forskelle i arbejdstidsregler skal brøkforsholdet alt andet lige være højere i aftenenhederne end i dagenhederne.

Tabel 4. Antal kørelister ift antal medarbejdere. Uge 22, 2021

Enhed	Antal kørelister, uge 22							Antal fastansatte	Antal fastansatte ift kørelister	Vikarforbrug (1.000 kr.)
	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag			
*DSH - Nat Syge og Hjemmepleje	5	5	4	4	4	4	4	7	1,6	1.296
Nord - Aften Syge og Hjemmepleje	24	23	22	23	24	23	23	44	1,9	6.689
Nord - Bispebjerg Daghjemmepleje	18	16	19	18	20	8	7	20	1,1	1.408
Nord - Brønshøj Daghjemmepleje	21	22	24	24	26	13	13	25	1,1	4.347
Nord - Nørrebro Daghjemmepleje	29	27	30	25	25	11	11	23	0,8	2.316
Nord - Østerbro Daghjemmepleje	16	16	17	15	18	8	8	15	0,9	2.995
Rehabilitering (Tværgående)	5	5	5	5	5			19	3,8	
Syd - Aften Syge og Hjemmepleje	22	21	23	22	23	22	22	50	2,3	1.651
Syd - Amager Øst Daghjemmepleje	21	19	18	18	20	8	8	29	1,5	476
Syd - Valby Daghjemmepleje	14	15	15	16	15	10	9	29	1,9	536
Syd -Amager Vest Daghjemmepleje	22	20	21	22	20	13	12	31	1,5	1.310
Syd- Vesterbro Daghjemmepleje	19	17	18	18	17	10	10	24	1,3	687
I alt	216	206	216	210	217	130	127	316	1,5	23.711

Note. Tabellen omfatter dagenheder der leverer fritvalgsydelse og rehabilitering samt aften- og natenhederne der leverer fritvalgsydelse og delegeret/opgaveoverdragne sundhedslovsydelse.

Tabellen viser derfor, at område Syd har væsentligt flere fastansatte per køreliste end område Nord og dermed har noget bedre forudsætninger for at kunne levere de visiterede timer med fast personale. Det giver en ret stor forskel i rammevilkårene for driften i de to områder. Om end der er visse undtagelser, des det også, at der på tværs af dagenhederne er en vis sammenhæng i forhold til vikarforbruget. Enheder, hvor brøkforskel mellem antal medarbejdere og antal kørelister er lavt, har i de fleste tilfælde også højere vikarforbrug. Her spiller det dog også ind, hvor mange interne afløsere, de enkelte enheder har tilknyttet.

Det ser umiddelbart ikke ud til at driften i den sociale hjemmepleje på nuværende tidspunkt endnu er i et stabilt driftsleje, men er afhængig af afløsere og eksterne vikarer for at kunne sikre og levere de bevilgede hjemmeplejeydelser. Samtidig ser situationen forskellig ud alt efter om det er centerområde Nord eller Syd, hvor Nord er mest udfordret på den primære hjemmeplejedrift.

3.2.2 SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN

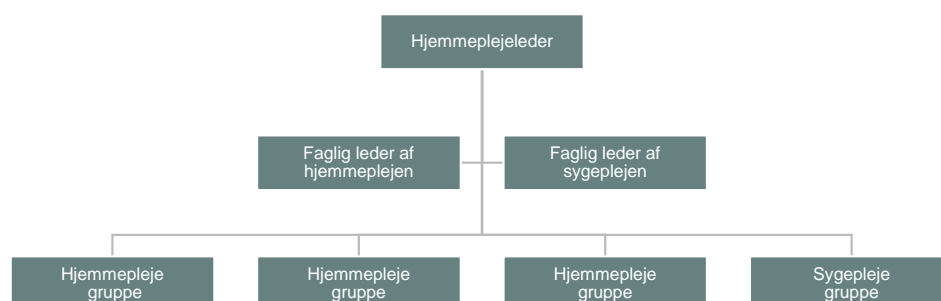
Hjemmeplejen i SUF er organiseret i fem hjemmeplejeenheder. Hvoraf de tre Østerbro/Indre By (IBØ), Vanløse/ Brønshøj/Husum (VBH) og Bispebjerg/Nørrebro (BIN) ligger i område Nord. Amager og Vigerslev/ Kgs. Enghave/Valby (VKV) ligger i område Syd.

Hver af de fem hjemmeplejeenheder ledes af en hjemmeplejeleder som under sig har en faglig leder for henholdsvis hjemmeplejedelen og sygeplejedelen (de faglige ledere har udelukkende faglig ledelse og ikke personaleledelse). Herunder er en række udførende hjemmeplejegrupper som udfører indsatser jf. Serviceloven §83 og opgaveoverdragede sygeplejeydelser jf. Sundhedsloven. Samt en række udførende sygeplejegrupper som leverer sygeplejeydelser jf. Sundhedsloven §138 og andre opgaver som faglig ledelse og koordinering af borgerforløb. Hver enkelt gruppe er ledet af en gruppeleder og daglig ledelse og planlægning af opgaver og kørelister varetages i den enkelte gruppe.

Med den nye organisering af myndighedsområdet i SUF⁹ varetages visitation/tildeling af sygeplejeindsatser jf. Sundhedsloven §138 i myndighedsafdelingerne "Støtte og Koordinering" som beskrevet tidligere.

Figur 2 skitserer en forenklet prototype på de fem hjemmeplejeenheder i SUF. Antallet af såvel hjemmeplejegrupper som sygeplejegrupper varierer i de fem enheder.

Figur 2. Illustration af hjemme- og sygeplejens organisering i SUF



De fem hjemmeplejeenheder leverer hjemmepleje og sygepleje i dag og aften timerne. Hjemmeplejeren i IBØ leverer hjemmepleje og sygepleje i hele SUF om natten.

Den mest markante forskel i forhold til organiseringen af hjemmeplejeren i SOF er, at planlæggerfunktionen er placeret i den enkelte gruppe og ikke i en central enhed som i SOF. I forhold til rolle- og opgavebeskrivelsen mellem lederen af hjemmeplejegruppen og planlæggeren er der ikke indholdsmæssigt den store forskel. Forskellen består i at planlæggeren fysisk og organisatorisk er koblet til den enkelte gruppe og refererer til lederen af hjemmeplejegruppen.

Det giver strukturelt lederen af hjemmeplejegruppen et større lokalt råderum til at arbejde med den faglige og økonomiske ledelse af gruppen og omvendt giver det også en større sårbarhed i planlæggerfunktionen idet der kun er én planlægger med tæt og indgående kendskab til gruppen og personalet. Der er dog også en række variationer, hvor planlæggerfunktionen er delt mellem flere personer.

3.3 SYGEPLEJEN

Sygeplejen i kommunerne er under hastig forandring og under stigende pres som følge af den demografiske udvikling, højere levealder, accelererede forløb på sygehusene og stadig flere komplekse borgerforløb som kræver sygepleje. Hertil kommer at kravene til en sygeplejefaglige dokumentation også løbende skærpes. Dette mærkes i både SOF og SUF og begge forvaltninger og resulterer begge steder i at de vedtagne budgetter ikke kan følge med opgavepresset.

3.3.1 SOCIALFORVALTNINGEN

Sygeplejen i den sociale hjemme- og sygepleje er som hjemmeplejeren organiseret i to geografisk opdelt centerområder, Nord og Syd. Der er to selvstændige sygeplejegrupper i dagtimerne – en i hvert centerområde. Sygeplejen om aftenen leveres af de to aften hjemmehjælpsgrupper, en i hvert område og om natten leveres sygeplejen af den tværgående nattevagt, delegeret eller opgaveoverdraget, hvor der er social- og sundhedsassistenter ansat. Sygeplejen i SOF har et fast rammebudget og der er fælles sygeplejevisitation eller tildelingen af sygeplejeindsatser på tværs af de to centre.

⁹ Fra oktober 2021.

Sygeplejen understøttes drifts- og planlægningsmæssigt på samme måde som hjemmehjælpsgrupperne af de to enheder og administration. Se også illustration af den sociale hjemme- og sygeplejes organisering ovenfor. I hver sygeplejegruppe er der en enhedsleder, og der er samme opgavedeling som med hjemmeplejen mellem enhedsleder og planlægger. Dvs. der også er de fordele og opmærksomhedspunkter som beskrevet i afsnittet om hjemmeplejen samt samme løbende fokus på om opgavedelingen er mest hensigtsmæssig. Sygeplejen har et rammebudget og reguleres ikke (inden for året) efter det faktiske aktivitetsniveau. Sygeplejen leverer til hjemmeboende og ansvaret for sygepleje på fx botilbud i SOF er botilbuddene selv ansvarlige for, selvom sygeplejen kan rekvireres af botilbuddene efter aftale og intern afregning.

I de to sygeplejegrupper i henholdsvis Nord og Syd har der historisk set været ansat både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Denne faglige sammensætning af sygeplejegrupperne er dog under forandring. I forlængelse af de stigende krav til sygeplejefaglige ydelser og dokumentation samt behovet for at kompetenceopbygge hjemmehjælpsgrupperne er det besluttet, at sygeplejegrupperne kun skal bestå af sygeplejersker. Denne forandring er implementeret i Syd og er på vej til at blive implementeret i Nord. Denne udvikling er sammenfaldende med den faglige sammensætning af sygeplejegrupperne i SUF som har gennemført en forandring imod sygeplejegrupper udelukkende bestående af sygeplejersker.

I analysen er der ikke gennemført egentlige arbejdsgangsanalyser eller konkrete kortlægninger af udvalgte processer. I analysen er der dog blevet tegnet et meget klart billede af, at den sygeplejefaglige dokumentation har været i fokus i SOF gennem de seneste år og der er blevet samarbejdet tæt mellem sygeplejen i SOF og SUF på at højne kvalitet og stabilitet af sygeplejen i SOF. SUF har implementeret Cura før SOF og sundhedslovsydelse har haft en helt anden opmærksomhed og fokus i SUF frem for i SOF. Det betyder, at SOF har kunne læne sig op ad det arbejde, arbejdsgange og procedurer, som SUF har udarbejdet og har erfaring med. Det har samtidig været et arbejdsprincip at sygeplejen i SOF ikke skulle etablere andre arbejdsgange eller procedurer end sygeplejen i SUF, hvorfor der allerede i dag er – på papiret – stor overensstemmelse mellem de retningslinjer og beskrivelser af processer og procedurer i henholdsvis SOF og i SUF.

Der er dog stadig forskel i implementering og compliance i forhold til beskrivelser og procedurer mellem sygeplejen i SOF og i SUF, hvor SUF med den største volumen er længst. Dette beskrives bl.a. af de to private leverandører af hjemmehjælp og delegeret/opgaveoverdragne sundhedslovsopgaver. De oplever fx, at omfang og niveauet af dokumentation i forbindelse med opgaveoverdragne sundhedslovsydelser er forskellig og at handlingsanvisningerne i Cura stadig har et udviklingspotentiale i SOFs sygepleje.

FREMMØDEPROFIL I DEN SOCIALE SYGEPLEJE

I tabel 5 fremgår antallet af kørelister i SOFs sygepleje i uge 22 i år samt antal fastansatte per enhed. Herudover er der beregnet antallet af fastansatte i forhold til antallet af kørelister, jf. også afsnit 3.2.1.

Tabellen viser samme mønster for sygeplejen som beskrevet ovenfor i forbindelse med hjemmeplejen. Det viser både den daglige variation i behovet for kørelister og dermed vigtigheden af at være tæt på planlægningsopgaven.

Tabel 5. Antal kørelister ift antal medarbejdere i sygeplejen. Uge 22, 2021

Enhed	Antal kørelister, uge 22 2021							Antal fastansatte	Antal fastansatte ift kørelister	Vikarforbrug (1.000 kr.)
	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag			
Nord – DagSygepleje	20	23	24	22	25	13	14	21	0,7	7.295
Syd – DagSygepleje	13	11	17	11	12	6	6	18	1,4	2.753
I alt	33	34	41	33	37	19	20	39	1,1	7.295

For det andet viser tabellen igen et klart mønster og forskel mellem område Nord og Syd. I område Nord er antallet af fastansatte i sygeplejens dagenhed 0,7, mens det er 1,4 i

område Syd. Igen viser det to forskellige driftssituationer, hvor Syd har en mere robust bemanning i forhold til at levere de bevilgede timer til borgerne.

I forhold til sygeplejen er der en entydig sammenhæng mellem andelen af fastansatte per kørerliste og forbruget af eksterne vikarer. I Nord, hvor der er det laveste antal fastansatte, er der også det højeste vikarforbrug.

Som det også var tilfældet med hjemmeplejen, er der således to forskellige driftssituationer i SOFs hjemme- og sygepleje, hvor situationen er væsentlig mere ugunstig i Nord end i Syd.

3.3.2 SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN

Sygeplejen i SUF følger samme geografiske områdeomdeling som hjemmeplejen i SUF og der er i hvert område en overordnet leder af hjemmeplejen og sygeplejen som samler det faglige og økonomiske ansvar. Herunder er der en række sygeplejegrupper som strukturelt følger den samme organisering som hjemmeplejegrupperne i SUF og består af en leder af den enkelte gruppe, en planlægger samt medarbejderne.

SUF har gennemført en forandringsproces imod en sygepleje, hvor sygeplejegrupperne udelukkende er grupper med sygeplejersker og de social- og sundhedsassistenter, som tidligere var en del af sygeplejegrupperne, er blevet overflyttet til hjemmeplejegrupperne. Denne forandring blev iværksat for at kunne levere på den øgede specialisering i sygeplejen og for at kompetenceopbygge med erfarne social- og sundhedsassistenter i den enkelte hjemmeplejegruppe.

Der er således en ensartet organisatorisk bevægelse i SOF og SUF imod sygeplejegrupper med udelukkende sygeplejersker ansat. SUF har været igennem denne proces og SOF har truffet beslutningen og indtil videre implementeret den i en af de to centerområder.

De faglige beskrivelser, procedurer og retningslinjer der beskrevet og udviklet i SUFs sygepleje samt tilhørende støttefunktioner er også i meget vid udstrækning gældende i SOFs sygepleje. Udlån af sygeplejersker fra SUF til SOF i forbindelse med dels *Genopretningsplanen* samt i forbindelse med det efterfølgende *Stabiliseringsprogram* har været medvirkende til at accelerere denne udvikling.

3.4 FAGLIGE STØTTE- OG UDVIKLINGSFUNKTIONER

De faglige støtte og udviklingsfunktioner i henholdsvis SOF og SUF er funktioner, der med sine ressourcer og kompetencer understøtter og sikrer, at driftsenhederne kontinuerligt kan arbejde efter opdaterede, retvisende og lovmedholdelige beskrivelser, arbejdsgange og procedurer. Dette sker oftest i et samarbejde med de berørte driftsenheder og er således afgørende for at driftsenhederne kan være fagligt bæredygtige og levere de indsatser der er behov for i en tilstrækkelig høj kvalitet. Hertil kommer støtte og udviklingsopgaver i relation til myndighedsopgaven, fx beskrivelse af det politiske fastsatte serviceniveau arbejdsgange i relation til sagsbehandling mv.

For både SOF og SUF gælder, af de faglige støtte- og udviklingsfunktioner som er i primær fokus er dem, der er tilknyttet støtten og udviklingen af opgavevaretagelsen vedrørende rehabiliteringsydelser, personlig pleje og praktisk hjælp samt sygeplejen i hver deres forvaltning.

3.4.1 SOCIALFORVALTNINGEN

Den primære faglige støtte- og udviklingsfunktion tilknyttet den sociale hjemme- og sygepleje kaldes *Fælles faglig stab*. Staben omfatter i alt 6 medarbejdere og dækker både myndighed og udførerfunktionerne vedr. hjemmepleje og sygepleje.

Herudover trækker den sociale hjemme- og sygepleje på faglige ressourcer og kompetencer i Borgercenter Voksne, hvor de også ledelsesmæssigt refererer til, samt alle øvrige støttefunktioner i forhold til fx ledelse, kommunikation, økonomi, styring, politisk interessevaretagelse mv. i resten af SOF. Denne bredere og øvrige del af den sociale hjemmepleje og sygeplejes faglige støtte og udviklingsfunktion er både karakteriseret ved

regulære og gentagende opgaver som fx budgetopfølgninger og mere ad hoc prægede opgaver. Denne bredere definition af støtte og udviklingsfunktion til den sociale hjemme- og sygepleje opgøres forholdsvist i økonomiafsnittet og detaljeres ikke yderligere her.

Den snævrere del af den sociale hjemme- og sygeplejes faglige støtte- og udviklingsfunktion omfatter således den *Fælles faglige stab* og tilknyttet(ede) udviklingskonsulenter i Borgercenter Voksne. Hertil har der været et antal medarbejdere midlertidigt tilknyttet først *Genretningen* og derefter *Stabiliseringen* af den sociale hjemme- og sygepleje. Dette omfatter ca. 10-12 medarbejdere yderligere. Om disse ressourcer alene bliver et udtryk for en midlertidig foranstaltning eller helt eller delvist er udtryk for en nødvendig tilførsel for at kunne fastholde og udvikle kvaliteten på tilstrækkelig vis er ikke muligt at vurdere.

3.4.2 SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN

Hjemme- og sygeplejen i SUF har en anden volumen end i SOF og dermed er de tilknyttede faglige støtte og udviklingsfunktioner også flere og større i omfang. De faglige støtte- og udviklingsfunktioner er også flere og mere specialiserede i forhold til SOFs centrale *Fælles faglig stab*. Derfor kan det også være vanskeligt at afgrænse og gøre omfanget af de faglige støtte- og udviklingsfunktioner sammenlignelige i forhold til SOFs *Fælles faglige stab*.

Der i forbindelse med denne analyse ikke gennemført en egentlig optælling eller sammenligning mellem de tilknyttede ressourcer og kompetencer i SUFs faglige støtte- og udviklingsfunktioner og SOF. Men det er tilbagemeldingen på tværs af de mange aktiviteter i analysen at en direkte konsekvens af volumenforskellen betyder, at SUF både har en højere beskrivelsesgrad i forhold til procedurer, arbejds gangebeskrivelser mv. end SOF samt, at SUF har en højere compliance på udførerfunktionerne på grund af dette. I mange tilfælde overtages SUFs beskrivelser af procedurer, arbejds gange mv. også efterfølgende af hjemme- og sygeplejen i SOF.

I SUF er de primære faglige støtte- og udviklingsfunktioner tilknyttet to centre i centralforvaltningen, Center for Omsorg og Rehabilitering samt Center for Sundhed og Forebyggelse. I Center for Omsorg og Rehabilitering er støttefunktionerne tilknyttet myndighed og hjemmeplejen placeret og i Center for Sundhed og Forebyggelse er støttefunktionerne tilknyttet sygeplejen placeret.

Herudover samarbejdes med alle øvrige støttefunktioner i forhold til fx ledelse, kommunikation, kvalitetsudvikling og -sikring, økonomi, styring, IT mv. i resten af SUF

3.4.3 SNITFLADER OG SAMARBEJDE MELLEM DE TO FORVALTNINGER

Samarbejdet mellem de to forvaltninger er beskrevet og defineret i en samarbejdsaftale¹⁰ om "Visitationsretningslinjer" fra 2012. Denne samarbejdsaftale beskriver detaljeret de aftaler, der er indgået i forhold til specifikke borgergrupper, samt retningslinjer og principper for visitation/afklaring om hvilken forvaltning der løser den pågældende opgave. Det handler fx om det grundlæggende princip om, at det er hjemmeboende borgers dominerende problemstilling der er udslagsgivende for hvilken forvaltning, der er ansvarlig. Samtidigt er det aftalt, at en husstand alene kan modtage hjælp fra en forvaltning.

De specifikke aftaler i forhold til målgrupper fremgår af oversigten neden for.

¹⁰ Der foreligger en række samarbejdsaftaler mellem SOF og SUF i forhold til fx rehabiliteringspladser og genoptræning. Disse gennemgås ikke her, fordi de ikke direkte relaterer sig til opgaverne i den sociale hjemme- og sygepleje og dermed ikke er genstand for en mulig sammenlægning.

Oversigt over målgrupper for SOF's og SUF's hjemme- og sygeplejeorganisationer

Ansvarsområder	
SOF	<p><u>Handicapområdet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Borgere med betydelige og varige fysiske handicap samt borgere med kroniske invaliderende sygdomme Borgere som ikke er folkepensionister med medfødt og erhvervet hjerneskade Borgeremed handicap, hvor der evt. i forvejen er kontakt til tilbud på handicapområdet. Fx udviklingshæmmede, sklerose- og muskelsvindramte samt døv/blinde.
	<p><u>Psykiatri- og misbrugsområdet samt andre socialt udsatte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Borgere med psykisk sygdom, misbrug eller andre svære sociale problemstillinger. Borgere tilknyttet Rådgivningscenter for Stofafhængige Borgere med svær psykisk sygdom, misbrug og dermed forbundne sociale problemstillinger
SUF	<ul style="list-style-type: none"> Borgere over 65 år med sygdoms- og aldersbetingede funktionsnedsættelser, inkl. erhvervet hjerneskade eksempelvis apopleksi eller mén efter ulykker Cancer-, terminale- og AIDS- patienter Borgere med demens Borgere, som udelukkende har behov for sygeplejeydelser uden behov for socialforvaltningens hjemmepleje Borgere uanset alder og diagnose, der alene har brug for lægeordineret hjemmesygepleje og hvor der ikke samtidig leveres hjemmehjælp, hjemmevejledning eller støttekontakt person,

I forlængelse af samarbejdsaftalen er der nedsat et fælles visitationsudvalg, der har ansvaret for at afgøre placering af konkrete borgere såfremt der enten er uenighed om placering eller der er behov for afklaring/dialog om borgerens dominerende problemstilling.

Visitationsudvalget består p.t. af centrale myndighedsledere i SUF og SOF. Udvalgets mødefrekvens har været skiftende fra udgangspunktet med månedlige møder til kvartalsvise møder og også nogle gange aflyste møder pga. få eller ingen sager. Der har været en særlig situation i forbindelse med corona, som har betydet færre nyhenviste borgere, hvorfor der i det seneste år har været afholdt færre møder en normalt.

På trods af samarbejdsaftalen og den aftalte struktur med visitationsudvalgsmøder er der ikke ubetinget tilfredshed med samarbejdsaftalen. Den opleves ikke som tidssvarende eller tilstrækkelig konkret til reelt at virke som grundlag for en placering af borgere med gråzoneproblematikker.

4. ØKONOMI OG AKTIVITET

I dette afsnit gives et portræt af den aktivitet, der finder sted de to forvaltningers hjemme- og sygeplejeorganisationer. Der præsenteres hovedtal for aktiviteten i både SOF og SUF og både fra et myndigheds perspektiv (visiterede timer) og et udførerperspektiv (planlagte timer).

Såfremt det besluttes at samle hjemme- og sygeplejen i Københavns Kommune, vil det være SUF's organisation, som er den fortsættende, og SOF's som vil skulle flyttes. Derfor er der et særskilt behov for at belyse strukturer og størrelsesordener i den sociale hjemmeplejes drift, og derfor er fremstillingen heraf mere grundig end den tilsvarende i SUF.

Som grundlag for analysen er der etableret et datasæt med meget detaljerede oplysninger om aktiviteten (blandt andet på individniveau), som dækker årsperioden fra 1. april 2020 til 31. marts 2021. Perioden sikrer, at der er data, som er aktuelle og dækker en fuld årsperiode. Den skæve (og forholdsvis korte) periode beror på, at Socialforvaltningen først har taget fagsystemet CURA i brug fra primo 2020. Afsnittes indledes med en gennemgang af de målgrupper, som den sociale hjemme- og sygepleje dækker.

4.1 INDLEDNINGSVIST GIVER AFSNITTET OGSÅ ET OVERBLIK OVER DEN TILKNYTTETE ØKONOMI. SÅFREMT DER EFTERFØLGENDE VIL BLIVE TRUFFET BESLUTNING OM EN SAMMENLÆGNING SKAL ØKONOMIEN OG FORUDSÆTNINGERNE I DENNE ANALYSE FASTLÆGGES OG AFTALES KONKRET MELLEM DE TO FORVALTNINGER. ØKONOMI

Dette afsnit giver et overblik over den økonomi, der knytter sig til den sociale hjemme-sygepleje. I afsnit 4.1.1 opstilles en økonomisk baseline baseret på regnskabsoplysninger for 2020. I afsnit 4.1.2 opgøres de gennemsnitlige timeudgifter i hjemmeplejen i de to forvaltninger for den del af aktiviteten, som kommunen selv leverer. Endelig opgøres i afsnit 4.1.3, hvor stor aktivitet, der er vedrørende gråzoneborgere, og den økonomiske værdi heraf estimeres.

4.1.1 ØKONOMISK BASELINE

De samlede nettoudgifter i den sociale hjemmepleje udgjorde i regnskab 2020 394 mio. kroner.¹¹ Dette omfatter en lang række poster og funktioner, hvor det ikke er SOF, der løser driftsopgaverne, fx udgifter til private leverandører og borgere, der vælger at benytte en selvudpeget hjælper. Herudover er der udgifter til tværgående opgaver og administration på 248,6 mio. kroner, som dækker hele SOF's ansvarsområde. En andel heraf kan henføres til hjemmeplejen som overheadomkostninger. Hvis beløbet opgøres forholdsmæssigt, svarer det til 16,4 mio. kroner. Med overhead opgjort på den måde, udgør de samlede udgifter således 41045 mio. kroner, jf. tabel 6.

I tabellen er udgifterne fordelt på de relevante servicetilbud i forspalten og en række forskellige udgiftstyper i kolonnerne. Fordelingen er baseret på oplysninger fra SOF, dels i en intern specifikation af regnskab 2020, dels oplysninger indsamlet i det aktuelle projekt. Udgifterne er fordelt ud fra, hvem der leverer ydelserne. Det betyder fx, at delegerede sygeplejeydelser er placeret under hjemmeplejen.

De samlede udgifter i den udførende hjemme- og sygepleje (række 4) udgjorde 2,3 mio. kroner. Heraf var 177,1 mio. kroner løn til egne medarbejdere, og 33,7 mio. kroner var udgifter til eksterne vikarer. Der var modgående indtægter på 21 mio. kroner, hvoraf 14. mio. kroner er en nettobetaling fra SUF for, at SOF har leveret hjemmepleje til borgere,

¹¹ Der er heri indeholdt en korrektion for, at nogle funktioner først er flyttet til den sociale hjemmepleje i 2021, men regnskabsmæssigt har ligget på andre konti 2020. I det offentlige regnskab 2020 er udgifterne til den sociale hjemme- og sygepleje således 388 mio. kroner, men det er 394 mio. kroner, som er retvisende for den fremadrettede drift.

som SUF er ansvarlig for.¹² Herudover er der udgifter på 68,6 mio. kroner til private leverandører. Det kan bemærkes, at udgifterne til eksterne vikarer fremstår ret høje set i forhold til lønudgifterne. Det gælder særligt i hjemmesygeplejen, hvor der for hver 100 kroner til løn blev anvendt 40 kroner til eksterne vikarer. I nogle tilfælde er anvendelsen af eksterne vikarer ikke dyrere end anvendelse af det faste personale. De eksterne vikarer er alene dyrere på udvalgte vagttyper eller såfremt de erstatter en fastansat i tilfælde af sygefravær eller i en opsigelsesperiode, hvor man samtidig oppebærer lønudgiften til den fastansatte medarbejder.

De øvrige udgifter vedrører fortrinsvist udgifter til borgere, der har selvudpeget hjælper eller får kontant tilskud (i alt knap 78 mio. kroner, jf. række 5 og 6) samt en række forskellige servicetilbud (rehabiliteringspladser og respiratorordning mv.), som SOF ikke selv varetager driften af. Herudover er der udgifter til hjemmeplejevisitation og en række øvrige udgifter, herunder husleje og ejendomsudgifter.

Tabel 6. Udgifter i den sociale hjemmepleje, regnskab 2020. 1.000 kroner

Funktion	Løn-udgifter	Eksterne vikarer	SUF myndigheder	Andre leverandører	Private leverandører	Øvrig drift	I alt
01 Hjemmepleje	160.049	23.332	-11.760	895	68.597		241.413
02 - heraf delegeret sygepleje	21.214		-1.559				19.655
03 Sygepleje	17.038	10.049	-2.240				24.847
04 Hjemme- og sygepleje i alt	177.087	33.681	-14.000	895	68.597		266.260
05 Selvudpeget hjælper (§94)					59.465		59.465
06 Kontant tilskud (§95)					18.468		18.468
07 Ordninger (indkøb og tøjvask)					3.974		3.974
08 Rehabiliteringspladser			18.602				18.602
09 Øvrig træning					51		51
10 Aflastningspladser			799				799
11 Respiratorordninger				4.382			4.382
12 Hjemmeplejevisitationen	17.090						17.090
13 - heraf fælles faglig stab	4.349						4.349
14 Øvrige udgifter (ejendomme mv)						7.584	7.584
15 Intern afregning							-7.000
16 Den sociale hjemmepleje i alt							394.024
17 Andel af tværgående adm.							16.428
18 Baseline, i alt							410.452

Note: Fordelingen af udgifter mellem hjemmesygeplejen og delegeret sygepleje er opgjort skønsmæssigt

Kilde: Københavns Kommunes regnskab 2020, internt regnskab for den sociale hjemmepleje samt egne beregninger

4.1.2 TIMEOMKOSTNINGER

Tabel 7 specificerer timeomkostningerne i hjemmeplejen i de to forvaltninger. Disse er opgjort som udgifter til løn og eksterne vikarer divideret med antallet af planlagte timer. Opgørelsen er inkl. delegeret sygepleje, men ekskl. øvrige driftsudgifter.

De gennemsnitlige timeomkostninger er opgjort til 525 kroner i SUF og 557 kroner i SOF, dvs. en forskel på godt fem procent. Forskellen afspejler formentlig delvist, at der i den sociale hjemmepleje er forholdsmæssigt mere vejtid, blandt andet på grund af en stor andel korte besøg, jf. afsnit 4.4.

Tabel 7. Gennemsnitlige timeomkostninger i hjemmeplejen i SUF og SOF. 2. kvartal 2020 – 1. kvartal 2021. 1.000 kroner.

¹² Dette beløb er i opgørelsen fordelt forholdsmæssigt mellem hjemmepleje og sygepleje.

	SUF	SOF
Lønudgifter i alt	536.761	160.049
Månedslønnede	524.409	151.028
Timelønnede	12.352	9.020
Eksterne vikarer	23.911	23.662
I alt ovenstående	560.672	183.711
Planlagte timer (kommunal leverandør)	1.067.747	329.727
Udgift per planlagt time (kroner)	525	557

Med baggrund i denne forskel i de gennemsnitlige timeomkostninger er det relevant at overveje, om en sammenlægning af de to hjemmeplejeorganisationer ville kunne medføre en effektivisering, fx gennem realisering af skalafordele.

Der ses dog ikke at være nævneværdige stordriftsfordele ved en evt. sammenlægning. På udførersiden er driften opdelt i teams/grupper, som dækker et afgrænset geografisk område, og de enkelte medarbejdere kører egne ruter. Den sociale hjemmepleje er væsentlig mindre end hjemmeplejen i SUF, men den svarer til den samlede hjemmepleje i kommuner med 60-80.000 indbyggere, og der er derfor ikke grund til at antage, at den ikke er økonomisk bæredygtig. En sammenlægning vil ikke give mulighed for en større tæthed i driften eller for at udnytte specialiseringsfordele. Der vil grundlæggende blot være tale om at tilføre flere teams og køreruter – dvs. flere "kopier" af en driftsmodel, som allerede kører. Desuden er der allerede på mange områder et tæt samarbejde mellem de to forvaltninger, fx omkring leverandøraftaler, it-understøttelse og meget andet. Mulighederne for driftseffektivisering knytter sig primært til to forhold. Det ene er, at udgifterne til eksterne vikarer forholdsvis er væsentligt større i SOF end i SUF blandt andet fordi, der er flere vakancer. Det andet er, at der ved en sammenlægning formentlig kan ske en lille reduktion i antallet af lederstillinger.

De gennemsnitlige effektive timeomkostninger i sygeplejen er noget højere. SUF har oplyst, at løn- og vikarudgifter i sygeplejen udgjorde ca. 193 mio. kroner i 2020, og at der var ca. 144.000 planlagte timer. Det svarer til en gennemsnitlig omkostning per time på godt 1.300 kroner. For SOF skønnes det med en vis usikkerhed, at det tilsvarende tal er ca. 850-900 kroner per time. Det er muligt, at den store forskel delvist afspejler, at de udkørende sygeplejersker varetager forskellige opgaver.

4.1.3 ØKONOMI OG AFREGNING VEDRØRENDE GRÅZONEBORGERE

Udgangspunktet for opgavefordelingen er, at SUF leverer hjemmepleje til borgere på 65 år derover, og at SOF leverer til borgere under 65 år dog med de undtagelser, som fremgår af afsnit 3.4.3.

Jf. afsnit 4.1.1. sker der en årlig nettoafregning mellem forvaltningerne for de ydelser, som SOF leverer til SUF-borgere og omvendt. Denne afregning udgjorde i 2020 netto 14 mio. kroner, som var en nettoindtægt for SOF. Efter det oplyste er afregningen fastsat uafhængigt af den faktiske underliggende aktivitet. Der er således ikke tale om en løbende afregning for konkret opgjorte timer, men om en fast aftalebaseret overførsel.

I tabel 8 er det for årsperioden fra 2. kvartal 2020 til 1. kvartal 2021 opgjort konkret, hvor stor en del af servicelovstimerne i de respektive forvaltninger, der er til borgere under henholdsvis over 65 år. Desuden er værdien af disse timer opgjort.

Tabel 8. (Værdi af) overdragede timer (SEL) mellem forvaltningerne. Timer. 2.kvt. 2020 – 1. kv. 2021

	Kommunale leverandører			Private leverandører			Netto i alt
	SOF	SUF	Netto	SOF	SUF	Netto	
Under 65 år	135.186	15.991		109.197	1.904		
65 år og ældre	72.489	913.621		13.668	191.992		
I alt	207.676	929.612	56.498	122.865	193.896	11.764	44.734

Værdi af overdragede timer, mio. kr.	29,7 – 32,3	5,2	34,8 – 37,4
---	--------------------	------------	--------------------

Note: De anførte timer er planlagte timer for kommunale leverandører, mens de er visiterede timer for private leverandører. Opgørelsen omfatter kun servicelovstimer.

For de kommunale leverandører er værdien af timerne opgjort både ved de gennemsnitlige timeomkostninger i både SUF (nedre intervalgrænse) og SOF (øvre intervalgrænse). Timeomkostningerne i de to forvaltninger er henholdsvis 525 og 571 kroner opgjort ekskl. øvrige driftsudgifter, jf. tabel 7.

For de private leverandører udgør de netto overdragede timer 11.764, hvilket svarer til 9,6 procent alle timer (122.865), som SOF betaler for hos private leverandører. De samlede udgifter i SOF til private leverandører var i 2020 på 54,1 mio. kroner. 9,6 procent heraf svarer til 5,2 mio. kroner.

Af tabellen fremgår følgende:

- SOF leverede 72.489 servicelovstimer til borgere på 65+ år, mens SUF leverede 15.991 timer til borgere under 65 år, dvs. netto 56.498 "overdragede" timer fra SUF til SOF.
- Også for de timer, der leveres af private leverandører, har SOF flere timer til borgere over 65 år end SUF har til borgere under 65 år. Nettoforskellen udgjorde 11.764 timer.
- Samlet set er der således netto knap 45.000 timer, som i henhold til de foreliggende aftaler er overdraget fra SUF til SOF.

Afhængigt af, timeomkostningerne i SOF eller SUF anvendes til værdisætning af de kommunalt leverede timer, så kan værdien af de overdragede timer opgøres til 34,8 – 37,4 mio. kroner, jf. tabel 8.

Dette beløb er større end det aftalte afregningsbeløb på 14 mio. kroner for gråzoneborgere. Vi er ikke bekendt med, at der på anden måde end igennem denne afregning korrigeres for den økonomiske værdi af gråzoneaktiviteten (fx i den underliggende bevillingstildeling). Hvis det er korrekt, så indikerer analysen, at det aktuelle nettoafregningsbeløb er (noget) mindre end værdien af den faktiske aktivitet, og at SOF kun delvist har særskilt finansiering til den aktivitet, der vedrører borgere over 65 år.

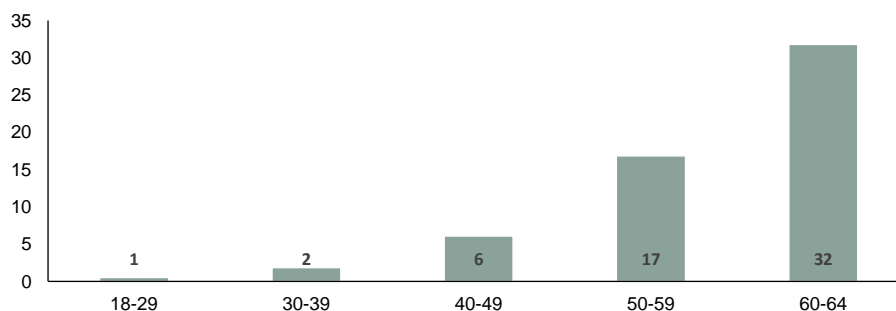
4.2 MÅLGRUPPER I DEN SOCIALE HJEMMEPLEJE

Den sociale hjemme- og sygepleje dækker som udgangspunkt alle borgere under 65 år. Det omfatter borgere, som socialt samt alders- og familiemæssigt har meget forskellig situation og baggrund. Nogle er socialt udsatte og har meget komplekse og sammensatte udfordringer, herunder misbrug eller psykiske lidelser. Andre har fysiske eller mentale handicap. Målgruppen omfatter også borgere under 65 år, som har kroniske sygdomme eller andre somatiske lidelser - samt borgere, der fx på grund af livsstil har reduceret funktionsniveau i en relativt tidlig alder. Endelig dækker målgruppen også borgere under 65 år, som (kortvarigt) har behov for hjemmesygepleje og samtidigt modtager hjemmepleje. Det er vigtigt at have den store forskellighed for øje, og at der også er borgere i den sociale hjemmepleje, som er velfungerende kognitivt, psykisk og socialt.

Figur 3 viser antallet af borgere i forskellige aldersgrupper, der modtager ydelser fra den sociale hjemmepleje opgjort per 1.000 indbyggere i aldersgruppen. Den meget tydelige sammenhæng illustrerer, at det ikke kun er sociale problemstillinger og handicap, der påvirker behovet for hjemme- og sygepleje for borgere under 65 år. Alder spiller en betydelig og selvstændig rolle.

Figur 3. Antal borgere under 65 år i den sociale hjemme- og sygepleje per 1.000 indbyggere i aldersgruppen.

Note: Opgørelsen omfatter borgere med ydelser af den sociale hjemmepleje i perioden 2. kvartal 2020 til 1. kvartal



2021. Inkl. private leverandører, men ekskl. borgere med selvudpeget hjælper og kontant tilskud.

Der er ikke i dag en generelt anvendt segmentering af borgerne i den sociale hjemme- og sygepleje i undergrupper, og der er derfor heller ikke en registrering, som gør det muligt at opgøre antallet af borgere og timer i forskellige segmenter præcist. Med dette forbehold kan der sondres mellem tre overordnede målgrupper:¹³

- Borgere med sociale problemstillinger, herunder socialt udsatte samt borgere med misbrugsproblemer og/eller psykiske sygdomme
- Borgere med fysiske eller psykiske handicap. Førstnævnte gruppe omfatter fx borgere med erhvervet hjerneskade, ALS og sclerose. Sidstnævnte omfatter blandt andet udviklingshæmmede og borgere med lidelser inden for autismspektret.
- Øvrige borgere er en bredt sammensat restgruppe, som blandt andet omfatter borgere med forskellige kroniske lidelser samt borgere med andre somatiske lidelser, herunder livsstilssygdomme.

Der er i størrelsesordenen 4.500 borgere per år, som modtager ydelser visiteret af den sociale hjemmeplejevisitation. Dette er inkl. borgere, som modtager kontant tilskud eller vælger en selvudpeget hjælper – men ekskl. borgere, som kun modtager sygeplejeydelser. Skønsmæssigt er der ca. 1.700 borgere i den første gruppe med sociale problemstillinger. Det svarer til 35-40 procent af modtagerne. Det gennemsnitlige timetal for disse borgere er forholdsvis lavt, og gruppen repræsenterer derfor kun ca. 20 procent af de visiterede timer, jf. tabel 9.

Tabel 9. Overordnede målgrupper i den sociale hjemme- og sygepleje

		Sociale problemstillinger	Handicappede	Øvrige borgere
Borgere	Antal	~1.700	~800	~2.000
	Procent	35-40	15-20	40-45
Timer	Procent	~20	~30-35	~45-50
Segmenter		Misbrug Psykiatri, inkl. PTSD Socialt udsatte	Psykiske handicap (ca. 30 pct.) Udviklingshæmmede Mentalt retarderede Autisme og andre udviklingsforstyrrelser	Gigt Smerteproblematikker Parkinson Apopleksier Andre somatiske lidelser, herunder livsstilssygdomme
			Fysiske handicap (ca. 70 pct.) Fx borgere med erhvervet eller medfødt hjerneskade, ALS, sclerose, muskelsvind, respiratorordning mv.	

Note: Talangivelserne i tabellen er skønsmæssige og baseret på interne opgørelser og estimater i den sociale hjemmeplejevisitation, som er nogle år gamle. Tallene skal derfor opfattes som omtrentlige, men de giver et

¹³ Opdelingen i de tre grupper er foretaget i samarbejde med den sociale hjemmeplejevisitation, som også har udarbejdet overslagene for størrelsesforholdene mellem de forskellige grupper og segmenter.

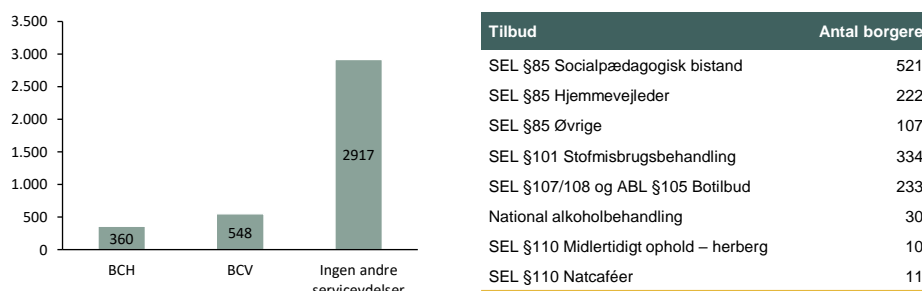
retvisende billede af størrelsesforholdet mellem de forskellige segmenter. For årsperioden 2. kv. 2020 til 1. kv. 2021 er det opgjort, at der var ca. 3.100 unikke borgere med visiterede servicelovsydelser i den sociale hjemmepleje, jf. afsnit 4.1.1. Sidstnævnte tal er ekskl. borgere med selvudpeget hjælper og kontant tilskud.

Gruppen af handicappede omfatter ca. 800 borgere (15-20 procent) og modtager skønsmæssigt 30-35 procent af de visiterede timer. Heraf vedrører ca. 30 procent borgere med psykiske handicap, mens 70 procent vedrører borgere med fysiske handicap. Gruppen af øvrige borgere er antalmæssigt den største og udgør 40-45 procent af borgerne og en tilsvarende (eller lidt større) andel af de visiterede timer.

Det kan også bidrage til større indsigt i målgruppen at se på om de borgere, der modtager hjælp fra den sociale hjemmepleje, har flere samtidige serviceydelser, som er bevilget af andre myndighedsfunktioner i Socialforvaltningen. Det kan være en indikator for kompleksitet i borgernes samlede situation, hvis det er tilfældet. Hvorvidt det også indebærer en større kompleksitet for de kommunale myndigheds- og driftsorganisationer, afhænger af, om ydelserne er velafgrænsede og komplementære, eller om de er substituerende og/eller indbyrdes afhængige. Undersøgelsen viser, at det formentlig særligt er for myndighedsfunktionerne, at det sidste er en væsentlig problematik.

Ud fra et særudtræk fra Socialforvaltningen med 3.825 unikke borgere kan det opgøres, at knap en fjerdedel af hjemmeplejemodtagerne har andre samtidige servicelovsydelser, mens ca. ¾ ikke har andre ydelser end hjemmepleje. I opgørelsen er der 360 borgere med servicelovsydelser afgjort af Borgecenter Handicap og 548 borgere med sager afgjort af Borgercenter Voksne, jf. figur 4. Opgørelsen viser også, at det fortrinsvist forskellige §85-ydelser samt misbrugsbehandling og botilbud, som er de hyppigst forekommende, jf. specifikation til højre for figuren.

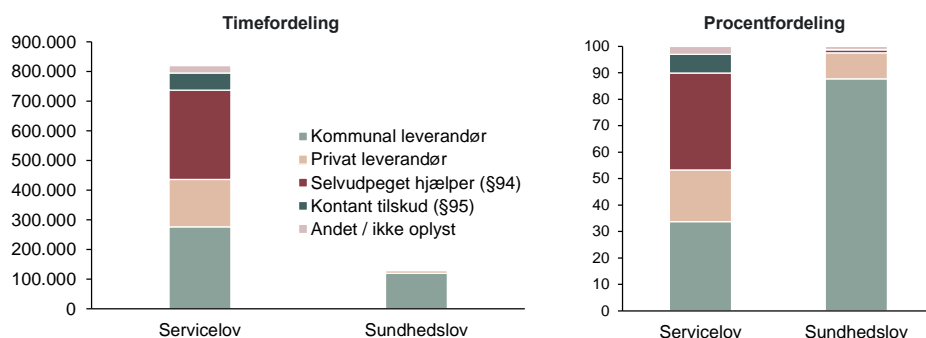
Figur 4. Borgere i den sociale hjemmepleje med andre samtidige serviceydelser bevilget af Socialforvaltningen. 2. kv. 2020 – 1. kv. 2021



Note: I tabellen kan den samme borger optræde flere gange. Der er i alt godt 900 unikke borgere med flere samtidige serviceydelser bevilget fra Socialforvaltningen. Opgørelsen er ekskl. kontantydelser og hjælpemidler.

4.3 SAMLET AKTIVITET

I årsperioden fra 2. kvartal 2020 til 1. kvartal 2021 var der ca. 820.000 visiterede timer i den sociale hjemmepleje (servicelovsydelser) og ca. 95.000 timer efter sundhedsloven (hvoraf ca. ¼ var delegeret til hjemmeplejen). Især for servicelovsydelserne er det sådan, at andre leverandører end den sociale hjemmepleje leverer en meget stor del af timerne. Private leverandører varetager således ca. 20 procent af aktiviteten og derudover leveres 45 procent af timerne gennem ordningerne om selvudpeget hjælper (§94) eller kontant tilskud (§95), jf. figur 5. Dermed er det kun omkring en tredjedel af servicelovsydelserne, som leveres af SOF's hjemmepleje. Det er anderledes med sundhedslovsydelserne, hvor langt hovedparten leveres af SOF, jf. figur 5.

Figur 5. Fordeling af visiterede timer efter hjemmelsgrundlag. 2. kv. 2020-1. kv. 2021

Hovedtallene for planlagt tid i de to hjemme- og sygeplejeorganisationer fremgår af tabel 10 og 11. I den første er antallet af timer og borgere opgjort efter ydelsernes hjemmelsgrundlag (service- eller sundhedslov), mens de i den anden er opgjort efter, om det er hjemme- eller sygeplejen, der er udførende.

Forklaring af anvendte begreber

Visiterede timer er dem, som myndigheden har bevilget og godkendt.

Planlagte timer er de timer, som indgår på kørelisterne. Aflysninger, udeblivelser og akutte besøg er væsentlige forklaringer på, at visiterede og planlagte timer kan afvige fra hinanden

Delegeret sygepleje er en aktivitet, som har hjemmel i sundhedsloven, men som efter delegation udføres (typisk af social- og sundhedsassistenter) af hjemmeplejen.

Den planlagte tid i tabel 10 og 11 repræsenterer den aktivitet, som den kommunale hjemmepleje leverer. I den betragtede periode var der knap 1,3 mio. planlagte timer i SUF fordelt med 929.000 servicelovstimer (dvs. praktisk hjælp, personlig pleje og rehabilitering efter §83a) og 342.000 sygeplejetimer (inkl. delegeret sygepleje). De tilsvarende tal i SOF's hjemmepleje var godt 360.000 planlagte timer i alt fordelt med ca. 275.000 servicelovstimer og ca. 86.000 sundhedslovstimer, jf. tabel 10.

Det ses, at modtagerne af servicelovsydelser i gennemsnit har lidt flere timer i SUF's hjemmepleje end i SOF's. Det modsatte er tilfældet for sundhedslovsydelserne. Forskellene kan afspejle forskelle i målgrupper og ydelsessammensætning. SOF har i nogle tilfælde få timer hos en borger, fordi borgeren ikke kan samarbejde om en indsats og de få timer derfor kan være det, det er muligt, for at fastholde borgeren.

Tabel 10. Antal timer og borgere efter lovgrundlag. 2. kv. 2020-1. kv. 2021.

		SOF	SUF
Servicelovsydelser	Timer	275.284	929.612
	Unikke borgere	2.824	8.610
	Timer per borger	97,5	108,0
Sundhedslovsydelser	Timer	85.963	342.047
	Unikke borgere	1.659	10.796
	Timer per borger	51,8	31,7
I alt	Timer	361.247	1.271.659
	Unikke borgere	3.335	13.351

I tabel 11 ses blandt andet, at hjemmesygeplejen i SUF leverer ca. 155.000 timer årligt, mens det tilsvarende tal er 31.250 i SOF's hjemmesygepleje i den betragtede periode. Især hjemmesygeplejen er således en væsentlig større organisation i SUF end i SOF.

Tabel 11. Antal borgere og timer i hhv. hjemmeplejen og sygeplejen. 2. kv. 2020-1. kv. 2021.

		SOF	SUF
Hjemmeplejen	Timer	329.727	1.116.333
	Unikke borgere	3.087	9.394
	Timer per borger	96,8	118,8
Sygeplejen	Timer	31.250	155.326
	Unikke borgere	1.532	10.293
	Timer per borger	20,4	15,1
I alt	Timer	361.247	1.271.659
	Unikke borgere	3.335	13.351

Den angivne aktivitet (planlagt tid) ovenfor modsvarer mere end seks mio. årlige besøg/kontakter hos borgere på tværs af de to organisationer, jf. tabel 12. Den gennemsnitlige varighed af besøgene er lidt højere (ca. 20 procent) i SUF end i SOF både i hjemme- og sygeplejen. Det kan – helt eller delvist – afspejle forskelle i målgrupper og ydelsessammensætning.

Tabel 12. Planlagte besøg i hjemme- og sygeplejen. 2. kv. 2020-1. kv. 2021.

		SOF	SUF
Hjemmeplejen	Antal planlagte besøg	1.373.663	4.073.792
	Varighed per besøg (minutter)	13,7	16,7
Sygeplejen	Antal planlagte besøg	160.027	562.851
	Varighed per besøg (minutter)	12,9	16,6

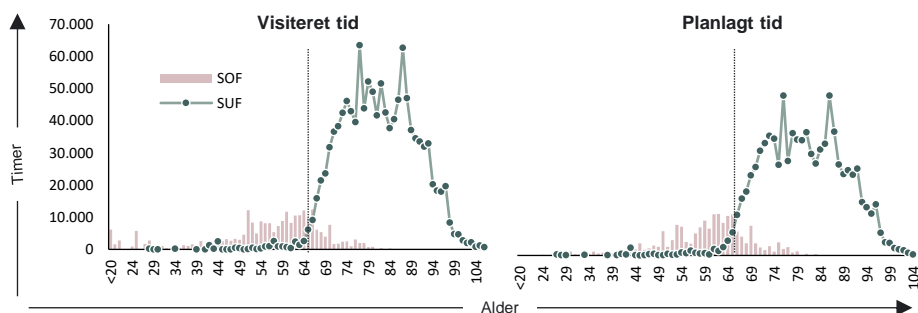
4.4 HJEMMEPLEJEN

I dette afsnit præsenteres forskellige data om aktiviteten i hjemmeplejen i SOF og SUF. I nogle af de dimensioner, som er relevante, er det muligt at fremstille sammenlignende opgørelser af aktiviteten, men der er også nogle dimensioner, hvor dette ikke er muligt. Først og fremmest varierer registreringen på konkrete indsatser/aktiviteter så meget på tværs af de to forvaltninger, at der ikke kan laves sammenlignelige opgørelser af, hvilke specifikke ydelser, der visiteres og leveres.

AKTIVITETEN FORDELT PÅ ALDER

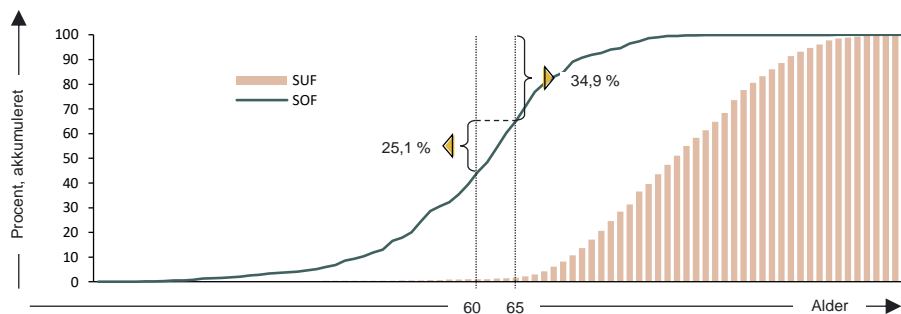
Hovedprincippet i ansvarsfordelingen mellem de to forvaltninger er, at SOF har ansvaret for borgere under 65 år, mens SUF har ansvaret for borgere på 65 år og derover. I praksis er det således et alderskriterie, der regulerer, hvilken forvaltning, der varetager myndigheds- og driftsopgaverne. Efter generelle eller konkrete aftaler, kan grundprincippet dog fraviges for nogle borgere. I figur 6 herunder fremgår aldersfordelingen for henholdsvis visiterede og planlagte timer i de to forvaltninger for praktisk hjælp, personlig pleje og rehabilitering. Mens SUF kun har ret få timer til borgere under 65 år, så vedrører en større del af SOF's timer borgere på 65 år og derover.¹⁴

¹⁴ Disse borgere er stort set alle i aldersgruppen 65-79 år, og der er næsten ingen borgere i den sociale hjemmepleje, som er over 80 år.

Figur 6. Aldersfordeling af visiterede og planlagte timer i hjemmeplejen. 2020:2-2021:1.

Note: Figuren omfatter kun ydelser efter servicelovens §83 og 83a. Visiterede timer omfatter alle timer, mens planlagte timer ikke omfatter de timer, som er udført af private leverandører.

Det samme er illustreret på en anden måde i figur 7 for så vidt angår de planlagte timer leveret af de to kommunale hjemmeplejeorganisationer. Mens det kun er 1,7 procent af hjemmeplejetimerne i SUF (ca. 16.000 timer), der vedrører borger under 65 år, så leveres mere end en tredjedel af de planlagte timer (ca. 72.000 timer) i den sociale hjemmepleje til borgere på 65 år eller derover.¹⁵

Figur 7. Akkumuleret aldersfordeling for planlagte timer i hjemmeplejen. 2020:2-2021:1.

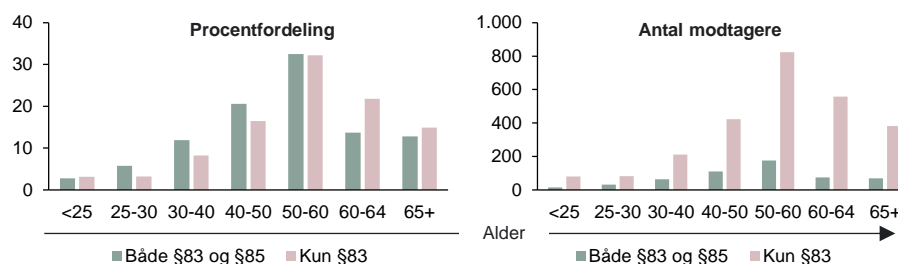
Note: Figuren omfatter kun ydelser efter servicelovens §83 og 83a, hvor de to kommunale hjemmeplejeorganisationer er leverandør.

Figuren illustrerer også, at 25 procent af de planlagte timer på frit-valgs området i den sociale hjemmepleje leveres til borgere, der er mellem 60 og 64 år. Nogle af disse er formentlig sammenlignelige med de yngste hjemmepleje-modtagere i SUF.

I figur 8 er vist aldersfordelingen for borgere, som kun modtager praktisk hjælp og/eller personlig pleje efter servicelovens §83 og tilsvarende for de (væsentligt færre) borgere, der både modtager §83-ydelser og socialpædagogisk bistand mv. efter servicelovens §85. Det ses, at sidstnævnte gruppe i gennemsnit er lidt yngre, men forskellen er dog ikke så stor (gennemsnitsalder på henholdsvis 54 og 51 år). Det betyder dog også, at der er et meget stort antal borgere i den sociale hjemmepleje på 50+ år, som ikke modtager andre servicelovsydelser end hjemmepleje – denne gruppe omfatter 1.700-1.800 borgere.

Figur 8. Aldersfordeling for borgere der kun modtager §83-ydelser og borgere, der både modtager §83- og §85 ydelser. Antal og procent

¹⁵ Andelen af timer til borgere over 65 år er også ca. en tredjedel for sygeplejeydelser.



Note: Omfatter borgere, der har modtaget ydelser i årsperioden 2. kvartal 2020 – 1. kvartal 2021.

TIMEFORDELING

Gennemsnitstallene for antallet af (visiterede og planlagte) timer per borger dækker over en betydelig variation, hvor der er nogle få borgere med meget stort plejebehov og mange timer per uge og et meget stort antal borgere, som kun modtager begrænset hjælp.

Tabel 13 giver et billede af, hvordan hjemmeplejemodtagerne i SOF og SUF fordeler sig på antal timer per uge – tabellen omfatter planlagte hjemmeplejetimer leveret af de kommunale leverandører. Opgørelsen er baseret på data fra uge 13 i 2021. Der fremgår blandt andet følgende:

- Det gennemsnitlige timetal per modtager var 2,8 timer i SOF og 4,1 timer i SUF. Det er det samme billede, som fremgik af tabel 10 ovenfor.
- Der er en noget større andel af hjemmeplejemodtagerne i SOF end i SUF, som kun har hjælp i 0-2 timer per uge. Det gælder således for 73 procent i SOF mod 54 procent i SUF.
- Samtidigt er der også en markant større andel af borgerne i den sociale hjemmepleje, som har stort plejebehov og dermed et stort antal planlagte timer per uge. Der var således i uge 13 53 borgere (17+36), som havde 15 timers hjælp eller mere. Disse 53 borgere udgjorde kun 3½ procent af det samlede antal modtagere, men de modtog godt en tredjedel af det samlede antal timer.¹⁶ Det tilsvarende tal i SUF's hjemmepleje var 23 procent.

Tabel 13. Timefordeling¹⁾ af borgere og planlagte timer, §83 og 83a. Uge 13 2021

Timeinterval	Antal borgere				Antal planlagte timer			
	SOF		SUF		SOF		SUF	
	Antal	Procent ²⁾	Antal	Procent ²⁾	Antal	Procent ²⁾	Antal	Procent ²⁾
0 - 1	586	39	949	21	318	8	540	3
1 - 2	509	73	1.535	54	644	24	1.878	14
2 - 4	192	86	661	69	544	38	1.900	24
4 - 6	74	91	455	79	364	47	2.238	37
6 - 10	55	95	538	91	420	58	4.169	60
10 - 15	28	96	254	96	339	66	3.097	77
15 - 20	17	98	79	98	292	74	1.356	85
>20	36	100	96	100	1.040	100	2.666	100
I alt	1.497		4.567		3.960		17.842	
Gennemsnit	2,8		4,1					

1) Tabellen viser, hvor mange borgere og planlagte timer, som fik hjælp 0-1 timer i uge 13 2021, hvor mange der fik hjælp 1-2 timer osv. Uge 13 er den seneste fulde uge i det underliggende datasæt

2) Akkumuleret procentfordeling

Den meget høje andel af borgere med ganske begrænset hjælp er den væsentligste forklaring på, at det gennemsnitlige ugentlige timetal er lavere i SOF's end i SUF's hjemmepleje. En mulig fortolkning – som har støtte i interviewdata – er, at det i den sociale hjemmepleje er et mål i sig selv at fastholde et minimum af kontakt med borgere, der har dårlig compliance og har svært ved at tage imod hjælp. Mens der omvendt i SUF's

¹⁶ Jf. at 66 procent af timerne i SOF blev leveret til borgere med 10-15 timer eller mindre (tredje kolonne fra højre)

hjemmepleje måske er et større fokus på rehabilitering, og herunder at hjælpe borgere med begrænset støttebehov til at blive fuldt selvhjulpne.

Samtidigt er det bemærkelsesværdigt, at så lille en andel af modtagerne i den sociale hjemmepleje står for så stor en andel af timerne som en tredjedel.

4.5 SYGEPLEJEN

Dette afsnit præsenterer nogle hovedtræk ved den aktivitet, der varetages af sygeplejen i de to forvaltninger. Medmindre andet er nævnt eksplicit, så vedrører data sygeplejen som organisation omfatter derfor ikke de sygeplejeydelser, som er delegeret til hjemmeplejen.

4.5.1 DATA OM SYGEPLEJEAKTIVITETEN

I årsperioden 2. kvartal 2020 til 1. kvartal 2021 betjente sygeplejen i SOF 1.532 borgere. Det samlede antal timer var 31.250 timer svarende til ca. 20 timer i gennemsnit per borger. Tilsvarende var der 10.2093 borgere, som modtog ydelser fra SUF's sygepleje, jf. tabel 14. I SUF var der i alt godt 155.000 timer, og gennemsnittet var 15 timer per borger.

Tabel 14. Antal modtagere og timer leveret fra sygeplejen fordelt efter borgernes alder, 2. kv. 2020 – 1. kv. 2021. Timer

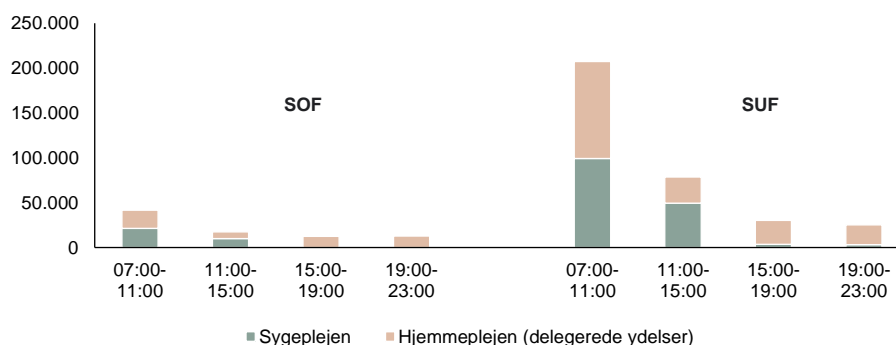
Alder	Borgere		Timer		Timer per borger	
	SOF	SUF	SOF	SUF	SOF	SUF
<30	18	122	973	1.804	54,1	14,8
30-40	57	120	1.909	1.239	33,5	10,3
40-50	175	190	3.214	3.604	18,4	19,0
50-60	524	472	10.945	8.063	20,9	17,1
60-64	378	378	7.046	5.236	18,6	13,9
65+	380	9.011	7.163	135.381	18,9	15,0
I alt	1.532	10.293	31.250	155.326	20,4	15,1

Note: Ekskl. delegerede sundhedslovsydelser. I SOF omfatter data kun sygepleje i dagstid.

Det ses også af tabellen, at der var godt 7.000 af SOF's sygeplejetimer (23 procent) var til borgere over 65 år, og ca. 80 procent af timerne er til borgere på 50 år og derover.

Figur 9 viser – opdelt i fire-timers intervaller – hvornår sundhedslovsydelserne leveres. Opgørelsen omfatter på sundhedslovsydelser leveret af hjemmeplejen og af sygeplejen. Det ses, at langt hovedparten af timerne leveres i dagstid, og heraf særligt i formiddagstimerne. Efter kl. 15:00 er det kun meget få timer, der leveres af sygeplejen. Det gælder i begge forvaltninger, men det hører dog med til billedet, at der i SUF er et langt stærkere og mere stabilt sygeplejefagligt beredskab i SUF end i SOF.

Figur 9. Sundhedslovsydelser leveret af sygeplejen hhv. hjemmeplejen, 2. kv. 2020-1. kv. 2021. Dag- og aftenvagt



Note: I SOF leveres sundhedslovsydelser i aftenvagt af teams, der organisatorisk er en del af hjemmeplejen.

Tabel 15 viser hvordan, modtagerne af ydelser fra sygeplejen i SOF og SUF fordeler sig på antal timer per uge – tabellen omfatter planlagte timer i hjemmesygeplejen. Opgørelsen er baseret på data fra uge 13 i 2021. Der ses blandt andet følgende:

- For langt de fleste modtagere er det ugentlig timetal lavt. 30-35 procent af borgerne har således højest ½ times hjælp per uge, og ca. 60-65 procent har højest 1 times hjælp.
- Sammenlignet med praktisk hjælp og personlig pleje er sygeplejen således karakteriseret ved, at besøgene i gennemsnit er kortere og at den enkelte borger har færre timer.
- Især målt på timerne udgør de korte(re) besøg en større andel af aktiviteten i SUF end i SOF. Spejlbilledet heraf er, at der er en lidt større andel af sygeplejemodtagerne i SOF, der har forholdsvis mange timers hjælp per uge.

Tabel 15. Timefordeling¹⁾ af borgere og planlagte timer, sygeplejen. Uge 13 2021

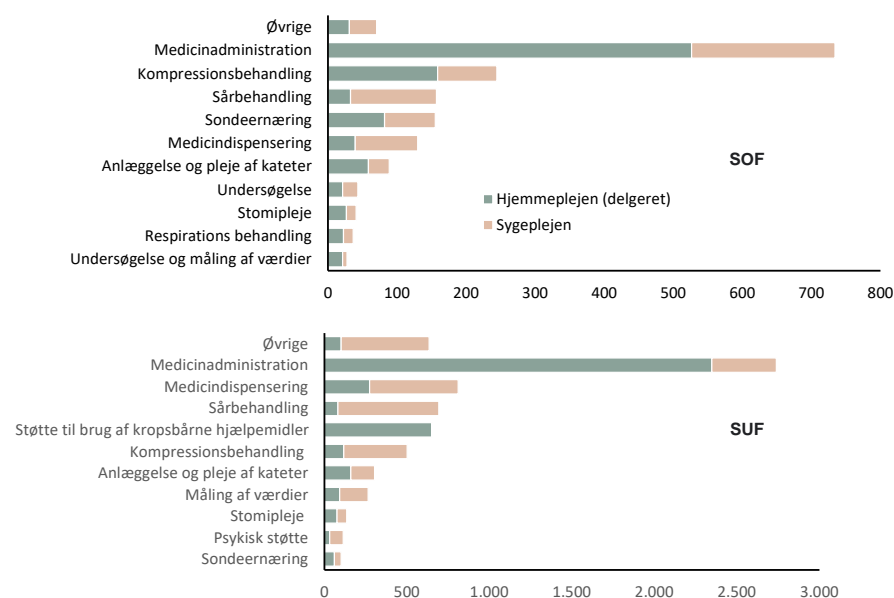
Timeinterval	Antal borgere				Antal timer			
	SOF		SUF		SOF		SUF	
	Antal	Procent ²⁾	Antal	Procent ²⁾	Antal	Procent ²⁾	Antal	Procent ²⁾
0 – ½	170	35	787	30	46	7	241	8
½ – 1	111	58	904	65	71	17	542	26
1 - 2	88	77	528	85	124	34	729	51
2 – 4	68	91	288	96	184	60	749	76
4 - 6	28	97	72	99	135	79	349	88
6 - 10	12	99	30	100	94	92	230	96
>10	4	100	8	100	54	100	122	100
I alt	481		2.617		708		2.961	

1) Tabellen viser, hvor mange borgere og planlagte timer, som fik hjælp 0-1 timer i uge 13 2021, hvor mange der fik hjælp 1-2 timer osv. Uge 13 er den seneste fulde uge i det underliggende datasæt. Opgørelsen omfatter kun timer i sygeplejen, dvs. ekskl. sygeplejeydelser, som er delegeret til hjemmeplejen

2) Akkumuleret procentfordeling

4.5.2 DE HYPPIGST FOREKOMMENDE SYGEPLEJEYDELSER

Figur 10 viser, hvor mange sundhedslovstimer (fordelt på hjemme- og sygeplejen) de 10 mest udbredte ydelser udgør. Tallene er opgjort for uge 13 i 2021. I begge forvaltninger er medicinadministration langt den hyppigst forekommende ydelse. Generelt ses, at der er en del fællestræk i ydelsesprofilen, hvor otte af de 10 ydelser med flest timer er de samme. Der er visse nuancer med hensyn til, hvor stor en del af timerne inden for de enkelte ydelser, der leveres af henholdsvis hjemme- og sygeplejen. I begge forvaltninger var det 55-60 procent af timerne, der blev leveret af hjemmeplejen.

Figur 10. Top 10 sygeplejeydelser i SOF og SUF. Timer. Uge 13 2021

Note: Opgørelsen omfatter både sundhedslovydelser leveret af hjemmeplejen og sygeplejen. I SUF er en række selvstændige ydelser slået sammen til "måling af værdier" af hensyn til sammenlignelighed med SOF

I tabel 16 er antallet af besøg fra hjemmesygeplejen opgjort for otte af de ydelser, som er blandt de mest udbredte i begge forvaltninger – de udgør 75 procent af aktiviteten i SOF. Desuden er den gennemsnitlige besøgsvarighed opgjort. Tallene vedrører aktiviteten i uge 13 i 2021.

For seks af de otte ydelser er besøgsvarigheden højere i SUF end i SOF. For ydelserne "sondeernæring" og "sygeplejefaglig udredning" er forskellen 10-15 procent. For "stomipleje" og "medicindispensering" er den 30-35 procent. Og for ydelserne "kompressionsbehandling" og "anlæggelse og pleje af kateter" er den gennemsnitlige besøgsvarighed godt dobbelt så høj i SUF som i SOF, jf. tabel 16.

Tabel 16. Timefordeling¹⁾ af borgere og planlagte timer, sygeplejen. Uge 13 2021

Ydelse	SOF		SUF	
	Antal besøg	Besøgsvarighed (min.)	Antal besøg	Besøgsvarighed (min.)
Medicinadministration	1.140	10,9	2.171	10,2
Kompressionsbehandling	1.019	9,4	1.569	19,1
Sårbehandling	488	19,3	2.170	19,2
Medicindispensering	420	18,5	1.965	24,8
Anlæggelse og pleje af kateter	637	8,3	572	19,7
Stomipleje	166	14,6	431	18,9
Sondeernæring	385	24,2	224	27,1
Sygeplejefaglig udredning	33	32,2	161	37,0

For de to ydelser "medicinadministration" og "sårbehandling" er besøgsvarigheden i gennemsnit lidt højere i SOF, men forskellene er små.

4.5.3 OPSAMLING

Den deskriptive dataanalyse af sygeplejen giver kun i begrænset omfang input til vurdering af fordele og ulemper ved en sammenlægning af de to sygeplejeorganisationer. Ydelsesprofilerne samt alders- og timefordelinger rummer mange fællestræk, men også nuancer og variationer, jf. ovenfor. Det er ikke muligt at vurdere i de observerede variationer gemmer sig strukturelle forskelle i for eksempel kvalitet og serviceniveau herunder fordi, målgrupperne er forskellige.

Besøgsvarigheden fremstår dog højere i SUF end i SOF. Det tyder på, at der for sammenlignelige ydelser generelt planlægges med længere besøg i SUF.¹⁷ I hvilken udstrækning dette er udtryk for forskelle i kvalitet, serviceniveau og/eller effektivitet er ikke muligt at vurdere præcist, men det er mest sandsynligt, at forskellene delvist afspejler lavere driftseffektivitet i hjemmesygeplejen i SUF.¹⁸ Hvis aktiviteten for de otte ydelser omfattet af analysen i forrige afsnit skulle leveres med de opgjorte besøgsvarigheder i SUF ville det isoleret set svare til en merudgift på 15-20 mio. kroner. Og hvis der er tilsvarende forskelle i besøgsvarighed for den øvrige sygeplejeaktivitet, så kan merudgiften skønnes til godt 20 mio. kroner.

Det betyder dog omvendt også, at der for SUF kan være en besparelsesmulighed, hvis den gennemsnitlige besøgsvarighed på nogle ydelsesområder kan bringes på samme niveau som i SOF.

¹⁷ Det ses også ved en sammenligning af kvartils- og medianværdierne for besøgsvarigheden inden for de enkelte ydelser. Disse værdier er generelt lavere i SOF end i SUF. Fx er medianvarigheden for ydelsen "kompressionsbehandling" 10 minutter i SOF men 20 minutter i SUF.

¹⁸ Andre forhold kan bidrage til højere driftseffektivitet i SUF, fx lavere vikarforbrug.

4.6 SERVICENIVEAU

De to hjemmeplejeorganisationer i Københavns Kommune arbejder efter en ensartet kvalitetsstandard, og intentionen er, at borgere med ens behov har samme serviceniveau uanset hvor, de hører til. Kvalitetsstandarderne sætter en ramme for serviceniveauet, men er også relativt åbne. Samtidigt er det et grundprincip og lovkrav, at tilbuddene til de enkelte borgere gives efter konkret individuel behovsvurdering. Derfor har den administrative praksis betydning for den hjælp, som borgerne modtager. Eftersom de to hjemmeplejeorganisationer administrativt er adskilte, kan det ikke udelukkes, at der i praksis kan være forskelle i udmålingen af hjælp til borgerne.

Det er ikke så let at etablere et analytisk grundlag til at belyse, om visitationskriterier og -praksis fremstår ens eller forskellige på tværs af de to organisationer. Én indfaldsvinkel er dog at zoome ind på de borgere, som overgår fra SOF's til SUF's hjemmepleje i forbindelse med, at de bliver 65 år. For disse borgere er det muligt at belyse, om der er forskel på omfanget af hjælp umiddelbart før og efter, at borgerne er flyttet.¹⁹

Der er identificeret 22 borgere, som i årsperioden fra 2. kvartal 2020 til 1. kvartal 2021 er overgået fra SOF til SUF som 65-årige eller ældre. Tabel 17 viser en række oplysninger om hver borger. Opgørelsen omfatter ikke sundhedslovsydelser. Punkterne neden for indeholder en række observationer fra tabellen.

Tabel 17. Nøgletal for hjemmeplejemodtagere, som er overgået fra SOF til SUF i perioden 2020:2-2021:1. Kun §83-ydelser

#	Alder	I gang-værende forløb?	Timer i året			Timer per måned			# mdr. med hjælp	
			SOF	I alt	Timer / uge	SUF	SOF +/-	SUF +/-	I alt	I SOF
01	72	Ja	212	247	5,1	17	19 +		12	11
02	70	Ja	99	308	6,4	52	11 +		12	9
03	70	Ja	20	194	4,0	25	4 +		12	5
04	70	Ja	147	349	7,3	34	21 +		12	7
05	69	Nej	50	665	20,8	103	6 +		8	8
06	66	Ja	13	36	0,8	3	2 +		12	6
07	66	Ja	100	128	2,7	14	9 +		12	11
08	66	Ja	11	24	0,5	2	2		12	6
09	66	Nej	19	49	1,1	6	3 -		11	7
10	66	Nej	156	183	6,5	13	26 -		7	6
11	66	Ja	11	28	0,6	2	2		12	5
12	66	Ja	75	90	1,9	8	7 +		12	11
13	66	Nej	491	1.072	26,8	116	82 +		10	6
14	66	Nej	129	166	8,3	19	32 -		5	4
15	65	Ja	16	33	0,7	2	3 -		12	6
16	65	Ja	31	67	1,4	5	5		12	6
17	65	Ja	31	93	1,9	8	6 +		12	5
18	65	Ja	23	25	0,5	1	2 -		12	10
19	65	Ja	17	22	0,5	2	2		12	10
20	65	Ja	22	31	0,6	9	2 +		12	11
21	65	Ja	813	1.025	21,4	106	74 +		12	11
22	65	Ja	29	41	0,9	12	2 +		12	12
I alt / gennemsnit			2.511	4.875	5,5	26	15			

Note: Der er i 22 alt borgere, som i perioden fra 2. kvartal 2020 til 1. kvartal 2021 både har modtaget praktisk hjælp og/eller personlige pleje fra begge de kommunale hjemmeplejeorganisationer, og som i løbet af perioden er overgået fra SOF's til SUF's hjemmepleje. Hver række i tabellen repræsenterer én af disse borgere.

¹⁹ Der er løbende borgere, som overgår fra SOF's til SUF's hjemmepleje. Hovedparten af disse er i gruppen af "øvrige borgere" (jf. tabel 9), og de fleste overgår i forbindelse med eller kort efter, at de er fyldt 65 år. Datamaterialet for den analyse, der præsenteres her, er afgrænset til de borgere, som er overgået fra SOF til SUF inden for perioden 1. april 2020 til 31. marts 2021. En mere fyldestgørende undersøgelse af evt. forskelle i den administrative praksis ville være mulig med et datasæt, der dækker en længere periode. Det ville også kunne styrke vurderingsgrundlaget, hvis der kunne foretages en gennemgang af et antal konkrete sager. Det skal også bemærkes, at der naturligvis er en særskilt usikkerhed, fordi analyseperioden er sammenfaldende med COVID19-pandemien.

Kolonnen "alder" vedrører alderen på det tidspunkt, hvor borgeren skiftede fra SOF til SUF. "Igangværende forløb" refererer til, om borgeren fortsat fik hjælp ved udgangen af årsperioden.

- 17 ud af de 22 borgere var 65 eller 66 år på det tidspunkt, hvor de skiftede fra SOF's til SUF's hjemmepleje. Der var ligeledes 17 borgere, som ved slutningen af årsperioden fortsat modtog hjemmepleje.
- De 22 borgere modtog i alt 4.875 timer hjemmepleje i løbet af året. Det svarer til 5½ timer per uge med hjemmepleje. 57 procent af timerne blev leveret af SOF's hjemmepleje og 43 procent af SUF's hjemmepleje.
- Iblandt de 22 hjemmeplejemodtagere er der tre borgere med meget stort plejebenhov (+20 timer per uge) og en del, som kun får hjælp i mindre omfang – 12 af borgerne havde mindre end to timers hjælp per uge. Timefordelingen svarer nogenlunde til gennemsnittet af alle hjemmeplejemodtagere.
- I gennemsnit modtog de 22 borgere 15 timer hjælp per måned i den del af perioden, hvor de var i SOF's hjemmepleje og 26 timer per måned efter overgang til SUF. Det er en forskel på ca. to timer per uge. Der er ikke et systematisk mønster, men opgørelsen viser dog, at der var en del flere (13 borgere), der gik op i timer end ned (fem borgere).

Datagrundlaget for analysen er forholdsvis spinkelt og kan ikke bære, at der drages for håndfaste konklusioner.²⁰ Men hvis tallene er repræsentative, så antyder de, at en flytning af alle borgere fra SOF's til SUF's hjemmepleje muligvis vil kunne forventes at medføre en stigning i det gennemsnitlige antal visiterede timer per borger.

²⁰ Den korte tidsperiode betyder, at antallet af observationer er begrænset og at det kun er muligt at følge borgerne i kort tid efter, at de er flyttet til SUF. Flere af de borgere, som i tabellen er gået op i tid, har kun været i SUF's hjemmepleje i ganske få måneder. Herudover kan det ikke udelukkes, at Covid-19 forløbet har betydning for tallene.

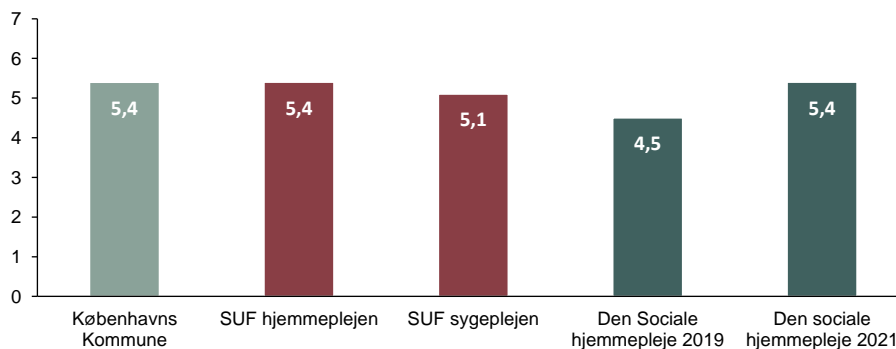
5. PERSONALE

Begge hjemme- og sygeplejeorganisationer har strukturelle udfordringer med rekruttering og fastholdelse af personale. Høj personaleomsætning er således en nærværende problemstilling i alle dele af organisationen, men der er naturligvis variationer. Dette afsnit giver et overblik over gængse nøgletal på personaleområdet i de to organisationer.

Det er igennem undersøgelsen hyppigt fremført, at mange medarbejdere i den sociale hjemmepleje har en særlig motivation i arbejdet med socialt udsatte borgere, og at en sammenlægning med hjemme- og sygeplejen i SUF vil indebære en stor risiko for at en del af disse medarbejdere vil tabe motivation. Det tilsvarende kan naturligvis være tilfældet for (nogle) medarbejdere i SUF, som måske har en præference for ikke at arbejde med borgere, der er socialt udsatte. Det har ikke været muligt inden for rammerne af denne undersøgelse at belyse med data, hvor udbredt og signifikant dette er forankret blandt medarbejderne.

Der er i begyndelsen af 2021 gennemført en trivselsundersøgelse på tværs af Københavns Kommune. På trods de strukturelle udfordringer med rekruttering og fastholdelse er resultaterne for den sociale hjemmepleje og for hjemmeplejen i SUF på linje med Københavns Kommune samlet set. Resultaterne er derimod lidt svagere for hjemmesygeplejen i SUF, jf. figur 11. Figuren viser gennemsnit af score på 10 spørgsmål (med en skala fra 1 til 7). Hjemmesygeplejen ligger generelt lidt lavere, men det er særligt temaerne *indflydelse*, *fysisk arbejdsmiljø* og *sundhedsfremme*, som trækker ned.

Figur 11. Hovedresultater fra trivselsundersøgelsen, 2021



Note: I trivselsundersøgelsen anvendes en skal fra 1 (dårligst) til 7 (bedst). Figuren viser den gennemsnitlige score på tværs af 10 spørgsmål.

For den sociale hjemmepleje er resultatet af trivselsundersøgelsen en meget betydelig forbedring sammenlignet med den tilsvarende undersøgelse i 2019, hvor organisationen var i en stor krise. Dengang var den gennemsnitlige score på 4,5 mod 5,4 i den seneste undersøgelse. Der er således gennemført en markant genopretning af driftsstabilitet og arbejdsklima igennem de seneste par, og det er slået tydeligt igennem i trivselsundersøgelsen. Det slår tilsvarende tydeligt igennem i en række af de indikatorer, som præsenteres i dette afsnit.

5.1 OVERSIGT OVER PERSONALE SAMLET OG FORDELT PÅ FAGGRUPPER

Der var i marts 2021 ca. 350 (månedslønnede) medarbejdere i den sociale hjemme- og sygepleje (Center Nord og Center Syd) i SOF og ca. 1.700 medarbejdere i de tilsvarende dele af SUF's organisation. Omregnet til fuldtidsansatte svarede det til 306 årsværk i SOF og 1.518 i SUF, jf. tabel 18.

Overordnet set er personalefordelingen ret ensartet imellem de to forvaltninger, men der er også nuancer. Forskelle og ligheder er opsummeret i punkterne herunder.

- Andelen af ledere – og dermed ledelsesspændet – er nogenlunde ens.
- Den væsentligste forskel vedrører sygeplejerskerne. Denne faggruppe udgør 10 procent af alle medarbejdere i SOF, men mere end det dobbelte i SUF. I absolutte tal

er sygeplejen ca. 10 gange større i SUF end i SOF (324 hhv. 31 årsværk). Det afspejler, at SUF har det generelle ansvar for hjemmesygepleje også for borgere, som ellers ikke modtager ydelser fra hjemmeplejen.²¹

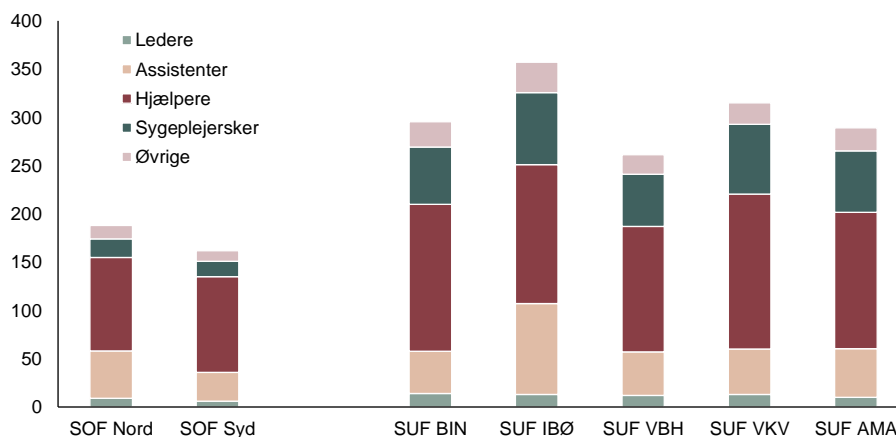
- Den højere andel af sygeplejersker i SUF betyder, at andelen af både assistenter og hjælpere omvendt er lavere end i SOF, men det indbyrdes størrelsesforhold imellem disse to grupper er stort set det samme i de to forvaltninger.
- I begge forvaltningers hjemme-/sygeplejeorganisationer er fysio- og ergoterapeuter samt pædagoger meget små personalegrupper. Der var fx kun tre månedslønnede medarbejdere i SOF med pædagogisk uddannelsesbaggrund. I lyset af, at målgruppen blandt andet omfatter borgere med komplekse sociale problemstillinger, er dette bemærkelsesværdigt. Mange af de ledere og medarbejdere, der har deltaget i interviewprogrammet, har fremhævet, at der er et stort behov for socialpædagogiske kompetencer for at kunne møde og støtte modtagerne bedst muligt. Personaleoversigten viser, at dette behov ikke dækkes af personale med pædagogisk uddannelsesbaggrund.
- Gruppen "øvrige", som blandt andet omfatter ufaglærte, er større i SUF end i SOF

Tabel 18. Personale (månedslønnede) fordelt på faggrupper, marts 2021

	SOF				SUF			
	Ansatte	Årsværk	Brøk	%	Ansatte	Årsværk	Brøk	%
Ledere	15	15	1,0	4,3	62	62	1,0	3,6
Assistentter	79	70	0,9	22,6	315	280	0,9	18,5
Hjælpere	196	170	0,9	56,0	818	728	0,9	47,9
Sygeplejersker	35	31	0,9	10,0	362	324	0,9	21,2
Fys-/ergo	7	7	1,0	2,0	9	8	0,9	0,5
Pædagogisk personale	3	2	0,7	0,9	3	3	0,9	0,2
Øvrige	15	11	0,8	4,3	137	113	0,8	8,0
I alt	350	306	0,9	100,0	1.706	1.518	0,9	100,0

Figur 12 viser antal årsværk (kun månedslønnede) i de enkelte driftsområder fordelt på de primære faggrupper. Indtrykket er også her, at personalesammensætningen er ganske ensartet. Det ses, at de to centre i SOF er mindre organisationer end de hidtidige fem lokalområder i SUF.

Figur 12. Årsværk fordelt på faggrupper, ultimo marts 2021. Månedslønnede



²¹ Andelen af borgere, som kun modtager sygepleje, udgør således 30 procent af det samlede antal ydelsesmodtagere i SUF. Det tilsvarende tal i SOF er ca. syv procent.

Tabel 19 herunder viser alle ansatte (inkl. timelønnede) i den sociale hjemmepleje i marts 2021. Det ses, at der særligt i Center Syd er forholdsvis mange timelønnede (hjælpere).

Tabel 19. Antal medarbejdere i den sociale hjemmepleje fordelt på faggrupper, marts 2021

	Ledere	Assistenter	Hjælpere	Sygeplejersker	Fys-/ergo	Pædagogisk personale	I alt
Nord	9	51	115	22	3	2	202
Syd	6	35	152	19	4	2	218
I alt	15	86	267	41	7	4	420
<i>Heraf timelønnede</i>							
Nord		2	18	3		1	24
Syd		5	53	3			61

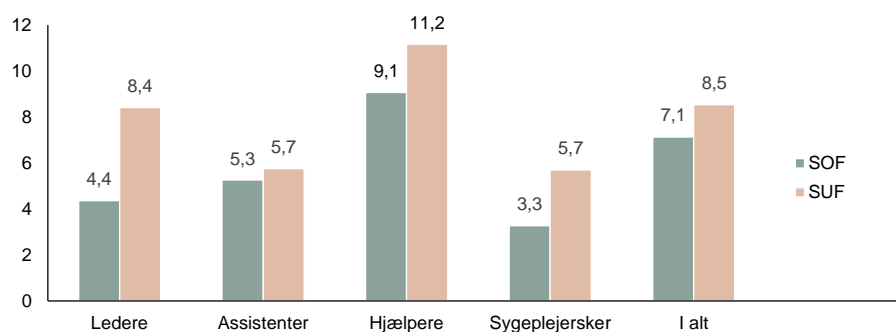
5.2 ANCIENNITET

Anciennitet er ét element (men naturligvis ikke det eneste), som kan have betydning for personalets erfaring, kompetencer og faglige forudsætninger for at varetage opgaverne med høj kvalitet. Derfor er anciennitetsprofilerne blandt medarbejderne i de to hjemme- og sygeplejeorganisationer blevet opgjort.

Den gennemsnitlige anciennitet²² er generelt lidt højere i SUF end i SOF. Det gælder både samlet set og inden for de enkelte faggrupper. For nogle faggrupper – især hjælpere og assistenter – er forskellene dog ikke så store.

Den højeste gennemsnitsanciennitet findes for gruppen af hjælpere – 9,1 år i SOF og 11,2 år i SUF, jf. figur 13. Den laveste findes blandt assistenter og sygeplejersker. Den lave(re) anciennitet i SOF blandt sygeplejerskerne skyldes (delvist), at der i en periode i 2018 og 2019 var meget betydelig afgang af medarbejdere fra denne faggruppe, jf. ovenfor.

Figur 13. Gennemsnitlig anciennitet per faggruppe. Antal år.



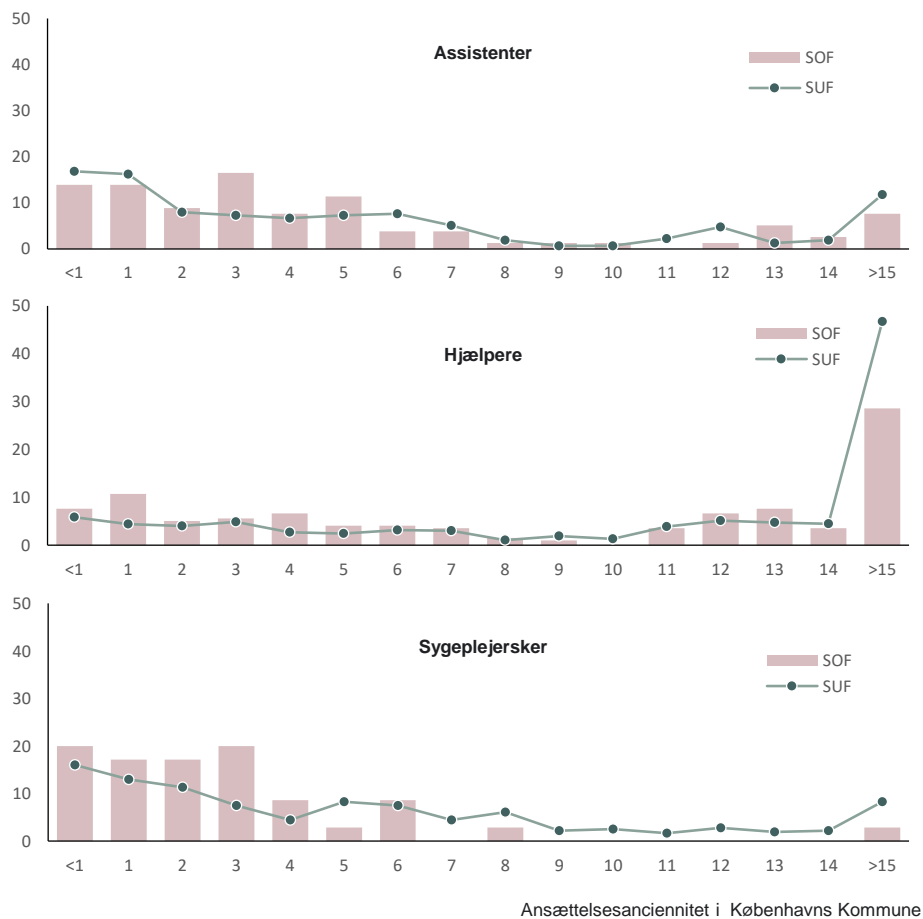
Figur 14 viser anciennitetsprofiler for de tre brede faggrupper – assistenter, hjælpere og sygeplejersker – i de to forvaltningers hjemme- og sygeplejeorganisationer. Hovedindtrykket er (også) her, at profilerne er forholdsvis ensartede. Der kan dog fremhæves nogle nuancer og variationer.

- Blandt hjælperne er det ret markant, at der i begge forvaltninger er en stor andel af medarbejderne, som har 15 års ansættelsesanciennitet eller mere – i SOF gælder det næsten 30 procent, mens det i SUF er næsten hver anden af hjælperne, der har så lang anciennitet.

²² Ancienniteten er her opgjort som ansættelsesanciennitet i Københavns Kommune.

- Blandt sygeplejerskerne er der forholdsmæssigt flere medarbejdere end i SUF, som har kort anciennitet op til tre år. Omvendt er der stort set ingen sygeplejersker i SOF med en ansættelsesanciennitet på mere end seks år.

Figur 14. Anciennitetsprofiler for udvalgte medarbejdergrupper i SUF og SOF



Ansættelsesanciennitet i Københavns Kommune

5.3 PERSONALEOMSÆTNING

Et andet element, der er afdækket, er personaleomsætningen. En vis løbende udskiftning af personale er naturlig og ønskelig. Men hvis personaleomsætningen bliver for høj, kan det være udtryk for dårligt arbejdsmiljø eller andre problemstillinger på arbejdspladsen. På tværs af mange forskellige typer af offentlige arbejdspladser ses typisk en årlig personaleomsætning i intervallet 10-20 procent. Det gælder også, at ansættelsesforhold med mange korte ansættelsesforhold øger omsætningen uden, at det nødvendigvis er et problem i driften. Der er naturligvis undtagelser, men hvis personaleomsætningen ligger på et højere niveau end dette, øges risikoen for, at det har negative konsekvenser for stabilitet og kvalitet i driften. Samtidig er (for) høj personaleomsætning dyrt i kraft af blandt andet tabte kompetencer samt ledelses- og medarbejdere ressourcer, som skal anvendes på rekruttering og onboarding.

Tabel 20 viser, at personaleomsætningen generelt er højere i SOFs hjemme- og sygepleje end det er tilfældet i SUFs hjemme- og sygepleje og, at udviklingen varierer fra faggruppe til faggruppe. For sygeplejersker gælder at man i SOF har fået nedbragt en meget høj personaleomsætning til et lavere niveau. Fra 56 pct. personaleomsætning i 2018 til 34 pct. i 2020, hvilket stadig er meget højt og må have afledte konsekvenser for driftsstabiliteten og kontinuiteten over for borgerne. I SUF har tendensen i forhold til personaleomsætningen været modsat i forhold til sygeplejersker, hvor den er øget fra 23,7 pct. i 2018 til 26,8 pct. i 2020. Dette stemmer overens med de kvalitative input der er fremkommet i analysen vedr. en bekymring for om sygeplejen i SUF vil være parat og tilstrækkelig stabil til at overtage eller blive sammenlagt med SOFs sygepleje.

Tabel 20. Personaleomsætning per faggruppe, 2018-2020. Procent.

		Alle	Assisterter	Hjælpere	Sygeplejersker	Øvrige
SOF	2018	28,8	25,7	26,5	56,0	21,9
	2019	31,5	39,5	24,1	57,6	29,0
	2020	25,5	32,5	22,8	34,0	16,9
SUF	2018	19,1	17,7	20,4	23,7	7,9
	2019	18,3	20,7	17,6	24,3	6,6
	2020	18,5	21,2	16,7	26,8	6,9

Note: Personaleomsætningen er opgjort som antal fratrædelser inden for året i procent af antal ansatte ved årets start. Opgørelsen omfatter både fastansatte og midlertidigt ansatte (men ikke timelønnede). Forskelle i afgrænsning og beregningsmetode evt. betyde forskelle til interne opgørelser af personaleomsætningen.

På tværs af faggrupper og år, er der, som vi kender det fra hjemme- og sygeplejeorganisationer – en høj personaleomsætning og for assistent og sygeplejegruppen er omsætningen i begge forvaltninger over 20 pct. i 2020, hvilket både afspejler rammevilkårene for driften af en hjemme- og sygepleje og giver udfordringer for driftsstabilitet og kontinuitet over for borgerne.

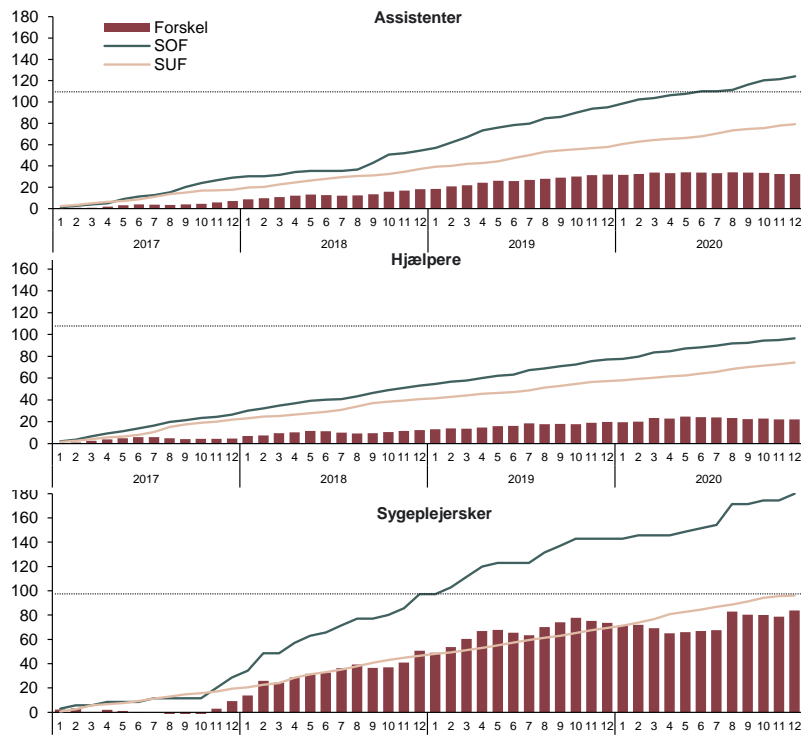
I figur 15 er antallet af fratrædelser for assistenter, hjælpere og sygeplejersker opgjort akkumuleret fra begyndelsen af 2017 og til slutningen af 2020 i hjemme- og sygeplejen i de to forvaltninger. Opgørelsen omfatter kun månedslønnede.

De to kurver viser det akkumulerede antal fratrædelser i procent af alle ansatte. Hvis kurverne krydser den vandrette streg (100 procent) svarer det til, at det akkumulerede antal fratrædelser er større end antallet af ansatte på et givet tidspunkt.

Det ses, at for assistenter og hjælpere er personaleomsætningen lidt højere i SOF end i SUF. Forskellene er dog ikke så store, og der er en tendens til, at det særligt var i 2018 og 2019, at der var forholdsmæssigt flere fratrædelser i SOF.

Billedet for sygeplejerskerne er nogenlunde det samme blot langt mere markant. Det er meget tydeligt, at der i SOF var en meget stor personaleafgang blandt sygeplejerskerne igennem 2018 og frem til 2. halvår 2019. Det ses også, at der siden er sket en stabilisering i SOF

Figur 15. akkumulerede fratrædelser per faggruppe, 2018-2020. Antal.



6. KVALITATIV ANALYSE AF DEN NUVÆRENDE SITUATION

I gennemførelsen af analysen er der blevet interviewet bredt i både SOF og SUF. Fælles for alle interviewdeltagerne har været, at deltagerne har indgående kendskab til enten hjemme- og sygeplejen i SOF eller SUF og dækker både viden og indsigt i myndigheds- og udførerfunktionerne på leder og medarbejderniveau. Herudover er de to private hjemmeplejeleverandører blevet interviewet idet de leverer både til modtagere af hjemmepleje og sygepleje i både SOF og SUF og har derfor et andet perspektiv at byde ind med i den igangværende analyse om en eventuel sammenlægning.

Interviewene er gennemført i maj og juni måned. Fokus i interviewene har været interviewdeltagerens viden, erfaringer og synspunkter i forhold til de fire gennemgående perspektiver i analysen, henholdsvis borgerperspektivet, driftsperspektivet, personale- og kompetenceperspektivet og økonomiperspektivet. For alle perspektiver har der været en fokus på den nuværende situation og opmærksomhedspunkter i forhold til en eventuel sammenlægning. Inputs fra de forskellige interviews er blevet samlet og analyseret og fremstilles neden for. Samtidig med fremstillingen inddrages enkelte steder data fra kap. 5 for at perspektivere størrelsen i de kvalitative dialoger.

Oversigt over interviewdeltagere

SOF	SUF
Ansvarlig direktør i SOF	Ansvarlig direktør i SUF
Borgercenterchef, BVC	Centerchef for Omsorg og Rehabilitering
Områdechefer (leder af visitationen samt Center Nord og Center Syd)	Leder af hjemmepleje og Sygepleje, Kbh. Nord og Kbh. Syd
Enhedsledere i Center Nord og i Center Syd - Administration, planlægning og servicetelefon	Myndighedsleder, Kbh. Nord
Myndighedschef og områdechef i BCH	Afdelingsleder i Center for Omsorg og Rehabilitering
Enhedsledere i Center Nord og i Center Syd - hjemmepleje	Sygeplejefaglig leder i Kbh. Nord og i Kbh. Syd
Enhedsledere i Center Nord og i Center Syd - sygepleje	Sygeplejefaglig leder, Amager
Konsulenter i den socialfaglige stab – Den sociale hjemmepleje	Faglig leder for (hjemme)plejen, Kbh. Nord og KBH. Syd
To botilbudsledere der "trækker" på den sociale hjemmeplejes ressourcer og kompetencer i henholdsvis BCV og BCH	Kvalitetsleder, Center for Omsorg og Rehabilitering
Fokusgruppeinterview med MED for den sociale hjemme- og sygepleje	
Herudover har der for hver forvaltning været deltagere i en fælles projektgruppe som har understøttet analysens fremdrift, indhentet data til analysen samt løbende medvirket til at afklare spørgsmål.	

6.1 ENSARTET SERVICENIVEAU OG FORSYNINGSSIKKERHED

Borgernes lige adgang til kommunale ydelser samt deres sikkerhed for at deres hjælp og støtte bliver leveret af medarbejdere der kender dem og har de rette kvalifikationer har fyldt i de gennemførte interviews.

Alle interviewede understreger, at det politisk formulerede serviceniveau, jf. Københavns Kommunes kvalitetstandard, er ens på tværs af de to forvaltningers hjemme- og sygeplejeorganisationer. På samme tid kommer det til udtryk, at der er oplevede forskelle mellem de to forvaltninger – dette er både i forhold til rehabiliteringsydelser, personlig pleje og praktisk hjælp samt sygepleje.

I forhold til rehabiliteringsindsatsen er dette af nyere dato i SOFs hjemmepleje, hvorfor det rehabiliterende udtryk og aftryk endnu ikke er så tydeligt i SOF's hjemmepleje og over for modtagerne. I SUF har rehabiliteringsindsatsen været prioriteret i en årrække, der er høstet en række erfaringer som har mundet ud i en revision af den hidtidige organisations-

og leverancemodell og som skal sikre endnu mere fokus og effekt af de rehabiliterende indsatser. Der er således indtrykket fra de gennemførte interviews, at praksis i forhold til rehabilitering er længere i sin udviklingsrejse i SUF end i SOF og har et tydeligere aftryk over for borgerne.

I forhold til den personlige pleje og praktisk hjælp, som begge forvaltninger har lang erfaring med, er der mange ligheder på tværs af de to hjemmeplejer. Der, hvor interviewene giver udtryk for forskelle, er de to forvaltningers overordnede perspektiv og tilgang til borgerne. I den sociale hjemmepleje er der en oplevet fokus på den socialpædagogiske tilgang og understøttelse af borgerens levede liv, hvor hjemmeplejen i SUF har et større oplevet fokus på rehabilitering og det instrumentelle i pleje- og omsorgsopgaven. I hverdagen kan dette komme til udtryk i prioriteringen af de enkelte pleje- og praktiske opgaver og det opleves, at SUF forudsætter at der gennemføres en "Social rengøring" (hovedrengøring) før de kan overtage borgeren og opgaven. Dette er, firkantet udtrykt, et eksempel på, at hjemmeplejen i SOF har overvejende fokus på at understøtte borgeren, der hvor borgeren er, frem for fx den praktiske hjælp/rengøring af borgerens hjem. Samtidig ser vi også i kap. 5 om "Økonomi og Aktivitet", at det praktiserede serviceniveau i form af varighed og antal besøg er en smule højere i SUF end i SOF og at borgere, der skifter forvaltning når de fylder 65 år, ofte efter et stykke tid modtager mere hjælp i SUF end tidligere i SOF. Om det lidt højere praktiserede serviceniveau i SUF giver bedre forudsætninger for at balancere begge dimensioner eller er et udtryk for en yderligere alderssvækkelse med behov for mere støtte kan ikke udledes af nærværende analyse – men det er en overordnet forskel i tilgang som udtrykker noget om de to hjemmeplejers forståelse af deres respektive kerneopgave. Som kap.5 også viser er der også en meget stor fællesmængde og sammenfald af borgergrupper i de to hjemmeplejer hvilket også indikerer, at denne forskel kommer til udtryk i de mest social udsatte borgergrupper som andelsmæssigt fylder mindst.

I de gennemførte interviews har fokus ofte været målrettet sygeplejen og sygeplejens volumen og udfordringer i SOF. Hovedparten af de interviewede giver udtryk for, at de volumenforskelle der er i sygeplejen i henholdsvis SOF og SUF giver forskellige muligheder i forhold til driftsstabilitet, faglig bæredygtighed og organisationens mulighed for at imødekomme stigende krav til den kommunale sygepleje generelt. Denne forskel kommer også til udtryk i forbindelse med "Genopretningsplanen", hvor der blev udlånt sygeplejersker fra SUF til SOF for at hjælpe med til at sikre og højne kvaliteten af fx den sygeplejefaglige dokumentation. På trods af denne indsats og den forbedring af kvaliteten, der er sket, oplever samarbejdspartner stadig forskel i compliance i den sygeplejefaglige dokumentation mellem de to forvaltninger.

De udfordringer, der er blevet italesat på de gennemførte interviews i forhold til at sikre borgerne lige adgang til kommunale ydelser, omhandler oftest borgernes adgang til sygepleje. En gang imellem opleves der, at kapaciteten i SOFs sygepleje kommer til kort og der derfor må rekvireres assistance fra sygeplejen i SUF. Her kan forskellen i compliance i forhold til forskellig implementering af de samme procedurer også komme til udtryk i form af forskellig opfattelse af hvad en henholdsvis sygeplejersker, social- og sundhedsassistent, social- og sundhedshjælper eller pædagog kan/skal kunne varetage i forhold til de sygeplejefaglige opgaver.

Af interviewene på tværs af de to forvaltninger fremgår også, at både sygeplejen i SOF og SUF er presset på økonomien pga. det opgavepres der opleves. Både på grund af demografi og på grund af ændret behandlingsmønster på sygehusene. Det er et opgavepres som alle kommuner oplever og som sætter de kommunale sygeplejer under pres. Dette øger presset på at sikre den rette kapacitet og de rette kompetencer i sygeplejen og der er stor konkurrence om sygeplejerskerne mellem kommunerne og mellem kommuner og regioner. Det betyder at sygeplejerskerne har let ved at finde beskæftigelse andre steder. Det giver – i enkelte af de gennemførte interviews – en bekymring for hvad en potentiel sammenlægning kan betyde for to organisationer i form af uro og øget personaleomsætning. Omvendt er der også bekymring for den faglige bæredygtighed specifikt i forhold til sygeplejen, såfremt der ikke sker en større konsolidering af sygeplejen i SOF eller, at sygeplejen indgår i et scenarie for sammenlægning.

6.2 MÅLGRUPPERNE

Der er i de gennemførte interview en italesættelse af, at der blandt medarbejderne er en præference af om man finder størst arbejdsglæde og mening ved at arbejde med målgruppen i SOF eller ved at arbejde med målgruppen i SUF. Denne præference skulle samtidig være medvirkende til at bestemme om man arbejder i SOF eller SUF. Dette fører samtidig til den opfattelse i interviewene, at det at arbejde med begge målgrupper ikke er muligt eller ikke er ønskeligt – set fra et medarbejderperspektiv. Dette billede eller denne historie går igen i flere interviews og enkelte konkrete samarbejder om nogle af de mest udsatte borgere mellem SOF og SUF har givet yderligere næring til denne fortælling.

På den anden side giver interviews og den gennemførte workshop i analysen udtryk for, at målgrupperne i de to forvaltninger er mere differentierede end fortællingen giver udtryk for. SUF har mange af de samme borgere som SOF. De er blot over 65 år. SUF har således også borgere med psykiatriske problemstillinger, misbrugsproblematikker, erhvervet hjerneskade, borgere med sclerose og borgere med omfattende handicaps. Hertil kommer en voksende målgruppe med borgere der har demens og som også forudsætter socialpædagogiske kompetencer. SUFs målgruppe derfor ikke så homogen som fortællingen ofte forsøger at udtrykke om end alderssvækkelsen slår mere og mere ind i borgerens samlede funktionsevne.

Målgrupperne i SOFs hjemmepleje spænder også meget bredt. Fra borgere der har levet et hårdt liv og ældes hurtigere til borgere med (omfattende og komplekse) handicaps, misbrugsproblematikker, socialt udsatte og borgere med lette eller komplekse psykiatriske problemstillinger. Størrelsesforholdene mellem de forskellige målgrupper i SOF er vanskelige at opgøre i og med SOF ikke systematisk registrere borgerens primære målgruppe. Man har tidligere i SOF opereret med mere overordnede målgruppeangivelser men dette er ikke en praksis, som er blevet videreført i det nye omsorgssystem Cura. At man alene kender de omtrentlige forhold mellem målgrupperne i den sociale hjemme- og sygepleje giver et "slør" i forhold til at kunne vurdere konsekvenserne ved en mulig sammenlægning.

De gennemførte interviews og workshoppen medvirker dog til at nuancere størrelsesforholdene samt de gennemførte analyser i kap. 4 vedr. økonomi og aktivitet. Her vises, at der mellem de to hjemme- og sygeplejeorganisationer er store fællesmængder mellem de to målgrupper. Samtidig præciserer det også, at der er mindre målgrupper, hvor kompleksiteten er høj og samarbejds- og koordinationsfladerne omkring den enkelte borger er mange. Dette omfatter fx borgere der både modtager hjemmepleje og SEL § 85 Socialpædagogisk bistand.

Et andet element der også nuancerer den dominerende fortælling om medarbejdernes præferencer er interviewene fra de to private leverandører som leverer på tværs af de to forvaltninger og derfor dækker begge målgrupper. De private leverandører udtrykker også en oplevet og konkret forskel på at levere til de to målgrupper. Forskellen er, at når de rekrutterer medarbejdere tydeliggør de forventningerne til at man skal kunne levere til begge målgrupper. Denne indledende forventningsstemning gør en stor forskel og sikrer, at de, der ansættes, kender forudsætningerne. I hverdagen og i den konkrete ruteplanlægning sikres dog, at medarbejderens kompetencer og præferencer anvendes mest hensigtsmæssigt således denne lidt firkantede beskrivelse af målgrupper opleves markant mindre.

6.3 SAMARBEJDE OG SNITFLADER

På flere niveauer er der allerede i dag en tæt koordination og samarbejde mellem de to hjemme- og sygeplejeorganisationer. De to politisk godkendte kvalitetsstandarder – der er den borgerrettede beskrivelse af serviceniveauet – er ensartet og harmoniseret i videst muligt omfang. Herudover er der på operationelt niveau samarbejde i form af, at begge hjemme- og sygeplejeorganisationer anvender det samme omsorgssystem, Cura. Det betyder, at der sker en løbende og glidende harmonisering af arbejdsgange samt rolle- og procedurebeskrivelser mellem de to organisationer.

Samtidig har der i forbindelse med først *Genopretningsplanen* og sidenhen *Stabiliseringsprogrammet* i SOF været et tæt samarbejde mellem SOF og SUF i forhold til at højne kvaliteten af dokumentationen samt beskrivelse af roller og procedurer i den

sociale hjemme- og sygepleje. Dette er bl.a. sket gennem udlån af medarbejdere fra SUF til SOF. Dette betyder, at harmoniseringen og samarbejdet på det operationelle niveau langsomt etablerer en større ensartethed i forhold til kravene til dokumentation samt beskrivelse af roller og procedurer med (primært) udgangspunkt i SUFs beskrivelser og procedurer.

De gennemførte interviews viser også, at på tværs af de to organisationer er sammenfald i driftsmodellen i forhold til den daglige drift af hjemmeplejen og sygeplejen. Der er forskelle som, at hjemmehjælperne i SOF på forsøgsbasis kører direkte ud til borgerne ved første besøg samt at planlægningsopgaven er centraliseret i SOF, hvor den er decentralt organiseret i de enkelte grupper i SUF. Det giver strukturelt en forskel - men begge nævnte forskelle er relativt nye og er stadig under indfasning eller løbende evaluering. Skulle man vælge at harmonisere, til fx SUFs driftsmodel, vil det for mange være tilbage til en kendt og afprøvet model.

I de gennemførte interviews peges der også på, at der er mange muligheder for at samarbejde mere på tværs af, udfører funktionerne i SOF og SUF. Fra de gennemførte interviews er der kommet bud på overvejelser om en fælles sygeplejeorganisation på tværs af de to forvaltninger, tættere samarbejde om aften- og nattevagten, hvor man med en større fælles volumen kan skabe en større driftsstabilitet og øge den faglige bæredygtighed samtidig med at de to forskellige faglige perspektiver i henholdsvis SOF og SUF kan supplere og komplettere hinanden til gavn for borgerne.

Der hvor kompleksiteten bliver større, baseret på de gennemførte interviews, er i forhold til myndighedsområdet i SOF. Kompleksiteten omhandler to områder. For det første er der samarbejdet og koordinationen med mange af de øvrige aktører i forhold til hjemme- og sygeplejemodtagere, som også modtager andre indsatser i SOF. Dette omhandler øvrige myndighedscentre i SOF, andre udførerenheder i SOF i forbindelse med behovet for socialpædagogisk bistand, misbrugsbehandling eller regionale kontaktflader i forbindelse med psykiatrien. Af de gennemførte interviews gives der ikke udtryk for, at der er en samlet model eller koncept for hvordan borgere med flere aktører eller komplekse forløb varetages i SOF. Dette medfører, at der er flere modeller og flere af disse er relations bundne, hvilket gør en potentiel sammenlægning af myndighed mere kompleks idet opgaven er mindre velbeskrevet.

Det andet område som bliver nævnt er – som også tidligere beskrevet i kap. 3 er forskellen i visitatorrollen, hvor SUF har en bredere visitationskompetence end visitatorerne i SOF. Flere af de gennemførte interviews giver udtryk for, at det, i forbindelse med en eventuel sammenlægning, ikke er realistisk at rumme både SOFs og SUFs målgruppe fagligt og samtidigt agere som helhedsvisitator, som rollen aktuelt er defineret i SUF. Derfor vil en sammenlægning som også omfatter myndighed sandsynligvis forudsætte en form for sub-specialisering i en ny og fælles myndighed i SUF. Det vil, baseret på de gennemførte interviews, ikke reducere antallet af samarbejdsflader at sammenlægge den sociale hjemmeplejevisitation med SUFs myndighed fordi de selvsamme samarbejdsflader flytter med. Det skal dog understreges, at interviewene er sket førend den nye organisering af myndighedsområdet i SUF.

Det tættere samarbejde i forbindelse med en sammenlægning på henholdsvis udfører- og eller myndighedssiden forventes heller ikke at bidrage med væsentlige økonomiske stordriftsfordele. På udførersiden er driften opdelt i teams/grupper, som dækker et afgrænset geografisk område, og de enkelte medarbejdere kører egne ruter. En sammenlægning vil ikke give mulighed for en større tæthed i driften eller for at udnytte specialiseringsfordele. Der vil grundlæggende blot være tale om at tilføre flere teams og køreruter – dvs. flere "kopier" af en driftsmodel, som allerede kører. Desuden er der allerede på mange områder et tæt samarbejde mellem de to forvaltninger, fx omkring leverandøraftaler, it-understøttelse og meget andet. Mulighederne for driftseffektivisering knytter sig primært til to forhold. Det ene er, at udgifterne til eksterne vikarer forholdsmæssigt er væsentligt større i SOF end i SUF blandt andet fordi, der er flere vakanser. Det andet er, at der ved en sammenlægning formentlig kan ske en lille reduktion i antallet af lederstillinger.

På myndighedssiden gælder samme forhold, at der ikke forventes at kunne høstes nogle stordriftsfordele. Der vil, som minimum, skulle anvendes de samme ressourcer og kompetencer i en eventuel sammenlægning af myndighedsfunktionen.

Inden for begge områder vil der i en kortere årrække være behov for at investere dels i en organisatorisk transitionsfase og dels også en investering i en harmonisering af kompetencer, opgave- og rolleforståelse for at sikre en eventuel sammenlægning smidigt og uden større forstyrrelser i den fortsatte drift og leverede kvalitet.

6.4 PERSONALE OG KOMPETENCER

Der er flere ligheder mellem hjemme- og sygeplejen i henholdsvis SOF og SUF. Dette gælder for så vidt de respektive driftsmodeller, større dele af borgergrupperne samt også på store dele af den formelle uddannelse og personalesammensætning. Men det er samtidig to forskellige organisationer som aktuelt står to forskellige steder.

Hjemme- og sygeplejen i SOF har gennemført en omfattende Genopretningsplan som pt. er videreført i et Stabiliseringsprogram. Navneskiftet skal illustrere, at hjemme- og sygeplejen er et andet sted og fortsat er på vej imod stabil og sikker drift. Fra de gennemførte interviews bekræftes denne positive udvikling samt erkendelse af, at der stadig er et stykke vej imod en stabil og sikker drift med den nødvendige driftskapacitet.

Et udtryk for dette er den lavere oplevede compliance i forhold til dokumentation samt formel overholdelse af procedurer og rollebeskrivelser. Dette er en oplevelse som deles af flere samarbejdsparter og af SOF selv i de gennemførte interviews. Dette gælder både udførerfunktionen og til dels Hjemmeplejevisitationen. Et eksempel på dette er, at alle borgere er blevet oprettet i det nye omsorgssystem, Cura, mens der er mindre udfordringer i forhold til at sikre kontinuerlig og løbende opfølgning i de enkelte sager.

Dette kommer bl.a. til udtryk i interviewene med medarbejdere, der giver udtryk for at de "handler oftere end de dokumenterer". I forhold til myndighedsfunktionen dokumentation og opdatering til det nye omsorgssystem gøres dette gradvist i takt med at der sker en udvikling i borgerens sag som forudsætter en ny sagsbehandling.

Det fremgår samtidigt, af de gennemførte interviews at hjemme- og sygeplejen i SUF er et andet sted i deres udvikling. Det vil sige en højere compliance generelt i forhold til dokumentation samt i den formelle overholdelse af procedurer og rollebeskrivelser. Dette er en oplevelse, som igen refereres af samarbejdsparter på tværs af de to forvaltninger samt eksterne samarbejdsparter. Hertil kommer, at der på tværs af de to hjemme- og sygeplejeorganisationer er en forskellig fokus i tilgangen til borgerne som også tidligere er beskrevet.

Der ligger derfor – såfremt der besluttes at gennemføre en sammenlægning – en stor og kompleks harmoniseringsopgave i forhold til den faglige praksis- og dokumentationsopgave der skal ske i både hjemme- og sygeplejen. I praksis vil det sandsynligvis betyde, at man vælger fx SUFs beskrivelser, arbejdsgange og procedurer som gældende for den nye samlede organisation. Det betyder også, at der ligger en stor opgave i at introducere medarbejdergruppen i SOFs hjemme- og sygepleje til disse og sikre compliance fremadrettet.

Så på trods af de mange ligheder er der stadig – naturligt nok – også forskelle som vil skulle håndteres i en eventuel sammenlægning. Samtidig er rekrutteringssituationen inden for hjemme- og sygeplejen vanskelig – både i SOF og i SUF - og der opleves tiltagende udfordringer med at sikre de rette ressourcer og kompetencer. Det betyder, at mobiliteten for medarbejderne er høj og, at eventuelle organisatoriske forandringer skal ske og udføres på en måde, der sammen med ledere og medarbejdere, forebygger en høj og uhensigtsmæssig omsætning af medarbejdere. I en eventuel scenarie for en hel eller delvis sammenlægning er det derfor nødvendigt, at der tages hånd om disse organisatoriske forskelle og forskellige udviklingstrin mellem hjemme- og sygeplejen i SOF/SUF samt tager højde for rammevilkår, som gælder for personale- og kompetencesiden

7. SCENARIER FOR DEN FREMTIDIGE ORGANISERING AF HJEMME- OG SYGEPLEJEN

Dette kapitel beskriver fordele og ulemper ved tre scenarier for den fremtidige organisering og udvikling af den sociale hjemme- og sygepleje. Det ene scenarie (0) er et status quo scenarie, hvor den nuværende organisering og struktur fastholdes i alle væsentlige hovedtræk. Det andet scenarie (1A) er et ændringsscenarie, hvor de udførende enheder i den sociale hjemmepleje flyttes fra Socialforvaltningen til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Derimod fastholdes den sociale hjemmeplejevisitation (og det tilhørende bestillerbudget) i Socialforvaltningen. Det tredje scenarie (1B) svarer til scenarie 1A på udførersiden, men i dette scenarie flyttes også myndighedsopgaven til SUF. Afgrænsningen af scenarierne er aftalt med styregruppen.

Scenarierne repræsenterer forskellige grundstrukturer for organiseringen af hjemme- og sygeplejen. Særligt i Scenarie 1A og 1B vil der være en række afgrænsninger og tilhørende beslutninger omkring samarbejds- og driftsmodeller mv., som kan/skal foretages. Nogle af disse kan ses som variationsmuligheder inden for grundstrukturen. Hvis der fx er gode argumenter for en justering af den nuværende aldersgrænse på 65 år, kunne det ske i Scenarie 0 uden, at det grundlæggende ændrer modellen. Eller det kan i Scenarie 1A vælges at flytte budget fra SOF til SUF, men det kan også vælges at fastholde budgettet i SOF og etablere en betalingsmodel for de leverede ydelser.

Inden for en given grundstruktur vil der også være en række øvrige forhold, som kan gribes forskelligt an, og som har betydning for vurderingen af fordele og ulemper. Det er fx oplagt, at målgrupperne for den sociale hjemmepleje spænder vidt og er meget forskellige. I scenarie 1A og 1B kan der være forskellige muligheder for at tage hensyn til dette (eller ikke gøre det), og det kan have betydning for balancen mellem fordele og ulemper. Den væsentligste enkeltfaktor er formentlig, om der etableres en integreret eller specialiseret driftsmodel, jf. boksen herunder.

Integreret eller specialiseret driftsmodel

Sondringen mellem en integreret og specialiseret driftsmodel refererer til to hovedtyper af implementeringsscenarier for funktioner, der besluttet overført til SUF. I praksis kan der naturligvis anvendes et mix af de to modeller.

Integreret. I en integreret driftsmodel er der ikke nogen form for specialisering i den måde leveranceorganisationen er indrettet. Der er således fx ikke en målgruppeopdeling/-specialisering i teamstrukturen. I denne driftsmodel betjener alle teams og medarbejdere i princippet alle målgrupper og enkeltborgere. Modellen vil således betyde, at både borgere og medarbejdere i den sociale hjemmepleje integreres i den eksisterende leveranceorganisation i SUF og dermed ikke primært betjener borgere fra SOF's nuværende målgruppe.

Specialiseret. I denne driftsmodel er der en vis specialisering i forhold til målgrupper. Teamstrukturen opbygges sådan, at nogle teams fortrinsvist betjener borgere inden for afgrænsede målgrupper – specialiseringen kan omfatte større eller mindre dele af den samlede aktivitet. I en sådan model vil det være muligt at fortsætte med teams, der overvejende kommer hos fx borgere, der er meget socialt udsatte eller borgere med psykiske sygdomme.

Pointen i ovenstående er, at der ikke kan foretages en opgørelse af fordele og ulemper, som er éntydig og universel. Både fordi der inden for rammerne af en given organisationsmodel kan træffes valg, som tilsigter at fremme fordelene og mindske ulemperne. Og fordi selve modellen ikke kan ses uafhængigt af den måde, den implementeres og praktiseres. Hertil kommer, at der i SOF og SUF på en række områder er truffet forskellige valg, fx omkring visitationsmodel og planlægning.²³ En sammenlægning af de to hjemme- og sygeplejeorganisationer vil derfor alene af den grund

²³ Jf. afsnit 3.2 har SUF helhedsvisitation, hvor samme sagsbehandler kan træffe afgørelse om alle relevante ydelser mens visitationen i SOF er opdelt – hjemmeplejevisitationen behandler fx ikke hjælpemiddelsager eller sager om plejebolig/botilbud. Tilsvarende er planlægningsfunktionen i SUF placeret decentralt hos de enkelte distriktsledere, mens der i SOF er etableret en fælles planlægningsenhed.

medføre forandringer – det behøver ikke at være hverken en fordel eller en ulempe, men er dog væsentlige opmærksomheds-punkter.

Scenarierne præsenteres i afsnit 7.1-7.3 sammen med vurderinger af fordele og ulemper. Der er naturligvis tilstræbt størst mulig tydelighed omkring de fordele og ulemper, der knytter sig til scenarierne. Men det er også tilstræbt at give en nuanceret fremstilling og at skitsere, hvordan konkrete design- og implementeringsvalg kan bidrage til at fremme fordele og mindske ulemper i de enkelte scenarier.

7.1 SCENARIO 0. DEN SOCIALE HJEMME- OG SYGEPLEJE BLIVER I SOF

I dette afsnit beskrives kort de fordele og ulemper, der kan være ved at fastholde den nuværende arbejdsdeling omkring hjemme- og sygepleje. Fordele og ulemper ved et status quo scenarie vender dog typisk 180 grader modsat i forhold til et ændringsscenario. Af hensyn til at undgå gentagelser er beskrivelsen af fordele og ulemper derfor ganske kortfattet i dette afsnit, men mere udfoldet i præsentationen af ændringsscenerierne i afsnit 7.2 og 7.3.

7.1.1 FORDELE OG ULEMPER

Der er særligt tre fordele ved en fastholdelse af den nuværende situation.

- Den ene er, at der i den sociale hjemmepleje er opbygget en organisation, hvor medarbejderne i kraft af personlige og formelle kompetencer formentlig har de bedst mulige forudsætninger for at levere hjemme- og sygepleje til borgere med sociale og psykiske problemer. Socialpædagogiske metoder og tilgange er givetvis stærkere forankret i SOF's hjemme- og sygepleje end i SUF's, og det må isoleret set anses for at være en fordel for de borgere, som er socialt udsatte og/eller har (alvorlig) psykisk sygdom. I forlængelse af dette giver det også mulighed for en tættere og mere fleksibel koordinering mellem hjemmeplejeydelser (SEL § 83) og den socialpædagogiske bistand (SEL § 85)
- Den anden væsentlige fordel er, at der i et status quo scenarie undgås den uro og usikkerhed, som i større eller mindre grad må forventes i tilfælde af en sammenlægning. Det handler både om risiko for yderligere udfordringer med rekruttering og fastholdelse i overgangsperioden, og om etablerede relationer mellem borgere og fagprofessionelle, som vil blive brudt op. Sidstnævnte kan dog ikke ses uafhængigt af, om der i forbindelse med en sammenlægning etableres en integreret eller specialiseret driftsmodel generelt eller i forhold til de borgere, hvor hensynet til kontinuitet og stabile relationer er størst.
- En tredje mulig – men mere usikker – fordel er, at de etablerede serviceniveauer videreføres, og at Københavns Kommune ikke påtager sig en risiko for et udgiftsdrivende løft i serviceniveauet ved en harmonisering. Der er i projektføreløbet peget på en sådan risiko, men det analytiske grundlag for at vurdere risikoen er spinkelt. Det skal samtidig understreges, at risikoen bortfalder, hvis det (som i scenarie 1A) kun er drifts-organisationerne, som sammenlægges.

Herudover er der en række fordele ved, at den sociale hjemmeplejevisitation er placeret i samme forvaltning som de øvrige myndighedsfunktioner på socialområdet. Der henvises til beskrivelsen scenarie 1A, jf. afsnit 7.2.2

Der er også en række ulemper ved en fortsat opdeling af hjemme- og sygeplejen, herunder at (special)kompetencer, som findes i de to organisationer ikke fuldt ud kan nyttiggøres over for alle hjemme- og sygeplejemodtagere. Der er også større risiko for, at den faglige bæredygtighed i SOF's hjemmesygepleje kan blive udfordret på kort og længere sigt. Disse forhold uddybes i afsnit 7.2. og 7.3.

7.1.2 OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER OG ANBEFALINGER

Hvis Københavns Kommune vælger at fastholde den nuværende opdeling i to adskilte hjemme- og sygeplejeorganisationer, er der en række forhold, som der efter Implements vurdering kan være grund til at være opmærksom på.

- For servicelovsydelserne er ansvarsdelingen mellem de to forvaltninger baseret på et alderskriterie, hvor SOF har ansvar for borgere under 65 år og SUF for borgere over 65

år. Alderskriteriet er en pragmatisk men også lidt arbitrær måde at opdele ansvaret på, fordi alder i sig selv ikke siger noget om borgernes (sociale) situation.

Analysen viser, at en fjerdedel af timerne i den sociale hjemmepleje leveres til borgere i aldersgruppen 60-64 år. Det er formentlig et flertal af disse borgere, som ikke har nogen særlige sociale problemer, og det er med sikkerhed kun en lille andel af borgerne, der samtidigt modtager ydelser efter §85.²⁴ Der er en væsentlig højere andel af de 60-64 årige, som modtager hjemmepleje, end der er blandt de 50-60 årige. Det er efter al sandsynlighed aldersbetinget mere end socialt betinget.

Da der næppe er stærke socialfaglige grunde til at lægge grænsen præcist ved 65 år vil det være relevant at overveje at sænke den til fx 60 år.²⁵

- Der kan med fordel foretages et eftersyn af den nuværende samarbejdsaftale fra 2012. Aftalen er i sin ordlyd ikke særlig præcis, og der er mange eksempler på gråzoneproblematikker, som forekommer i virkeligheden, men som ikke er reguleret i aftalen. Her er der igennem de etablerede samarbejdsstrukturer blevet fundet en praksis for, hvordan ansvaret for borgerne fordeles. Denne ansvarsfordeling er ikke nødvendigvis (kun) udtryk for, hvad der er bedst for borgerne.
- Det er i den nuværende struktur en relevant bekymring, at der muligvis ikke er et ensartet sygeplejetilbud til alle borgere i København. Vi vil anbefale, at kommunen overvejer, om flere målgrupper – fx borgere med visse kroniske sygdomme – ud fra et borgerperspektiv med fordel kunne varetages af SUF's hjemmepleje. Der ses ikke at være fagligt gode argumenter for, at socialt velfungerende borgere med behov for sygepleje (fx sclerose- og ALS-patienter) ikke betjenes af den primære sygeplejeorganisation.

Undersøgelsen viser også, at der er en problematik omkring sygeplejedækning og forsyningsikkerhed på botilbud, som ikke fungerer optimalt. Indtrykket fra interviewdata er, at der kan være et udækket behov, men det ligger uden for rammerne af denne undersøgelse at afdække dette detaljeret. Det anbefales, at de nuværende servicetilbud på området undersøges nærmere.²⁶ Hvis en sådan undersøgelse måtte bekræfte et udækket behov, vil der være behov for at finde finansiering eller modgående besparelser andre steder.

7.2 SCENARIO 1A. UDFØRERFUNKTIONERNE I DEN SOCIALE HJEMME- OG SYGEPLEJE FLYTTES FRA SOF TIL SUF

7.2.1 SCENARIET I HOVEDTRÆK

Scenariet indebærer, at de udførende enheder i den sociale hjemme- og sygepleje flytter til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Det omfatter alle enheder i Center Syd og Center Nord, herunder hjemme- og sygeplejeenhederne samt administration og planlægning. Desuden overgår medarbejdere i Staben i Borgercenter Voksne, som udelukkende eller fortrinsvist varetager opgaver vedrørende den sociale hjemmepleje.

²⁴ I det der ikke i SOF registreres på mere detaljerede målgrupper (fx svarende til voksenundretningsmetoden) er det ikke muligt at opgøre og vurdere præcist, hvor mange der har sociale udfordringer. Antallet af borgere mellem 60 og 64 år, som kun modtager ydelser efter §83 er opgjort til ca. 550, mens der er ca. 75 borgere, der både modtager ydelser efter §83 og §85. Sidstnævnte tal undervurderer dog efter al sandsynlighed antallet af borgere i aldersgruppen med sociale udfordringer. Det har fx ikke i denne undersøgelse været muligt at trække andre oplysninger til nærmere beskrivelse af SOFs målgruppe, fx om hvor mange der er i behandlingsforløb i den regionale psykiatri.

²⁵ En anden mulighed kunne være at lade ansvarsfordelingen følge ydelsesprofilen, fx sådan at SOF har ansvaret ift hjemmepleje for de borgere, som også modtager støtte efter §85. Det svarer til den valgte praksis i Aarhus Kommune. Fordele og ulemper ved denne model beskrives i afsnit 7.3, men det er klart, at den ikke ligger inden for, hvad der kan betragtes som en videreførelse af den nuværende opgave- og ansvarsfordeling.

²⁶ Det kan evt. være relevant at inddrage erfaringer fra Aarhus, hvor SUF's søsterorganisation har det samlede forsyningsansvar for sygepleje til borgere på botilbud.

Den sociale hjemmeplejevisitation bliver i Socialforvaltningen dog således, at medarbejdere i den fællesfaglige stab flytter til SUF. Det primære argument for at fastholde myndighedsfunktionen i SOF er de snitflader og gråzoner, der er imellem hjemmepleje og andre ydelser, herunder især bostøtte efter servicelovens paragraf 85. En adskillelse af myndigheds- og økonomiansvaret for disse områder vil kunne have negative incitamentseffekter og indebære en risiko for, at nogle borgere kan komme i klemme, hvis to myndighedsområder i hver sin forvaltning har forskellig opfattelse af deres sag. Der er dog også ulemper ved at fastholde myndighedsansvaret i SOF. Det er grunden til, at der også beskrives et scenarie (1B), hvor den sociale hjemmeplejevisitation flytter til SUF, jf. afsnit 7.3.2.

For sygeplejeydelser er selve visitationen lægefaglig. Driftsplanlægningen, herunder udmåling af antal besøg og tid per besøg, overgår fra SOF til SUF.

Økonomisk og budgetmæssigt afgrænses scenariet sådan, at den økonomi, der knytter sig til myndighedsafgørelser truffet af den sociale hjemmepleje bliver i SOF. Det omfatter de udgifter, der vedrører praktisk hjælp og personlig pleje (§83), rehabilitering (§83a), aflastning (§84), genoptræning og vedligeholdende træning (§86), selvudpeget hjælper (§94) samt kontant tilskud (§95). Den aktivitet på ovenstående ydelsesområder, som fremadrettet leveres af hjemmeplejen i SUF, vil derfor skulle afregnes konkret mellem SOF og SUF på baggrund af aftalte takster og principper. Det forudsættes, at de aktuelt gældende takster også finder anvendelse fremadrettet.

Økonomien vedrørende andre funktioner, som ikke er indeholdt i taksterne, flyttes til SUF. Det omfatter først og fremmest alle sundhedslovsydelser, herunder både ydelser, der leveres af hjemmesygeplejen og sundhedslovsydelser, som er delegeret til hjemmeplejen. Herudover omfatter det personaleudgifter til fx medarbejdere i stabs- og støttefunktioner, udgifter til elever samt tværgående driftsudgifter. Det forudsættes, at der sker en budgetomplacering mellem SOF og SUF, som modsvarer de faktiske afholdte udgifter til de pågældende funktioner i den senest opgjorte årsperiode, fx regnskabsåret 2020.

7.2.2 MYNDIGHEDSOMRÅDET

OVERSIGT

Tabel 21 giver en oversigt over de væsentligste fordele og ulemper ift myndighedsområdet. Punkterne (som er indbyrdes sammenhængende) uddybes efter tabellen. Vurderingerne af fordele og ulemper vedrører på myndighedsområdet alene servicelovsydelserne.

Tabel 21. Oversigt over fordele og ulemper ift myndighedsområdet.

Fordele	Ulemper
F1 De nuværende veletablerede samarbejdsrelationer med andre myndighedsfunktioner i SOF bevares.	U1 Den nye sammenlagte hjemmeplejeorganisation vil fremadrettet skulle samarbejde med to forskellige myndighedsfunktioner.
F2 Økonomiansvaret for borgere med komplekse behov og/eller gråzoneproblematikker vil fortsat være samlet i SOF, og der vil derfor ikke være større risiko fremadrettet for, at sådanne borgere kan komme i klemme mellem forvaltningerne.	U2 Med to fortsættende myndighedsfunktioner vil der (fortsat) være en risiko for, at forskelle i visitationspraksis kan have betydning for tilbuddene til enkelte borgere.
F3 Det undgås, at Københavns Kommune påtager sig en risiko for et spring i hjemmeplejeudgifterne til borgere under 65 år.	
F4 Komplexiteten i den samlede transformation mindskes.	

FORDELE

F1. Samarbejdsrelationerne med andre myndighedsfunktioner i SOF bevares.

Undersøgelsen viser, at der for en del borgere er (behov for) et tæt samarbejde mellem den sociale hjemmeplejevisitation og andre myndighedsfunktioner i Socialforvaltningen. Det skyldes både, at ca. ¼ af hjemmeplejemodtagerne har flere samtidige indsatser, og

at der især i forhold til ydelser efter servicelovens §85 er en reel gråzoneproblematik, hvor det ikke altid er entydigt, hvilket hjemmelsgrundlag, der er det (mest) rigtige.

Der er et velfungerende samarbejde mellem den sociale hjemmeplejevisitation og de øvrige myndighedsfunktioner i SOF, herunder også hjælpemiddelvisitationen. Dette understøttes af, at budgettet til de forskellige indsatser alle ligger i SOF's organisation, jf. næste punkt.

F2. Der fastholdes et samlet økonomiansvar for borgere med sociale udfordringer

Ved at bevare den sociale hjemmeplejevisitation i SOF tilgodeses, at budgetansvaret for borgere med komplekse sociale problemer fortsat ligger inden for den samme forvaltning og det samme ledelsessystem. En adskillelse ville på grund af gråzoneproblematikker og incitamentsstrukturer kunne medføre en risiko for, at borgere, der søger hjælp efter fx §85 i SOF, i stedet henvises til at søge hjælp efter §83 i SUF – eller omvendt. Det ville ud fra et borgerperspektiv være meget u hensigtsmæssigt. Det er vanskeligt at vurdere hvor stor risikoen er for, at nogle borgere på den måde kunne komme i klemme mellem to forvaltninger. Men det er tydeligt fra de gennemførte interviews, at de økonomiske incitament er opleves at have reel betydning for den måde, myndighedsarbejdet bliver forvaltet, og at en adskillelse af budgetansvaret derfor vil kunne betyde negative afledte konsekvenser for borgerne og for samarbejdskulturen mellem myndighedsfunktionerne.

En fastholdelse af den sociale hjemmeplejevisitation i SOF vil desuden være i tråd med det grundprincip, at ansvaret for en given borger i størst muligt omfang er placeret i én forvaltning.

Det er vigtigt at understrege, at de anførte fordele alene knytter sig til den fjerdedel af borgerne i den sociale hjemmepleje, som har sager i (eller kontakt med) flere forskellige myndighedsfunktioner. Det er også sådan, at andre kommuner, herunder også fx Aarhus Kommune, har samlet hjemmeplejevisitationen for alle borgere, herunder også de under 65-årige. Der er dog en undtagelse i Aarhus' model, nemlig for de borgere, der er visiteret til bostøtte / socialpædagogisk bistand efter §85. For denne gruppe varetager myndighedsfunktionen på socialområdet også økonomi- og visitationsansvaret for hjemmepleje efter §83.

F3. Ingen øget risiko for opdrift i udgifterne til hjemmepleje for borgere under 65 år

Hvis hjemmeplejevisitationen for borgere under 65 år bliver flyttet, må det forventes, at visitationspraksis (efterhånden) vil blive integreret i den praksis, der i forvejen er i SUF. Det kan i princippet både indebære en mere stram, en uændret og en mere lempelig visitationspraksis end i dag. Der er ikke noget sikkert grundlag for at vurdere dette, men en flytning af visitationen ville isoleret set medføre en økonomisk risiko. Denne risiko undgås, hvis den sociale hjemmeplejevisitation bliver i SOF. ²⁷

F4. Kompleksiteten i den samlede transformation reduceres

Af de ovenfor anførte grunde vil en sammenlægning af hjemmeplejevisitationerne medføre øget kompleksitet og risici i den fortsatte drift. For at imødegå dette ville der i tilknytning til transformationen være behov for at fastlægge retningslinjer for den nye ansvarsfordeling, nye administrationsgrundlag og et grundlag for deling af budgettet. Det indebærer en ekstra kompleksitet, som undgås ved at bevare den sociale hjemmeplejevisitation i SOF.

Også her gælder det, at kompleksiteten primært vedrører den del af borgerne, der har flere samtidige sager/ydelser, og hvor der er gråzoneproblematikker. Der kunne således godt foretages justeringer i fordelingen af visitationsansvaret mellem de to forvaltninger, hvis blot det sker ud fra objektive kriterier som fx alder eller specifikke diagnoser.

ULEMPER

U1. Driftsorganisationen skal samarbejde med to myndighedsfunktioner

I den nuværende struktur er der en énstregnet samarbejdsrelation mellem myndighedsfunktionen og driftsorganisationen. Det vil blive ændret i et scenarie, hvor kun driftsorganisationerne sammenlægges. Her vil i princippet alle medarbejdere i en ny sammenlagt driftsorganisation skulle lære at arbejde sammen med en ekstra

²⁷ Modstykket til øgede udgifter ville i givet fald være en harmonisering af serviceniveauet svarende til det nuværende niveau i SUF. Dette ville fra et borgerperspektiv være en fordel, jf. beskrivelsen af fordel nummer ni senere).

myndighedsfunktion. Det vil utvivlsomt betyde større tidsforbrug på koordinering mellem myndighed og udfører, herunder dobbeltfunktioner i nogle møde- og samarbejdsfora.

For at mindske de negative konsekvenser vil det være væsentligt at sikre størst mulig harmonisering af samarbejdsstrukturer, arbejdsgange og ydelseskataloger mv. Det vil ikke hverken være muligt eller hensigtsmæssigt, at de to hjemmeplejevisitationer videreføres med henholdsvis et blokkoncept (SUF) og visitation til enkeltydelser (SOF) – og det vil derfor være nødvendigt at beslutte et fælles princip.

Det er ligeledes en komplicerende faktor, at SUF har helhedsvisitation, mens den sociale hjemmeplejevisitation har et mere snævert myndighedsansvar. I modsætning til den sociale hjemmepleje varetager visitatorerne i SUF også opgaver vedr. hjælpemidler, sygepleje og plejeboliger. For så vidt angår hjælpemidler, vil der i tilknytning til scenariet skulle træffes beslutning om, hvorvidt myndighedsansvaret for de omfattede borgere, også skal overgå til SUF. Det vil være det mest nærliggende, men økonomi og medarbejdere hertil er ikke en del af den sociale hjemmeplejevisitation.

U2. Risiko for forskelle i serviceniveau

Med opretholdelse af to adskilte hjemmeplejevisitationer må det vurderes, at risikoen er større for, at borgere med samme funktionsniveau og plejebestand kan opleve forskellig visitationspraksis og administrativt serviceniveau, end hvis myndighedsopgaven var samlet i én organisation.

7.2.3 DRIFTSORGANISATIONEN

I dette afsnit beskrives tilsvarende de fordele og ulemper ved scenariet, som kan identificeres i forhold til de udførende driftsorganisationer på hjemme- og sygeplejeområdet.

OVERSIGT

Oversigten i tabel 22 sammenfatter de væsentligste fordele og ulemper. De uddybes hver især efter tabellen. Det kan bemærkes, at der ikke er angivet økonomiske argumenter på fordels- eller ulempeiden. Analysen giver således ikke et grundlag for at konkludere, at hjemme- og sygeplejeorganisationerne kan anbefales sammenlagt (eller det modsatte) ud fra økonomiske argumenter. Der henvises til afsnit 4.1.2 for en uddybning af dette.

Tabel 22. Oversigt over fordele og ulemper ift driftsorganisationen.

Fordele	Ulemper
F5 Specialiserede kompetencer i SOF's og SUF's organisationer kan nyttiggøres ift alle hjemmeplejemodtagere	U3 En sammenlægning af de to hjemme- og sygeplejeorganisationer er en stor forandringsopgave både fagligt, organisatorisk og kulturelt. Det vil trække betydeligt på ledelses- og udviklingsressourcerne. Der er en øget risiko for udfordringer i overgangsperioden med rekruttering og fastholdelse.
F6 Der vil blive sikret en (mere) ensartet betjening af alle borgere i København, som har behov for sygepleje, og SOF's nuværende målgrupper vil opleve en mere robust sygeplejeorganisation.	U4 Hjemmesygeplejen opleves i SUF at være den mest sårbare del af organisationen. Der er derfor både et hensyn til forandringskapaciteten og en risiko (på kort sigt) ift kapacitet og kvalitet.
F7 Hjemmesygeplejen vil i højere grad være fremtidssikret til de opgaver og kompetencebehov, som kan forventes at følge af den videre udvikling af det nære sundhedsvæsen både i somatikken og psykiatrien.	U5 Der må forventes at være medarbejdere i SUF's organisation, der ikke har de socialpædagogiske kompetencer, som er vigtige ift at kunne yde optimal pleje og hjælp til en del af borgerne i den sociale hjemmepleje.
	U6 Afhængigt af fremtidige driftsmodeller vil der formentlig være medarbejdere i begge de nuværende organisationer, som vil opleve at skulle komme hos målgrupper, de ikke har været vant til – og måske ikke har præference for. Der er en risiko for tab af dygtige medarbejdere i forløbet.

FORDELE

F5. Bedre og bredere anvendelse af (special)kompetencer

I begge hjemme- og sygeplejeorganisationer er der medarbejdere med særlige kompetencer på bestemte områder, som kan være tilegnet gennem erfaring og/eller specialisering. Det kan i princippet både være viden om somatiske og psykiske sygdomme, pædagogiske metoder og relationelle kompetencer.

Den nuværende opdeling betyder, at (special)kompetencer ikke udnyttes optimalt på tværs af forvaltningerne. En af de væsentligste fordele ved en sammenlægning er således, at faglige og personlige kompetencer vil kunne anvendes bedre og bredere til gavn for borgerne. Det er fx oplagt, at der i SOF's organisation er stærke kompetencer inden for psykisk sygdom og socialpædagogiske tilgange, som også er relevante for en del af de borgere, som SUF leverer ydelser til. Det er tilsvarende oplagt, at der i SOF's hjemmesygepleje ikke kan være en tilsvarende faglig dybde og brede som i SUF's, der er 10 gange så stor målt på antal medarbejdere.

Især fra et borgerperspektiv og et driftsperspektiv er der derfor et klart argument for en sammenlægning af hjemme- og sygeplejeorganisationerne.

F6. Mere robust og ensartet hjemmesygepleje

En sammenlægning af hjemmesygeplejen i de to forvaltninger vil give en fagligt mere robust sygeplejeorganisation i forhold til SOF's målgrupper og vil sikre en mere ensartet betjening af borgerne i Københavns Kommune.²⁸ Ud over argumentet i forrige punkt (F5) er der særligt tre forhold, som kan trækkes frem.

- Det ene er, at SOF's sygeplejeorganisation har sværere ved at sikre den tilstrækkelige dækning i ydertimer og i forhold til borgere med særlige problemstillinger. Her har organisationens størrelse naturligvis en selvstændig betydning. En af indikationerne på denne problemstilling er, at SOF's hjemmesygepleje forholdsmæssigt anvender flere timelønnede og eksterne vikarer.
- Det andet er, at mange af hjemmesygeplejemodtagerne i SOF er borgere under 65 år med kroniske sygdomme, men tilsyneladende ikke nogen sociale problemstillinger. For denne gruppe af borgere kan opretholdelse af en særskilt sygeplejeorganisation derfor ikke begrundes med særlige sociale forhold.

Den gennemførte undersøgelse giver ikke mulighed for at drage konklusioner om kvaliteten i hjemmesygeplejen. Men det kan dog konstateres, at en del interviewdeltagere giver udtryk for, at nogle borgere kommer i klemme i den nuværende struktur og formentlig ikke modtager en tilsvarende sygepleje som den, de ville (kunne) få i SUF. Flere oplever også, at sygeplejeområdet har svært ved at få tilstrækkelig opmærksomhed og prioritering i SOF. Uanset gyldigheden af sådanne vurderinger må det anses for en fordel, hvis borgere uden sociale problemer men med behov for hjemmesygepleje betjenes af den primære hjemmesygepleje (SUF) i kommunen. Det vil give den største sikkerhed for en ensartet sygeplejebetjening af alle borgere, herunder samme praksis for delegering af sygeplejeydelser til hjemmeplejen.

- Det tredje forhold, der kan fremhæves er, at sårbarheden over for personaleudskiftning er større i SOF's organisation på grund af størrelsen. Modsat hjemmeplejen er sygeplejen i SOF med sine 35-40 sygeplejersker (fordelt på to områder) mindre end hjemmesygeplejen i en mellemstor kommune. Hvis sygeplejen blev samlet i én forvaltning, ville denne strukturelle sårbarhed blive reduceret eller afhjulpet.

F7. Fremtidssikret hjemmesygepleje

Den forventede fortsatte udvikling af det nære sundhedsvæsen i de kommende år vil efter al sandsynlighed betyde, at kommunerne fremover skal (kunne) varetage flere specialiserede ydelser og betjene mere komplekse borgere i eget hjem. En samlet sygeplejeorganisation vil være bedre rustet og fremtidssikret til denne udvikling.

ULEMPER

U3. En sammenlægning er en stor og ressourcekrævende forandringsopgave

Den formentlig væsentligste ulempe ved scenariet er selve transformationen fra den nuværende opdeltede struktur til en ny enhedsorganisation for hjemme- og sygeplejen. Der er tale om en stor forandringsopgave både fagligt, organisatorisk og kulturelt.

²⁸ Det betyder naturligvis ikke, at strukturelle udfordringer omkring rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker ikke findes i SUF i dag eller at de ikke kan blive forstærket i årene fremover. Men forudsætningerne for at løse disse udfordringer er bedre i SUF og udgangspunktet er mere robust.

Transformationsopgaven vil trække betydeligt på ledelses- og udviklingsressourcerne i en periode på formentlig 1-1½ år og vil i en periode give større usikkerhed i organisationerne.

- For det første vil der skulle anvendes leder- og medarbejderressourcer på at forberede og gennemføre nye harmoniserede strukturer og arbejdsprocesser både fagligt og administrativt.
- For det andet skal strukturen i de nye enhedsorganisationer etableres, herunder i) dimensionering af de enkelte enheder, ii) beslutning om fremtidig ledelsesorganisation og iii) indplacering af alle medarbejdere i de nye organisationer.
- For det tredje vil en sammenlægning kunne give en uønsket usikkerhed hos nogle medarbejdere om eget tilhørsforhold, fremtidig leder og hvilke borgere/målgrupper, man fremover skal betjene. Denne usikkerhed vil blandt andet afhænge af, hvor lang overgangsperioden bliver, kommunikationsstrategien over for de berørte medarbejdere og i det hele taget, hvordan transformationen gribes an. Det er sandsynligt, at udfordringer med rekruttering og fastholdelse kan blive forstærket i en periode.

U4. Risiko for negativ påvirkning af SUF's hjemmesygepleje

Den betydelige kapacitet i SUF's hjemmesygepleje betyder ikke, at der ikke er risici og organisatorisk sårbarhed. Hjemmesygeplejen er den del af SUF's organisation, hvor medarbejdertilfredsheden er lavest og personaleomsætningen højest. Der er derfor både et hensyn til forandringskapaciteten og en risiko (på kort sigt) ift kapacitet og kvalitet.

U5. Utilstrækkelige socialpædagogiske/faglige kompetencer i SUF

En sammenlægning af hjemmeplejeorganisationerne vil betyde, at medarbejdere i SUF's hjemmepleje vil skulle yde pleje til nye målgrupper, herunder borgere med psykiske handicap og socialt udsatte og marginaliserede borgere. For nogle medarbejdere vil det forventeligt være en udfordring, at de ikke (fuldt ud) har de nødvendige socialfaglige kompetencer til at støtte disse borgere. Det kan påvirke medarbejdernes trivsel og motivation, og det kan have negativ betydning for kvaliteten af den hjælp borgerne får.

U6. Udfordringer med rekruttering og fastholdelse kan blive (midlertidigt) forstærket

Der er en risiko for, at de strukturelle udfordringer med rekruttering og fastholdelse (midlertidigt) vil blive forstærket yderligere. Den afledte usikkerhed omkring egen jobsituation og fremtidig leder mv. er én faktor i denne sammenhæng, jf. også ovenfor (U3).

Hertil kommer, at der er medarbejdere, som aktivt har valgt at arbejde i den sociale hjemmepleje fordi, de har særlige kompetencer eller præferencer for at arbejde med borgere, der har sociale udfordringer. Dette er et forhold, som er blevet italesat markant af en del interviewpersoner. Sidstnævnte har en (stor) bekymring for, at nogle medarbejdere med stærke socialfaglige kompetencer vil vælge at søge videre til andet job, hvis der sker en sammenlægning.

Denne problemstilling er reel. Men det er samtidig usikkert, hvor stor og udbredt den vil være. Det er igen vigtigt at understrege, at den sociale hjemmepleje også kommer hos mange borgere, som ikke har særlige sociale udfordringer. Hertil kommer, at det har stor betydning, hvordan implementeringen gribes an og hvilken fremtid driftsmodel, der besluttes. Der vil også i fremtiden kunne opretholdes et antal teams, som udelukkende eller fortrinsvist kommer hos borgere med sociale udfordringer (specialiseret driftsmodel), hvis dette vurderes at være hensigtsmæssigt.

7.2.4 OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER OG ANBEFALINGER

Hvis Københavns Kommune vælger at gennemføre en sammenlægning af de to hjemme- og sygeplejeorganisationer svarende til hovedlinjerne i scenarie 1A, er der en række forhold, som kræver opmærksomhed. To af disse er også anført i forbindelse med scenarie 0. Nemlig 1) at der kan være grund til at overveje, om den nuværende aldersgrænse på 65 år "ligger rigtigt" og 2) at der med fordel kan foretages et eftersyn af den gældende samarbejdsaftale fra 2012. Der henvises til afsnit 7.1.2.

Herudover kan der fremhæves yderligere en række opmærksomhedspunkter.

- **Planlægningsfunktionen** (dvs. arbejdet med fremmøde-/vagtplaner og kørselsruter) er varetages forskelligt i de to hjemmeplejeorganisationer, jf. del 2. I SOF er den centraliseret, mens den i SUF varetages lokalt i de enkelte hjemmeplejedistrikter. Som

en del af implementeringen skal der tages stilling til, om der skal ske en harmonisering, formentlig svarende til den nuværende praksis i SUF.

- Ved en sammenlægning af de to hjemmeplejeorganisationer kan der vælges en **integreret eller en specialiseret driftsmodel** – eller en kombination, jf. ovenfor. Det er et vigtigt implementeringsvalg. En specialiseret model mindsker kompleksiteten i transformationsopgaven og reducerer usikkerheden for medarbejderne. Det betyder til gengæld, at der fremadrettet vil være flere forskellige driftsmodeller, som muligvis skal have forskellig økonomitildeling. Der er efter Implements vurdering meget, der taler for at fastholde en specialisering for nogle af borgerne i den sociale hjemmepleje i hvert fald på kort sigt. Herfra vil det være muligt at tage yderligere skridt mod en integreret model, når sammenlægningen i øvrigt er gennemført.
- Det er væsentligt, at der er fokus på behovet for **sygeplejedækning på botilbuddene**. Økonomiansvaret herfor ligger i Københavns Kommune hos botilbuddene selv, men en meget stor del af disse har ikke selv sygeplejersker ansat og er derfor afhængige af at kunne rekvirere sygeplejedydelser udefra. Det er et behov, den sociale hjemmepleje hidtil har skullet dække, men kapaciteten har ikke altid været stabil og tilstrækkelig, særligt ikke aften og nat.

I det aktuelle scenarie er det nødvendigt, at der i SUF etableres kapacitet til at kunne varetage sygeplejeopgaver for borgere, der bor på botilbud (uden egne sygeplejersker). Det vil være en ny opgave og målgruppe for hjemmesygeplejen i SUF, og der skal opbygges arbejds gange og samarbejdsaftaler mellem SUF's hjemmesygepleje og botilbuddene. Finansieringen af disse ydelser kan (som hidtil) ligge i en bestiller-udfører model, hvor botilbuddene betaler for de rekvirerede ydelser.

- **Koordinerings- og driftsplanlægningsopgaver på sygeplejeområdet** varetages i SUF for en stor dels vedkommende af visitationsenhederne, mens disse opgaver i SOF varetages af de udførende sygeplejeenheder. Det gælder fx tildeling af ydelser og tid til de enkelte borgere på baggrund af lægehenvendelser. Ved en sammenlægning af de to sygeplejeorganisationer vil der således skulle etableres fælles arbejds gange og praksis omkring disse opgaver. Det vil være mest naturligt, at SUF's praksis er den fortsættende. Det vil betyde ændringer for de sygeplejersker, der i dag arbejder i SOF, og der vil formentlig skulle flyttes et antal stillinger/medarbejdere ind i visitationsenheden.
- Ovenstående punkter er eksempler på konkrete forberedelses- og implementeringsopgaver, som skal gennemføres. Generelt må en sammenlægning af de to forvaltningers driftsorganisationer anses for at være en ganske **stor og kompleks forandringsopgave**. Selv om der i det aktuelle scenarie ikke sker en flytning af myndighedsfunktionen er det fx nødvendigt at harmonisere visitationskoncepter og ydelseskataloger mv, fordi driftsorganisationen ikke vil kunne håndtere to samtidige driftskoncepter. Det er Implements vurdering, at der vil være behov for at etablere en forberedelses- og implementeringsorganisation, som arbejder med sammenlægningen i en periode på 12-18 måneder. Det er meget vigtigt, at der så hurtigt som muligt træffes beslutning om de forhold, der ellers kan skabe usikkerhed i organisationen. Det er fx organisationsstruktur, fremtidig ledelses- og personale-bemanning samt valg af driftsmodel (integreret eller specialiseret).

7.2.5 ØKONOMI

Der er foretaget en foreløbig opgørelse af den økonomi, der forventeligt skal flyttes mellem forvaltningerne i scenariet. Opgørelsen er baseret på oplyste regnskabstal for den sociale hjemmepleje i 2020 og skal betragtes som vejledende. Der kan være specifikke forhold omkring fx afregningen for gråzoneborgere²⁹ samt udgifter til tværgående opgaver og administration, som vi ikke er bekendte med. Det anbefales således, at en konsolideret opgørelse udarbejdes i samarbejde mellem de to forvaltninger, når der er truffet beslutning om fremtidigt scenarie. Opgørelsen herunder giver desuagtet et retvisende billede af den økonomi, som er i spil.

Hovedprincipperne for opgørelsen er:

²⁹ Gråzoneborgere er de borgere, som betjenes af en anden forvaltning, end hvad der følger af de objektive basiskriterier – fx hvis SOF yder hjemmepleje til borgere over 65 år.

Hjemmeplejens (myndigheds)økonomi bliver som udgangspunkt i SOF. Den primære ændring er, at afregningen fremadrettet sker med en udførerenhed i SUF. Det kræver, at der aftales arbejds gange omkring dette mellem de to forvaltninger.

Økonomien vedrørende delegerede sygeplejedydelser flyttes dog til SUF sammen med udgifterne til øvrig hjemmesygepleje, idet SOF ikke har visitationskompetencen til sundhedslovsydelse.

Fremadrettet skal der etableres en afregningsmodel, hvor SOF betaler SUF for alle hjemmeplejetimer til modtagere, som SOF har visitationsansvar for. Nettoafregningsbeløbet vedrørende gråzoneborgere overgår derfor som udgangspunkt fra SUF til SOF, dog kun for servicelovsydelser.

Beløbet er på det foreliggende grundlag opgjort til 11,8 mio. kroner. Der knytter sig to vigtige forudsætninger/præmisses hertil. Den ene er, at det nuværende nettoafregningsbeløb modsvarer den underliggende aktivitet vedrørende gråzoneborgerne. Analysen indikerer dog, at SOF i praksis varetager en større nettoaktivitet end hvad der svarer til den nuværende afregning, jf. afsnit 4.1.3. Der er ikke i opstillingen nedenfor forudsat ændringer i afregningen vedrørende gråzoneborgerne.

Den anden er, at SOF beholder visitationsansvaret for præcist de samme borgere, som hidtil, dvs. også et antal borgere over 65 år, som har sociale og/eller psykiske udfordringer. Da driftsansvaret for disse borgere alligevel overgår til SUF, er der meget der taler for, at også visitationsopgaven overgår fuldt og helt, når borgerne fylder 65 år. Det vil i givet fald betyde, at der skal flyttes ca. 46 mio. kroner fra SOF til SUF.

Medarbejdere og udgifter i hjemmesygeplejen flytter til SUF. Det samme gælder medarbejdere og tilhørende økonomi i den fælles faglige stab i hjemmeplejevisitationen flytter til SUF.

En mindre andel af udgifterne til tværgående opgaver og administration overgår til SUF. Beløbet kan svare til sygeplejens andel af de samlede udgifter i den sociale hjemmepleje – ca. 12 procent.

På alle andre områder bliver økonomien som udgangspunkt i SOF. På disse områder (rehabiliterings- og aflastningspladser, respiratorordninger samt selvudpeget leverandør og kontante tilskud) områder sker der en uændret videreførelse af den nuværende praksis.³⁰

Ovenstående indebærer, at der skønsmæssigt vil skulle budgettoplacere 38,6 mio. kroner fra SOF til SUF, jf. tabel 23.

Tabel 23. Oversigt over økonomi, der flyttes mellem forvaltningerne ved en sammenlægning svarende til scenarie 1A.

Funktion	Fra SOF til SUF	Fra SUF til SOF	Nettoændring
Sygepleje, inkl. delegeret sygepleje ¹⁾	44.594		
Nettoafregning for gråzoneborgere		11.760	
Fælles faglig stab ²⁾	4.349		
Andel af tværgående opgaver og adm.	2.000		
Ændring i visitationspraksis omkring gråzoneborgere ³⁾	?	?	?
I alt	50.349	11.760	38.589

1) De samlede bruttoudgifter til hjemmesygeplejen udgjorde 48,3 mio. kroner i regnskab 2020. Herfra er trukket en anslået forholdsmæssig andel af SOF's nettoindtægt fra afregning af gråzoneborgere. Denne andel er skønnet til 3,7 mio. kroner. Nettoudgiften på 44,6 mio. kroner budgetoverflyttes til SUF.

2) I det omfang medarbejdere i den fælles faglige stab varetager myndighedsopgaver vil den tilhørende økonomi ikke skulle flyttes i dette scenarie, og beløbet kan i så fald være mindre. Dette vil skulle opgøres konkret, når der er truffet beslutning om en evt. sammenlægning

³⁰ Det er ikke opgjort, om nogle af borgerne i ovenstående ordninger er over 65 år. Hvis det er tilfældet – og hvis der aftales justeringer i visitationspraksis – vil der skulle flyttes økonomi tilsvarende. Specifikt betyder det, at hvis SUF fremover varetager visitationsopgaven for alle 65+ årige, så vil der skulle flyttes økonomi fra SOF til SUF.

- 3) I den nuværende samarbejdspraksis bevarer den sociale hjemmeplejevisitation myndighedsansvaret for nogle borgere også efter, de er fyldt 65 år. Det beror på hvilke problemstillinger, der er dominerende for de konkrete borgere - og i hvilken forvaltning driftsansvaret derfor er bedst placeret. Sidstnævnte overvejelse er ikke aktuel, hvis de to driftsorganisationer sammenlægges. I den situation ses der ikke at være gode argumenter for, at afvige fra den hovedmodel, der er for, hvornår myndighedsansvaret flytter. Opgørelsen i tabellen er dog udarbejdet under den forudsætning, at SOF fastholder myndighedsansvaret for de samme borgere som i dag.

7.3 SCENARIO 1B. DEN SOCIALE HJEMME- OG SYGEPLEJE FLYTTES I SIN HELHED FRA SOF TIL SUF

7.3.1 SCENARIET I HOVEDTRÆK

Dette scenarie indebærer, at den sociale hjemme- og sygepleje flyttes i sin helhed fra SOF til SUF, dvs. både myndighedsfunktionen for servicelovsydelserne og driftsorganisationerne. Det betyder, at SUF overtager det samlede ansvar for de omfattede opgaver og den tilhørende økonomi. Det omfatter de udgifter, der vedrører praktisk hjælp og personlig pleje (§83), rehabilitering (§83a), aflastning (§84), genoptræning og vedligeholdende træning (§86), selvudpeget hjælper (§94) samt kontant tilskud (§95).

I forbindelse med tildeling af hjemmehjælp har borgeren ofte også behov for hjælpemidler. Det vil derfor være uhensigtsmæssigt, hvis kompetencen til at bevilge hjemmehjælp og hjælpemidler ligger i to forskellige forvaltninger. For de borgere, hvor myndighedsansvaret for hjemmehjælp flytter, anbefales det derfor, at økonomi og myndighedsopgaver vedrørende hjælpemidler flytter med. Visitationsopgaven ift hjælpemidler ligger ikke i dag hos den sociale hjemmepleje og har derfor ikke indgået i denne undersøgelse.

Det forudsættes, at der sker en budgetomplacering mellem SOF og SUF, som modsvarer de faktiske afholdte udgifter til de pågældende funktioner i den senest opgjorte årsperiode, fx regnskabsåret 2020.

7.3.2 MYNDIGHEDSOMRÅDET

OVERSIGT

Tabel 24 giver en oversigt over de væsentligste fordele og ulemper ift myndighedsområdet. Punkterne (som er indbyrdes sammenhængende) uddybes efter tabellen. Fordele og ulemper på myndighedsområdet er i høj grad "spejlvendte" sammenlignet med scenarie 1A.

Hjemmelsgrundlaget for sygeplejeydelserne er sundhedsloven, og det er læger og sygehuse, som rekvirerer ydelserne. Kommunerne varetager koordinering og driftsplanlægning, men træffer ikke på samme måde som for servicelovsydelserne formelle myndighedsafgørelser, der kan påklages. En række opgaver vedrørende koordinering og driftsplanlægning ligger i SUF hos visitatorerne, mens de i SOF ligger i de to sygeplejeenheder.³¹ Der ses ikke at være nogen særlige fordele eller ulemper ved forskellige modeller for organiseringen af disse opgaver på sygeplejeområdet, og der er hverken økonomisk, hjemmelsmæssigt eller i forhold til valg af indsatser nogen væsentlige snitflader mellem sygeplejen og andre ydelser. Beskrivelsen af fordele og ulemper nedenfor vedrører derfor servicelovsydelserne.

Tabel 24. Oversigt over fordele og ulemper ift myndighedsområdet.

Fordele	Ulemper
F8 Den i nogen grad arbitrære aldersgrænse på 65 år bortfalder og borgere med sammenlignelige behov for ensartet indsats uanset alder	U7 Myndigheds- og økonomiansvaret for borgere med komplekse behov og/eller gråzoneproblematikker vil ikke længere være samlet i SOF, og der vil derfor være større risiko fremadrettet for, at sådanne borgere kan komme i

³¹ Det er fx sygeplejekoordinatoren, som tildeler ydelser og tid. Økonomien ligger dog på udførersiden og er rammestyret, så der er ikke nogen aktivitetsafregning mellem myndighed og udfører.

		klemme mellem forvaltningerne og ikke få den nødvendige socialpædagogiske indsats
F9	Der etableres én samlet hjemme- og sygeplejeorganisation. Herved mindskes / elimineres risikoen for, at forskelle i visitationspraksis har betydning for tilbuddene til de enkelte borgere.	U8 Københavns Kommune påtager sig en risiko for et spring i hjemmeplejeudgifterne til borgere under 65 år.
F10	For den sammenlagte driftsorganisation er det en fordel, at der er en énstregen myndighedsfunktion	U8 Kompleksiteten i den samlede transformation øges.

FORDELE

F8. Aldersgrænsen på 65 år bortfalder.

Siden etableringen af den nuværende struktur og arbejdsdeling for mere end 20 år siden har udgangspunktet været, at SOF har ansvar for borgere under 65 år, mens SUF har ansvar for borgere over 65 år. Alderskriteriet er imidlertid ret arbitrært og langt fra en perfekt indikator for, om borgere har sociale udfordringer eller ikke. Det betyder, at der i den nuværende struktur er forholdsvis mange gråzoneborgere, og at der løbende er behov for koordinering. Det betyder også, at der er borgere under 65 år, som har tilsvarende problemstillinger og behov for sygepleje som SUF's målgruppe, men som ikke betjenes af den primære hjemmesygeplejeorganisation.

I scenarie 1B bortfalder alderskriteriet.

F9. Énstrengt hjemme- og sygeplejeorganisation

Med etablering af en énstregen hjemmeplejevisitation må det vurderes, at risikoen reduceres for, at borgere med samme funktionsniveau og plejebestand kan opleve forskellig visitationspraksis og administrativt serviceniveau, end i den nuværende situation med en opdelt myndighedsfunktion.

F10. Énstrengt myndighedsfunktion er en fordel for driftsorganisationen

Scenarie 1B indebærer – lige som det nuværende praksis – at der er en klar og entydig relation mellem myndighed og udfører. Sammenlignet med scenarie 1A er det en fordel, at driftsorganisationen kun skal forholde sig til – og samarbejde med – én myndighedsfunktion.

ULEMPER

U7. Myndigheds- og økonomiansvaret brydes op

Scenariet betyder, at myndigheds- og økonomiansvaret for borgerne i den sociale hjemmepleje splittes op på to forvaltninger. Isoleret set kan det forventes at komplicere myndighedssamarbejdet og indføre nye gråzoneproblematikker, fx øge presset i SOF på botilbudsområdet, hvis man mister en udfører-mulighed til at understøtte borgeren i eget hjem. Det skyldes både, at ca. ¼ af hjemmeplejemodtagerne har flere samtidige indsatser, og at der især i forhold til ydelser efter servicelovens §85 er en reel gråzoneproblematik, hvor det ikke altid er entydigt, hvilket hjemmelsgrundlag, der er det (mest) rigtige. Det vil derfor være nødvendigt at etablere et samarbejdsgrundlag mellem forvaltningerne, der fastlægger principper for, hvornår og hvordan de forskellige hjemmelsgrundlag anvendes. Dette er påkrævet både af hensyn til et (fortsat) smidigt myndighedssamarbejde og af hensyn til, at borgere ikke kommer i klemme mellem forvaltningerne.³²

Hvis Københavns Kommune beslutter en sammenlægning efter principperne i scenarie 1B vil vi anbefale, at der overvejes en variant til den rene model ovenfor. Varianten svarer til den praksis, der er etableret i Aarhus Kommune. Her er der – ligesom i det aktuelle scenarie – etableret en énstregen myndighedsfunktion på hjemmeplejeområdet men med den undtagelse, at socialområdet fastholder hjemmeplejevisitationen for de borgere, som er visiteret til ydelser efter §85. Det er en enkelt og pragmatisk løsning, som i endnu højere grad understøtter, at indsatser efter de to hjemmelsgrundlag kan tænkes sammen i forhold til, hvad der er bedst for den enkelte borger.

Modellen har naturligvis den iboende risiko, at myndighedsfunktionen kan være mere tilbageholdende med at visitere til ydelser efter §85, fordi myndighedsansvaret for §83 så

³² Problemstillingen er reel, men det er også sådan, at den håndteres i mange andre kommuner, hvor der er etableret en samlet hjemmeplejevisitation.

følger med. Risikoen begrænses dog væsentligt af, at området naturligvis skal forvaltes korrekt. Desuden vil det være muligt at følge aktivitetsudviklingen på §85 og korrigere, hvis der sker uforudsete ændringer i visitationspraksis.

F3. Øget risiko for opdrift i udgifterne til hjemmepleje for borgere under 65 år

Når hjemmeplejevisitationen for borgere under 65 år flyttes, må det forventes, at visitationspraksis (efterhånden) ville blive integreret i den praksis, der i forvejen er i SUF. Det kan i princippet både indebære en mere stram, en uændret og en mere lempelig visitationspraksis end i dag. Der er ikke noget sikkert grundlag for at vurdere dette, men en flytning af visitationen medfører isoleret set en økonomisk risiko.

F4. Kompleksiteten i den samlede transformation reduceres

Af de ovenfor anførte grunde vil en sammenlægning af hjemmeplejevisitationerne medføre øget kompleksitet og risici i den fortsatte drift. For at imødegå dette vil der i tilknytning til transformationen være behov for at fastlægge retningslinjer for den nye ansvarsfordeling, nye administrationsgrundlag og et grundlag for deling af budgettet.

Kompleksiteten vedrører primært den del af borgerne, der har flere samtidige sager/tydelser, og hvor der er gråzoneproblematikker. Der kunne således godt foretages justeringer i fordelingen af visitationsansvaret mellem de to forvaltninger, hvis blot det sker ud fra objektive kriterier som fx alder eller specifikke diagnoser. Kompleksiteten og udfordringerne vil desuden kunne reduceres, hvis myndighedsansvaret for §§ 85 og 83 holdes sammen svarende til den praksis, der er i Aarhus Kommune, jf. ovenfor.

7.3.3 DRIFTSORGANISATIONEN

Tabel 25 herunder indeholder en oversigt over de væsentligste fordele og ulemper ved at sammenlægge de udførende hjemme- og sygeplejeorganisationer. Fordele og ulemper er de samme som i scenarie 1A, og der henvises til afsnit 7.2.3 for den uddybning af de enkelte punkter.

Tabel 25. Oversigt over fordele og ulemper ift driftsorganisationen.

Fordele	Ulemper
F5 Specialiserede kompetencer i SOF's og SUF's organisationer kan nyttiggøres ift alle hjemmeplejemodtagere	U3 En sammenlægning af de to hjemme- og sygeplejeorganisationer er en stor forandringsopgave både fagligt, organisatorisk og kulturelt. Det vil trække betydeligt på ledelses- og udviklingsressourcerne. Der er en øget risiko for udfordringer i overgangsperioden med rekruttering og fastholdelse.
F6 Der vil blive sikret en (mere) ensartet betjening af alle borgere i København, som har behov for sygepleje, og SOF's nuværende målgrupper vil opleve en mere robust sygeplejeorganisation.	U4 Hjemmesygeplejen opleves i SUF at være den mest sårbare del af organisationen. Der er derfor både et hensyn til forandringskapaciteten og en risiko (på kort sigt) ift kapacitet og kvalitet.
F7 Hjemmesygeplejen vil i højere grad være fremtidssikret til de opgaver og kompetencebehov, som kan forventes at følge af den videre udvikling af det nære sundhedsvæsen.	U5 Der må forventes at være medarbejdere i SUF's organisation, der ikke har de socialpædagogiske kompetencer, som er vigtige ift at kunne yde optimal pleje og hjælp til en del af borgerne i den sociale hjemmepleje.
	U6 Afhængigt af fremtidige driftsmodeller vil der formentlig være medarbejdere i begge de nuværende organisationer, som vil opleve at skulle komme hos målgrupper, de ikke har været vant til – og måske ikke har præference for. Der er en risiko for tab af dygtige medarbejdere i forløbet.

7.3.4 OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER OG ANBEFALINGER

Hvis Københavns Kommune vælger at gennemføre en sammenlægning af de to hjemme- og sygeplejeorganisationer svarende til hovedlinjerne i scenarie 1B, er der en række forhold, som kræver opmærksomhed.

En række af disse forhold er de samme som i scenarie 1A, og der henvises dertil for en uddybning. Det drejer sig om opmærksomhedspunkter vedrørende i) planlægnings-

funktionen, ii) valg af integreret eller specialiseret driftsmodel, iii) sygeplejedækning på botilbuddene, iv) organiseringen af koordinerings- og driftsplanlægningsopgaver på sygeplejeområdet og v) omfanget og kompleksiteten af den samlede transformationsopgave. I det aktuelle scenarie kan der anføres yderligere en række forhold, som er beskrevet i punkterne herunder.

- **Budget-/tildelingsmodel.** SUF vil skulle overveje, hvordan økonomitildelingen fremadrettet skal være for de borgere, som i dag modtager ydelser fra den sociale hjemmepleje. Det skal ses i sammenhæng med valg af driftsmodel, jf. nedenfor. I runde tal udgør aktiviteten i den sociale hjemmepleje ca. 20 procent af den samlede kommunale hjemmepleje, og forskellen i omkostningsniveau mellem SOF og SUF er ca. 10 procent. Hvis der – som et yderilfælde – vælges en fuldt integreret driftsmodel, og hvis det er en rimelig antagelse, at de tilkomne borgere (og timer) er geografisk jævnt fordelt, så kan en grundmodel være, at de nuværende tildelingstakster alle forhøjes med ca. to procent.

Hvis den geografiske fordeling derimod varierer væsentligt på tværs af distrikterne, kan der være behov for at overveje, om der skal tages højde for dette. Ligeledes kan der være behov for at differentiere den økonomiske tildeling, hvis der for større eller mere afgrænsede målgrupper vælges en specialiseret driftsmodel.

Det vil være naturligt at tilstræbe en så enstregt og enkel økonomitildelingsmodel som muligt, men vi anbefaler, at der foretages en vurdering af behovet for differentiering. Særlig ved en specialiseret driftsmodel vil der ellers være risiko for, at nogle driftsenheder etableres med et budget, som ikke modsvarer ressourcebehovet.

- **Hjælpe midler.** Økonomi og aktivitet på hjælpemiddelområdet skal opgøres for de borgere, som i dag er i den sociale hjemmepleje.
- **Organisering af myndighedsområdet.** De to forvaltninger har hidtil haft forskellig praksis for organisering af myndighedsområdet. De væsentligste forskelle er:
 - SUF har helhedsorienteret visitation, mens den sociale hjemmeplejevisitation har været mere afgrænset. Det betyder blandt andet, at visitation af hjælpemidler ikke har ikke været en del af den sociale hjemmeplejevisitations ansvarsområde
 - I SUF visiteres efter et blokkoncept, mens SOF visiterer til enkelt ydelser.

Som en del af den samlede transformation skal der etableres fælles principper og tilgange på det sammenlagte myndighedsområde. Det vil for nogle medarbejdere betyde, at de skal arbejde på andre måder og/eller på nye områder. Der skal derfor være fokus på behov for introduktion og oplæring.

7.3.5 ØKONOMI

I dette scenarie flyttes det samlede budget vedrørende den sociale hjemme- og sygepleje fra SOF til SUF, dvs. svarende til den skitserede økonomiske baseline i tabel 6 afsnit 4.1.1.

Ansvar for hjælpemidler bør ligeledes flytte med i dette scenarie. Det betyder, at der skal flyttes lønbudgetbudget svarende til antallet sagsbehandlere på hjælpemiddelområdet og driftsbudget til anskaffelse af hjælpemidler samt depotdrift mv., som i dag afholdes af SOF. Økonomien på hjælpemiddelområdet er ikke opgjort i dette projekt.

I modsætning til scenarie 1A skal gråzoneafregningen for servicelovsydelser ikke flyttes fra SUF til SOF i dette scenarie, men beløbet modregnes i de bruttoudgifter SOF har til hjemmeplejen. Analysen indikerer, at SOF i praksis varetager en større nettoaktivitet end hvad der svarer til den nuværende gråzoneafregning, jf. afsnit 4.1.3. Der er ikke her forudsat ændringer i afregningen vedrørende gråzoneborgere.

