

ANALYSE AF DE ØKONOMISKE UDFORDRINGER OG LØSNINGS- MULIGHEDER FOR DEN SOCIALE HJEMMEPLEJE

Side	Afsnit
3	1. Baggrund, formål og metode
6	2. Den aktuelle status i den sociale hjemmepleje
9	3. Den økonomiske udvikling i Den Sociale Hjemmepleje
16	4. Den aktivitetsmæssige udvikling i Den Sociale Hjemmepleje
40	5. Benchmarking af Den Sociale Hjemmepleje med udviklingen i andre kommuner
50	6. Hvad driver udgiftsudviklingen i Den Sociale Hjemmepleje?
52	7. Styringsmæssige udfordringer
56	8. Samarbejdet på tværs i Den Sociale Hjemmepleje
59	9. En vurdering af udviklingen af de økonomiske udfordringer i de kommende år
73	10. Forslag til tiltag, som kan reducere de økonomiske udfordringer
83	11. Øvrige organisatoriske og styringsmæssige perspektiver
91	12. Opsamling
95	13. Bilag

1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE

Baggrund, formål og metode

Baggrund

Socialforvaltningen (SOF) i Københavns Kommune har i en årrække oplevet økonomisk pres på området for hjemme- og sygepleje (lige som mange andre kommuner). Dette har medført manglende budget-overholdelse og supplerende budgettildelinger.

Særligt har området for sygepleje været udfordret. Udfordringerne på sygeplejen skyldes en stigende opgavemængde på sygeplejeområdet bl.a. som følge flere borgere med større og mere komplekse sundhedsudfordringer, tidligere udskrivning fra hospitalsvæsenet mv.

Herudover oplever SOF en stor udfordring med rekruttering og fastholdelse af fagligt personale (særligt sygeplejersker, men også assistenter og hjælpere) i såvel hjemme- som sygeplejen. Denne udfordring går tillige igen i landets øvrige kommuner, men den kan formentlig være yderligere gældende i SOF bl.a. som følge af de kvalitetsudfordringer, som SOF har arbejdet med i en årrække.

Det er SOF's vurdering, at hjemme- og sygeplejen i dag står stærkere organisatorisk, fagligt og driftsmæssigt, men at økonomien fortsat er udfordret. Det omfatter både forbrugets størrelse og styringen heraf.

Formål

Med udgangspunkt i ovenstående udfordringsbillede har SOF bedt Implement om at gennemføre en analyse af følgende forhold:

- A. At tilvejebringe et konsolideret billede af de økonomiske udfordringer i 2022 og transparens i forhold til, hvad der driver disse udfordringer
- B. At vurdere udviklingen af de økonomiske udfordringer i de kommende år
- C. Udarbejde forslag til tiltag, som kan reducere de økonomiske udfordringer og skabe en bæredygtig økonomi for hjemmeplejen

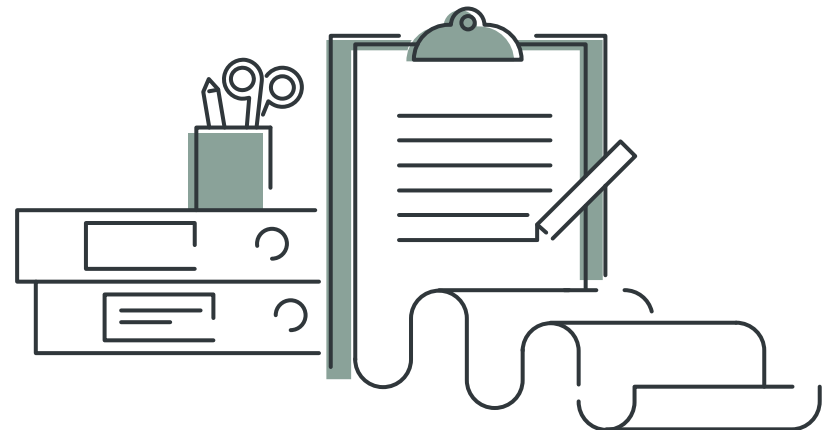
I udarbejdelsen af forslag er det aftalt med SOF, at analysens udgangspunkt er, at SOF fastholder sit nuværende opgaveansvar.

SOF har tillige ønsket, at analysen fokuserer på de større strategiske tiltag og i mindre grad på mere spredte optimerende tiltag. Som følge heraf er det aftalt, at der fx ikke gennemføres detaljerede analyser af vagtplaner og ruter og lignende.

Metode

Analysen baserer sig på følgende metoder:

- Gennemgang af skriftlige kilder (rapporter, analyser, prognoser mv)
- Interview med ledere i hjemme- og sygeplejen
- Interview med nøglepersoner i Økonomistaben i BCV
- Dataanalyse af aktivitets- og forbrugstal
- Benchmarking med SUF, Århus Kommune, Aalborg Kommune (både databehandling og supplerende interviews)

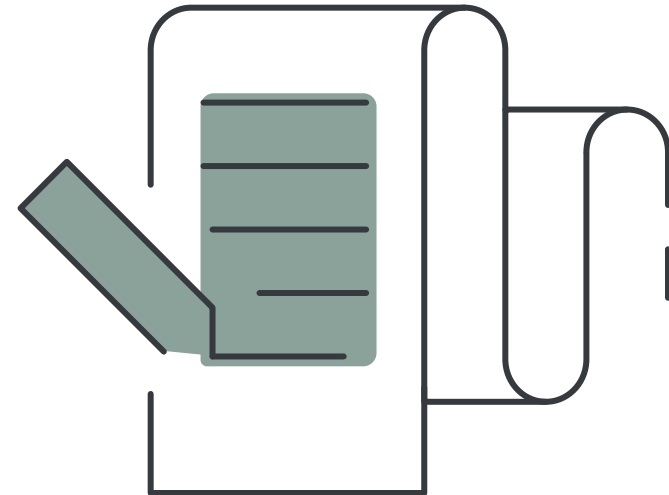


Baggrund, formål og metode

Læsevejledning

Rapporten har følgende opbygning:

- I kapitel 2 gives en statusbeskrivelse af Den Sociale Hjemmepleje, herunder sygefravær, rekruttering mv.
- I kapitel 3 analyseres den økonomiske udvikling i Den Sociale Hjemmepleje
- I kapitel 4 analyseres den aktivitetmæssige udvikling i Den Sociale Hjemmepleje
- I kapitel 5 gennemføres en benchmarking af udviklingen i Den Sociale Hjemmepleje med udviklingen i SUF, Århus Kommune og Aalborg Kommune
- I kapitel 6 foretages med udgangspunkt i ovenstående afsnit en opsamlende analyse af, hvad der driver udgiftsudviklingen i Den Sociale Hjemmepleje
- I kapitel 7 beskrives de styringsmæssige udfordringer i Den Sociale Hjemmepleje, vi har oplevet igennem analysen
- I kapitel 8 beskrives det tværgående samarbejde i Den Sociale Hjemmepleje af betydning for styringen af området
- I kapitel 9 foretager vi en vurdering af udviklingen af de økonomiske udfordringer i de kommende år. Dette omhandler dels i 2022 (baseret på BCV's prognosen for 2022) og dels i 2023 og frem.
- I kapitel 10 opstilles Implements forslag til tiltag, som kan reducere de økonomiske udfordringer
- I kapitel 11 opstilles Implements øvrige organisatoriske og styringsmæssige perspektiver
- I kapitel 12 foretages en samlet opsamling på analysen.



2. DEN AKTUELLE STATUS I DEN SOCIALE HJEMMEPLEJE

Den aktuelle status i den sociale hjemmepleje

Indledning

Den Sociale Hjemmepleje har ansvar for at yde hjemmepleje, rehabilitering og sygepleje til borgere (primært) under 65 år med særligt fokus på borgere med et handicap, psykisk sygdom og/eller et misbrug.

I dette afsnit gives en kort beskrivelse af den aktuelle status for Den Sociale Hjemmepleje med fokus på de overordnede udfordringer, der har præget enheden.

De historiske udfordringer i Den Sociale Hjemmepleje

Den Sociale Hjemmepleje har over de senere år været igennem en større genopretning med baggrund i:

- Budgetudfordringer
- Kvalitetsudfordringer
- Lav trivsel
- Rekruttering og fastholdelsesudfordringer
- Højt sygefravær
- Højt vikarforbrug

Den Sociale Hjemmepleje udviste i 2018 og 2019 betydelige merforbrug. Budgetudfordringerne vil blive mere indgående analyseret i de følgende kapitler i analysen.

Kvalitetsudfordringerne viste sig ifm. et kritiske tilsyn fra Styrelsen For Patientsikkerhed, hvor der bl.a. var kritik af mangelfuld dokumentation i sager.

Herudover var der lav trivsel hos medarbejderne, fastholdelsesproblemer og stigende udfordringer med at rekruttere fagligt kvalificeret personale (sidstnævnte er en landsdækkende udfordring).

Samlet set var Den Sociale Hjemmepleje massivt udfordret på mange samtidige forhold - forhold der gjorde en løsning heraf kompleks og omfattende.

Med udgangspunkt de omtalte betydelige udfordringer, blev der i 2019 igangsat en genopretningsplan, som efterfølgende har været fulgt op af en række yderligere genopretningstiltag. Ikke mindst har der været iværksat en lang række indsatser for at reducere sygefraværet, styrke trivslen, forbedre kvaliteten og styrke rekrutteringsmulighederne.

Ovenstående tegner et billede af, at Den Sociale Hjemmepleje i dag står mere solidt både organisatorisk, fagligt og driftsmæssigt. Den Sociale Hjemmepleje er dog fortsat betydeligt udfordret på rekruttering og fastholdelse af fagligt kvalificeret personale, ligesom der fortsat er økonomiske udfordringer trods flere budgetforøgelse. Dette er særligt gældende for sygeplejen.

Den landsdækkende udvikling på hjemme- og sygeplejeområdet

Den Sociale Hjemmepleje kan med sin specialiserede målgruppe ikke direkte sammenlignes med landets øvrige kommuners hjemme- og sygepleje, der har langt større fokus på gruppen af ældre borgere over 65 år. Til trods for dette, er der en række nationale udviklingstendenser, som også præger Den Sociale Hjemmepleje i SOF.

En række af de mest centrale nationale tendenser er på nuværende tidspunkt:

- Stigende levealder (også hos udsatte borgere og borgere med handicap)
- Stigende andel modtagere af sygepleje med multisygdomme
- Hurtigere udskrivning af borgere fra hospitaler og psykiatrien
- Massive udfordringer med rekruttering af sygeplejersker og assistenter

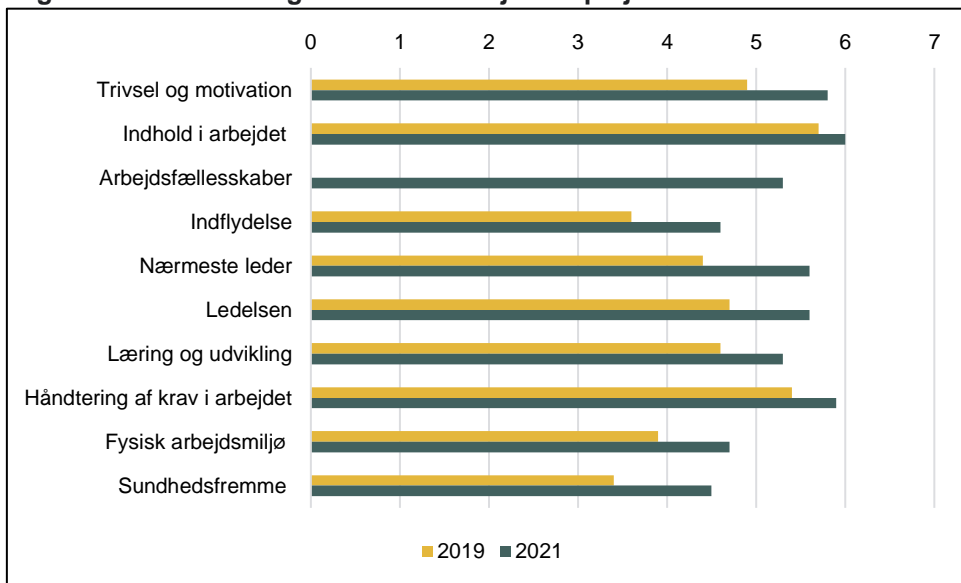
Ovenstående medfører et pres på kommunerne og i de senere år ikke mindst på sygeplejeområdet, som har medført økonomiudfordringer på dette område i mange kommuner.

Den aktuelle status i Den Sociale Hjemmepleje

Den aktuelle personalesituation i Den Sociale Hjemmepleje

Den seneste trivselsmåling viser en stigende trivsel.

Figur 1. Trivselsmåling i Den Sociale Hjemmepleje



Som det fremgår af ovenstående figur er trivslen steget fra en gennemsnitlig scorer på 4,5 (på en skala fra 1-7) i 2019 til en gennemsnitlig score på 5,3 i 2021.

På sygefraværsområdet viser opgørelsen for 2021 følgende gennemsnitlige sygefravær:

- Center Nord = 21,5 dage (måltal 15 dage)
- Center Syd = 16,7 dage (måltal 15 dage)

Dette dækker dog over betydelige forskelle mellem de enkelte grupper i de to centre.

Fx ligger Aften syge- og hjemmeplejen i Center Nord på 34,8 dage og Dagsygeplejen i Center Syd på 32,7 dage, mens andre enheder er væsentligt under dette niveau – dog lå kun en enkelt gruppe under måltallet i 2021.

Samlet set er der fortsat klare udfordringer på sygefraværsområdet i enkelte enheder, hvilket samlet set betyder, at Center Nord fortsat har et højt gennemsnitligt fravær, mens Center Syd er tættere på det fastsatte måltal.

Herudover peges der i de gennemførte interviews på, at den styrkede indsats har betydet, at der i dag arbejdes langt mere målrettet og systematisk med opfølgningen på sygefraværet.

På rekrutteringsområdet er Den Sociale Hjemmepleje fortsat massivt udfordret ift. rekruttering af sygeplejersker. I de gennemførte interviews peges der på, at der ved det seneste stillingsopslag i Center Syd var 0 ansøgere.

Som en konsekvens heraf har Den Sociale Hjemmepleje særligt på sygeplejeområdet en u hensigtsmæssig stor vikarandel. Denne problematik vil blive uddybet i de følgende kapitler.

3. DEN ØKONOMISKE UDVIKLING I DEN SOCIALE HJEMMEPLEJE

Den økonomiske udvikling i Den Sociale Hjemmepleje

Indledning

I dette afsnit gennemgås den økonomiske udvikling i Den Sociale Hjemmepleje i SOF i perioden 2018-2021.

Den Sociale Hjemmeplejes regnskab for 2021 var på i alt 384,7 mio. kr. svarende til et merforbrug på 6,0 mio. kr.

I perioden 2018-2021 har der været gennemført gentagende organisationsjusteringer, ligesom konteringspraksis har været ændret flere gange i perioden. Dette gør umiddelbart en sammenligning mellem årene ganske vanskelig.

Implement har derfor i samarbejde med Økonomistaben i BCV gennemgået budget og regnskab i perioden med henblik på at skabe et sammenligneligt overblik over budget og forbrug i perioden (fremgår af figur til højre og skema på følgende side). De gennemførte tilpasninger er omfattende og indebærer primært opdeling af historiske og ikke længere anvendte budgetposter til formatet anvendt i det aktuelle budget.

Samtlige tilpasninger er dokumenteret i tabellen i bilag 1.

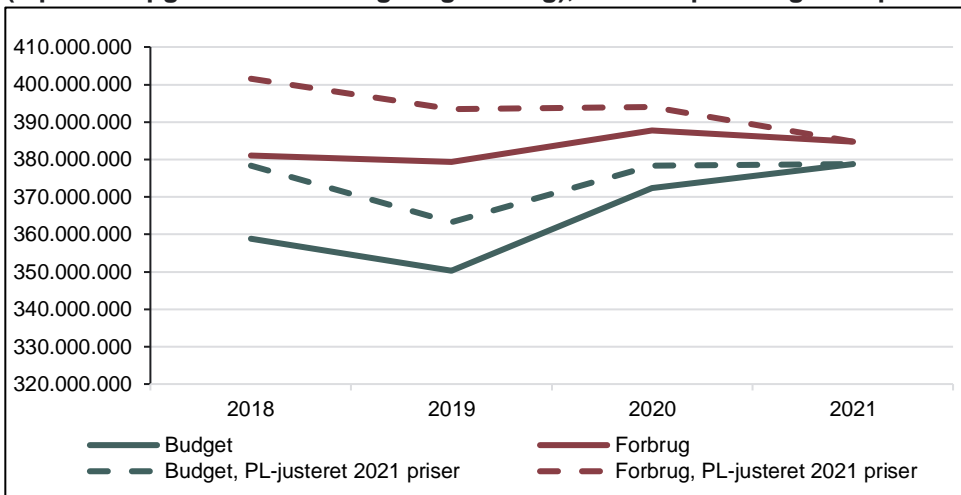
Ift. forbruget i 2020 og 2021 skal der gøres opmærksom på, at Covid-19 pandemien betød en række merudgifter i Den sociale Hjemmepleje svarende til 4,7 mio. kr. i 2020 og 3,1 mio. kr. i 2021. Den Sociale Hjemmepleje er blevet kompenseret for disse merudgifter.

Den generelle udvikling på hjemme- og sygeplejen

Som det fremgår af figur 2 til højre har der i perioden 2018 til 2021 samlet set været et svagt stigende forbrug på den samlede Sociale Hjemmepleje fra 381 mio. kr. i 2018 til 385 mio. kr. i 2021 i løbende priser. Omregnes forbruget til 2021 pl. kan det dog observeres af figuren, at der reelt har været et fald i forbruget opgjort i faste priser.

Samtidig ses det, at der i 2018 og 2019 har været væsentlige merforbrug på over 20 mio. kr. Endelig fremgår det, at merforbruget reduceres over tid, men at dette primært kan henføres til betydelige budgettilførsler i 2020 og 2021.

Figur 2. Budget og forbrug for Den Sociale Hjemmepleje i 2018-2021 i kr. (tilpasset opgørelse over budget og forbrug), løbende priser og 2021 pl.



Den økonomiske udvikling i Den Sociale Hjemmepleje

Detaljeret budget og forbrug i 2018-2021

I figur 3 til højere er opstillet en mere detaljeret opgørelse over budget og forbrug på de enkelte budgetposter i 2018-2021 (tilpasset så den er sammenlignelig mellem årene).

Som det fremgår af figuren, er det samlede forbrug på hjemme- og sygeplejen i perioden 2018 til 2021 vokset fra 381,0 mio. kr. til 384,7 mio. kr. (i løbende priser) svarende til en stigning på 1%. Fratrækkes aflastningsområdet (jf. noten til tabellen) udviser området en stigning på 3,8% (i løbende priser).

Omregnes stigningen til 2021 PL-regulerede priser er der tale om et fald på 1,5% (eksklusiv aflastningsområdet) fra 389,9 mio. til 384,0 mio. kr.

Overordnet er der således tale om en samlet meget begrænset udgiftsstigning i hele perioden. I årene 2018 til 2020 har der været betydelige merforbrug, mens budgetforøgelserne fra 2019 og frem har reduceret gabet mellem budget og forbrug. Dette skyldes betydelige budgettilførsler i 2020 og 2021.

Ser man længere ned i tallene ses det, at der er markante forskelle i udgiftsudviklingen på de enkelte poster.

Således udviser sygeplejen i perioden en stigning på 45% (fra 41,6 mio. kr. til 60,4 mio. kr. – i løbende priser). Ligeledes falder forbruget på den kommunale hjemmepleje med 10% (fra 173,8 til 157,0 – i løbende priser)

En mere detaljeret gennemgang af forholdet mellem budget og forbrug i perioden 2018-2021 på hjemme- og sygeplejen fremgår på de følgende sider.

Figur 3. Tilpasset budget og forbrug i 2018-2021 i kr. (tilpasset opgørelse over budget og forbrug), løbende priser og 2021 pl. i resultat

Hovedprodukt	Delprodukt	2018		2019		2020		2021	
		Budget	Forbrug	Budget	Forbrug	Budget	Forbrug	Budget	Forbrug
Admin.	Stabsfunktion	15.447.475	15.385.875	16.529.000	15.852.220	12.612.363	12.448.629	13.444.682	13.539.148
	Adm. Bygninger	7.649.010	5.915.195	7.210.246	6.574.544	7.483.902	7.583.584	7.412.336	6.667.987
	Til fordeling - Adm	0		0		-6.363		0	
Hjemme- og sygepleje	Kommunal Hjemmepleje (Vis og udf)	163.229.263	173.796.565	157.654.615	165.160.198	161.238.751	161.505.906	152.743.623	157.023.379
	Privat hj. (vis)	40.000.000	44.041.822	48.959.700	55.520.067	52.275.932	54.091.887	54.401.449	53.617.175
	Selvudpeget hj. (vis)	51.959.239	55.227.127	49.459.700	56.980.963	58.721.989	59.464.700	59.811.895	61.810.430
	Underlev. til Hjemmepleje (vis)	10.000.000	11.351.760	10.000.000	14.115.066	14.114.829	14.505.376	13.126.902	11.372.741
	Kontant tilskud (vis)	14.827.000	18.521.006	18.500.000	15.560.410	18.719.673	18.467.987	18.990.939	16.518.114
	Køb af ordninger (vis)	4.200.000	3.686.777	3.983.000	3.934.616	3.550.000	3.974.299	3.972.792	3.685.921
	Gråzoneaf- Hj. og sygepl (Vis)	-21.000.000	-21.000.000	-21.000.000	-21.000.000	-21.000.000	-21.000.000	-21.000.000	-21.000.000
	Træning - Hj. og sygepl (vis)	21.955.000	16.764.463	17.202.000	17.231.726	19.265.210	18.653.201	18.235.965	18.149.264
	Sygepleje (Vis og udf)	33.246.921	41.633.947	35.793.517	42.784.363	36.575.544	52.942.178	51.870.260	60.449.340
	Aflastning (vis)	11.000.000	11.109.409	1.335.000	1.868.233	1.300.000	799.070	655.954	729.752
Respirations-ordninger (vis)	6.400.000	4.615.234	4.615.000	4.795.846	7.590.226	4.382.004	5.075.001	2.139.500	
Resultat, løbende priser inkl. aflastning		358.913.908	381.049.180	350.241.778	379.378.252	372.442.056	387.818.821	378.741.798	384.702.753
Resultat, løbende priser ekskl. aflastning		347.913.908	369.939.772	348.906.778	377.510.019	371.142.057	387.019.752	378.085.844	383.973.000
Resultat, 2021-priser ekskl. aflastning		366.701.259	389.916.519	361.816.328	391.477.890	377.080.329	393.212.068	378.085.844	383.973.000

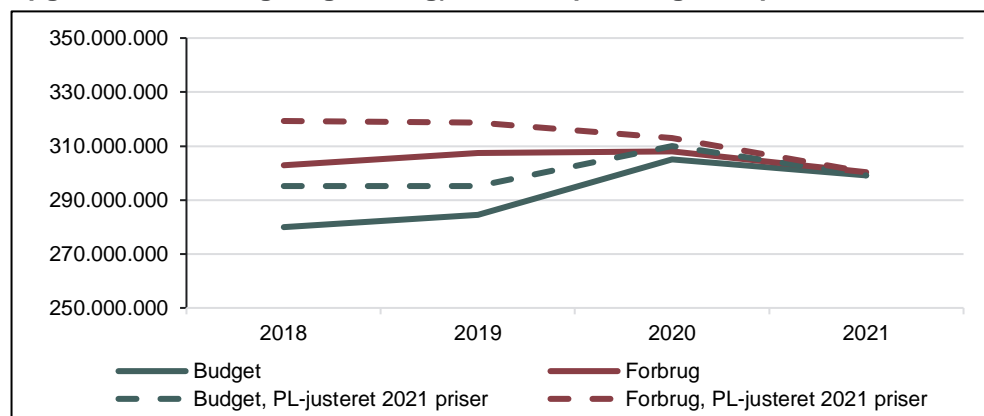
*) Delproduktet "Aflastning (vis)" er delvist flyttet i 2019 og flyttes helt fra Den Social Hjemmepleje i løbet af 2022.

Den økonomiske udvikling på hjemmeplejeområdet

Den mere detaljerede udviklingen på hjemmeplejeområdet

Som det fremgår af nedenstående graf, har der på forbrugsside af hjemmeplejeområdet (både den kommunale hjemmepleje og øvrige ordninger) været en begrænset stigning fra 2018 til 2020 og herefter et fald i 2021. Omregnes forbrugsudviklingen til 2021 PL-justerede priser ses et fald gennem hele perioden på ca. 6%. Samtidig fremgår det, at merforbruget reduceres over tid, men at dette primært kan henføres til betydelige budgettilførsler.

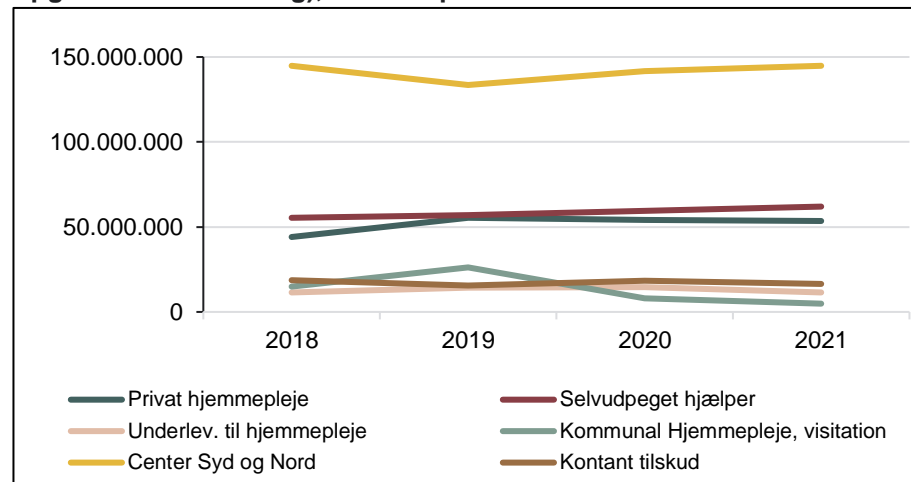
Figur 4. Budget og forbrug på hjemmeplejen* i 2018-2021 i kr. (tilpasset opgørelse over budget og forbrug), løbende priser og 2021 pl.



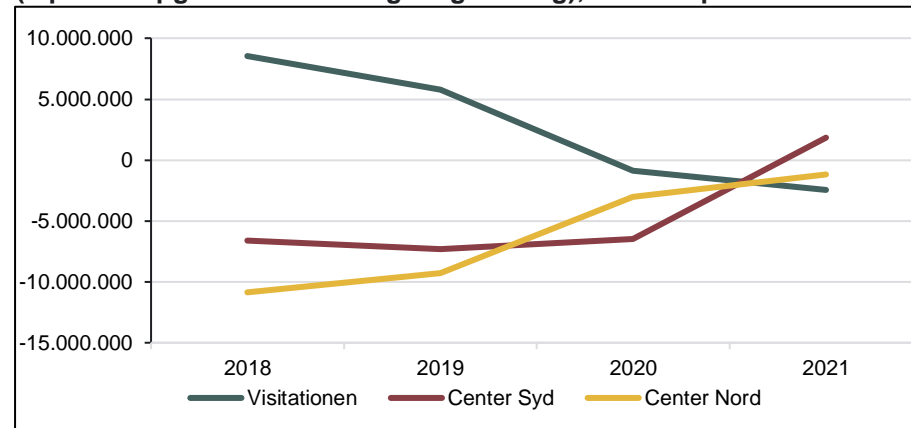
*) Indeholdt heri er følgende områder: Den kommunale hjemmepleje, Visitation til hjemmepleje, Privat hjemmepleje, Selvudpeget hj., Underleverandør til hjemmeplejen, Kontant tilskud

Ovenstående dækker dog over væsentlige ændringer i forbrugsudviklingen indenfor den kommunale hjemmepleje (udfører) og de øvrige ordninger (der er subsidierbare til den kommunale hjemmepleje). Af grafen øverst på næste side fremgår det, at forbruget på den kommunale hjemmepleje faldt fra 2018 til 2019, hvorefter forbruget har været stigende med 8,3% fra 2019 til 2021. Modsvarende ses et væsentligt fald i visitationen fra 2019 til 2021 med 82%. Dette dækker bl.a. omlægninger af BUM-afregningen, nedlæggelse af Den Sociale Hjemmepleje som borgercenter samt ændret forbrug på mellemkommunal refusion.

Figur 5. Forbrug på hjemmeplejeområdet i 2018-2021 i kr. (tilpasset opgørelse over forbrug), løbende priser



Figur 6. Budgetafvigelse på hjemmeplejeområdet i 2018-2021 i kr. (tilpasset opgørelse over budget og forbrug), løbende priser*



*) I 2018 og 2019 var hjemmeplejen oprindeligt ikke budgetteret på de tre profitcentre som afbilledet i figuren grundet afregning af BUM-model fra visitationen til Center Syd og Center Nord. Budgetterne anvendt til figuren er derfor beregnet ved brug af faktiske BUM-afregninger for 2018 og 2019.

Den økonomiske udvikling på hjemmeplejeområdet

De væsentlige ændringer i forbruget på den kommunale hjemmepleje samt i visitationen slår tillige igennem ift. udviklingen i mer- og mindreforbrugene jf. ovenstående figur 6.

Jf. figur 5 fremgår det at forbruget på de øvrige ordninger generelt stiger lidt frem mod 2020 for derefter at falde lidt – forbruget på selvudpeget hjælper er dog stigende igennem hele perioden.

Udviklingen fra 2020 til 2021

Ser man specifikt på udviklingen fra 2020 til 2021 fremgår det, at der er en række ikke uvæsentlige udgiftsudviklinger:

Figur 7. Forbrugsudvikling på hjemmeplejen* fra 2020 til 2021 (tilpasset opgørelse over budget og forbrug), løbende priser.

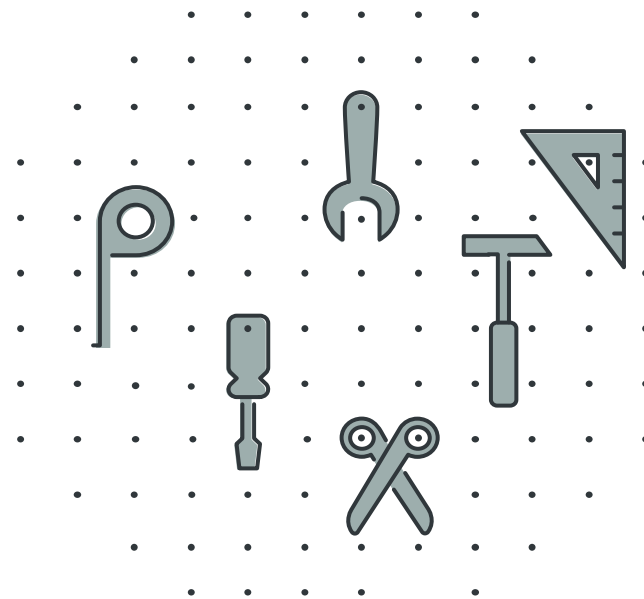
Område	Forbrugsudvikling fra 2020-2021 i procent
Center Syd og Nord	2,22
Visitationen til kommunal hjemmepleje	-39,78
Øvrige ordninger*	-2,19

**) Indeholdt heri er følgende områder: Privat hjemmepleje, Selvudpeget hj., Underleverandør til hjemmeplejen, Kontant tilskud*

Af ovenstående tabel fremgår det, at de to udførercentre samlet set havde en forbrugsstigning på 2,2% fra 2020 til 2021, og at øvrige ordninger havde et forbrugsfald på 2,2%. Herudover havde visitationen til hjemmepleje et forbrugsfald på 40% (fra 8,0 til 4,8 mio. kr. hvor budgettet i samme periode dog tillige faldt fra 7,1 til 2,4 mio. kr.).

Faldet i budget på visitationen til kommunal hjemmepleje skyldes bl.a. at Borgercenter Hjemmepleje nedlægges og at medarbejderne tilknyttet den fællesfaglige stab overføres til Borgercenter Voksne. Herudover reduceres budgettet til BUM-afregningen og budgettet til mellemkommunal refusion stiger.

Forbrugsfaldet på visitationen til kommunal hjemmepleje skyldes tilsvarende nedlæggelsen af Borgercenter Hjemmepleje medførende et forbrugsfald på 5,8 mio. kr. Dette modsvares af en stigning i BUM-udgiften på 1,9 mio. kr. og en stigning på mellemkommunal refusion på 0,7 mio. kr.



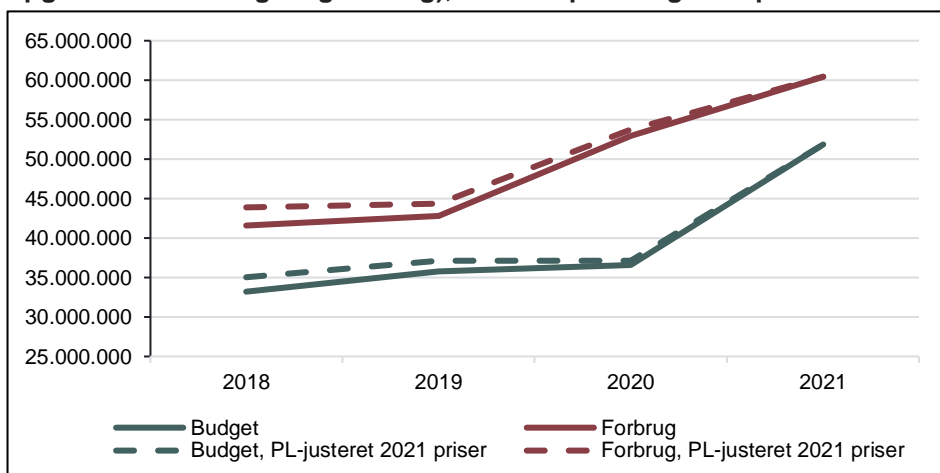
Den økonomiske udvikling på sygeplejeområdet

Den mere detaljerede udviklingen på sygeplejeområdet

Som det fremgår af nedenstående graf har sygeplejen udvist en betydelig forbrugsstigning på 45% (fra 41,6 mio. kr. til 60,4 mio. kr. i løbende priser) i perioden 2018-2021. I samme periode steg budgettet med 56% (fra 33,2 mio. kr. til 51,9 mio. kr. i løbende priser).

Omregnes forbrugsudviklingen til 2021 PL-justerede priser udgør forbrugsstigningen fra 2018-2021 i alt 38%.

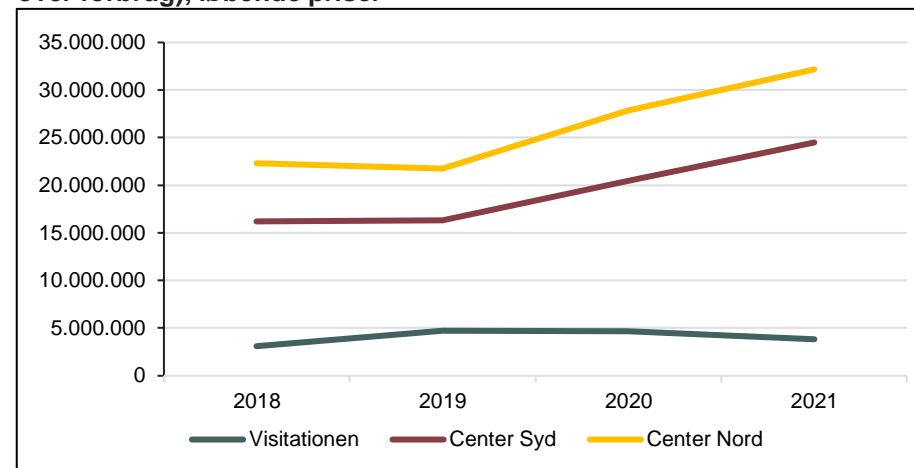
Figur 8. Budget og forbrug på sygeplejen i 2018-2021 i kr. (tilpasset opgørelse over budget og forbrug), løbende priser og 2021 pl.



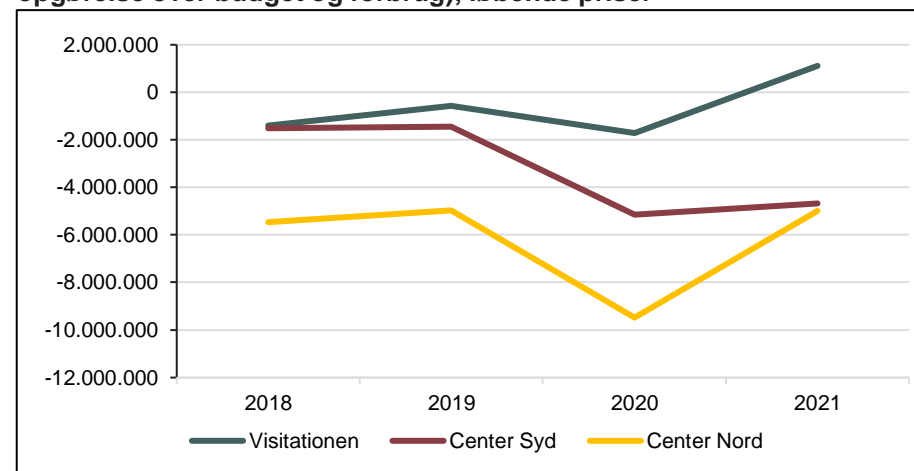
Som det fremgår af figur 9 på modsatte side har Visitationen haft en flad forbrugsudvikling i perioden, mens Center Syd og Nord har haft en kraftig stigning fra 2019 og frem.

Af figur 10 fremgår det, at budgetafvigelsen har været størst i Center Nord, men at der også i Center Syd har været klare merforbrug de senere år. I 2021 er merforbrugene i begge centre næsten lige store (på ca. 5 mio. kr. pr. center).

Figur 9. Forbrug på sygeplejen i 2018-2021 i kr. (tilpasset opgørelse over forbrug), løbende priser



Figur 10. Budgetafvigelse på sygeplejen i 2018-2021 i kr. (tilpasset opgørelse over budget og forbrug), løbende priser*



*) I 2018 og 2019 var sygeplejen oprindeligt ikke budgetteret på de tre profitcentre som afbilledet i figuren grundet afregning af BUM-model fra visitationen til Center Syd og Center Nord. Budgetterne anvendt til figuren er derfor beregnet ved brug af faktiske BUM-afregninger for 2018 og 2019.

Den økonomiske udvikling på øvrige områder i den sociale hjemme- og sygepleje

Øvrige områder

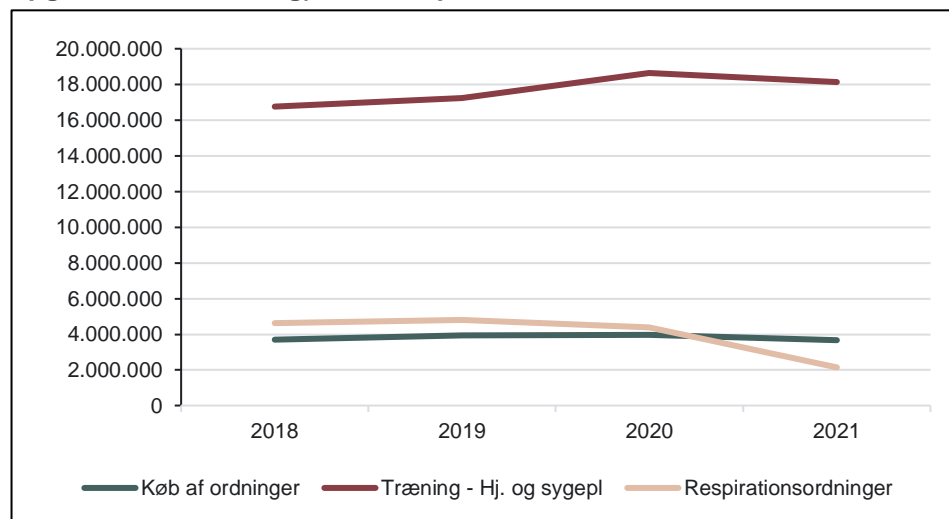
Forbruget på køb af ordninger er stort set konstant med et årligt forbrug på ca. 3,7 mio. kr.

Træningsområdet udvikler sig fra 16,8 mio. kr. i 2018 til 18,1 mio. kr. i 2021 (i løbende priser). Samtidig ses et mindre fald fra 2020 til 2021,

Endelig falder forbruget på respirationsordninger fra 4,6 mio. kr. i 2018 til 2,1 mio. kr. i 2021 (i løbende priser).

Aflastningsområdet vedrører primært køb af pladser på Arbejde Adler. Budget og forbrug flyttes endegyldigt til BCV (udsatte og psykiatri) i løbet af 2022, hvorfor de ikke forklares her.

Figur 11. Forbrug på øvrige områder i 2018-2021 i kr. (tilpasset opgørelse over forbrug), løbende priser



Opsamling

Den gennemførte analyse viser, at der i perioden 2018-2021 har været merforbrug på Den Sociale Hjemmeplejes samlede ramme.

Analysen viser, at der på den kommunale hjemmepleje (udfører), har været et stigende forbrug siden 2019. På visitationen her der været et faldende forbrug. På de øvrige ordninger har der samlet set været en relativ jævn og flad udvikling.

Budget- og regnskabsanalyser viser endvidere, at der på sygeplejeområdet har været en betydelig forbrugsstigning igennem hele perioden, både i løbende og faste priser. Forbrugsudviklingen har været gældende for begge centre, hvor Center Nord generelt har haft et højere forbrugsniveau end Center Syd. Dette har givet sig udslag i større budgetafvigelse for Center Nord, som dog i 2021 er udlignet mellem de to centre.

Endelig viser analysen, at udgiftsudviklingen for øvrige områder har været relativ stabil og med et lille fald i 2021.

4. DEN AKTIVITETSMÆSSIGE UDVIKLING I DEN SOCIALE HJEMMEPLEJE

Den aktivitetsmæssige udvikling i den sociale hjemme- og sygepleje

Indledning og analytisk metode

I dette afsnit gennemgås den aktivitetsmæssige udvikling i Den Sociale Hjemmepleje i SOF i perioden maj 2020 til februar 2022. For enkelte hovedaktiviteter er der efterfølgende blevet suppleret med opdaterede marts-data, således at tal fra marts 2022 fremgår af udvalgte figurer.

Det har ikke været muligt, at analysere aktivitetsdata fra tidligere end maj 2020, hvilket skyldes skift af omsorgssystem i Den Social Hjemmepleje fra CSC til Cura. BCV har oplyst, at systemskiftet har betydet, at der ift. en række data er forskellige opgørelsesmetoder før og efter systemskiftet, hvorfor at data ikke er direkte sammenlignelige. Herudover er rådata fra CSC fra perioden før maj 2020 ikke længere tilgængelig, og idet kun enkelte rapporter med utilstrækkelig ledelses-information eksisterer fra tiden før systemskiftet, beskæftiger den følgende analyse sig udelukkende med perioden efter maj 2020. BCV oplyser endvidere, at en analyse der gør de overordnede data fra før maj 2020 direkte sammenlignelige med data efter systemskiftet i maj 2020 vil være meget omfattende.

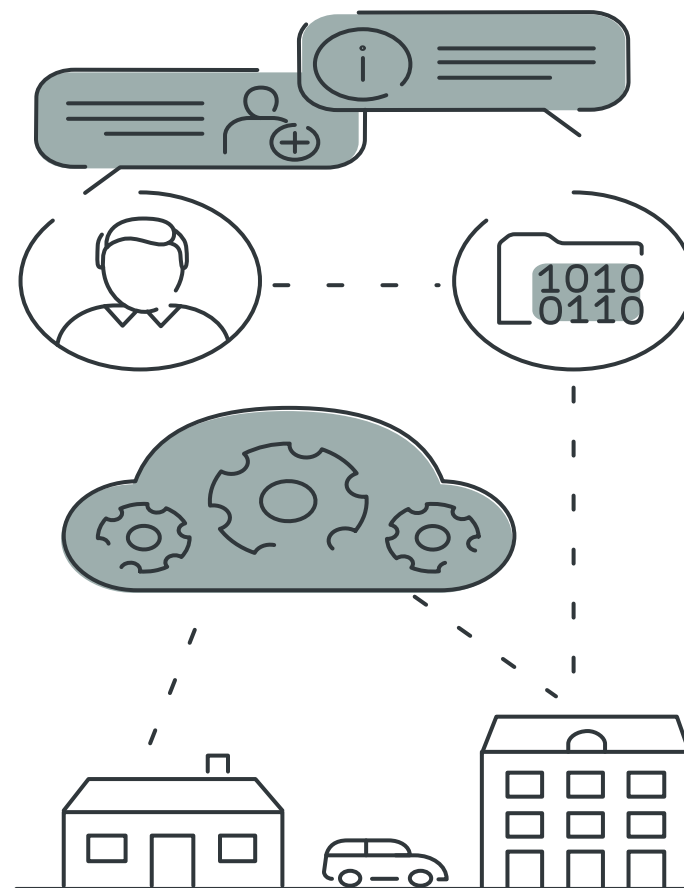
Analysen af aktivitetsudviklingen ville have profiteret af, at kunne have en længere tidslinje, men det har jf. ovenstående desværre ikke været muligt.

Analysen er baseret på to datatræk fra Cura, som er blevet udleveret af medarbejdere i SOF med tilhørende fyldestgørende dokumentation. Data fra Cura indeholder detaljeret information om sagstype, ydelseskode, gruppenavn mm. og er blevet yderligere beriget med data fra KKOrg, for at kunne identificere medarbejderes stillingskategori.

Det første datasæt indeholder planlagt tid på ydelses- og dagsniveau, således at det har været muligt at analysere, hvilke ydelser enhver borger tilknyttet Den Social Hjemmepleje har fået planlagt på hvert besøg i hele analyseperioden. Datasættet har været anvendt til deskriptivt at analysere hjemme- og sygeplejen, og samtidig er der foretaget yderligere databehandling for at kunne identificere forløbslængder, stillingskategorier mm.

Det andet datasæt indeholder visiteret tid på ydelses- og afgørelsesniveau. Datasættet har været anvendt til analyser af opfølgingsfrekvens, og endvidere er der foretaget yderligere databehandling, for i enkelte analyser at kunne fremstille den visiterede tid på dagsniveau.

I det følgende gennemgås aktivitetsudviklingen på såvel hjemmepleje- som sygeplejeområdet.



4.1. DEN AKTIVITETSMÆSSIGE UDVIKLING PÅ HJEMMEPLEJEOMRÅDET (SEL §83)

Hjemmeplejeområdet - Planlagt tid og antal borgere

Udvikling i planlagt tid

Af figur 12 fremgår udviklingen i den planlagte tid i den kommunale hjemmepleje fra maj 2020 til marts 2022. Det ses, at den planlagte tid overordnet har været stigende i perioden. Fx steg den planlagte tid fra 1.168.522 minutter i maj 2020 til 1.286.523 i oktober 2021 (ca. 10 procent). Herefter falder antallet af minutter svagt frem til marts 2022, hvor der sker en betydelig stigning.

Det skal her anføres, at faldet i februar måned i begge år overvejende er udtryk for, at der kun er 28 dage i februar.

Aktiviteten i marts 2022 er 8,5% højere end i januar 2022. De interviewede ledere i Den Sociale Hjemmepleje kan pt. ikke svare på baggrunden for den væsentlige stigning i marts 2022. Økonomistaben i BCV har efterfølgende oplyst, at aktivitetsniveauet i de første uger i april er faldet til et mere normalt niveau igen.

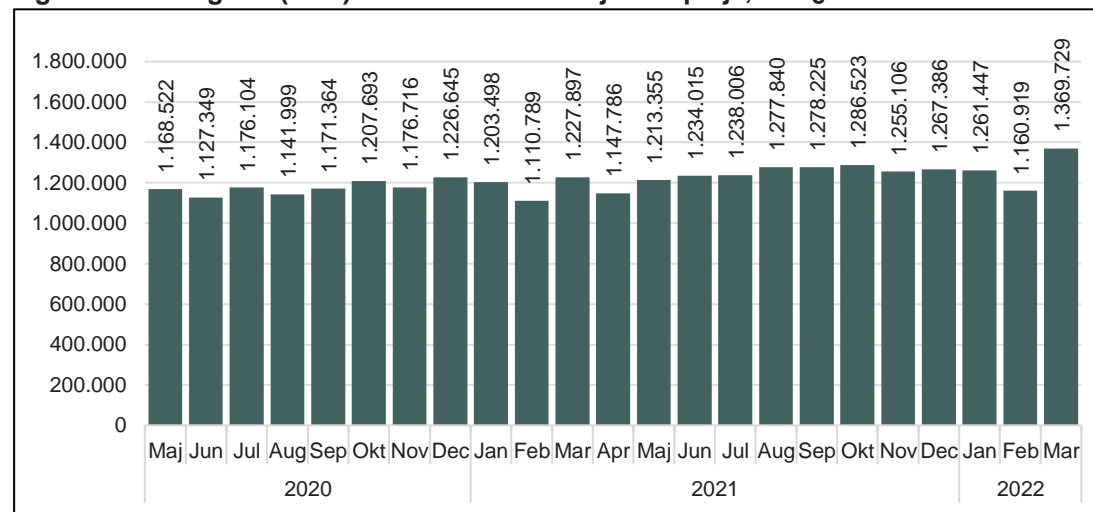
Udvikling i antallet af borgere

Figur 13 viser udviklingen i antallet af unikke borgere, der modtager hjemmeplejeydelser. Fra maj 2020 til november 2021 stiger antallet af borgere fra 1.767 til 1.903 (7,7%). Fra november 2021 til februar 2022 er antallet stort set uændret.

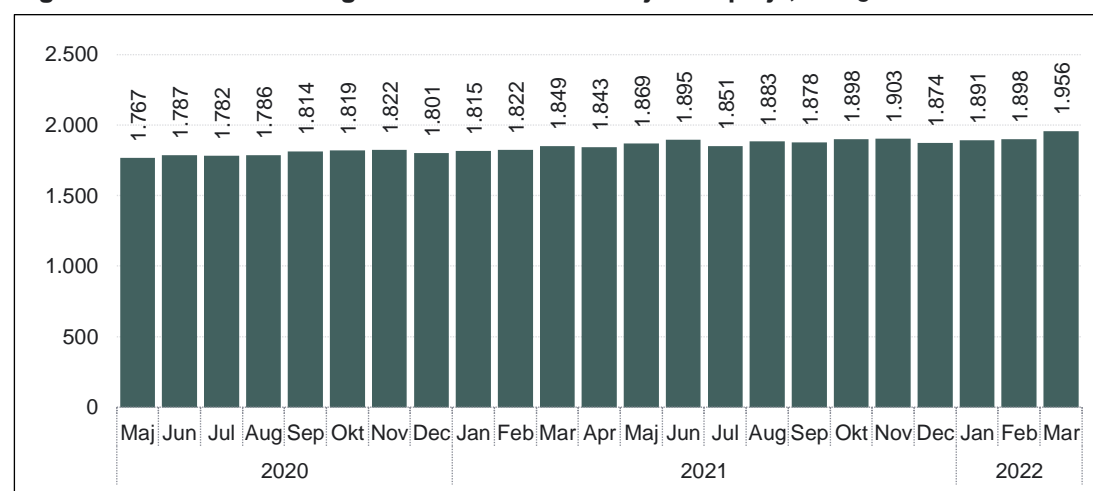
Antallet af borgere følger derved overvejende samme udvikling som observeret i den planlagte tid.

Antallet af borgere stiger ligeledes i marts 2022 ift. januar 2022 men her "kun" med 3,4%. Det betyder (jf. ovenstående vedr. den planlagte tid), at både antallet af borgere og den gennemsnitlige tid pr. borger er steget betydeligt i marts 2022 (se følgende side).

Figur 12. Planlagt tid (min.) i den kommunale hjemmepleje, SEL§83



Figur 13. Antal unikke borgere i den kommunale hjemmepleje, SEL§83



Hjemmeplejeområdet - Planlagt tid pr. borger og borgerens alder

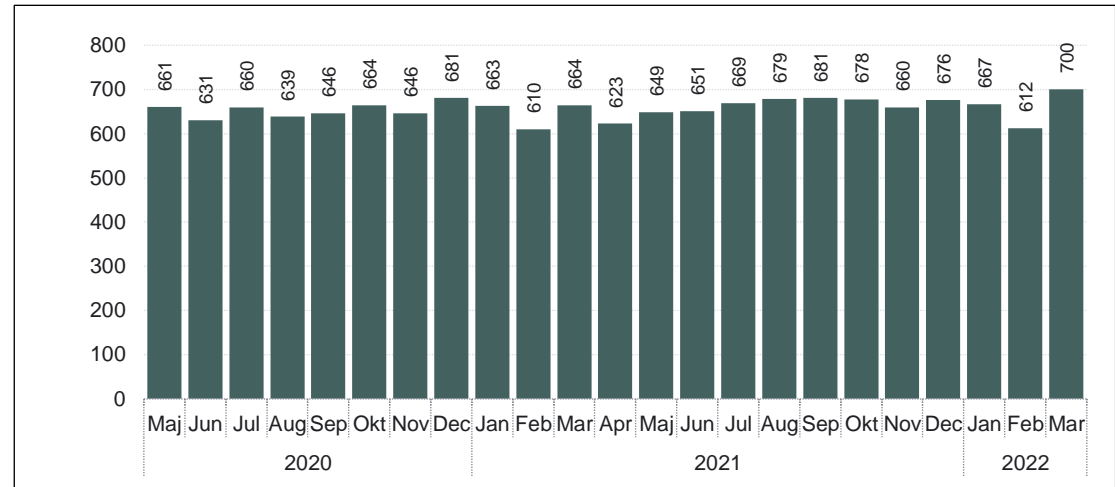
Udvikling i planlagt tid pr. borger

Udviklingen i den planlagte tid pr. borger i den kommunale hjemmepleje har jf. figur 14 været nogenlunde stabil i perioden fra maj 2020 til januar 2022 med månedlige ændringer og sæsonvariationer i opad og nedadgående retning.

Ser man på hele perioden under ét, er den planlagte tid i gennemsnit 655 minutter pr. borger om måneden. Ligeledes her er der et naturligt lavere niveau i februar måned grundet antallet af dage.

Også her ses en betydelig stigning i marts 2022, hvor den planlagte tid pr. borger er 6,8% højere end det gennemsnitlige antal minutter for perioden.

Figur 14. Planlagt tid pr. borger (min.) i den kommunale hjemmepleje, SEL§83



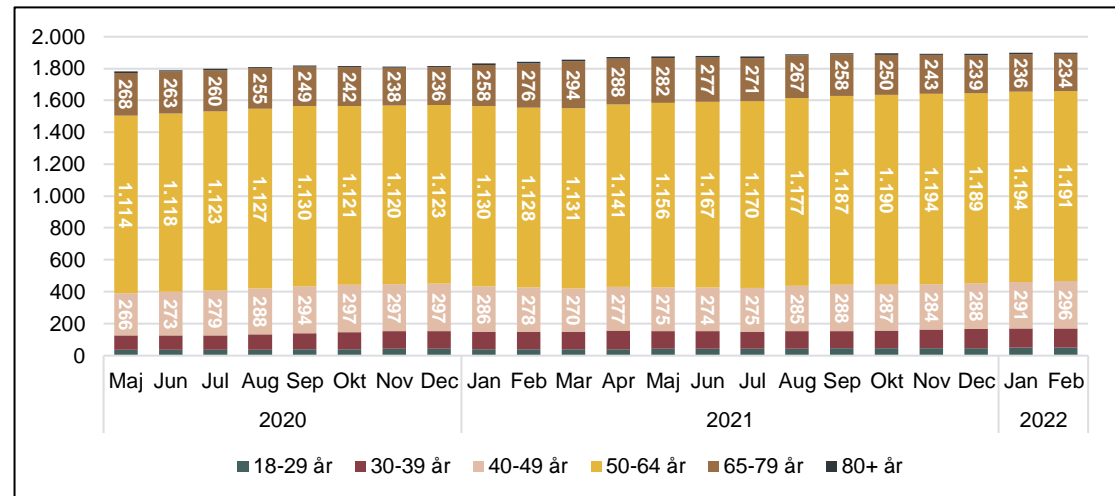
Udvikling i borgernes alder

Af figur 15 ses udviklingen i alderssammensætningen af modtagerne af kommunal hjemmepleje. Her fremgår det, at der i perioden har været en lille stigning i aldersgruppen under 65 år fra omkring 85% til 87%, mens der har været et lille fald i aldersgruppen over 65 år fra omkring 15% til 13%.

Det betyder samlet set, at den gennemsnitlige alder er faldet støt med enkelte udslag fra 59,4 år i maj 2020 til 58,8 år i februar 2022.

Faldet i aldersgruppen over 65 år forklares med, at flere borgere over 65 år er overgået til SUF.

Figur 15. Antal unikke borgere fordelt på aldersgrupper, kvartalsmæssigt glidende gennemsnit, SEL§83*



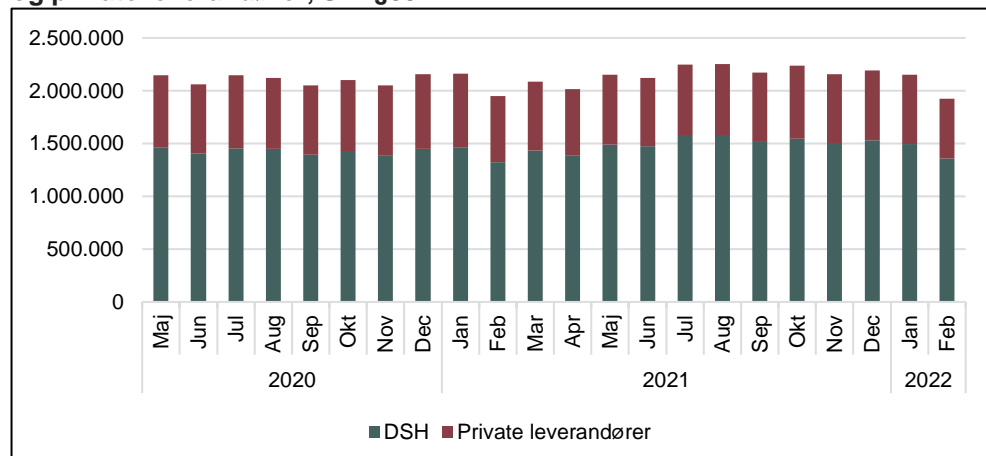
*) Alder er opgjort ved bagudskuende justering af alder ved dags dato for dataudtræk fra SOF

Hjemmeplejeområdet - Markedsandele og primære ydelser

Markedsandel mellem den kommunale og de private leverandører

Af figur 16 fremgår udviklingen i den visiterede tid opdelt på den kommunale hjemmepleje og de største private leverandører af SEL§83.

Figur 16. Visiteret tid (min.) opdelt på den kommunale hjemmepleje og private leverandører, SEL§83*



*) Private leverandører af SEL§83 er her afgrænset til Attendo og Hjemmehjælpen A/S

Det ses af figuren, at de store private leverandører på tværs af perioden står for omkring 30% af den samlede visiterede tid. Der er således ikke tale om en generel ændring i "markedsandelen" mellem den kommunale leverandør og de store private leverandører.

Foruden private leverandører af hjemmepleje dækker hjemmeplejeområdet ligeledes selvudpeget hjælper, kontante tilskud og underleverandører til hjemmeplejen.

Udvikling i primære ydelser

Af figur 17 fremgår de seks mest udførte ydelser i den kommunale hjemmepleje. Set gennem perioden har der ikke været markante ændringer i tidsforbruget i de enkelte ydelser.

Figur 17. Samlet planlagte tid og antal unikke borgere opgjort på de seks ydelser med størst tidsforbrug, maj 2020 – februar 2022, SEL§83

Ydelse	Planlagt tid	Unikke borgere
Rengøring	5.653.860	2.834
Personlig Hygiejne	5.178.733	739
Mad	3.600.871	723
Toiletbesøg	2.740.801	299
Bad	2.614.731	733
Forflytning/ledsagelse	1.976.097	142

Af figuren fremgår det, at rengøring er den ydelse, som langt de flest borgere har modtaget i perioden maj 2020 til februar 2022.

Interviewpersonerne i hjemmeplejen peger på, at der i nogle grupper er separate kørelister kun til rengøring, og at der her er ansat servicemedarbejdere, der kun varetager rengøring.

I mange andre kommuners hjemmepleje er rengøringsydelsen blevet reduceret markant de senere år. Dette både som led i en mere rehabiliterende tilgang og ud fra et opstrammet serviceniveau. I relation hertil påpeger Den Sociale Hjemmepleje, at den særlige målgruppe i SOF betyder, at der er mange af borgerne, hvis hjem er meget beskidte og derfor har behov for rengøring. Ligeledes peges der på, at meget udsatte borgere i målgruppen giver udtryk for, at rengøring er den eneste hjælpeforanstaltning, som borgeren vil give SOF lov til at hjælpe med at udføre.

Set ift. udviklingen i øvrige kommuner synes der dog, at være et potentiale i at reducere mængden af rengøringsopgaver (se kapitel 10 om løsningsforslag).

Hjemmeplejeområdet – Kompetenceprofil

Kompetenceprofil i hjemmeplejen

Af figur 18 fremgår det, hvilke personalekategorier der leverer de kommunale hjemmeplejeydelser. Her fremgår det, at det siden juli 2021 er lidt under 50% af den planlagte tid, der er blevet leveret af SOSU-hjælpere. Samtidig viser grafen, at andelen af planlagt tid til SOSU-assistent er gået fra 9% til ca. 6%.

Herudover fremgår det at ca. 30% leveres af vikarer. Det betyder, at SOF ligesom en lang række andre kommuner oplever udfordringer med at sikre tilstrækkelige assistent-kompetencer på området. Ligeledes vil det typisk også være assistenter, der varetager de opgaveoverdragede/delegerede sygeplejeydelser fra sygepleje-grupperne, hvilket følgelig yderligere reducerer assistenternes andel af hjemmeplejeydelserne. En delegeret sundhedsydelse er en ydelse der er ordineret fra en læge som sygeplejen herefter videredelegerer til fx en assistent. Her skal sygeplejersken sikre sig at opgaven er klart beskrevet og at den modtagende medarbejder har de fornødne kompetencer.

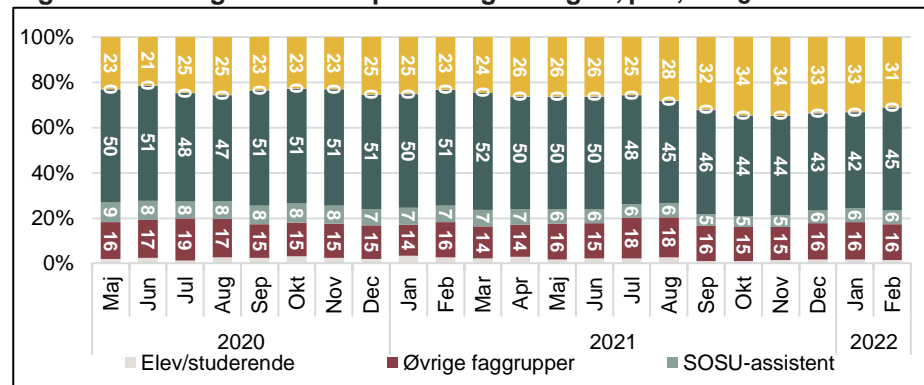
Ser man på figur 19 og 20, fremgår det, at ovenstående fordeling af stillingskategorier dækker over væsentlige forskelle mellem Center Nord og Syd. Således udgør vikarandelen i Center Nord over 40% fra september 2021, mens Center Syd ligger på omkring 20%.

En vikarandel på 40% i hjemmeplejen er meget høj, hvis der skal sikres en faglig kontinuitet. En høj vikarandel giver en hvis grad af driftsmæssig fleksibilitet, men samtidig medfører den tillige væsentlige administrative opgaver ift. styringen og koordination heraf. Endelig vurderes det fagligt og også kollegialt u hensigts-mæssigt, at så stor en del af de udførende medarbejdere ikke er fastansat.

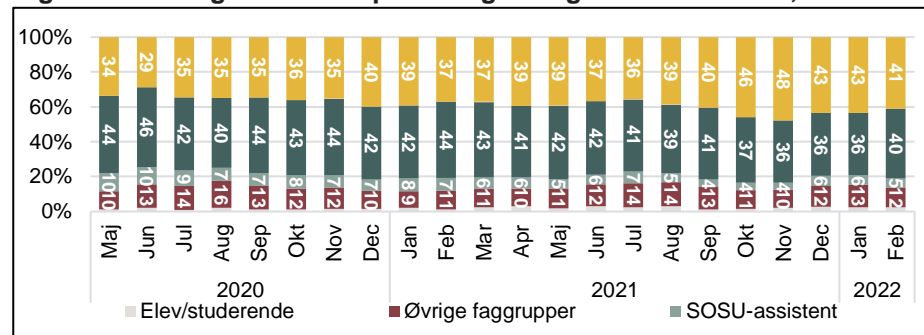
I begge centre er der som nævnt meget få SOSU-assistent. I interviewene påpeges det, at det er vanskeligt at rekruttere assistenter, samt at flytningen af assistenterne fra sygepleje- til hjemmeplejegrupperne medførte udbredt utilfredshed og en række opsigelser blandt assistenterne, da de følte sig degraderet.

Note:
Opdelingen på stillingskategori i figurene til højre er identificeret ved at koble HR-data fra KKOrg på medarbejderkoden associeret med den pågældende planlagte ydelse i Cura. Hermed vil der for medarbejdere, der fremgår i KKOrg, være tilknyttet senest opdaterede stillingskategori eller titel, mens det for medarbejderkoder uden information i KKOrg kan antages, at disse i langt overvejende grad er vikarer.

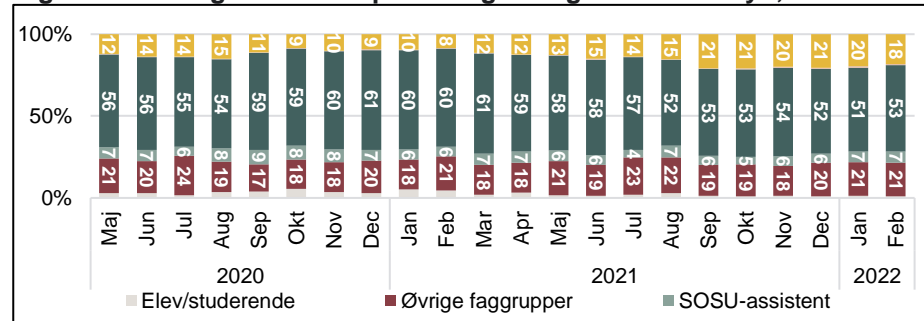
Figur 18. Planlagt tid fordelt på stillingskategori, pct., SEL§83



Figur 19. Planlagt tid fordelt på stillingskategori i Center Nord,



Figur 20. Planlagt tid fordelt på stillingskategori i Center Syd,



Hjemmeplejeområdet - Opsamling

Opsamling

Samlet set viser analysen af den aktivitetsmæssige udvikling på hjemmeplejeområdet, at den kommunale hjemmepleje har oplevet en svag stigning i planlagt tid frem til midten af 2021, hvorefter denne udvikling er stagneret og i højere grad været stabil. Antallet af unikke borgere stiger igennem hele perioden, hvorfor at det gennemsnitlige antal planlagte minutter pr. borger er faldet frem mod februar 2022. I marts 2022 sker der dog en betydelig aktivitetsstigning på hjemmeplejeområdet.

Borgerne, der modtager hjemmeplejeydelser fra den kommunale hjemmepleje, er i gennemsnit blevet lidt yngre, idet en større andel er under 65 år, hvilket kan indikere en lille forbedring i opgave-overdragelse til SUF, som tager sig af de ældre borgere i Københavns Kommune.

Mere end 2.800 borgere har i perioden modtaget rengøring, og dette er derfor den hyppigst ydelse med størst tidsforbrug. Til sammenligning modtager omkring 700 borgere personlig hygiejne og mad, hvilket indikerer et potentielt uforholdsmæssigt stort omfang af rengøringsydelser.

Den kommunale hjemmepleje har kun få fastansatte assistenter, og det er i overvejende grad SOSU-hjælpere, der leverer hjemmeplejeydelser. De manglende assistent-kompetencer skyldes primært at Den Sociale Hjemmepleje har haft vanskeligt (som mange andre kommuner) med at rekruttere assistenter. Herudover opsagde en række assistenter deres stilling ifm. den organisatoriske flytning af assistenterne fra sygeplejegrupperne til hjemmeplejegrupperne.

Rekrutteringsudfordringer, fastholdelsesudfordringer og højt sygefravær har medført et relativt højt vikarforbrug, hvor særlig Center Nord er udfordret med en vikarandel på over 40%. En så høj vikarandel må antages at udfordre den faglige kontinuitet og udvikling og dermed kvaliteten af de ydelser, som borgerne modtager. Endvidere er et stort vikarforbrug associeret med et stort administrativt og ledelsesmæssigt arbejde.

Endelig viser analysen, at de private leverandørers markedsandel i hjemmeplejen igennem perioden har været relativt konstant på omkring 30%.



4.2. DEN AKTIVITETSMÆSSIGE UDVIKLING PÅ REHABILITERINGSOMRÅDET (SEL §83A)

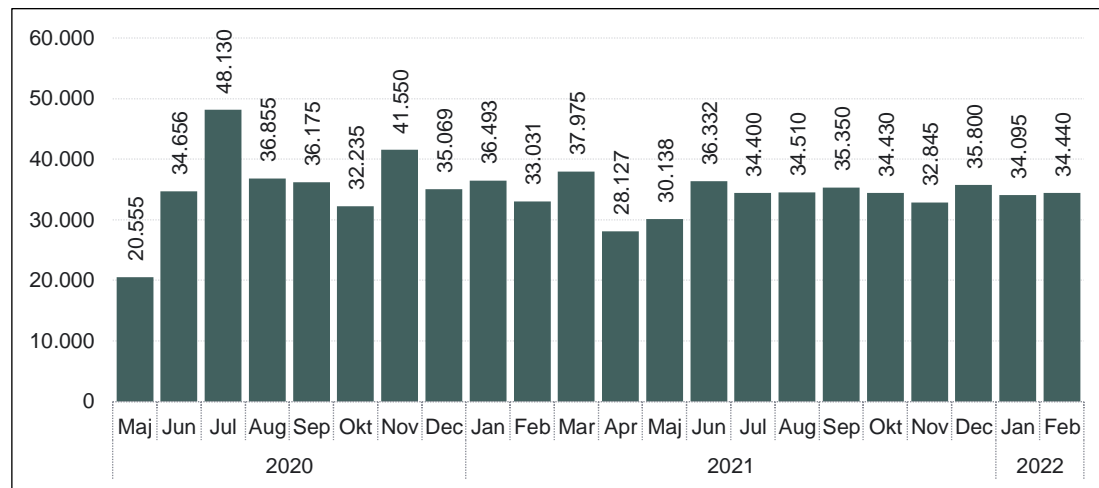
Rehabiliteringsområdet - Planlagt tid og antal borgere

Udvikling i planlagt tid

Figur 21 viser udviklingen i den planlagte tid for rehabilitering i den kommunale hjemmepleje fra maj 2020 til februar 2022. Heraf fremgår det, at der er relativt store udsving i perioden, og at fra maj 2020 til juli 2020 steg den planlagte tid markant fra 20.555 minutter til 48.130 minutter (ca. 134%).

Herefter falder den planlagte tid til et lavere niveau, og fra juni 2021 til februar 2022 var antallet af planlagte minutter om måneden gennemsnitligt ca. 35.000 minutter.

Figur 21. Udvikling i planlagt tid (min.) – rehabilitering SEL§83a

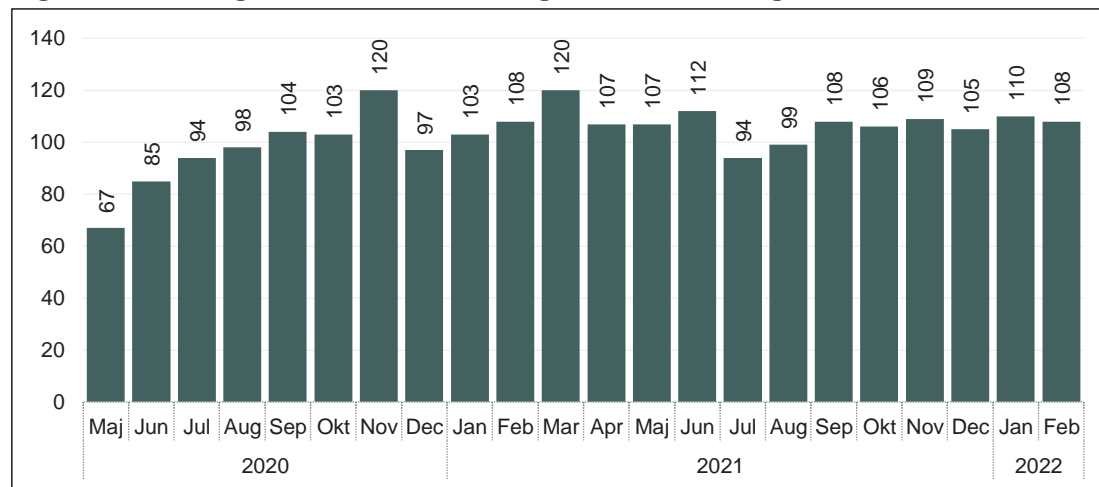


Udvikling i antallet af borgere

Af figur 22 fremgår udviklingen i antallet af borgere, der har modtaget rehabiliteringsydelse. I perioden maj 2020 til februar 2022 skete der en stigning fra 67 borgere til 108 borgere svarende til en vækst på ca. 61 procent. Stigningen er dog mest markant fra maj 2020 til november 2020. Her steg antallet af borgere, der modtager rehabiliteringsydelse, fra 67 til 120 borgere, svarende til ca. 79 procent.

Fra september 2021 til februar 2022 er antallet stort set stabilt omkring ca. 108 borgere.

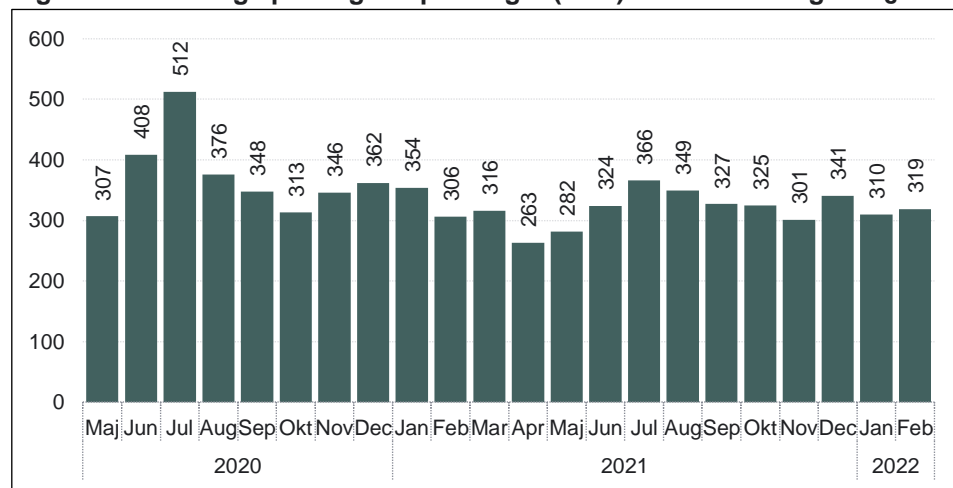
Figur 22. Udvikling i antallet af unikke borgere - rehabilitering SEL§83a



Udvikling i planlagt tid pr. borger

Af nedenstående figur 23 fremgår udviklingen i den planlagte tid for rehabilitering pr. borger fra maj 2020 til februar 2022. Den planlagte tid pr. borger steg markant fra maj 2020 til juli 2020 (ca. 67 procent) og faldt fra juli 2021 til februar 2022 fra 366 til 319 min. pr. borger.

Figur 23. Udvikling i planlagt tid pr. borger (min.) – rehabilitering SEL§83a



Opsamling

Opsamlende viser gennemgang af den aktivitetsmæssige udvikling på rehabiliteringsområdet, at rehabilitering benyttes i meget begrænset omfang i Den Sociale Hjemmepleje. Sammenlignet med andre kommuner er den rehabiliterende indsats altså meget begrænset i SOF.

I de gennemførte interviews peges der på, at man har forsøgt at gennemføre en øget rehabiliterende indsats for år tilbage og bl.a. styrkede området ledelsesmæssigt. Det pointeres dog, at indsatsen ikke blev implementeret hensigtsmæssigt, at man havde udfordringer med at styre området datamæssigt og at den valgte model ikke fungerede.

Som følge heraf har man valgt at flytte den rehabiliterende indsats rent organisatorisk til myndighedsområdet med henblik på at "genstarte" indsatsen.

Det er vores samlede vurdering, at der i Den Sociale Hjemmepleje er et betydeligt uudnyttet potentiale ift. en styrket rehabiliterende indsats. Dette gælder ikke mindst ift. den store mængde rengøringsopgaver jf. ovenstående afsnit om hjemmeplejeområdet.

På baggrund af drøftelser ifm. de gennemførte interviews er det samtidig oplevelsen, at en af grundene til den manglende succes med den rehabiliterende indsats skal findes i en kulturel holdning hos dele af medarbejdergruppen ift. indsatsen over for de udsatte borgere. Her vil det være vores anbefaling, at der sættes øget fokus på et mere ressourcefokuseret syn på borgeren og en mindre problemfokuseret tilgang. Dette vurderer vi vil kunne medvirke til en styrket empowerment af den enkelte borgere til at tage mest muligt ansvar for egen tilværelse og egenomsorg (se uddybning i kapitel 10 om løsningsforslag).

4.3. DEN AKTIVITETSMÆSSIGE UDVIKLING PÅ SYGEPLEJEOMRÅDET (SUL §138)

Sygeplejeområdet - Planlagt tid og antal borgere

Generelt om sundhedslovsydelserne

Sygeplejeydelserne er kendetegnet ved, at de er ordineret af en læge (hospital, praktiserende læge mv.). Det betyder, at Den Sociale Hjemmepleje er underlagt de ordinationer, som lægerne har udstedt, og som udgangspunkt kun kan afvige herfra efter godkendelse hos den ordinerende læge. I nogle tilfælde kan den ordinerende læge dog udstede en rammeordination, hvorved Den Sociale Hjemmepleje i højere grad kan fastlægge den konkrete metode til løsningen af den ordinerede ydelse.

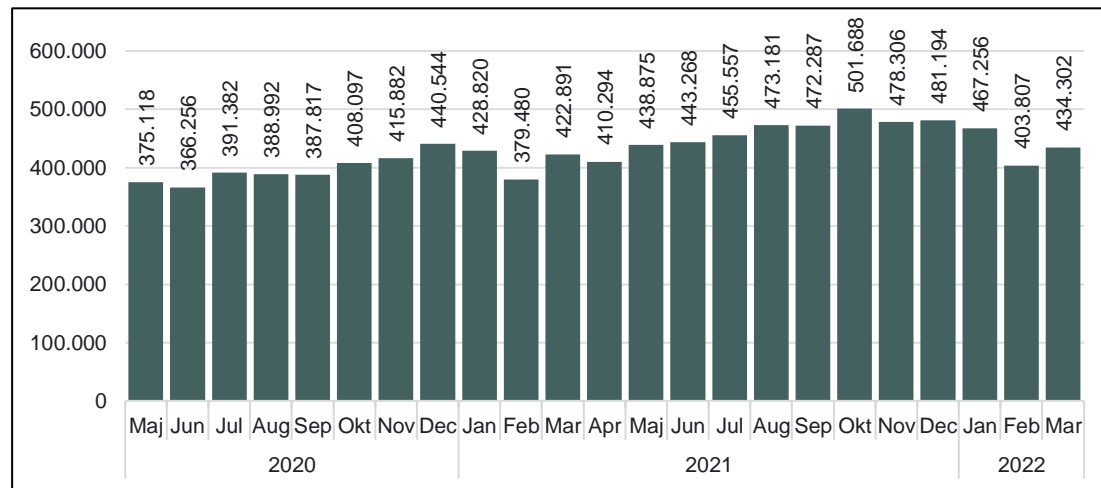
Udvikling i planlagt tid

Figur 24 viser udviklingen i den planlagte tid i sygeplejen fra maj 2020 til marts 2022. Det ses, at den planlagte tid har været stigende i perioden fra 375.118 min. til 434.302 min. (ca. 16%). Det skal dog bemærkes, at stigningen ikke har været jævnt fordelt.

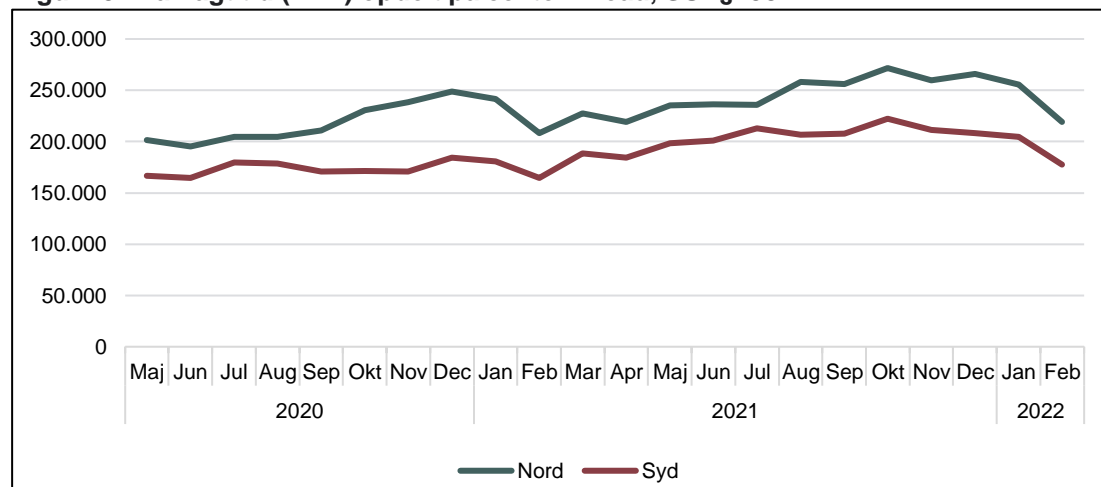
Således har der været en kraftig stigende tendens fra maj 2020 til oktober 2021 på 33,7% (fra 375.118 min. til 501.688 min.), hvorefter der har været tale om et fald frem til marts 2022 på i alt ca. 13%. BCV har ved analysens afslutning oplyst, at der i april og start maj 2022 har været en lille stigning i visiterede timer på i alt ca. 2,7% ift. marts måned.

I figur 25 ses udviklingen i den planlagte tid opdelt på de to centre. Som det fremgår af figuren følger udviklingen i de to centre langt overvejende hinanden, herunder også faldet fra oktober 2021 til februar 2022.

Figur 24. Planlagt tid (min.), SUL§138



Figur 25. Planlagt tid (min.) opdelt på centerniveau, SUL§138*

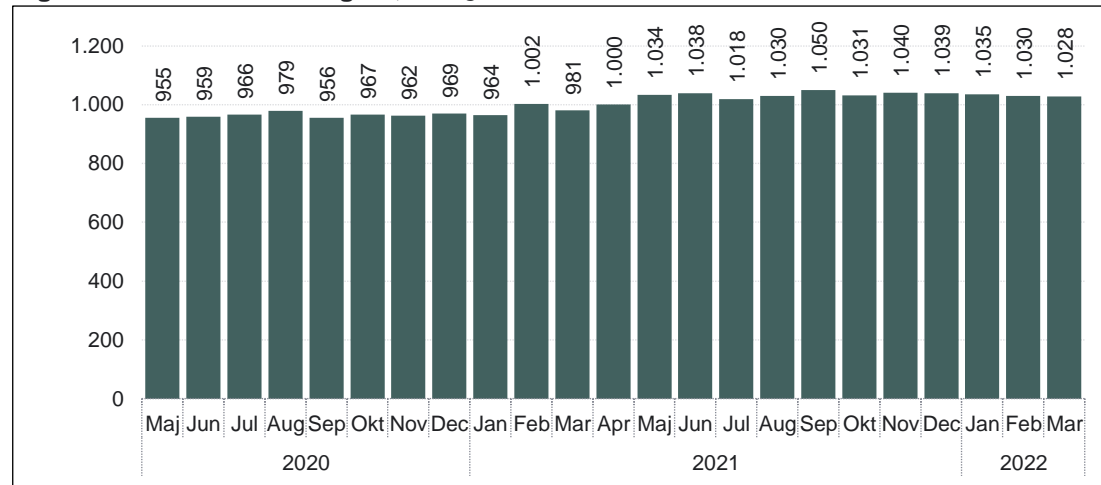


*) Ydelser planlagt i Rehab gruppen er ikke inkluderet, da den planlagte tid til SUL§138 i gruppen udgør mindre end 2% af den samlede planlagte tid

Udvikling i antallet af borgere

Af figur 26 fremgår udviklingen i antallet af borgere, der har modtaget sygeplejeydelser fra maj 2020 til marts 2022. Figuren viser, at antallet af borgere har været støt stigende i perioden fra 955 borgere i maj 2020 til 1.050 borgere i september 2021 (stigning på ca. 10%). Herefter ses et lille fald i aktiviteten fra 1.050 i september 2021 til 1.028 i marts 2022 (et fald på ca. 2%).

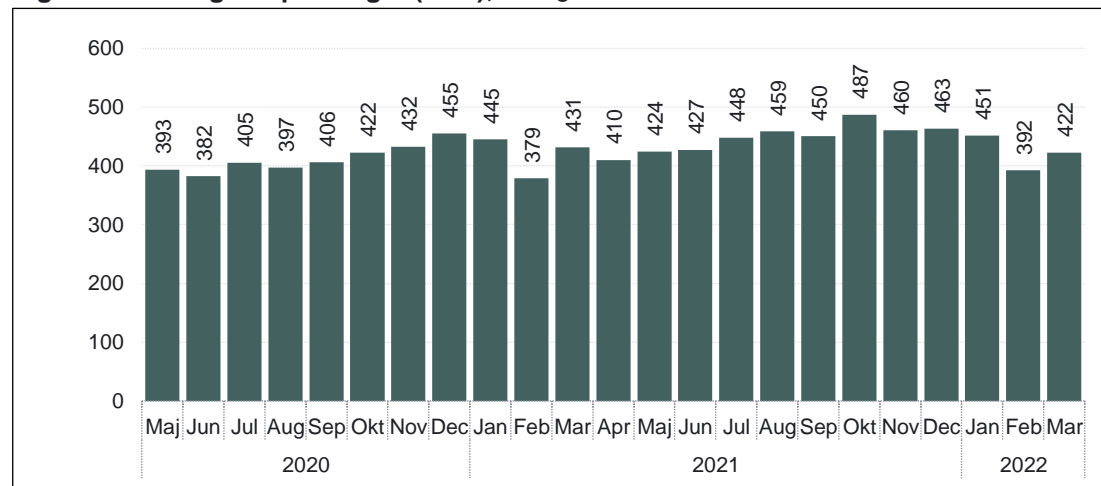
Figur 26. Antal unikke borgere, SUL§138



Udvikling i planlagt tid pr. borger

Ser man på den gennemsnitlige planlagte tid pr. borger i sygeplejen, er der en stigende tendens fra maj 2020 frem mod oktober 2021 på 24% (fra 393 min. til 487 min.). Fra oktober 2021 til marts 2022 ses et fald på 13,3% (fra 487 min. til 422 min.). Faldet i den samlede planlagte tid kan herved primært henføres til færre minutter pr. borger.

Figur 27. Planlagt tid pr. borger (min.), SUL§138



Sygeplejeområdet – Den samlede aktivitetsudvikling og markedsandele på sygeplejeområdet

Den samlede aktivitetsudvikling

Figurerne på de foregående to sider viser, at der (ligesom det fremgik af forbrugsudviklingen i kapitel 3) har været tale om en aktivitetsmæssig stigning i sygeplejen frem til efteråret 2021. Herefter ses et mindre fald i aktiviteten, som primært kan henføres til et fald i det gennemsnitlige antal minutter pr. borger.

I sommeren 2021 blev der iværksat et internt investeringstiltag med fokus på styrket opfølgning på sygeplejeydelser. Dette tiltag skal dække hele sygeplejeområdet, men har ind til nu primært været implementeret i Center Nord, hvor projektlederen var forankret. Center Syd er først nu ved at blive inddraget i aktiviteterne, der ligger som en del af initiativet. De iværksatte tiltag synes fornuftige og vil blive uddybet i kapitel 10 "Forslag til tiltag, som kan reducere de økonomiske udfordringer".

Ud fra de gennemgående aktivitetstal på de foregående sider er der dog ikke pt. nogle indikationer på, at det er netop dette tiltag, der har været årsagen til den reducerede aktivitet siden oktober 2021, da faldet er stort set identisk i både Center Nord og Syd.

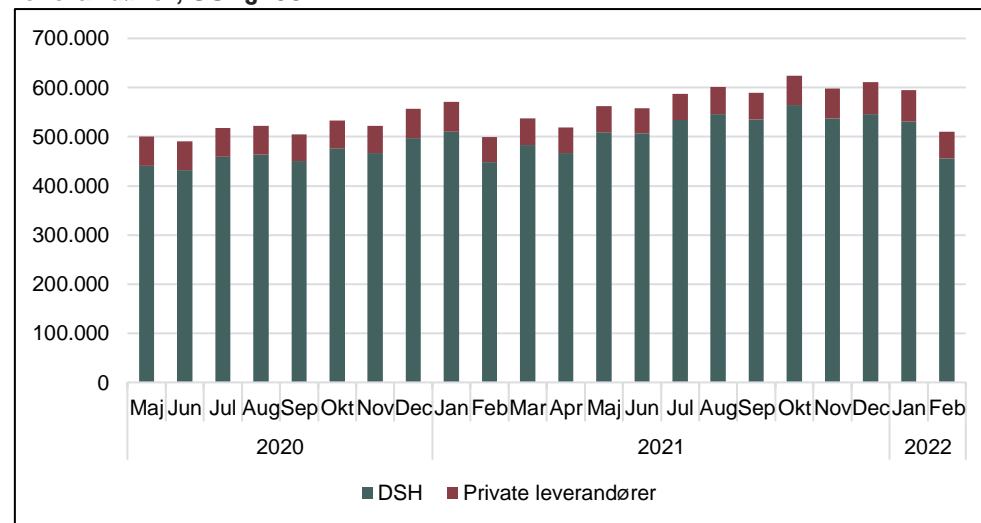
Markedsandel mellem den kommunale og de private leverandører

Af nedenstående figur fremgår udviklingen i den visiterede tid opdelt på Den Sociale Hjemmepleje og de anvendte private leverandører.

Som det ses af figuren, er de private leverandørers andel af den samlede visiterede tid stort set stabil omkring ca. 10% i hele perioden.

Der er således ikke tale om en generel ændring i "markedsandelen" mellem den kommunale og de private leverandører.

Figur 28. Visiteret tid (min.) opdelt på Den Social Hjemmepleje og private leverandører, SUL§138*



*) Visiteret tid til private leverandører af SUL§138 er på tværs af alle leverandører

Ydelser i hjemmesygeplejen

Af figur 29 fremgår det, at medicinadministration er den ydelse, der udgør langt den største andel ift. planlagt tid. Ligeledes fremgår det, at medicindispensering er den ydelse med flest modtagere, hvor medicinadministration følger lige efter. De to medicinydelser udgør derved de langt de største områder i sygeplejen. Medicindispensering er opgaven forbundet med at optæller eller forberede den ordinerede medicin. Det kan typisk være at lægger tabletter i doseringsæsker. Medicinadministration er opgaven forbundet med at udlevere og evt. hjælpe borgeren med at indtage den ordinerede medicin.

Af figur 30 ses udviklingen i de seks primære ydelser i perioden maj 2020 til februar 2022. I denne periode ses primært en stigning i medicinadministration på 32 pct (fra ca. 164.000 min. i maj 2020 til ca. 222.000 min i januar 2022). Grundet antallet af dage i måneden kan februar ikke sammenlignes med øvrige måneder.

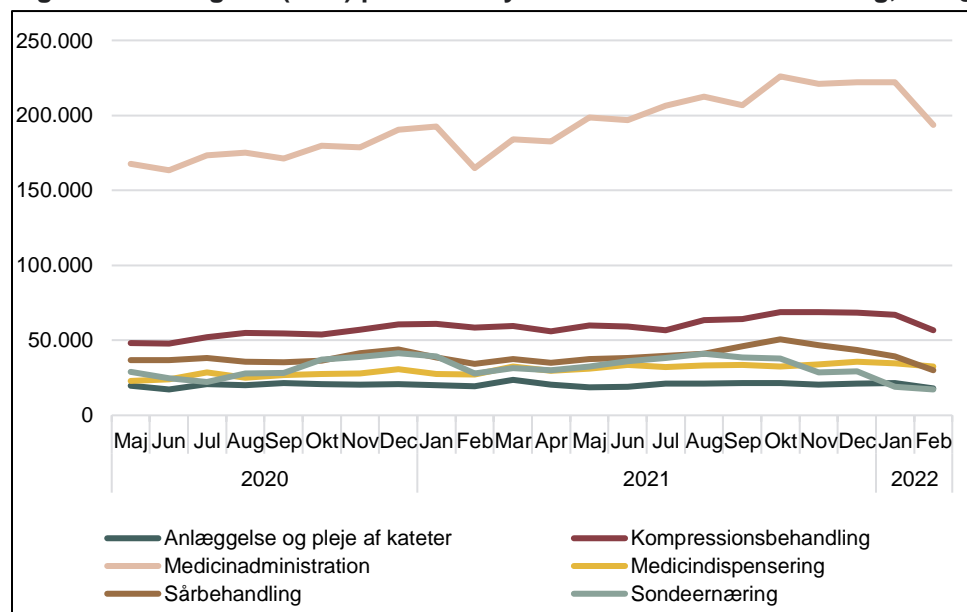
Medicinopgaverne er ikke nødvendigvis en opgave, som kun kan løses af sygeplejen. Et alternativ er at få etableret aftaler med de praktiserende læger, således at de i højere grad ordinerer dosispakker, som apotekerne pakker og sender til borgeren. Denne model vil principielt kunne nedbringe særligt dispenseringsopgaven yderligere i Den Sociale Hjemmepleje. Udfordringen ved denne løsningsmodel har hidtil været at få de praktiserende læger til at udføre opgaven. Der er dog indgået en aftalt (pt. frem til 1. juli 2022), som gør det muligt for den praktiserende læge at modtage betaling for denne ordination. Denne model indebærer desuden en mindre ekstra udgift for borgeren, som i en række tilfælde kan være en klar udfordring.

Samlet set synes det u hensigtsmæssigt, at en presset sygepleje i SOF skal bruge så forholdsmæssigt mange ressourcer på en logistikopgave (for nogle borgere). Det anbefales derfor, at der er maksimalt fokus på at finde alternative løsninger, herunder brug af den ovenfor beskrevne model (se uddybning heraf i kapitel 10 om løsningsforslag).

Figur 29. Samlet planlagte tid og antal unikke borgere opgjort på de seks ydelser med størst tidsforbrug, maj 2020 – februar 2022, SUL\$138

Ydelse	Planlagt tid	Unikke borgere
Medicinadministration	4.231.592	1.297
Kompressionsbehandling	1.297.136	484
Sårbehandling	861.728	715
Sondeernæring	695.925	41
Medicindispensering	662.498	1.393
Anlæggelse og pleje af kateter	447.205	163

Figur 30. Planlagt tid (min.) på de seks ydelser med størst tidsforbrug, SUL\$138



Varighed af sygeplejeydelserne

Af figur 31 og 32 fremgår varigheden af de sygeplejeydelser, der blev startet op i maj 2020 eller senere, og som var igangværende ved udgangen af februar 2022. Grundet databrud fra overgangen fra CSC til Cura har det desværre ikke været muligt at inddrage forløb, der går længere tilbage end maj 2020. Dette gør af sagens natur analysen af varighed af sygeplejeydelserne begrænset og mangelfuld. Med dette forbehold observeres det dog af figuren, at der er betydelige forskelle ift. varigheden af de enkelte ydelser.

Det fremgår bl.a., at 24% af de aktive sager omhandlende sårbehandling har været i gang i mere end 1,5 år. Sygeplejen forklarer i interview dette med, at der eksisterer en gruppe af borgere, der har kroniske sår, hvilket kræver langvarig behandling.

Samlet set vurderer sygeplejen ikke, at de angivne forløbs-opgørelser giver anledning til særlige initiativer, om end der konstant bør være fokus på afslutning af forløb.

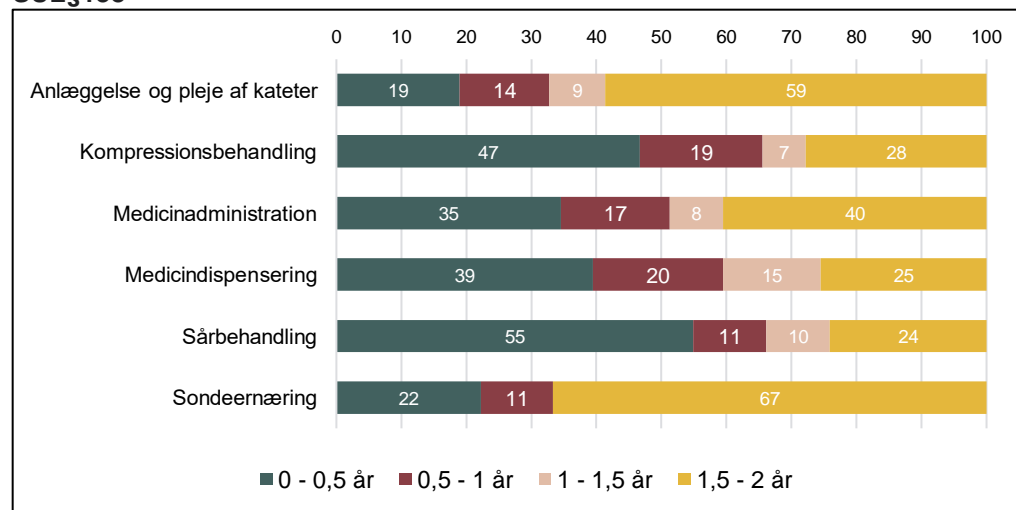
Sygeplejeydelser på SOF's botilbud

I forbindelse med dataanalysen er det tillige blevet undersøgt, hvor stor omfanget er af leveret sygeplejeydelser fra Den Sociale Hjemmepleje til SOF's botilbud. Dette vil typisk være ifm. vakante sygeplejestillinger på botilbudsområdet. Gennemgangen viser, at antallet af sygeplejeydelserne er ganske begrænset til gennemsnitligt 10.900 antal minutter pr. måned, hvilket svarer til 2,5% af alle sygeplejeydelser i perioden maj 2020 til februar 2022.

Figur 31. Antal aktive forløb fordelt på varighed pr. ultimo februar 2022, SUL§138

Ydelse	0 - 0,5 år	0,5 - 1 år	1 - 1,5 år	1,5 - 2 år
Anlæggelse og pleje af kateter	11	8	5	34
Kompressionsbehandling	84	34	12	50
Medicinadministration	185	90	44	217
Medicindispensering	260	132	99	168
Sårbehandling	73	15	13	32
Sondeernæring	2	1	0	6

Figur 32. Fordeling af aktive forløb på varighed pr. ultimo februar 2022, pct. SUL§138



Hjemmesygeplejens aldersprofil

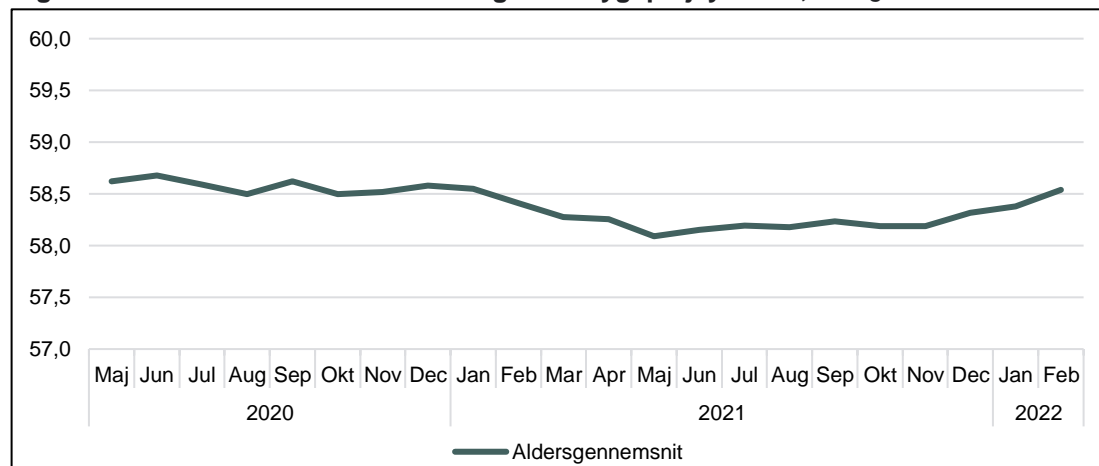
Af figur 33 fremgår den gennemsnitlige alder blandt modtagerne af sygeplejeydelserne i Den Sociale Hjemmepleje. Som det fremgår af figuren, har der i perioden maj 2020 til maj 2021 været et lille fald fra 58,6 år til 58,1 år, mens der fra maj 2021 til februar 2022 igen har været en lille stigning fra 58,1 år til 58,5 år, hvorfor man ved udgangen af perioden ender på samme gennemsnitsalder som ved dens start.

Betrager man de enkelte aldersgruppers udvikling, ses det af figur 34, at der generelt har været en stigning i aldersgruppen 50-64 år og et lille fald i aldersgruppen 65-79 år.

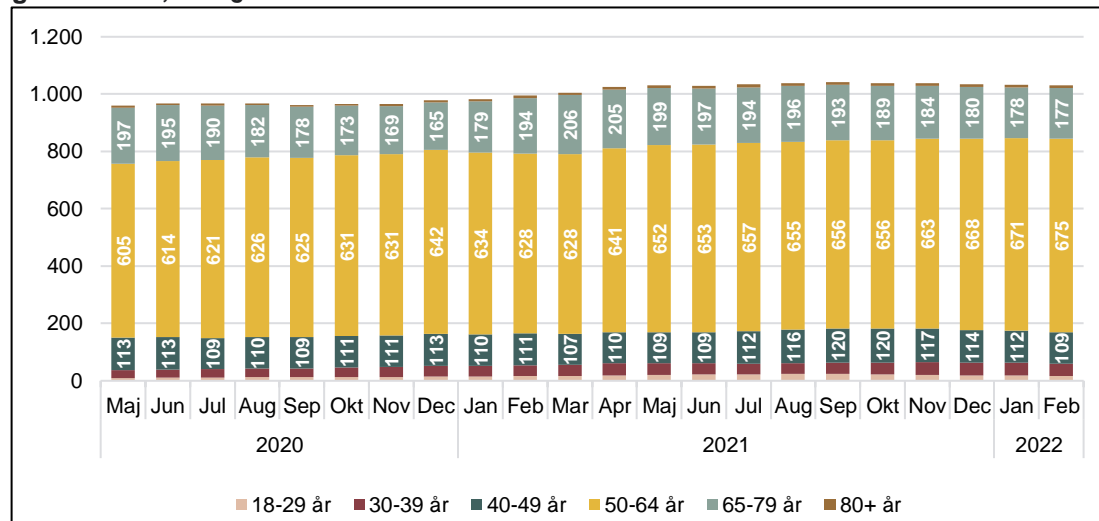
Målgruppen over 65 år er således faldet fra 21,3% i maj 2020 til 18,1% i februar 2022.

Faldet i aldersgruppen over 65 år forklares med, at flere borgere over 65 år er overgået til SUF.

Figur 33. Gennemsnitsalder for modtagere af sygeplejeydelser, SUL§138*



Figur 34. Antal unikke borgere fordelt på aldersgrupper, kvartalsmæssigt glidende gennemsnit, SUL§138*



*) Alder er opgjort ved bagud skuende justering af alder ved dags dato for dataudtræk

Sygeplejeområdet – Grupper og vagthold

Sygepleje leveret af de sygeplejegrupper

Af figur 35 og 36 fremgår det, at det i dag på tværs af de to centre er ca. 40% af sygeplejeydelserne, der er opgaveoverdraget til hjemmeplejegrupperne.

Det ses samtidig, at der mellem de to centre er forskelle i, hvordan omfanget af opgaveoverdragelse har udviklet sig i perioden.

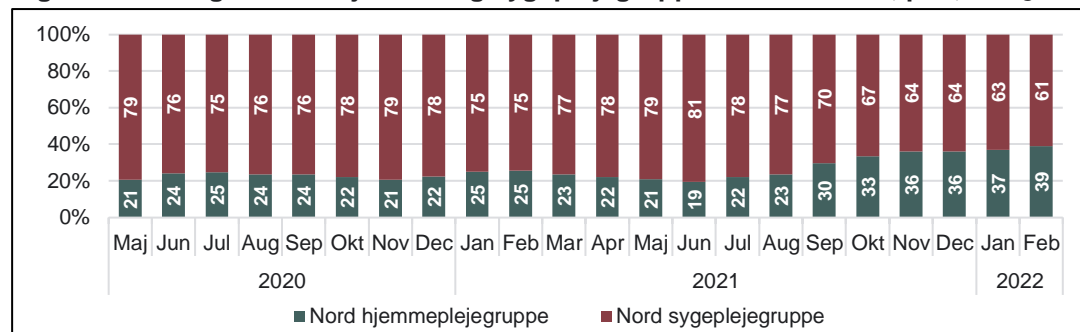
Figur 35 viser, at hjemmeplejegruppernes andel i Center Nord steg fra 21% i maj 2020 til 39% i februar 2022, hvilket er en stigning på 18 procentpoint. Der observeres en kraftig stigning i opgaveoverdragelsen i september 2021, hvilket skyldes, at SOSU-assistenterne i Center Nord pr. august 2021 blev overflyttet fra sygeplejegruppen til hjemmeplejegruppen. Assistenterne medtog derved en række sundhedsydelser til hjemmeplejegruppen som opgaveoverdraget ydelser.

Figur 36 viser, at andelen i Center Syd har været mere eller mindre stabil omkring 40% igennem hele perioden. Grunden til denne statiske andel er, at overflytningen af assistenterne i Center Syd skete allerede i 2019, hvilket ikke fremgår af figuren grundet skiftet af omsorgssystem i 2020.

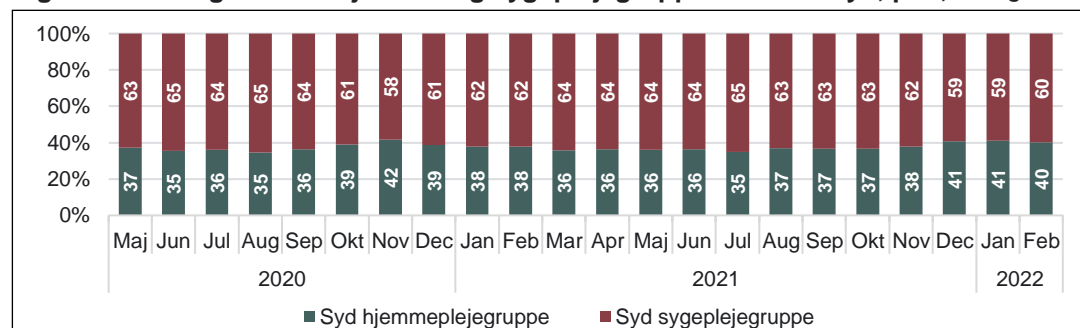
Sygepleje dag, aften og nat

Af figur 37 fremgår det, hvornår på dagen sygeplejeydelserne leveres. Af figuren ses det, at forholdet mellem de tre grupper (dag, aften og nat) har været stort set stabilt i hele perioden, og at ca. 66% leveres om dagen, 32% om aften og 2% om natten. Sygeplejens vurdering i interviewene er, at det rent fagligt ikke vurderes muligt at ændre væsentligt på denne fordeling grundet borgernes behov for at få ydelser på forskellige tider af døgnet.

Figur 35. Planlagt tid hos hjemme- og sygeplejegrupper i Center Nord, pct., SUL§138*

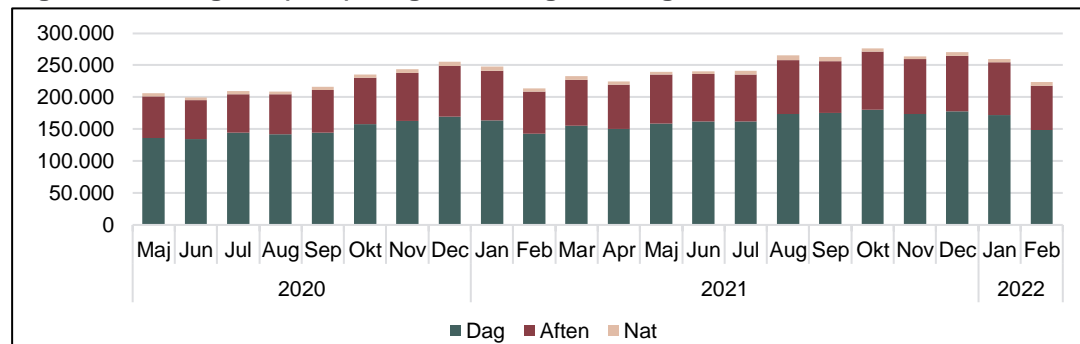


Figur 36. Planlagt tid hos hjemme- og sygeplejegrupper i Center Syd, pct., SUL§138*



*) I sygeplejegrupperne i både Center Nord og Center Syd indgår aften syge- og hjemmepleje, mens nat syge- og hjemmepleje indgår i Center Nord. Sygeplejeydelserne er i disse grupper delvist opgaveoverdraget.

Figur 37. Planlagt tid (min.) i dag-, aften- og nattevagt, SUL§138



Kompetenceprofil i sygeplejen

Af figur 38 fremgår det hvilke personalekategorier, der leverer sygeplejeydelserne. Her fremgår det, at det kun er lidt over 10% af sundhedsydelse, der bliver leveret af en fastansat sygeplejerske. Ligeledes fremgår det, at ca. 40% af de leverede sygeplejeydelser leveres af vikarer. Ydermere fortæller sygeplejen, at kun meget få vikarer er sygeplejersker af uddannelse, men i stedet assistenter eller hjælpere. Dette må generelt vurderes som værende bekymrende ift. at sikre en tilstrækkelig faglighed.

Den Sociale Hjemmepleje har (jf. beskrivelsen i kapitel 2) gennemført en lang række initiativer med henblik på at styrke rekrutteringen. Dette har ikke mindst været tilfældet ift. antallet af sygeplejersker. Til trods for denne indsats viser figuren, at det ikke er lykkedes at øge andelen af opgaver, der løses af sygeplejersker.

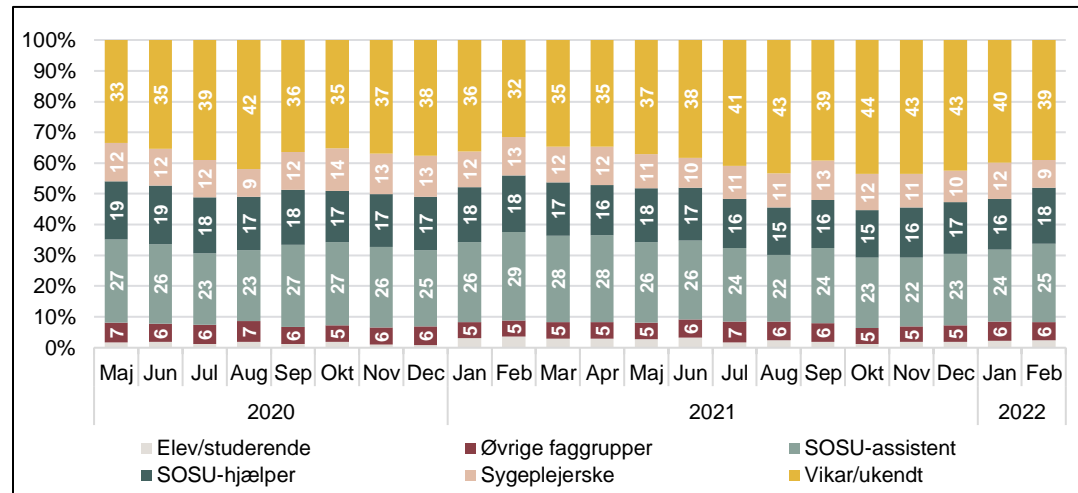
Sygeplejen beretter i interviewene, at flere vikarer indebærer, at de resterende sygeplejersker må bruge mere tid på planlægning, vejledning, opfølgning og oprydning på vikarernes indsats.

Yderligere betyder det lave antal sygeplejersker, at de få fastansatte sygeplejersker skal dække meget store geografiske områder (og heraf følgende høj transporttid) for at varetage de mere specialiserede sygeplejefaglige opgaver, der ikke kan uddelegeres til vikarer. Dette medfører en lav ATA-tid for sygeplejerskerne.

Den manglende sygeplejedækning betyder yderligere, at der ikke er sygeplejersker på arbejde i nattevagten. Konsekvensen af dette er, at de få specialiserede opgaver, der skal løses i nattetimerne, fx terminal-patienter der skal have smertestillende medicin, løses som opgaveoverdraget sygepleje eller af SUF's sygepleje.

Dette gælder dog ikke borgere på botilbud, hvor der pt. ikke er en aftale med SUF, hvilket betyder at denne målgruppe får et dårligere sundhedsfagligt tilbud end øvrige borgere i København.

Figur 38. Planlagt tid fordelt på stillingskategori, pct.,SUL§138



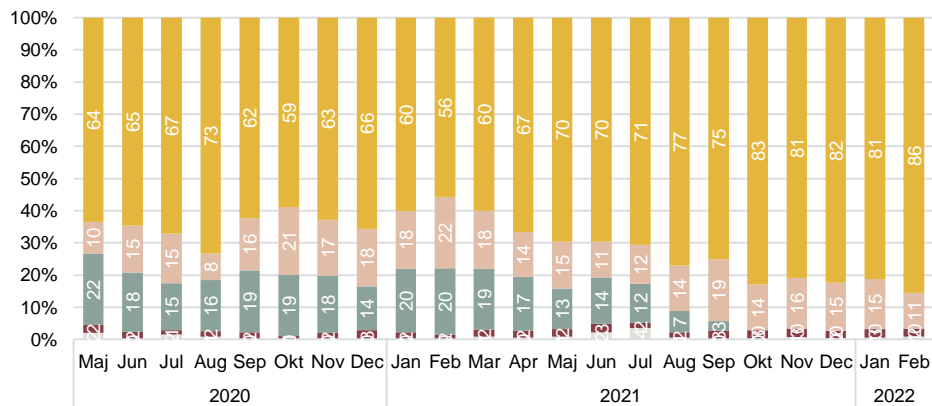
Note: Opdelingen på stillingskategori i figuren er identificeret ved at koble HR-data fra KKOrg på medarbejderkoden associeret med den pågældende planlagte ydelse i Cura. Hermed vil der for medarbejdere, der fremgår i KKOrg, være tilknyttet senest opdaterede stillingskategori eller titel, mens det for medarbejderkoder uden information i KKOrg kan antages, at disse i langt overvejende grad er vikarer.

Ser man på figurene på den følgende side, fremgår det, at ovenstående figur 38 dækker over væsentlige forskelle mellem Center Nord og Syd.

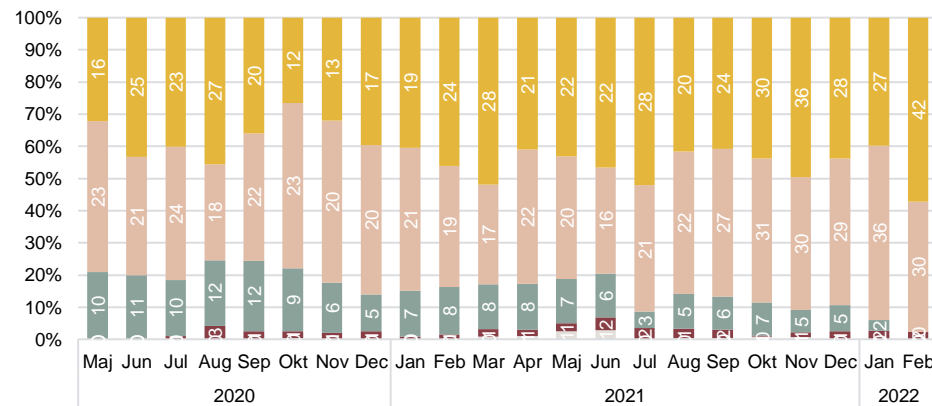
Sygeplejeområdet – Kompetenceprofil

Figur 39. Planlagt tid fordelt på stillingskategori og områdegruppe, pct.,SUL§138

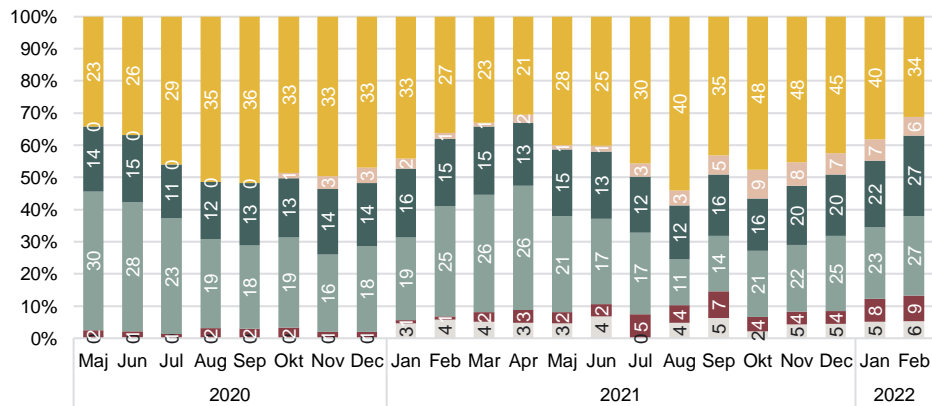
Nord dagsygepleje



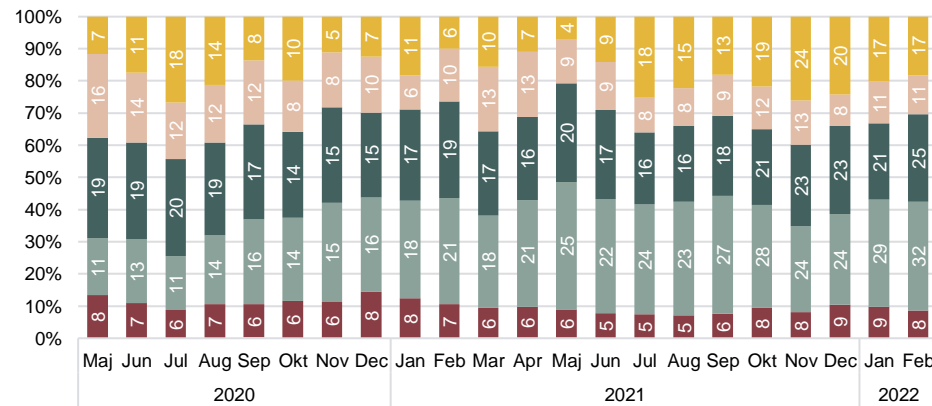
Syd dagsygepleje



Nord aften syge- og hjemmepleje



Syd aften syge- og hjemmepleje



■ Elev/studerende
 ■ Øvrige faggrupper
 ■ SOSU-assistent
■ SOSU-hjælper
 ■ Sygeplejerske
 ■ Ukendt/vikar

Note: Opdelingen på stillingskategori i figuren er identificeret ved at koble HR-data fra KKOrg på medarbejderkoden associeret med den pågældende planlagte ydelse i Cura. Hermed vil der for medarbejdere, der fremgår i KKOrg, være tilknyttet senest opdaterede stillingskategori eller titel, mens det for medarbejderkoder uden information i KKOrg kan antages, at disse i langt overvejende grad er vikarer.

Sygeplejeområdet – Kompetenceprofil

I dagsygeplejen i Center Nord løses således over 80% af opgaverne (siden oktober 2021) af vikarer, mens det i dagsygeplejen i Center Syd er 30-40%. Den massive vikarandel i Center Nord betyder fx. at sygeplejens leder selv må varetage en række af de mest komplekse opgaver.

Perspektiverende fortæller ledelsen i BCV, at en række af vikarerne har så mange opgaver i Den Sociale Hjemmepleje, at de næsten er fast tilknyttet. Dette giver et øget kendskab til borgerne og processerne i Den Sociale Hjemmepleje. Det er dog vores vurdering, at det nuværende vikarniveau på sygeplejen er uholdbart stort ift. at sikre den fornødne faglighed og stabilitet.

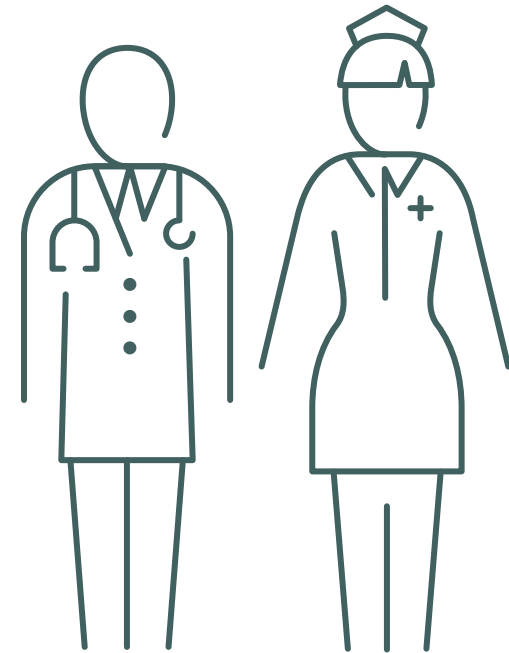
I aftengrupperne løses stort set alle opgaver af SOSU-assistenten, SOSU-hjælper og vikarer.

Baggrunden for den faldende andel af assistenter i dagsygeplejen i Center Nord skyldes assistenternes overflytning til hjemmeplejegrupperne. Den lille andel af assistenter i dagsygeplejen i Center Syd kan formentlig tilskrives timelønnede (interne vikarer).

Stigningen i vikarandelen i Center Nord fra august 2021 til februar 2022 kan dels tilskrives, at assistenterne er flyttet til hjemmeplejegruppen, hvorved vikarernes forholdsmæssig andel stiger som følge heraf. Herudover tyder det på, at andelen af ydelser, som sygeplejerskerne udfører, yderligere er blevet reduceret i denne periode.

Endelig må det forventes, at de budgettildelinger, der har været ift. sygeplejen, må have medført en risiko for en øget vikarandel grundet manglende muligheder for rekruttering af sygeplejersker.

Til trods for de betydelige indsatser SOF har iværksat på rekrutteringsområdet jf. kapitel 2, viser opgørelserne fortsatte og stigende udfordringer.



Sygeplejeområdet – Revisitering af og opfølgning på sygeplejedydelser

Revisitering af sygeplejedydelser

En af de mest centrale styringsmæssige forhold på sygeplejeområdet er, at det er den praktiserende læge/hospitalslæge, der ordinerer sygeplejedydelserne. Denne ordination skal følges af Den Sociale Hjemmepleje, og er derved styrende for visitationen.

I nogle situationer kan lægen vælge at udstede en ramme-ordination i stedet for en specifik ordination. Her beskrives hvilken ydelse, der skal udføres, mens metode og frekvens ikke er fastlagt men overladt til sygeplejen at definere.

Den Sociale Hjemmepleje kan således ifm. visitationen ikke ændre en ordinær ordination. Efter opstart skal sygeplejen dog foretage en vurdering af, om den ordinerede/visiterede tid er retvisende ift. borgerens konkrete behov. Derved har Den Sociale Hjemmepleje mulighed for (efter aftale med lægen) at justere den visitation, der er udarbejdet på baggrund af lægens ordination.

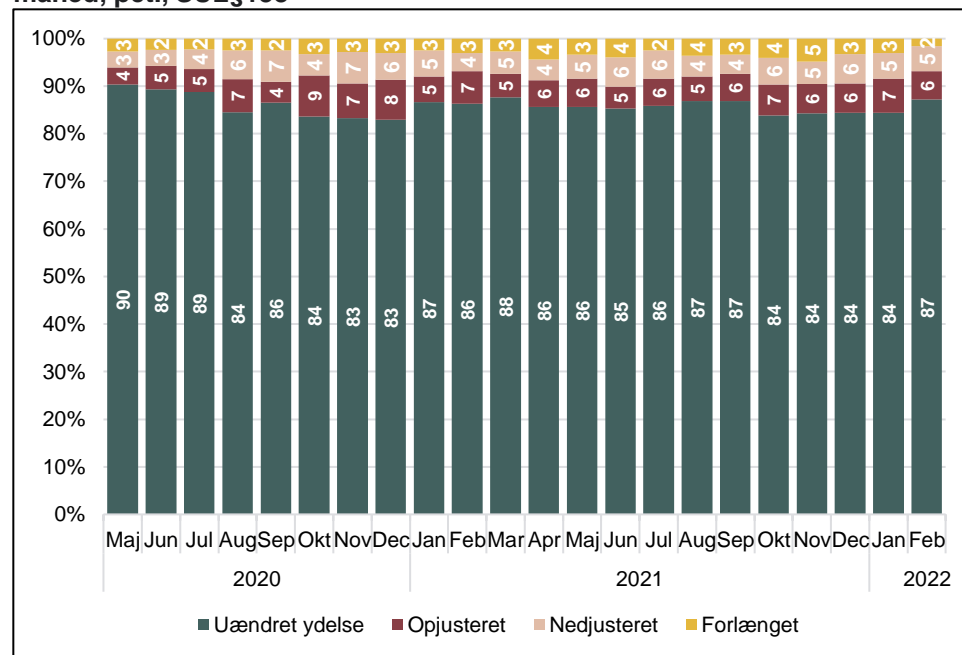
Den Sociale Hjemmepleje har da tre primære "håndtag" til at justere forbruget på sygeplejeområdet:

- Påvirke lægerne til at gøre mest mulig brug af rammeordinationer
- Foretage systematiske vurderinger af om den visiterede tid er korrekt eller kan justeres
- Gennemføre tæt opfølgning i sagerne med henblik på rettidig justering og afslutning af forløb.

SOF råder desværre ikke over data, der kan beskrive forholdet mellem ordinære og rammeordinationer og ej heller data om antallet af ordinationer. SOF råder ej heller over data, der kan beskrive udviklingen i gennemførte vurderinger og effekten heraf. Endelig råder SOF ikke over data, der kan belyse hyppigheden af opfølgninger.

Med henblik på at opstille en indikator, der kan belyse effekten af de foretagne vurderinger, viser figur 40 en dataanalyse på visiteret tid, der belyser hvor mange forløb, der bliver justeret indenfor den første måned efter visitationen.

Figur 40. Andel af visiterede forløb der er blevet ændret indenfor den første måned, pct., SUL§138



Af figuren fremgår det, at der i perioden maj 2020 til februar 2022 kun var mellem 3% og 7% af de visiterede sygeplejeforløb, hvor der skete en nedjustering af de visiterede timer indenfor den første måned.

Den Sociale Hjemmepleje oplyser samtidig, at det er oplevelsen, at henvendelser til læger med henblik på justering af en ordineret ydelse ofte bliver imødekommet.

Derved synes effekten af de gennemførte vurderinger at være begrænset ift. at reducere tidsforbruget. Der synes derved at være et potentiale for tættere opfølgning (se uddybning heraf i kapitel 10 om løsningsforslag).

Opsamling

Samlet set viser gennemgang af den aktivitetsmæssige udvikling på sygeplejeområdet, at der frem til oktober 2021 er sket en betydelig aktivitetsstigning, som herefter har stabiliseret sig ift. antallet af borgere og samtidig et fald i planlagt tid. Denne udvikling kan ikke umiddelbart tilskrives de igangsatte særlige opfølgingsinitiativer i Center Nord, da samme udvikling også kan spores i aktiviteten i Center Syd.

Analysen af sygeplejens tidsforbrug på tværs af sygeplejeydelserne viser, at de to medicinopgaver (administration og dispensering) udgør en meget stor andel af opgaverne.

På tværs af de forskellige ydelser er det ikke sygeplejens egen vurdering, at forløbenes varighed er alarmerende, men det er dog til stadighed et område, der kræver konstant opfølgning.

Analysen af justeringer af visiterede sygeplejeydelser viser, at det umiddelbart relativt sjældent at der foretages nye vurderinger inden for en måned af igangsættelse af forløb.

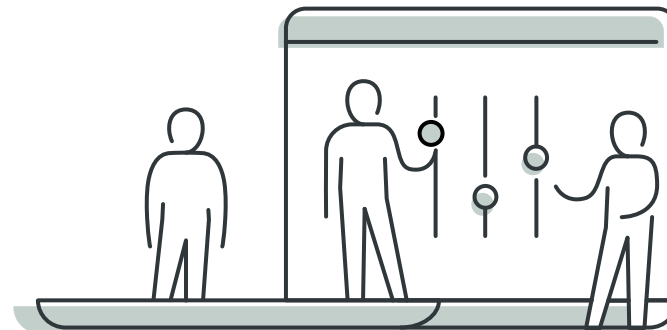
Gennemsnitsalderen for modtagerne af hjemmesygeplejen har igennem perioden ikke ændret sig signifikant, og en lille reduktion i andelen af borgere over 65 år kan indikerer en lidt øget opgaveoverdragelse til SUF, ligesom det er tilfældet for hjemmeplejen.

Analysen af opgaveoverdragelsen mellem sygepleje- og hjemmeplejegrupper viser, at opgaveoverdragelsen har været stigende og i dag udgør næsten 40%. Et element heri er assistenternes organisatoriske flytning fra sygeplejegrupperne til hjemmeplejegrupperne.

Endelig viser analysen, at der på sygeplejeområdet er en uforholdsmæssig høj vikarandel på gennemsnitligt ca. 40%. Særlig dagsygeplejegruppen i Center Nord har en massiv udfordring, hvor over 80% af de leverede ydelser leveres af vikarer.

Manglen på fastansatte sygeplejersker og det høje vikarforbrug indebærer bl.a., at de resterende sygeplejersker må bruge mere tid på planlægning, vejledning, opfølgning og oprydning på vikarernes indsats, hvorfor deres kompetencer i endnu mindre omfang bliver anvendt ift. den direkte borgerkontakt. Endvidere skal de fastansatte sygeplejersker løse de mere specialiserede sygeplejefaglige opgaver på tværs af hele kommunen, hvilket medfører øget transporttid og en lav ATA-tid. Foruden disse driftsmæssige udfordringer medfører et højt vikarforbrug en stærkt udfordret faglighed og kontinuitet samt en svækket kvalitet i opgaveløsningen. Endelig er der ikke sygeplejersker til at varetage sundhedsopgaver i nattetimerne.

Til trods for de betydelige indsatser SOF har iværksat på rekrutteringsområdet jf. kapitel 2 viser analysen, at de massive rekrutteringsudfordringer fortsat eksisterer og er stigende.



5. BENCHMARKING AF DEN SOCIALE HJEMMEPLEJE MED UDVIKLINGEN I ANDRE KOMMUNER

Benchmarking af Den Sociale Hjemmepleje med udviklingen i andre kommuner

Indledning

I dette kapitel gennemføres en analyse, hvor udviklingen i Den Sociale Hjemmepleje benchmarkes mod udviklingen i Sundhedsforvaltningen i Københavns Kommune (SUF), Aarhus Kommune og Aalborg Kommune.

Benchmarkinganalysen belyser primært udviklingen inden for sygeplejen efter SUL§138 i de fire organisationer i perioden 2019-2021. Der er dog ligeledes blevet indsamlet grundlæggende aktivitetstal for hjemmeplejeområdet og rehabilitering efter hhv. SEL§83 og §83a.

Det særlige fokus på sygeplejen udspringer dels af at sygeplejeområdet har hovedfokus i opgavestillers opgavebeskrivelse. Herudover viste ovenstående analyse af Den Social Hjemmepleje, at det er sygeplejeområdet, som de seneste år har oplevet den største udgifts- og aktivitetsstigning.

Valget af deltagende kommuner er begrundet i et ønske om at gøre benchmarkanalysens resultater så sammenlignelige som mulig. Aarhus og Aalborg er derfor inkluderet i analysen, da disse to kommuner sammen med København er de tre største kommuner i Danmark og alle har større byområder. For at kunne konstruere et mere komplet billede af hjemmesygeplejen i Københavns Kommune er der blevet indhentet data fra SUF, hvorfor sygeplejen til borgere over 65 år primært bliver leveret fra.

Data er blevet indsamlet fra de deltagende kommuner i en proces, hvor et indledende møde har afklaret spørgsmål angående definitioner, tidsmæssig afgrænsning mm. Herefter har kommunerne på egen hånd udfyldt en dataskabelon, hvor der har være mulighed for at kommenterer de indrapporterede tal. Endelig er der blevet gennemført valideringsmøder, hvor kvalitative input om området ligeledes er blevet indsamlet.

Opbygning og forbehold

Benchmarkanalysen følger en opbygning lignende analysen af Den Social Hjemmepleje ovenfor. Først beskrives data på hjemmepleje og rehabilitering før en mere detaljeret analyse af sygeplejen gennemføres. Herefter videreformidles inspiration fra de andre kommuners håndtering af sygeplejeområdet i en opsamling, der perspektiverer benchmarkanalysen til situationen i Den Sociale Hjemmepleje.

Det er vigtigt at pointere en række forbehold, der skal tages i forbindelse med sammenligning af data. Der skal tagen en række forbehold for sammenligneligheden af data på tværs af kommuner, da organisatoriske forskelle og opgørelsesmetoder kan have indflydelse på aktivitetsopgørelserne, på trods af et forsøg på at opnå ensartethed på tværs af kommuner ved de indledende møder. Fx vil der på tværs af de deltagende kommuner være mindre forskelle i, hvorledes snittet mellem SEL§83 og SUL§138 ydelser præcist er defineret, således at en given ydelse i en kommune kan leveres som hjemmepleje, mens den i en anden kommune leveres som sygepleje.

Endelig skal det pointeres, at perioden har været præget af bl.a. covid-19 pandemien samt sygeplejestrækken, hvilket visse opgørelser kan bære præg af.

Hjemmeplejeområdet

Hjemmeplejeområdet i 2021

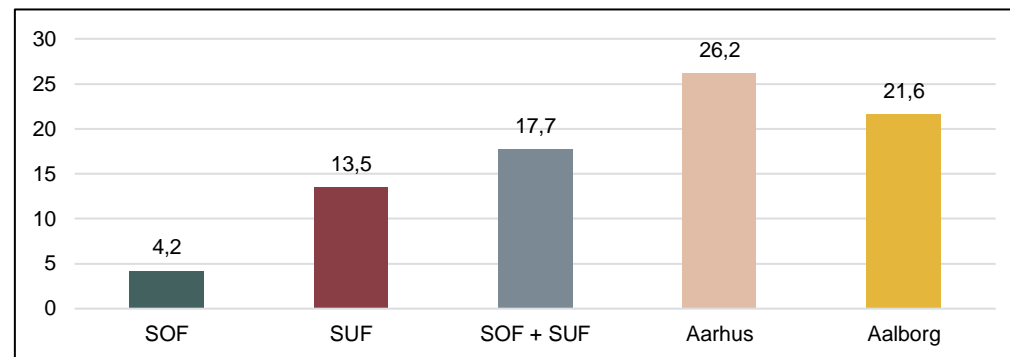
I 2021 havde Københavns Kommune på tværs af SOF og SUF 11.299 modtagere af hjemmeplejeydelser, mens Aarhus og Aalborg Kommune havde henholdsvis 9.259 og 4.740 modtagere. Omkring 31% af modtagerne i København modtog ydelser i regi af SOF, hvilket svarer til omkring 2.700 modtagere,

Det er ikke overraskende, at København har det største antal modtagere af hjemmepleje, men figur 41 viser, at hvis antallet af modtagere opgøres pr. 1.000 borgere i kommunen, ligger Aarhus højest efterfulgt af Aalborg. SOF og SUF lagt sammen har 17,7 modtagere pr. 1.000 borgere i kommunen, hvilket betyder, at Aarhus har 48% flere modtagere pr. 1.000 borger. Denne forskel kan bl.a. skyldes, at befolkningen i København generelt er yngre, og dermed at en mindre andel af denne har behov for hjemmepleje. I København er 89% af borgerne under 65 år, mens samme andel er 85% i Aarhus og 81% i Aalborg.

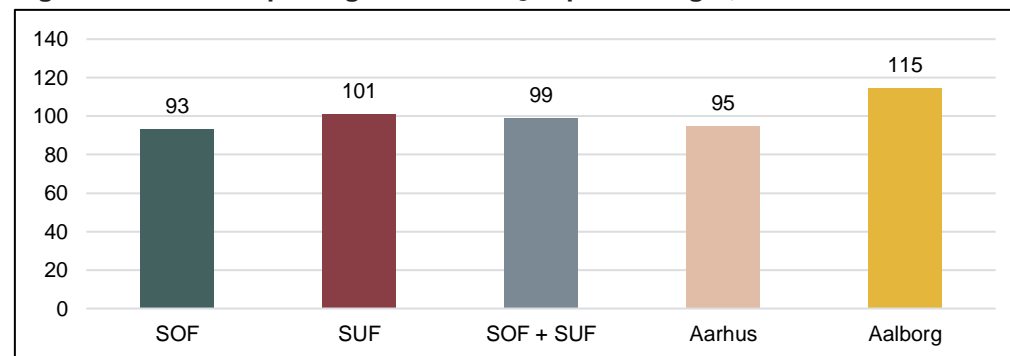
Betragtes antallet af planlagte timer til hjemmepleje pr. modtager i 2021, fremgår det af figur 42, at København og Aarhus ligger omtrent på samme niveau, mens Aalborg med 115 timer pr. modtager ligger højest. Aarhus ligger mellem SOF og SUF, som henholdsvis 93 og 101 planlagte timer pr. modtager.

Som nævnt ovenfor er der relativt flere borgere under 65 år i Københavns Kommune end i Aarhus og Aalborg Kommune. Det er derfor ikke overraskende, at figur 43 viser, at andelen af modtagere under 65 år i København er 23% og dermed højere end de 18% og 13% i henholdsvis Aarhus og Aalborg. Det ses endvidere, at de yngre modtagere af hjemmepleje i overvejende grad får leveret ydelser fra SOF, mens borgere over 65 år overvejende modtager ydelser fra SUF.

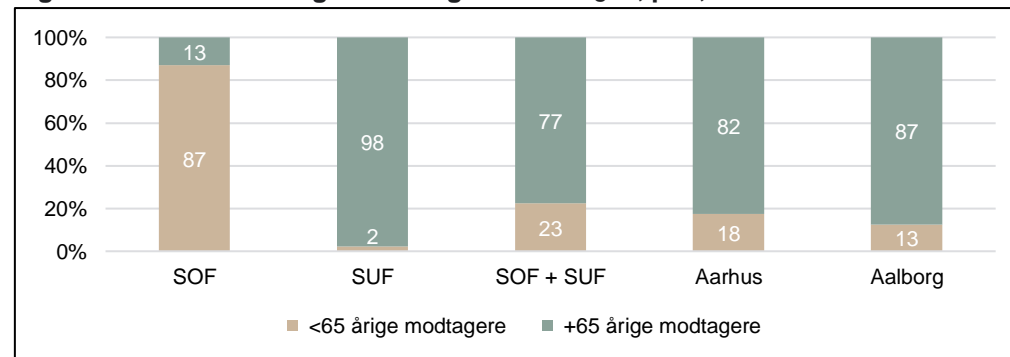
Figur 41. Antal modtagere af SEL§83 pr. 1.000 borger i kommunen, 2021



Figur 42. Gns. antal planlagte timer SEL§83 pr. modtager, 2021



Figur 43. Aldersfordeling af modtagere af SEL§83, pct., 2021



Rehabiliteringsområdet

Rehabiliteringsområdet i 2021

I 2021 havde Københavns Kommune på tværs af SOF og SUF 2.052 modtagere af rehabilitering efter SEL §83a, mens Aarhus og Aalborg Kommune havde henholdsvis 1.650 og 1.828 modtagere. Omkring 27% af modtagerne i København modtog ydelser i regi af SOF, hvilket svarer til omkring 430 modtagere.

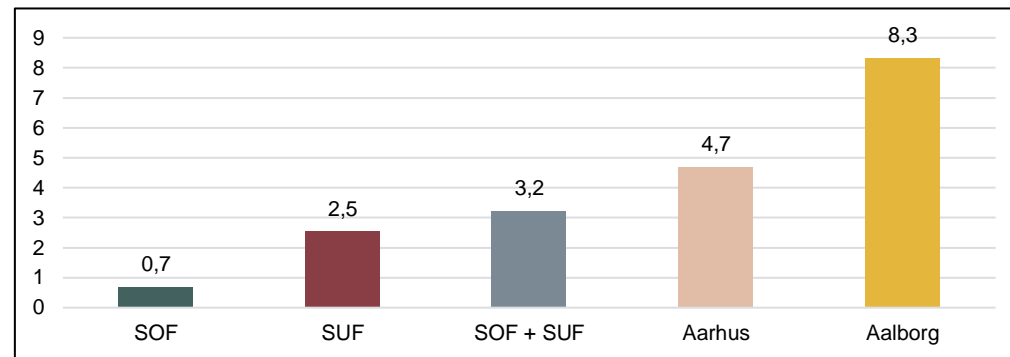
Ligesom det er tilfældet på hjemmeplejeområdet, er det ikke overraskende, at København har det største antal modtagere af rehabilitering, men figur 44 viser, at hvis antallet af modtagere opgøres pr. 1.000 borgere i kommunen, har København det absolut lavest antal med 3,2 modtagere pr. 1.000 borgere. Aarhus har ca. 50% flere, mens Aalborg har 8,3 modtagere pr. 1.000 borgere, hvilket er næsten 2,5 gang flere end København.

Figur 45 viser, at Aalborg Kommune ikke blot har relativt flere modtagere, men at disse også i gennemsnit havde flere timer planlagt i 2021 sammenlignet med Aarhus og SOF (data på planlagte tid for SEL §83a er ikke opgjort for SUF). Dette betyder, at der i 2021 blev planlagt omkring 39.000 timers rehabilitering i Aalborg, mens samme tal var omkring 24.500 i Aarhus og 7.500 i SOF.

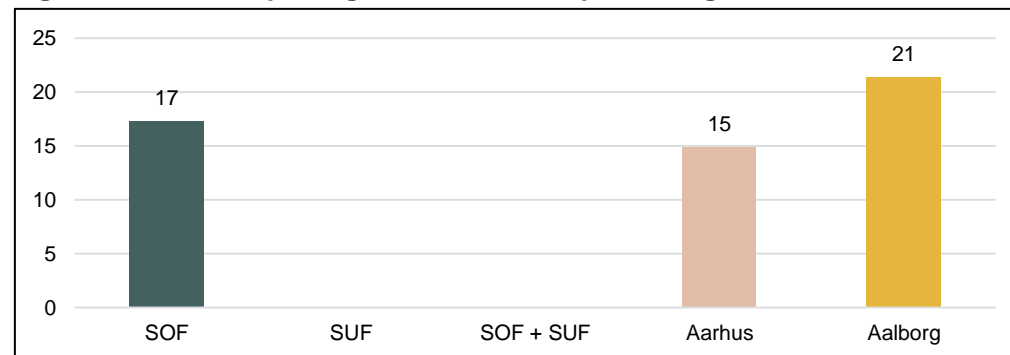
Figur 46 viser, at København har relativt flere modtagere af rehabilitering under 65 år, hvoraf 92% af disse modtager ydelserne fra SOF. København har mere end dobbelt så mange modtagere under 65 år end Aarhus og Aalborg. Som nævnt på foregående side er der en relativt større andel borgere under 65 år i København, hvorfor det ikke er overraskende, at der her vil være en større andel yngre borgere i rehabilitering.

Sættes antallet af modtagere af rehabilitering i forhold til antallet af modtagere af hjemmepleje for at få et indtryk af den relative anvendelse af rehabilitering, viser data, at SOF og SUF har henholdsvis 6,2 og 5,3 gange så mange modtagere af hjemmepleje som rehabilitering, mens samme tal er 5,6 for Aarhus og kun 2,6 for Aalborg. Resultaterne fra benchmarkanalysen peger i retning af, at rehabilitering ikke anvendes i samme omfang i SOF som i de andre kommuner (herunder særligt Aalborg).

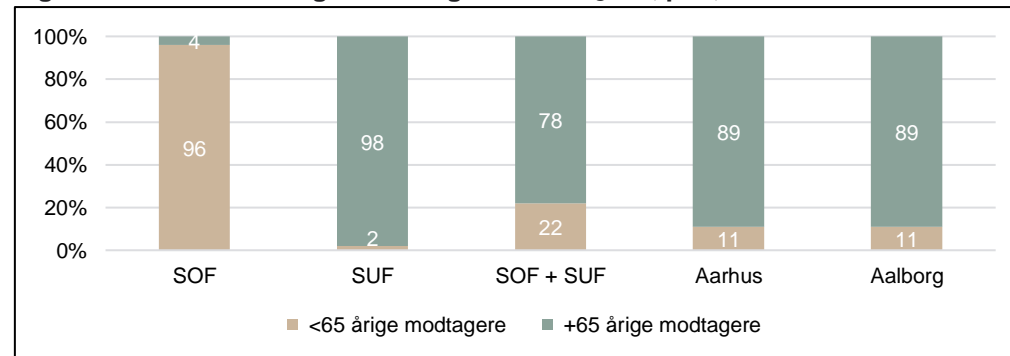
Figur 44. Antal modtagere af SEL§83a pr. 1.000 borger i kommunen, 2021



Figur 45. Gns. antal planlagte timer SEL§83a pr. modtager, 2021



Figur 46. Aldersfordeling af modtagere af SEL§83a, pct., 2021



Sygeplejeområdet – Tid og modtagere

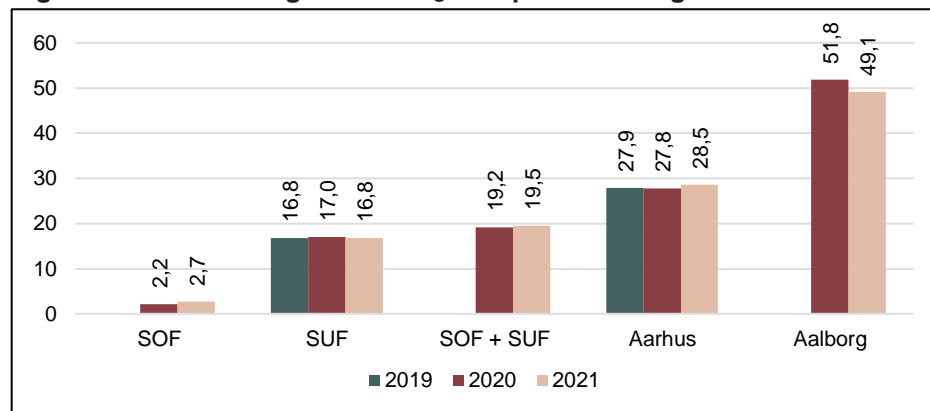
Omfang af sygeplejen på tværs af kommuner

Data på sygeplejeområdet viser, at der i 2021 samlet set var 12.433 modtagere i Københavns Kommune, mens der i Aarhus og Aalborg Kommune var henholdsvis 10.070 og 10.870. Opgøres antallet af modtagere pr. 1.000 borgere i kommunen, fremgår det af figur 47, at Aalborg ligger absolut højest, mens København ligger lavest. Det relativt lave antal modtagere i København forklares af SUF ved, at de to andre kommuner har en relativ højere andel ældre borgere.

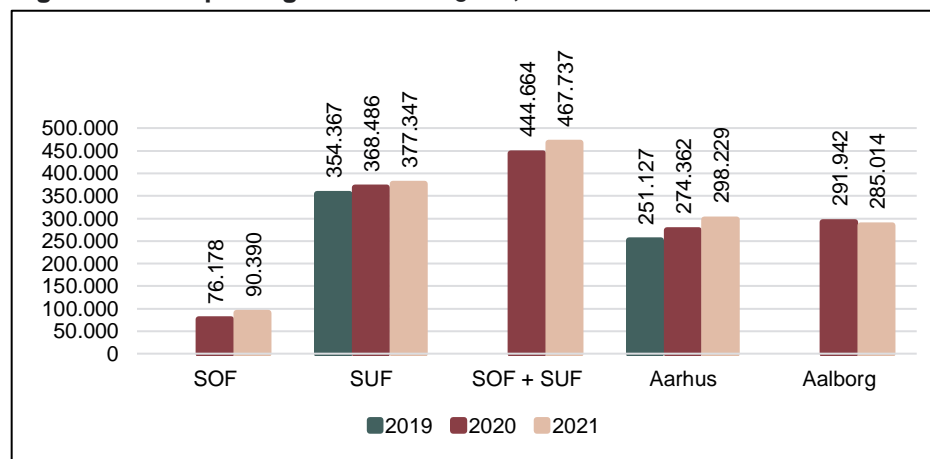
Udviklingen fra 2019 til 2021 viser overordnet en vækst. SOF oplevede dog en særlig høj vækst i antallet af modtagere fra 2020 til 2021 på 23%. I samme perioden oplevede SUF og Aarhus kun en stigning på ca. 2%, mens Aalborg som den eneste kommune oplevede et fald.

Af figur 48 fremgår det, at der i kommunerne overvejende har været en vækst i antallet af planlagte sygeplejetimer fra 2019 til 2021. Den relativt største stigning observeres i SOF, hvor stigningen fra 2020-2021 var på 19%, mens den i Aarhus var 9%, og Aalborg oplevede et fald på 2%. Samtidig kan det ses, at København overordnet set har mere end 450.000 planlagte timer i 2021, mens Aarhus og Aalborg har omkring 300.000. Aarhus pointerer i interview, at stigning i planlagte timer muligvis kan forklares ved redefinerede ydelser fra SEL§83 til SUL§138 samt øget brug af såkaldt flextid. I Aarhus visiteres der efter et indsatskatalog, og visse sygeplejeydelsers estimerede tidsforbrug er baseret på, at disse leveres ved et besøg, hvor der samtidig leveres andre ydelser. Der er derfor behov for at planlægge ekstra flextid, hvis den pågældende sygeplejeydelse leveres som eneste ydelse.

Figur 47. Antal modtagere af SUL§138a pr. 1.000 borger i kommunen



Figur 48. Antal planlagte timer SUL§138, 2019-2021*



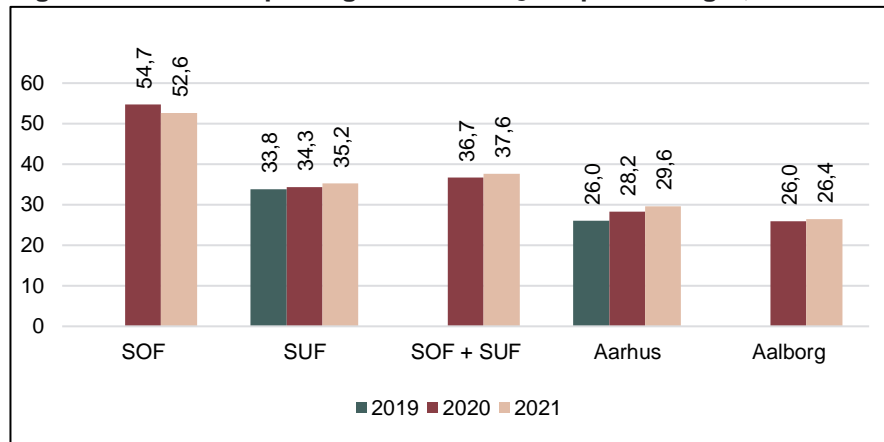
*) Grundet skift af omsorgssystem i 2020 i SOF har det ikke været muligt at opgøre planlagt tid i 2019. Visiteret og planlagt tid i de første fire måneder af 2020 er estimeret ud fra tidligere års tendenser. Grundet skift af omsorgssystem i Aalborg i 2019, fremgår data ikke for dette år.

Sygeplejeområdet – Tid og modtagere

Jf. figur 49 fremgår det, at hver modtager af sygepleje i København i 2021 i gennemsnit havde betydelig flere planlagte timer, end det var tilfældet i de to andre kommuner. Forskelle til Aarhus og Aalborg er henholdsvis omkring 8 og 11 timer pr. modtager. Det er værd at bemærke, at antallet af timer pr. modtager er højere i SUF end i de to andre kommuner, men at SOF ligger endnu højere. Dette forklares af SOF ved, at andelen af modtagere med sindslidelser og misbrug er større her, og at denne målgruppe har behov for mere tid til hver enkelt ydelse, da der fx ofte bruges meget tid på blot at få adgang til borgers hjem.

Faldet i antal timer i Aalborg i 2021 skal ses i lyset af, at kommunen var omfattet af sygeplejestrækken i sommeren 2021. Denne faldt dog sammen med en konvertering af syv indsatser fra SEL§83 til SUL§138, hvilket formegentlig har haft en modsatrettet effekt på antallet af timer. Den reelle udvikling i antallet af timer er derfor uklar. Sygeplejestrækken kan dog ikke umiddelbart forklare faldet i antal modtagere. En mulig forklaring på dette fald, er Aalborg Kommunes strategiske satsning på rehabilitering i sygeplejen, hvilket uddybes på efterfølgende sider.

Figur 49. Gns. antal planlagte timer SUL§138 pr. modtager, 2019-2021



Sygeplejeområdet – Aldersfordeling

Aldersfordeling på modtagere af sygepleje

Af figur 50, fremgår det, at SOF ikke overraskende har den største andel planlagte timer til borgere under 65 år, men betragtes SOF og SUF under ét, er samme andel sammenlignelig med Aarhus og Aalborg.

Figur 51 viser udviklingen i andelen af modtagere af sygepleje under 65 år. Hvor SOF og SUF de seneste år har ligget på samme andel og til sammen har oplevet en lille vækst, har både Aarhus og Aalborg oplevet et lille fald i andelen af modtagere under 65 år. Aalborg pointerer i interview, at oplevelsen er, at det ofte er den yngre aldersgruppe, der er i målgruppe for deres strategiske satsning på rehabilitering, da det er disse borgere, der har størst mulighed for at opdyrke handlekompeter. Faldet i andelen af yngre borgere i Aalborg kan forventeligt tilskrives denne tilgang.

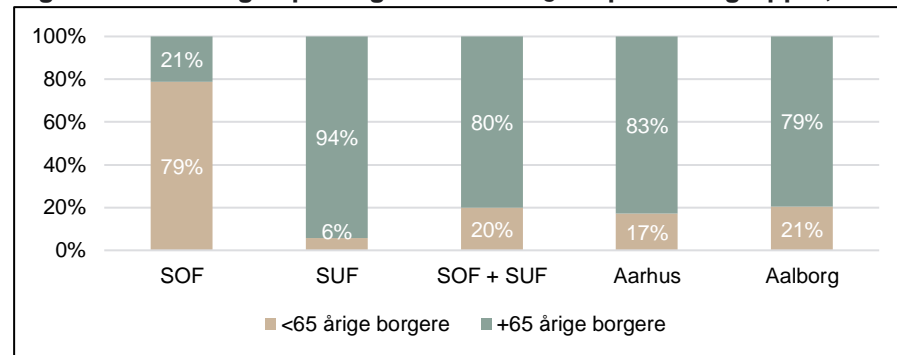
Der er overvejende markante forskelle på, hvor mange timer der i gennemsnit planlægges pr. modtager for de to aldersgrupper (over og under 65 år). Af figur 52 fremgår det, at ældre borgere på tværs af alle kommuner generelt modtager mere sygepleje, hvilket er forventeligt, da ældre borgere i overvejende grad vil have flere sundhedsmæssige udfordringer. Forskellen på de to aldersgrupper er dog mest udtalt i SUF. Dette kan skyldes, at de yngre borgere, der er tilknyttet SUF ikke falder under SOF's mere tidskrævende målgruppe, som beskrevet på siden ovenfor.

Forskellen er mindst i Aalborg, hvilket muligvis kan tilskrives den styrkede rehabiliterende indsats, hvor flere af de yngre borgere med de mindste plejehov i stedet modtager en rehabiliterende indsats. Aalborg Kommune nævner endvidere et fokus på tidsbesparende tiltag ift. en række ydelser så som medicindispensering som en mulig forklaring på et lavere antal planlagte timer pr. modtager over 65 år.

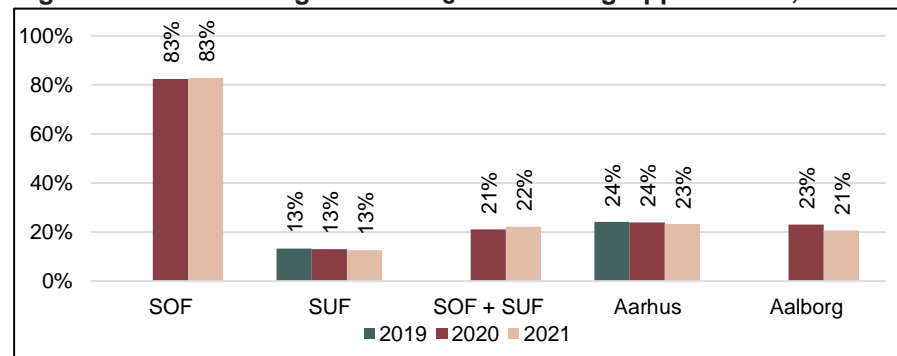
I opfølgende interview med Aarhus Kommune peger kommunen på, at dele af forskellen på den gennemsnitlige planlagte tid pr. modtager for de to målgrupper kan skyldes, at dele af de yngre borgere modtager hjælp fra andre forvaltninger.

*) Grundet skift af omsorgssystem i 2020 i SOF har det ikke været muligt at opgøre planlagt tid i 2019, mens visiteret og planlagt tid i de første fire måneder af 2020 er estimeret ud fra tidligere års tendenser. Grundet skift af omsorgssystem i Aalborg i 2019, fremgår data ikke for dette år.

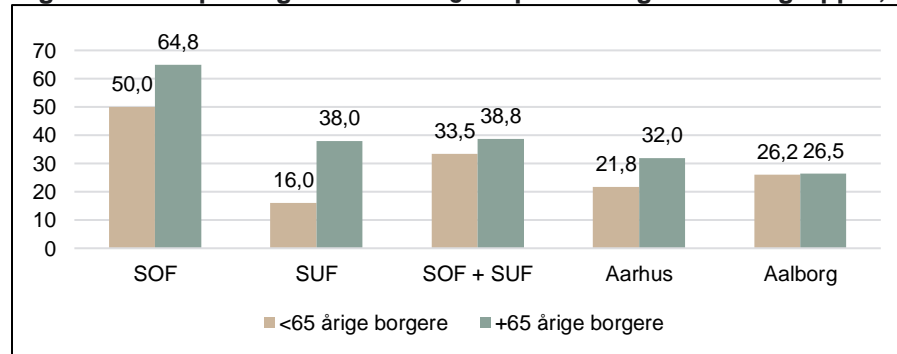
Figur 50. Fordeling af planlagte timer SUL§138 på aldersgrupper, 2021



Figur 51. Andel modtagere af SUL§138 i aldersgruppen <65 år, 2019-2021*



Figur 52. Gns. planlagte timer SUL§138 pr. modtager i aldersgrupper, 2021



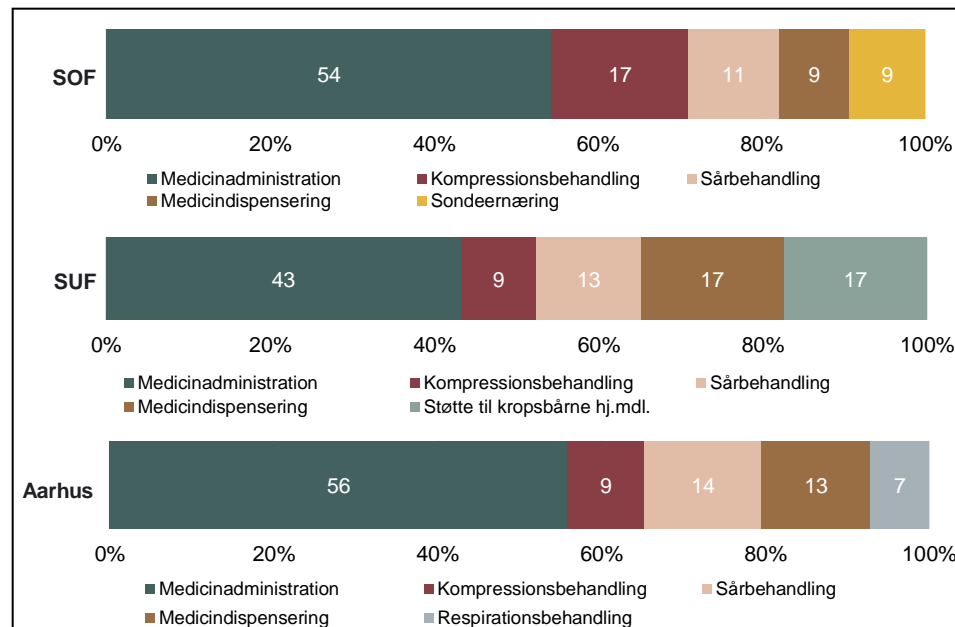
Mest hyppigt anvendte sygeplejeydelser

Figur 53 viser, at de fem sygeplejeydelser med flest timer planlagt i overvejende grad er sammenfaldende for SOF, SUF og Aarhus. På tværs af de tre har medicinadministration de fleste planlagte timer, og at denne ydelse fylder relativt mere i SOF og Aarhus end i SUF.

De største forskelle kan observeres på tiden anvendt på kompressionsbehandling og medicindispensering. I SOF udgør førstnævnte 17% af den planlagte tid på de fem ydelser, mens dette tal kun er 9% for SUF og Aarhus. Omvendt udgør medicindispensering en større andel i både SUF og Aarhus.

Der er ikke opgjort data for Aalborg Kommune, men i et opfølgende interview er det blevet oplyst, at kommunen har arbejdet med at reducere tiden anvendt på medicindispensering bl.a. ved brug af dosisdispensering. Erfaringen har været, at dette har krævet en motiverende indsats hos borgere for at tage imod tilbuddet samtidig med, at der er brugt meget tid på dialog med almen praksis om udskrivelse af dosisdispensering. Endelig har man i kommunen arbejdet med indførelse af medicinrobotter til dispensering ift. borgere med stabil medicin.

Figur 53. Andel af planlagt tid på 5 mest anvendte SUL§138 ydelser, pct., 2021



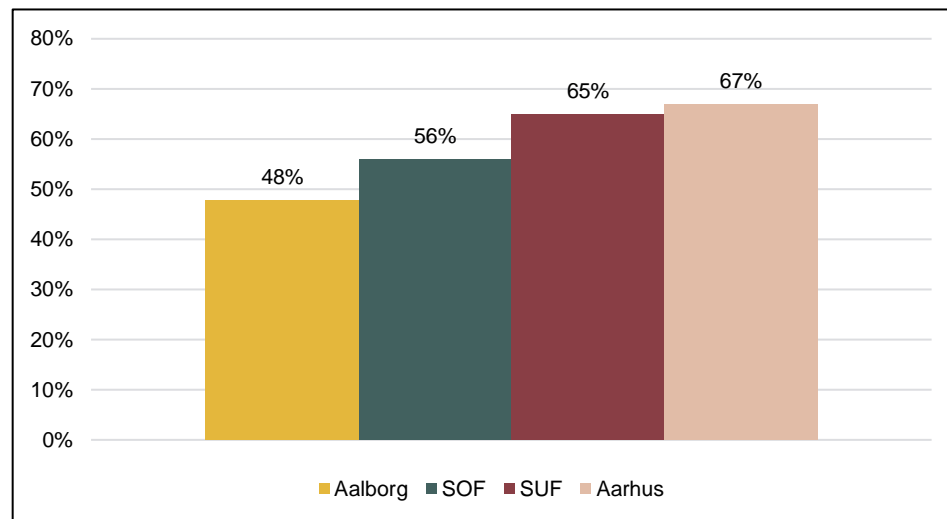
Omfang af opgaveoverdragelse

Figur 54 viser andele af planlagte sygeplejetimer i 2021, som blev opgave-overdraget. Af figuren fremgår det, at Aarhus Kommune i 2021 opgave-overdrog 67% af sygeplejeydelser, mens samme tal er opgjort til 65% i SOF, 56% i SUF og 48% i Aalborg. Det er dog vigtigt at pointere, at det på tværs af kommunerne kan variere, hvilke ydelser der ydes under hhv. SEL§83 og SUL§138, hvorfor opgørelsen af opgaveoverdragelse ikke nødvendigvis kan sammenlignes én-til-én.

I opfølgende interview har Aalborg Kommune præciseret, at den lavere grad af opgaveoverdragelse forventeligt skyldes, at alle nye borgere i kommunens sygepleje som det første modtager en rehabiliterende indsats, inden de potentielt set overgår til et forløb i kommunens sygeplejeklinikker. Først herefter vurderes mulighederne for opgaveoverdragelse. Rationalet for denne tilgang har været, at erfaringer har vist, at hurtig opgaveoverdragelse kan medføre u hensigtsmæssig lange forløb og færre (delvist) selvhjulpne borgere.

I lignende interview har Aarhus Kommune oplyst, at forvaltningen systematisk følger graden af overdragelse, og at der er en målsætning om, at 65% af sygeplejen skal være overdraget. Aarhus oplyser supplerende, at de har haft succes med, at tilknytte en slutdato i alle opgaveoverdragede ydelser. Dette har resulteret i en skarpere opfølgning, hvilket kommunen oplevede nødvendigt for de opgaveoverdragede ydelser, da de havde en tendens til at fortsætte for længe.

Figur 54. Andel planlagte timer SUL§138 som blev opgaveoverdraget, 2021



Opsamling på benchmarkanalyse

Opsamling på hjemmepleje- og rehabiliteringsområdet

Benchmarkanalysen viser, at aktiviteten på hjemmeplejeområdet i Den Social Hjemmepleje i 2021, udtryk ved planlagte timer pr. modtager, var sammenlignelig med aktiviteten i både SUF og Aarhus Kommune. Kun Aalborg Kommune havde et højere aktivitetsniveau. Endvidere viser analysen, at København (SOF og SUF samlet set) har en større andel modtagere under 65 år sammenlignet med Aarhus og Aalborg kommuner.

På rehabiliteringsområdet indikerer resultaterne fra benchmarkanalysen, at antallet af modtagere af SEL§83a pr. 1.000 borgere i Københavns Kommune er betydelig under de andre deltagende kommuner. Sammenholdes antallet af modtagere af hjemmepleje og rehabilitering som udtryk for anvendelse af sidstnævnte, fremstår særligt SOF som den forvaltning, hvor rehabilitering mindst hyppigt anvendes.

Opsamling på sygepleje

Benchmarkanalysens resultater peger på, at sygeplejeområdet på tværs af kommunerne siden 2019 har oplevet en aktivitetsstigning, hvor både antallet af modtagere og timer har været i vækst.

Fra 2020 til 2021 har væksten dog været absolut størst i SOF, og Den Social Hjemmepleje har oplevet en procentuel stigning i antallet af modtagere og timer, der ligger betydelig over SUF, Aarhus og Aalborg kommuner. Samtidig modtager borgere i SOF betydelig flere timer end borgere i de andre kommuner. Dette kan delvist forklares ved målgruppen for Den Social Hjemmeplejes ydelser, dvs. i overvejende grad personer med sindslidelse og/eller misbrug. Det er dog forventeligt, at denne persongruppe ligeledes vil være repræsenteret i store byer som Aarhus og Aalborg (dog lavere end i København), hvorfor målgruppen alene ikke kan begrunde, at det gennemsnitlige antal timer pr. modtager er 60% højere i SOF. Som eneste forvaltning har SOF desuden oplevet en vækst i antallet og andelen af modtagere under 65 år.

Herudover udgør tidsforbruget på medicinadministration i SOF mere end 50% af tiden planlagt til de 5 ydelser med størst forbrug, men sammenlignet med tal fra Aarhus og SUF, er det i højere grad kompressionsbehandling, der fylder relativt mere i SOF.

Betragtes omfanget af opgaveoverdragelse ligger SOF generelt lavere end SUF og Aarhus. Aarhus nævner, at de har haft succes med at fastsætte en målsætning for andelen af opgaveoverdragede ydelse og løbende monitorere denne – under den forudsætning at en høj andel i sig selv ikke nødvendigvis er godt i alle sager.

Aalborg Kommune er umiddelbart undtaget ovenstående trend, der har ført til et øget aktivitetsniveau i de andre kommuner i årene 2020-2021 (med forbehold for sygeplejestrækens indflydelse). Fra 2020 til 2021 oplevede Aalborg et fald i både antallet af timer og modtagere. Aalborg har i samme periode gennemført en strategisk satsning på rehabilitering i sygeplejen, hvor alle nye borgere som udgangspunkt modtager et rehabiliterende forløb, der er tidsafgrænset og med mål og handleplaner, før der henvises til sygeplejeklinikker eller hjemmesygepleje. Supplerende data fra Aalborg viser, at ud af 10.870 modtagere af sygeplejeydelser i 2021, modtog 1.653 borgere en rehabiliterende indsats, hvoraf 47% af disse blev helt selvhjulpne, og 10% blev delvist selvhjulpne. Endelig har brug af dosisdispensering og medicinrobotter været med til at reducere tidsforbruget på medicinydelser af mere logistisk karakter.

Sygeplejeområdet i Aarhus udviser i overvejende grad samme trend som København. Kommunen nævner, at den har haft stor gavn af indførelse af et indsatskatalog, hvor der er prædefineret et tidsforbrug til hver sygeplejeydelse. Dette gør det muligt for forvaltningen at få et indblik i, hvor effektivt driften afvikles og løbende tilpasse indsatskataloget på baggrund heraf. Endvidere har indførelsen af en fast afslutningsdato ved opstart på alle opgaveoverdragede ydelser medført en mere stringent opfølgning med forløb, der ellers har en tendens til at trække ud.

6. HVAD DRIVER UDGIFTSUDVIKLINGEN I DEN SOCIALE HJEMMEPLEJE?

Hvad driver udgiftsudviklingen i Den Sociale Hjemmepleje?

Indledning

Med udgangspunkt i analyserne i de foregående kapitler foretages i dette kapitel en perspektivering af, hvad der synes at have været de primære faktorer, der har drevet udgiftsudviklingen i Den Sociale Hjemmepleje.

Tværgående udgiftsdrivere på hjemme- og sygeplejeområdet

Den Sociale Hjemmepleje har som landets øvrige kommuner over en årrække været udgiftsmæssigt presset som følge af en række demografiske udviklingstendenser samt organisatoriske ændringer på de somatiske hospitaler og i psykiatrien.

Disse udviklingstendenser omfatter en stigende levealder og mere komplekse sundhedsudfordringer (multisyge, kronikere), der har en direkte afledt effekt på efterspørgslen efter hjemme- og sygepleje.

De organisatoriske ændringer på de somatiske hospitaler og i psykiatrien, herunder færre sengepladser, korte indlæggelsestid, et presset sygehusvæsen grundet Corona og sygeplejekonflikten er tillige forhold, der har medført et øget pres på hjemme- og sygeplejen i landets kommuner.

Herudover har SOF (og landets øvrige kommuner) i en årrække arbejdet på at få flere socialt udsatte borgere og borgere med handicap til at kunne bo i egen bolig for derved at reducere presset på botilbudsområdet (§107, §105 og §108) ud fra strategien om at bevæge borgerne ned af indsatstrappen. Denne socialpolitiske strategi har naturligvis haft en afledt efterspørgelseffekt på de støtteforanstaltninger, der knytter sig til at bo i egen bolig med støttebehov (særligt hjemmepleje, sygepleje, §85).

Samtidig er det vores vurdering, at de organisatoriske problemer, der har været i relation til Den Sociale Hjemmepleje (trivselsproblemer, rekrutteringsproblemer, kvalitetsproblemer, højt sygefravær mv.), har medført nødvendighed af at gennemføre en lang række tiltag, der har fjernet tid og fokus fra borgerydelserne og dermed reduceret effektiviteten i Den Sociale Hjemmepleje. Ligeledes har de organisatoriske tiltag i tilknytning hertil medført øgede udgifter.

Samtidig er det vores vurdering, at de mange ressourcer, der er gået med genopretningen af Den Sociale Hjemmepleje, tillige har medført, at dele af den daglige styring (herunder systematisk opfølgning i sagerne) har været nedprioriteret. Dette er yderligere blevet forstærket af, at det meget høje vikarforbrug har betydet, at ledelse og nøglemedarbejdere (fx sygeplejerskerne) har skulle bruge uforholdsmæssig meget tid på at styre de mange vikarer.

Udgiftsdrive på hjemmeplejeområdet

Foruden de beskrevne tværgående udgiftsdrivere synes der på hjemmeplejeområdet særligt at være tale om, at intentionerne om en øget rehabilitering, herunder reduktion af rengøringsopgaverne, ikke er blevet realiseret.

Udgiftsdrivere på sygeplejeområdet

Foruden de beskrevne tværgående udgiftsdrivere er sygeplejeområdet særligt præget af, at det er den ordinerende læge, der på mange områder reelt visiterer og fastlægger serviceniveauet for den sygepleje, som Den Sociale Hjemmepleje skal udføre.

Ligeledes er sygeplejen meget følsom over for de ændringer, der er sket i praksis på de somatiske hospitaler og i psykiatrien (som beskrevet under de tværgående udgiftsdrivere). Dette betyder fx at pres på hospitaler og i psykiatrien får en direkte afledt virkning på sygeplejen i Den Sociale Hjemmepleje, så man her hurtigere skal kunne overtage borgerne og give dem den fornødne støtte.

7. STYRINGSMÆSSIGE UDFORDRINGER

Indledning

I dette kapitel beskriver vi en række styringsmæssige udfordringer i Den Sociale Hjemmepleje, som er blevet identificeret igennem analysen.

Den økonomiske og styringsmæssige understøttelse af ledelsen

Flere af interviewpersonerne peger på, at Den Sociale Hjemmepleje historisk har været udfordret på den styringsmæssige understøttelse. Det omfatter bl.a. manglende datagrundlag, klarhed om budgetforudsætninger, manglende økonomifaglig sparring og analysekraft.

Dette generelle billede er (trods forskelle mellem interviewpersonernes oplevelse), at der er iværksat en række hensigtsmæssige tiltag, der bidrager til, at den økonomiske styringsmæssige understøttelse er blevet forbedret, men vurderingen er, at man endnu ikke er i mål.

Generelt peges der på, at der har været en styring, der overvejende har været reaktiv, dvs. man har fået data på historisk forbrug og aktiviteter. I modsætning hertil har den mere proaktive styringsunderstøttelse ift. den fremadrettede styring været begrænset.

Et af de punkter, der pegedes på er blevet bedre, er at der er udarbejdet et BI-modul, der giver adgang til forskellige former for ledelsesinformation. Der peges også på, at aktivitetsdata fra BI-modulet er begyndt at blive inddraget i de løbende økonomiopfølgingsmøder. Dette vurderer vi meget hensigtsmæssigt og nødvendigt ift. håndtering af de styringsmæssige udfordringer på området.

Ud fra de gennemførte interviews er det vores indtryk, at lederne i Den Sociale Hjemmepleje bruger BI-modulet forskelligt, hvorfor det vil være hensigtsmæssigt, at Økonomistaben sikrer, at lederne i Den Sociale Hjemmepleje er helt fortrolig med modulet.

Et andet område, der peges på, er, at der er sket en styrkelse af de analytiske kompetencer i Økonomistaben. Dette vurderer vi tillige hensigtsmæssigt og nødvendigt for at sikre en mere proaktiv styring fremadrettet.

En af grundene til at en stærk økonomisk og styringsmæssig understøttelse vurderes særlig nødvendig ift. Den Sociale Hjemmepleje er dels de gentagende økonomiske og styringsmæssige udfordringer, men tillige det pres der har præget og fortsat præger den Sociale Hjemmepleje (vanskelig rekruttering, højt vikarforbrug, kvalitetsudfordringer, trivselsudfordringer mv.), hvilket presser ledelsen.

På baggrund af de gennemførte interviews er det vores indtryk, at lederne i Den Social Hjemmepleje generelt endnu ikke føler sig tilstrækkelig inddraget i budget- og prognoseudarbejdelsen. Ledelsen i BCV peger på, at lederne i Den Sociale Hjemmepleje indgår i en række lederdrøftelser herom. Det er dog samtidig vores indtryk (på baggrund af interviewene med lederne i Den Sociale Hjemmepleje), at lederne i Den Sociale Hjemmepleje føler sig inddrages ift. delelementer (fx løn- og vikarforbruget i det enkelte delområde), men at lederne ikke synes at have indblik i eller ejerskab for det samlede budget og prognose samt forudsætningerne herbag.

En leder udtaler fx: *”Jeg har et rammebudget og det er det jeg styrer efter. Det vil sig jeg styrer efter en pose penge – og ikke aktiviteter og gennemsnitspriser”*. Samme leder giver tillige udtryk for, at vedkommende ikke har indblik i de forudsætninger, som budgettet er udarbejdet ift.

Det anbefales derfor, at Økonomistaben øger indsatsen ift. at få givet lederne denne indsigt og derved får skabt en større lokalt ejerskab.

De økonomiske handleplaner og effektiviseringsforslag

En central styringsmæssig udfordring påpeget af stort set alle interviewpersoner er, at for mange økonomiske handleplaner og effektiviseringsforslag (ifm. budgettet) historisk set ikke er blevet realiseret. Nogle af de tiltag der bl.a. er blevet nævnt i denne sammenhæng er skærmbesøg, styrket rehabilitering, mødested ude hos borgerne, samlokaliseringsscener.

Som baggrund herfor peges særligt på manglende realisme i forslagene og manglende implementeringskraft i Den Sociale Hjemmepleje. Der peges yderligere på, at en række forslag herudover havde årligt stigende besparellesprofiler, der heller ikke var implementerbare. I de gennemførte interviews peges der på, at der er arbejdet målrettet hermed den senere tid og oplevelsen er, at der i dag er betydeligt bedre styr herpå.

De økonomiske konsekvenser af de manglende realiserede effektiviseringsforslag er i stedet blevet håndteret ifm. de løbende budgettilskrivninger til Den Sociale Hjemmepleje.

Ledelsen i BCV oplyser, at man i den senere tid i højere grad er overgået til at pilotafprøve effektiviseringstiltagene før de indarbejdes i budgetterne. Dette dels for at sikre, at tiltagene reelt kan realiseres og dels for at skåne området ift. for mange samtidige tiltag.

Timepriser og ATA-tid

Et centralt element i styringen på hjemme- og sygeplejen er medarbejdernes ATA-tid. ATA-tiden viser, hvor stor en andel af medarbejdernes tid, der går med borgerkontakten, og hvor stor en andel der går med transport, dokumentation, møder mv.

ATA-tiden bruges tillige til at beregne en retvisende timepris til BUM-afregningen på hjemmeplejeområdet.

I interviewene peges der på, at den nuværende beregning af ATA-tiden er 4 år gammel, hvilket samtidig skaber et ikke optimalt input til timeprisberegningerne. Ift. timeprisberegningerne er de løbet blevet opdateret, men der er blandt dele af interviewpersonerne en oplevelse af, at de ikke er fuldt retvisende.

Dette betyder, at lederne i Den Sociale Hjemmepleje i dag ikke styrer efter hverken ATA-tiden eller timeprisen. Ligeledes er oplevelsen, at de nuværende timeprisberegninger er ikke er retvisende. Her peges bl.a. på, at tiden afsat til kørsel er urealistisk, og at det reelle sygefravær flere steder er højere end forudsat i timeprisberegningen. Ligeledes er timepriserne blevet reduceret grundet effektiviseringsforslag, der ikke alle er blevet implementeret. Da dele af udførerområdet samtidig oplever, at visitationen giver for få minutter i tidsudmålingen af ydelserne, betyder det ifølge interviewpersonerne, at de udførende medarbejdere får et incitament til ikke at melde tilbage ift. borgerforløb, hvor der er luft i den tildelte tid.

Økonomistaben fortæller, at man i en længere periode har haft det højt prioritet igen at få data på hjemmeplejegruppernes tidsforbrug.

Dels så der kan følges op på ATA-tiden som et mål for den samlede effektivitet, men også for at kunne være skarpe på, hvilke andre opgaver, der tager tid fra kerneopgaven. Det er særligt vigtigt på hjemmeplejen, da budgettildelingen er baseret på en timepris, der er baseret på antagelser omkring ATA-tid og timeforbrug. Økonomistaben peger yderligere på, at den grundlæggende udfordring pt. er, at man i BCV ikke råder over en samlet arbejdstid at holde tidsforbruget op imod, så der kan beregnes andele.

Dette søges pt. løst via en "work around" i driftskoordinatorernes planlægning, hvor alle planlæggere skal sørge for at lægge planlægningsblokke ind, således at arbejdsdagen starter ved begyndelsen af første blok og slutter ved slutningen af sidste blok.

Herved vurderes det muligt løbende at opgøre ATA-tiden og samtidig identificere, hvad tiden i øvrigt bruges til. Herved kan det belyses, hvilke forudsætninger ift. timeprisberegningen der ses ikke at holde i praksis.

Ovenstående model afprøves pt. i pilot på udvalgte områder.

Det anbefales, at BCV sætter fokus på hurtigst muligt, at sikre de fornødne data, så der kan udarbejdes retvisende og løbende ledelsesinformation om den reelle ATA-tid.

Yderligere anbefales det, at der i tilknytning hertil kommer et styrket ledelsesmæssigt fokus i Den Sociale Hjemmepleje (og i dialogen med økonomienheden i BCV) på at bruge disse data til en løbende optimering/effektivisering af driften.

Endelig anbefales det, at den tilgængelige ATA-tid benyttes til at udarbejde mere retvisende timeprisberegninger, og at disse timeprisberegninger herefter benyttes mere aktivt i den løbende driftsstyring.

Områdets styrbarhed

I nedenstående beskrives vores vurdering af den generelle styrbarhed i Den Sociale Hjemmepleje.

Hjemmeplejeområdet vurderes generelt styrbart på samme måde som øvrige sociale ydelser inden for SOF's budget. Jf. lovgivningen på området har borgerne ret til hjemmepleje, hvis de ligger inden for lovgivningens målgruppebeskrivelse. Det er dog SOF, der myndighedsbehandler og herunder visiterer og fastlægger den konkrete hjælpeindsats. En generel ændring i demografien på området (fx stigende levealder og flere multisyge og kronikere) vil naturligvis påvirke efterspørgslen efter hjemmepleje.

Sygeplejeområdet vurderer vi som delvist styrbart. Området er kendetegnet ved, at det er den ordinerende læge, der i detaljen fastlægger den indsats, som sygeplejen skal levere (med mindre der er tale om en rammeordination).

Derved bliver det en ekstern part, der reelt bliver visiterende og serviceniveaufastsættende og ikke SOF selv. Dette er delvis kendt i andre af SOF's ydelser, fx ind- og udskrivning på herberger (hvor det er herbergsforstanderen, der varetager denne opgave, mens SOF betaler) samt anonym misbrugsbehandling (hvor SOF alene betaler, men ikke er involveret i hverken visitering, indsatsfastlæggelse og ej heller ved, hvilken borger det reelt er, der modtager ydelsen).

Herudover er sygeplejeområdet meget påvirkeligt ift. ændringer i hospitalernes og psykiatriens udskrivningsadfærd og serviceniveau. Fx vil man i sygeplejen opleve en umiddelbar stigende efterspørgsel, hvis man er pressede på hospitalerne eller i psykiatrien, da dette vil betyde, at borgerne udskrives hurtigere. Ligeledes vil organisatoriske ændringer (herunder ændringer i serviceniveau) på hospitalerne og i psykiatrien (fx reduktion i sengekapaцитet) medføre tilsvarende efterspørgselsstigninger i sygeplejen.

Til trods herfor, er det dog samtidig vores vurdering, af man i sygeplejen har en række styringsmæssige håndtag, som kan påvirke forbruget på sygeplejen. Håndtag som vi vurderer, at Den Sociale Hjemmepleje kan styrke brugen af jf. løsningsforslagene i slutningen i nærværende analyse.

De primær styringsmæssige håndtag er:

- Påvirkning af lægerne til øget brug af rammeordination
- Systematisk og målrettet vurdering af borgerne ift. den ordinerede ydelse og tilbagemelding til ordinerende læge ved mulighed for en mindre ressourcetung indsats
- Systematisk og målrettet opfølgning på forløb herunder rettidig afslutning af forløb
- Systematisk fokus på at effektivisere ATA-tiden og dermed opnå en mest mulig effektiv udførelse af sundhedsopgaverne.

Samlet set er det vores vurdering, at sygeplejen er vanskelig at styre og i betydelig omfang er styret af ordinerende læger, men at man i sygeplejen til trods herfor har en række mulige styringshåndtag, der kan påvirke ressourceforbruget.

8. SAMARBEJDET PÅ TVÆRS I DEN SOCIALE HJEMMEPLEJE

Indledning

I dette kapitel beskrives det billede, der i interview er blevet skildret af det tværgående samarbejde i Den Sociale Hjemmepleje. kapitlet er medtaget, da det tværgående samarbejde har betydning for styringen af området.

Samarbejdet mellem myndighed og udfører

Vores generelle billede af samarbejdet mellem myndighed og udfører på hjemmeplejeområdet synes bedst kendetegnet som søjleopdelt.

Der er i dag en række faste ledermøder, men der synes ikke i tilstrækkelig grad at være fokus på, hvordan der sikres et tæt og godt samarbejde. Dette kan have betydning for udførerområdets ejerskab for de visiterede ydelser og udførerdelens incitamenter til systematiske tilbagemeldinger til visitationen ved progression hos borgeren.

I flere år har der været afvigende mer- og mindreforbrug mellem visitationen og udførerområderne. Idet der er usikkerhed om hjemmeplejens aktuelle ATA-tid, betyder det, at man ikke med sikkerhed kan sige, om der afregnes med den korrekte timepris. Derfor kan det heller ikke med sikkerhed siges, om der er balance mellem myndighedens budgettet og myndighedens bestilte timer.

Samarbejdet mellem myndighed og udførende hjemmeplejen kan med fordel styrkes, således at der kommer et tydeligere fælles aftryk, opfølgning på målgruppen samt en styrket helhedsorienteret styring.

På sygeplejeområdet er der tale om en skæv organisatorisk konstruktion, hvor lederen af udførerdelen i Center Nord samtidig er myndighedschef i både Nord og Syd. Denne organisering af visitationen blev valgt, da den tidligere var i både Syd og Nord, hvilket blev oplevet sårbart og en analyse viste samtidig, at der var forskel i serviceniveauet mellem Syd og Nord.

På baggrund af interviewene tegner der sig et billede af, at den nye model medfører et bedre samarbejde mellem myndighed og udfører i Center Nord end mellem myndighed i Center Nord og udfører i Center Syd.

Et eksempel herpå er opfølgingsprojektet, der blev igangsat i 2021, hvor indsatsen ind til nu overvejende er sket i Center Nord. Dog er indsatsen (som beskrevet tidligere) nu også ved at blive implementeret i Center Syd.

Lederen af visitationen finder tillige denne organisatoriske skævhed vanskelig og søger løbende at kompensere herfor.

Samarbejdet mellem hjemmeplejen og sygeplejen

Der eksisterer en række faste ledermøder mellem hjemme- og sygeplejen, men samarbejdet mellem de to områder synes ikke klart formuleret og udføres på forskellige måder.

På Amager, hvor hjemmepleje og sygepleje ikke er samlokaliseret, er der formuleret en fast mødeform, og der er afstemt indhold og kadence for samarbejdet mellem hjemmeplejen og sygeplejen. I de øvrige lokale enheder, hvor hjemmepleje og sygepleje er samlokaliseret, er samarbejdsformen, at man deler lokation og derfor kan håndtere den nødvendige dialog og sparring på tværs af hjemmepleje og sygepleje på "på gangene", når man mødes eller opsøger hinanden efter behov.

Samarbejdet mellem hjemme- og sygepleje er vigtigt. Dels for den samlede faglige kvalitet og dels for at sikre, at forløbene bliver vurderet i forhold til om et forløb igangsættes med de rette faglige kompetencer (laveste effektive omkostningsniveau) omkring borgeren, løbende opfølgning på de iværksatte forløb/ydelser og eller dialog om afslutning af forløb. Hertil kommer værdien af den tryghed, som medarbejderne i hjemmeplejen oplever, når der er klare rammer og adgang til sparring fra sygeplejen i svære eller komplekse forløb.

Tydeligheden og aftalerne i samarbejdet mellem hjemme- og sygeplejen synes i dag at være relativt løse i forhold til samarbejdets vigtighed for kvaliteten, den faglige styring af forløbene og dermed også for den samlede økonomi.

Det er derfor vores vurdering, at Den Sociale Hjemmepleje kan styrke systematikken i dette samarbejde.

Samarbejdet mellem Nord og Syd

Den Sociale Hjemmepleje er opdelt i henholdsvis Center Syd og Center Nord for at dække byen mest hensigtsmæssigt og undgå unødige transporttid mellem besøgene. Center Nord er forholdsvist større, idet de har visitation til sygepleje og dækker nattetimerne på tværs af de to centre.

Fra de gennemførte interviews er oplevelsen, at der er faste ledermøder og drøftelser mellem de to centres centerchefer. Fokus har her været styrket koordinering, gensidig orientering og sparring.

Herudover er der på ledelsesniveau fokus på at sikre koordinering af information, således at medarbejderne på tværs får samme budskaber.

Foruden ledermøderne er det dog samtidig vores indtryk, at samarbejdet mellem de to centre er forholdsvist begrænset. Der har også i de seneste år været forskel på, hvor de to centre var i forhold til driftsstabilitet, hvor Nord har været mest udfordret. Dette kan også have påvirket overskuddet til et tættere samarbejde og/eller koordinering om faglige tiltag.

Der er et fælles koncept for, hvordan en hjemmeplejegruppe ser ud, bliver ledet, og hvordan der planlægges i de enkelte grupper. Der er således et fælles grundkoncept for hjemmeplejen på tværs af de to centre, som man hver især forsøger at få optimeret. Men det faglige samspil mellem centrene synes ikke at være omfattende.

I sygeplejen er det vores indtryk, at der er et tættere samarbejde. Der er fx et samarbejde omkring sårplejersker der går på tværs, to fælles faglige udviklingsmøder og aktuelt er der tiltag, der forsøger at have en række specialiserede funktioner i sygeplejen, der sparer på tværs af Center Syd og Nord. Herudover er der et samarbejde på lederniveau.

Der peges dog i de gennemførte interviews på, at der vurderes, at være et potentiale for en styrket systematisk overførsel af bedste praksis på tværs af centrene.

På tværs af både hjemmepleje og sygepleje er det oplevelsen, at udviklingstiltag og/eller styringsmæssige tiltag ofte afprøves i det ene center og derefter, hvis det viser sig effektivt, udbredes til det andet center. Ledelsen i BCV anfører, at dette er en bevidst strategi for dels at sikre, at tiltagene reelt kan realiseres og dels for at skåne området for mange samtidige tiltag.

Opsamling

Opsamlende er det vores anbefaling, at Den Sociale Hjemmepleje styrker det tværgående samarbejde.

I ovenstående peges der på en række potentialer ved at styrke samarbejdet mellem myndighed og udfører, mellem hjemmeplejen og sygeplejen og mellem Center Nord og Center Syd.

Potentialerne vedr. dels en koordineret udvikling, faglig og styringsmæssig sparring samt styrket helhedsorienteret tilgang og opfølgning ift. den enkelte borger.

9. EN VURDERING AF UDVIKLINGEN AF DE ØKONOMISKE UDFORDRINGER I DE KOMMENDE ÅR

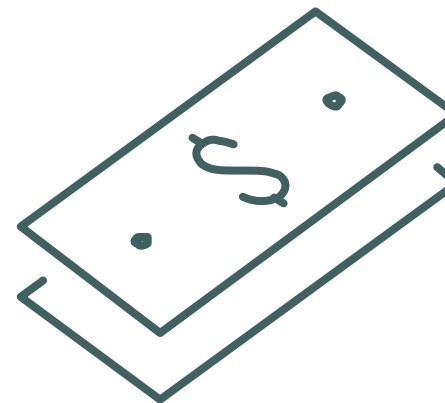
En vurdering af udviklingen af de økonomiske udfordringer i de kommende år

Indledning

I dette kapitel foretager vi en vurdering af udviklingen af de økonomiske udfordringer i de kommende år.

I afsnit 9.1 vil vi med udgangspunkt i BCV's marts-prognose for 2022 foretage en vurdering af det forventede regnskabsresultat for 2022, samt de væsentligste risici og usikkerhedsforhold.

I afsnit 9.2 vil vi mere overordnet foretage en vurdering af udviklingen i de økonomiske perspektiver på hjemme og sygeplejen i SOF i 2023 og frem.



9.1. EN VURDERING AF PROGNOSEN FOR 2022

En vurdering af prognosen for 2022

Indledning

I dette afsnit foretages en vurdering af Den Sociale Hjemmeplejes prognose for 2022. Vurderingen er baseret på en gennemgang af prognosen, der blev udarbejdet efter de to første måneder af 2022. Da BCV ikke udarbejder en prognose i april måned (ift. marts forbruget) er denne marts-prognose den senest og nyeste.

Vores vurdering af prognosen for 2022 baseres dels på en læsning af prognosen, uddybende interview med økonomistaben og ledere i Den Sociale Hjemmepleje samt brug af den viden, der er fremkommet af ovenstående afsnit om den økonomiske og aktivitetsmæssige udvikling.

Overordnet set skal der ved en vurdering af prognosen for 2022 tages en række generelle forbehold:

- Marts-prognosen er lavet tidligt på året, og indeholder kun forbrugstal for årets to første måneder
- Forbruget har tidligere år været omskifteligt på flere områder i løbet af året
- Særligt sygeplejen er afhængig af ordinerende lægers adfærd på hospitaler og i psykiatrien.

BCV's budgetforudsætningen for 2022

Da økonomistaben skulle detaillægge budgettet for Den Sociale Hjemmepleje for 2022, blev der gennemført en nedefra-og-op budgettering, hvor udgiftsforventningen på hver enkelt budgetpost blev beregnet.

Hjemmeplejebudgettet blev baseret på en fremskrivning af forbruget i januar til oktober 2021 til en helårseffekt i 2022.

Sygeplejebudgettet blev baseret på det forventede forbrug i november 2021 fremskrevet til en helårseffekt i 2022.

Denne beregning viste, at der samlet set ville mangle ca. 14 mio. kr. for at opnå et budget i balance for 2022. De 14 mio. kr. kunne overvejende henføres til et merforbrug på sygeplejeområdet. Dette skal ses relation til, at der i 2021 blev tildelt en merbevilling på 25 mio. kr. i 2021 og frem primært grundet merforbrug.

Da BCV ikke kunne pege på kompenserende besparelser på hjemmeplejeområdet for 2022 ift. det forventede merforbrug på de 14 mio. kr., blev det ledelsesmæssigt besluttet i SOF, at tildele Den Sociale Hjemmepleje en foreløbig etårig ekstrabevilling på 14 mio. kr. til sikring af et budget i balance.

De 14 mio. kr. blev finansieret med 7 mio. kr. fra centralt hold i SOF og 7 mio. kr., som BCV selv fandt inden for den eksisterende budgetramme (3,7 mio. kr. fra budgetrammen på psykiatriområdet og 3,3 mio. kr. fra budgetrammen til færdigbehandlede).

Der er endnu ikke taget politisk stilling til de 14 mio. kr. herunder om de skal bevilliges varigt. I det følgende er der derfor forudsat at midlerne indtil videre er etårige.

BCV's prognosen for 2022

BCV's marts-prognose for 2022 udviser et forventet merforbrug på 2,6 mio. kr. (prognosen vedlagt som bilag 2)

De 2,6 mio. kr. dækker over et forventet merforbrug på 2,0 mio. kr. som følge af COVID-19 merudgifter på hjemmeplejen og sygeplejen og 0,6 mio. kr. på administrationsområdet vedr. en "ikke-realisérbar" udmeldt besparelse vedr. samlokalisering.

BCV forventer (jf. foregående år), at de kompenseres for de 2,0 mio. kr. vedr. COVID-19 merudgifter. Ligeledes er der dialog med ØB vedr. den vurderede ikke realiserbare samlokalisering, som BCV tillige forventer, de bliver kompenseret for. Således forventes reelt budgetoverholdelse.

En vurdering af prognosen for 2022

BCV's prognoseforudsætninger

BCV's prognose på udførerdelen af hjemmeplejen udviser et merforbrug på ca. 6,8 mio. kr. Dette er baseret på en lineær fremskrivning af forbruget i de to første måneder af 2022.

På udførerdelen af sygeplejeområdet udviser udførerområdet et forventet merforbrug på 0,4 mio. kr.

Hertil skal principielt lægges endnu ikke udmeldte budgetkorrektioner (dimensioneringsaftalen mm.) på i alt 3,3 mio. kr. På udførerdelen forventer BCV derved et samlet forventet merforbrug på ca. 10,5 mio. kr.

Dette modsvares af forventede mindreforbrug på visitationen på i alt 2,1 mio. kr. og en række øvrige afvigelser der udgør et samlet mindreforbrug på 1,1 mio. kr.

Det resterende merforbrug på ca. 7,2 mio. kr. (10,5-2,1-1,1) udgøres af:

- Forventet merforbrug på 0,6 mio. kr. på administrationsområdet vedr. en "ikke-realisérbar" udmeldt besparelse vedr. samlokalisering
- Forventet merforbrug på 2,0 mio. kr. som følge af COVID-19 merudgifter på hjemmeplejen og sygeplejen
- En teknisk indlagt forventet indtægt på 4,7 mio. kr. som dækker over, at der forventes at kunne iværksættes tiltag, der kan nedbringe det forventede merforbrug i hjemmeplejen i resten af 2022

Samlet set har man således jf. ovenstående "bøjet" det forventede forbrug ned med 4,7 mio. kr., således at der prognosticerer budgetoverholdelse - bort set fra de 0,6 mio. kr. på administrationsområdet (en "ikke-realisérbar" udmeldt besparelse vedr. samlokalisering) og 2,0 mio. kr. (COVID-19 merudgifter).

Implements vurdering af prognosen

I det følgende foretages en vurdering af prognosen.

Først vurderes sygeplejeområdet (udfører), herefter hjemmeplejen (udfører) og endelig visitation og øvrige områder.

Implements vurdering af prognosen på sygeplejeområdet

I det følgende foretages en vurdering af prognosen på sygeplejeområdet.

Først foretages en vurdering af den forventede aktivitetsmæssige udvikling i 2022, hvorefter der foretages en vurdering af de forbrugsmæssige konsekvenser heraf.

Implements vurdering af prognosen på sygeplejeområdet

Implements vurdering af den aktivitetsmæssige udvikling i sygeplejen – SUL§138

I de tre grafer til højre er foretaget en fremskrivning af udviklingen i planlagt tid, unikke borgere og i gennemsnitlig planlagt tid pr. borger i perioden maj 2020 til marts 2022 på sygeplejeydelserne.

Den grønne stiplede linje er en fremskrivning fra hele perioden dvs. fra maj 2020 til marts 2022.

Den røde stiplede linje er en fremskrivning fra januar 2021 til marts 2022.

Den gule stiplede linje er en fremskrivning fra juli 2021 til marts 2022.

Som det fremgår af de tre grafer, er der relativt store forskelle i den prognosticerede udvikling, afhængig af hvilket udgangspunkt der tages.

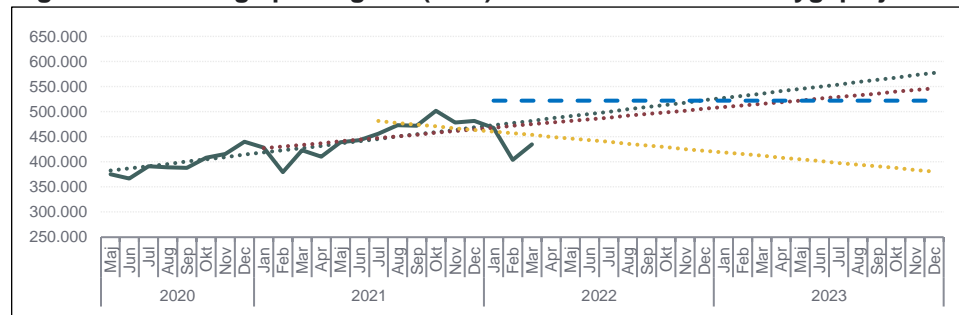
I alle tre grafer ses en stigende tendens i den grønne (fra maj 2020) og den røde (fra januar 2021) fremskrivning. Modsat ses et fald i den samlede planlagte tid og i den gennemsnitlige planlagte tid pr. borger samt en flad udvikling i antal borgere, hvis den gule (fra juli 2021) fremskrivning benyttes. Det betyder, at de forbrugsmæssige forventninger på sygeplejeområdet vil afhænge af, om man har tiltro til, at den aktivitets- og forbrugsopbremsning, der er sket siden oktober 2021, fortsætter.

BCV har ved analysens afslutning oplyst, at der i april og start maj 2022 har været en lille stigning i visiterede timer på i alt ca. 2,7% ift. marts måned.

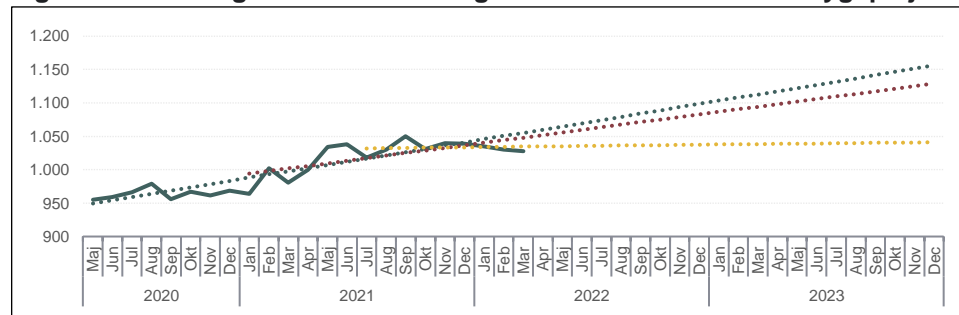
BCV har i marts-prognosen forventet et forbrug på sygeplejen (udfører) i 2022 på 65,9 mio. kr. (ca. 10 mio. kr. mere end i 2021). Omregnes de 65,9 mio. kr. til planlagt aktivitet, vil det alt andet lige udgøre ca. 522.000 min. pr. måned (under antagelse af samme prisniveau som i 2021, se note nedenfor). Dette fremgår som den blå vandrette stiplede linje i figur 55, der i stort set hele 2022 ligger over den grønne stiplede linje, som repræsenterer fremskrivning fra hele perioden.

*) Den samlede planlagte tid for sygeplejen i 2021, er blevet sat i forhold til det samlede forbrug for 2021, hvilket har ført til en beregnet pris per planlagt minut på 10,52 kr. Anvendes denne pris til at omregne marts-prognosens forventede forbrug på den samlede sygeplejen i 2022 på 65,9 mio. kr. findes en månedlig planlagt tid på omkring 522.000 minutter, som er indgår i grafen som den vandrette blå stiplede linje.

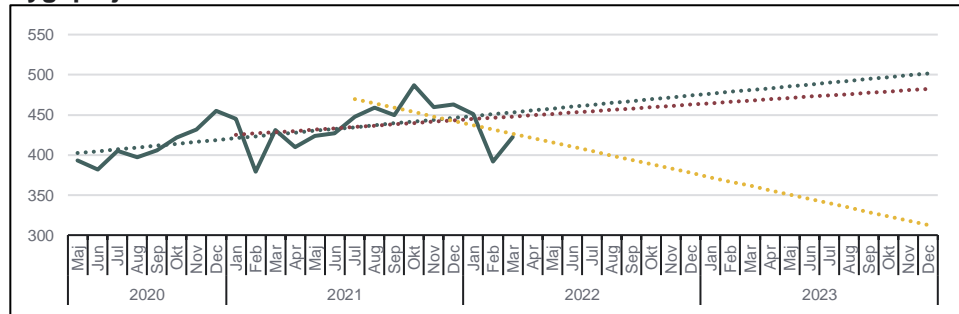
Figur 55. Udvikling i planlagt tid (min.) fremskrevet til 2024 – sygepleje*



Figur 56. Udvikling i antal unikke borgere fremskrevet til 2024 - sygepleje



Figur 57. Udvikling i planlagt tid pr. borger (min.) fremskrevet til 2024 - sygepleje



Note:
Tendenslinjerne i samtlige grafer på denne side er estimeret med mindste kvadraters metode. Denne metode indebærer identifikation af en ret linje gennem de tilgængelige datapunkter, således at afstanden mellem de observerede datapunkter i perioden og linjen er mindst mulig.

Implement's vurdering af prognosen på sygeplejeområdet

Implement's vurdering af forbruget på sygeplejen (udfører) – SUL§138

BCV forventer i deres marts-prognose et samlet merforbrug på udførerdelen af sygeplejen på 0,4 mio. kr.

Det er umiddelbart vores vurdering, at BCV's marts-prognose på sygeplejeområdet synes højt estimeret.

Som det fremgår af ovenstående, vil det forventede forbrug i 2022 svare til en planlagt aktivitet, der er et stykke over forbruget i de første tre måneder af 2002, samt over niveau for hvad en lineær fremskrivning af forbruget predikterer i resten af 2022.

Umiddelbart synes BCV's prognosen ikke at "fange" det aktivitetsfald, der ses fra oktober 2021 til marts 2022, men i stedet forudsætter en uændret stigning fra niveauet i oktober 2021.

Lederne i Den Sociale Hjemmepleje har ikke samme forventninger til den fremtidige udvikling. Nogle af lederne tror, at der er sket et generelt knæk i indsatsen på sygeplejeområdet – særligt på timer pr. borger. Dette særligt som følge af de iværksatte tiltag ifm. det interne investeringstiltag om styrket opfølgning.

Andre ledere er mere skeptiske og forventer en fortsat stigende tendens. Dette dels baseret på den historiske udvikling og dels på meldinger fra hospitalsvæsnet om et muligt Corona-efterslæb. Disse leder tror ikke, at knækket fra oktober 2021 til marts 2022 vil fortsætte.

Med udgangspunkt i aktivitetsopgørelsen på den foregående side vil vores skøn være, at forbruget i 2022 vil følge den røde fremskrivning. Heri er der dels forudsat, at der i perioden marts til december 2022 vil være en stigning på samme måde, som der var i perioden marts til december 2021 og ligeledes er knækket fra oktober 2021 og frem inddraget.

Foretages en beregning af forskellen mellem den røde stiplede linje i 2022 og den blå stiplede linje vil et aktivitetsniveau i 2022 svarende til den stiplede røde linje være 4,91% lavere end den blå stiplede linje.

Benyttes samme forhold på BCV's prognoseresultat på 65,9 mio. kr. vil det betyde et forbrug i 2022 på 62,7 mio. kr. (4,91% lavere end de 65,9 mio. kr.).

De 62,7 mio. kr. er derved 3,2 mio. kr. lavere end BCV's prognose, svarende til at området vil udvise et mindreforbrug på 2,8 mio. kr. (mod BCV's prognose på et merforbrug på 0,4 mio. kr.).

En forudsætning herfor er dels, at der ikke kommer væsentligt ændret adfærd i hospitalsvæsnet og psykiatrien.

Implements vurdering af prognosen på hjemmeplejeområdet

Implements vurdering af prognosen på hjemmeplejeområdet (kommunal udfører)

I det følgende foretages en vurdering af prognosen på udførerdelen af den kommunale hjemmepleje.

Først foretages en vurdering af den forventede aktivitetsmæssige udvikling i 2022 på den kommunale hjemmepleje, hvorefter der foretages en vurdering af de forbrugsmæssige konsekvenser heraf.

Implements vurdering af den aktivitetsmæssige udvikling i den kommunale hjemmepleje (udfører) – SUL§138

I de tre grafer til højre er foretaget en fremskrivning af udviklingen i planlagt tid, unikke borgere og gennemsnitlig planlagt tid pr. borger i perioden maj 2020 til marts 2022 på den kommunale hjemmepleje (udfører).

Den grønne stiplede linje er en fremskrivning fra hele perioden dvs. fra maj 2020 til marts 2022.

Den røde stiplede linje er en fremskrivning fra januar 2021 til marts 2022.

Den gule stiplede linje er en fremskrivning fra juli 2021 til marts 2022.

Som det fremgår af fremskrivningerne, i den øverste og nederste figur er der relativt stor forskel på udfaldet, alt efter hvilket af de tre udgangspunkter, der anvendes til fremskrivningen.

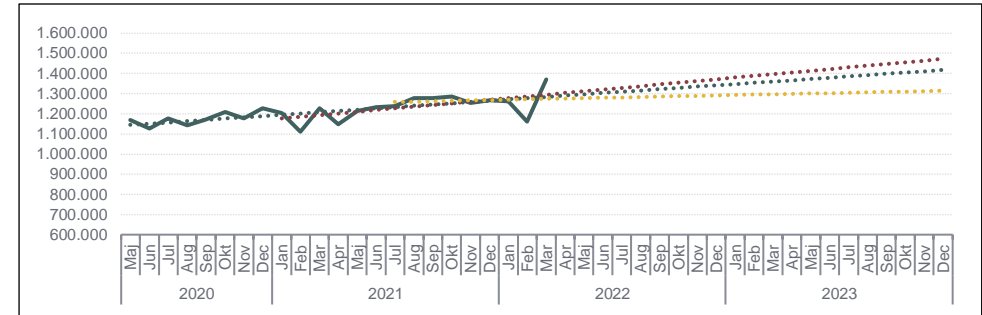
Ser man på udviklingen i antallet af borger i figur 59 ses det, at den grønne stiplede fremskrivning viser en forventet aktivitetsstigning på 4,3% i 2022 ift. 2021.

Yderligere ses det, at der i marts 2022 er en kraftig aktivitetsstigning (som også beskrevet i ovenstående kapitel 4 om den aktivitetsmæssige udvikling). BCV har oplyst, at aktiviteten i de første uger i april dog er lavere igen.

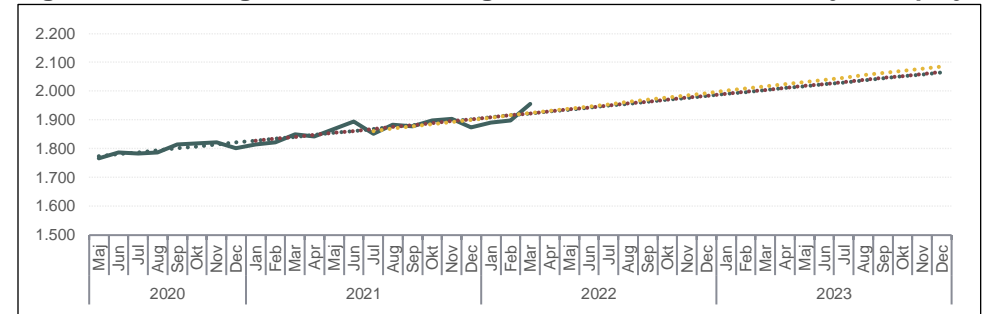
Den kommunale hjemmepleje i Center Nord og Syd udviser således samlet set en stigende aktivitet.

Note:
Tendenslinjerne i samtlige grafer på denne side er estimeret med mindste kvadraters metode. Denne metode indebærer identifikation af en ret linje gennem de tilgængelige datapunkter, således at afstanden mellem de observerede datapunkter i perioden og linjen er mindst mulig.

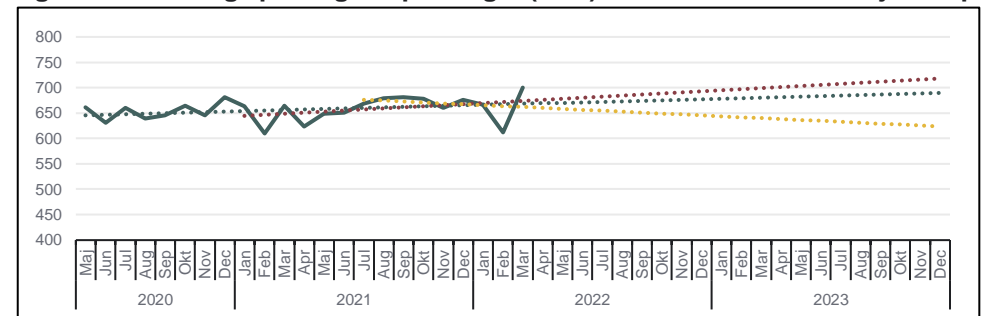
Figur 58. Udvikling i planlagt tid (min.) fremskrevet til 2024 - hjemmepleje



Figur 59. Udvikling i antal unikke borgere fremskrevet til 2024 - hjemmepleje



Figur 60. Udvikling i planlagt tid pr. borger (min.) fremskrevet til 2024 - hjemmepleje



Implement's vurdering af prognosen på hjemmeplejeområdet

BCV forventer i deres marts-prognose (baseret på februar-forbruget) et stigende forbrug på den kommunale hjemmepleje (udfører) fra ca. 144,8 mio. kr. i 2021 til 146,9 mio. kr. i 2022 (stigning på 1,45%). Dette svarer til et merforbrug i 2022 på den kommunale hjemmepleje på 6,8 mio. kr.

Jf. ovenstående ses en forventet stigende tendens i antallet af borgere på 4,3% fra 2021 til 2022. Samtidig ses det, at det gennemsnitlige antal minutter pr. borger er varierende hen over perioden. Der er i de gennemførte interviews i Den Sociale Hjemmepleje ikke peget på, at der i 2022 forventes væsentlige ændringer i det gennemsnitlige antal minutter pr. borger i 2022.

Med udgangspunkt heri har vi i vores prognoseskøn for den kommunale hjemmepleje (udfører) lagt til grund, at vi forventer en aktivitetsstigning på 4,3% (svarende til stigningen i antal borgere og et uændret niveau for det gennemsnitlige antal minutter pr. borger).

Såfremt den kommunale hjemmepleje (udfører) i 2022 udviser en forbrugsstigning på ca. 4,3%, vil det medføre et forbrug i 2022 på 151,0 mio. kr. svarende til et merforbrug på 10,9 mio. kr. (151,0-140,1).

Dette er 4,1 mio. kr. mere end i BCV's prognose (151,0-146,9).

Visitationen

BCV's prognose på visitationen udviser et samlet forventet mindreforbrug på visitationsområdet på ca. 2,1 mio. kr. i 2022. Mindreforbruget kan særligt henføres mindreforbrug på kontante tilskud på 1,1 mio. kr. og et mindreforbrug på mellemkommunal refusion på ca. 0,8 mio. kr.

Ved gennemgangen af BCV's prognose er der enkelte steder, hvor vi skønner, at regnskabsresultatet i 2022 kan afvige fra BCV's prognosevurdering. Dette omfatter følgende:

- **Selvudpeget hjælper.** Her forventes en forbrugsstigning i BCV's prognose på 1,6 mio. kr. fra 2021 til 2022. I aktivitetstallene på visiteret tid ses en svagt faldende tendens både i antal borgere og i det gennemsnitlige antal minutter pr. borger. Som følge heraf skønner vi, at der samlet set ikke vil ske en forbrugsstigning i 2022. Som følge heraf vurderer vi, et samlet forbrug på ca. 1,6 mio. kr. mindre end BCV.
- **Kontante tilskud.** Her forventes en forbrugsstigning i BCV's prognose på 0,7 mio. kr. fra 2021 til 2022. I aktivitetstallene på visiteret tid (antal borgere og gennemsnitligt antal minutter pr. borger) ses ikke nogen stigning. Som følge heraf vurderer vi et samlet forbrug på ca. 0,5 mio. kr. mindre end BCV.

På øvrige poster ser vi enten ikke tendenser, der afviger fra BCV's prognose, eller vi har ikke data der kan perspektivere prognosevurderingerne fra BCV yderligere.

Samlet set skønner vi derved, at visitationen vil udvise et prognoseresultat, der er ca. 2,1 mio. kr. lavere end BCV.

Det skal her anføres, at området kan være følsomt overfor ændringer i enkelte borgersager, da en række borgersager har en høj gennemsnitspris.

Herved skønner vi, at visitationsområdet samlet set vil udvise et samlet mindreforbrug på ca. 4,2 mio. kr. (2,1 + 2,1)

”Toppen”

Under dette område ligger en række centralt placerede ”puljelignende” beløb. Toppen har tidligere rummet budgettet til centerledelsen, da Den Sociale Hjemmepleje var et selvstændigt borgercenter.

Pt. indgår enkelte puljelignende beløb, som principielt skal udmeldes til enten visitationen eller udførerområderne (dette er undervejs).

I BCV's marts-prognose udviser Toppen et samlet mindreforbrug på i alt 2,5 mio. kr.

Implements vurdering af prognosen på hjemmeplejeområdet

De 2,5 mio. kr. dækker i BCV's prognose over:

- En teknisk indlagt indtægt på 4,7 mio. kr. som er BCV's forventning om at kunne reducere forbruget i de kommende måneder på hjemmeplejen (beskrevet ovenstående som at prognosen er bøjet med 4,7 mio. kr. for at skabe balance i prognosen) (mindreforbrug)
- Endnu ikke udmøntede budgetkorrektionen (dimensioneringsaftalen mm.) på 3,3 mio. kr. (merforbrug)
- Et forventet merforbrug som følge af ikke realiserbar samlokaliseringsscase på 0,6 mio. kr.
- Øvrige forhold svarende til et samlet mindreforbrug på 1,7 mio. kr.

I Implements prognose indgår de 4,7 mio. kr. i forventet indtægt ikke, da vi i den benyttede beregningsmodel, ikke har "bøjet" forbruget.

Herved vil vore forventning til Toppen være et samlet merforbrug på 2,2 mio. kr. (2,5-4,7).

Opsamling

Samlet set viser ovenstående analyse, at vi skønner, at sygeplejeområdet (udfører) vil udvise et mindre forbrug end forudsat i BCV's prognose. Modsat forventer vi, at den kommunale hjemmepleje (udfører) vil udvise et større merforbrug end prognosticeret af BCV.

I nedenstående skema har vi opsummeret vores analyse:

Figur 61. Prognoseoverblik 2022, i mio. kr.

	BCV's prognose	Implements prognose
Sygeplejen (udfører)	-0,4	2,8
Den kommunale hjemmepleje (udfører)	-6,8	-10,9
Visitationen	2,1	4,2
Toppen	2,5	-2,2
I alt	-2,6	-6,1
Ex. forventet refusion ifm. Covid og ikke realiserbar samlokaliseringsscase	0	-3,5

Samlet set er det derved vores skøn, at Den Sociale Hjemmepleje i 2022, såfremt der ikke iværksættes opstrammende tiltag, vil udvise et samlet merforbrug på ca. 6,1 mio. kr. eller ca. 3,5 mio. kr. såfremt BCV kompenseres for Covid-merudgifter og ikke realiserbar samlokaliseringsscase.

Det anførte skøn skal dog (som beskrevet indledningsvist) tages med en række væsentlige forbehold.

De væsentligste muligheder for budgetopbremsning synes at vedrøre:

- Sygeplejen: En videreførelse af det gennemførte knæk, der er set siden efteråret 2021, særligt på det gennemsnitlige antal minutter pr. borger. Dette kombineret med mulighederne for en styrket opfølgning (jf. det igangsatte effektiviseringstiltag), må forventes at kunne bremse udgiftsudviklingen på området
- Den Kommunale hjemmepleje: Den fortsatte stigning i antal modtagende borgere bør tillægges opmærksomhed og kombineres med en styrket opfølgning med henblik på afkortning eller afslutning af forløb.

Se endvidere løsningsforslagene i kapitel 10.

Implements vurdering af prognosen på hjemmeplejeområdet

Perspektivering

Efter den gennemførte analyse har vi modtaget den nye opdaterede maj-prognose (baseret på april-forbruget) fra borgercenteret. Denne rummer yderligere to måneder ift. den gennemførte analyse.

BCV's maj-prognose for Den Sociale Hjemmepleje udviser:

- Et forventet mindreforbrug på sygeplejen på 5,5 mio. kr.
- Et forventet merforbrug på hjemmeplejen på 5,7 mio. kr.
- Et par mindre afvigelser svarende til et mindreforbrug på 0,9 mio. kr.
- I alt et samlet forventet mindreforbrug på 0,7 mio. kr.

Siden BCV's marts-prognose er de væsentligste ændringer en reduceret forbrugsforventning på sygeplejen (på ca. 6 mio. kr.). Herudover en række øvrige ændringer.

Der synes således at være en tendens til, at det beskrevne "knæk" i sygeplejeforbruget fortsætter.



9.2. EN VURDERING AF UDVIKLINGEN I 2023-

En vurdering af udviklingen i 2023-

Indledning

I det følgende vil vi foretage en vurdering af udviklingen i de økonomiske perspektiver på hjemme- og sygeplejen i SOF i 2023 og frem.

Vurderingen tager primært udgangspunkt i ovenstående prognosevurdering ift. 2022, samt vores vurdering af den generelle udvikling i de kommende år på hjemme- og sygeplejen.

I afsnittet er der forudsat en forventet demografitilskrivning på 5,5 mio. kr. i 2023. Det konkrete beløb er naturligvis forbundet med nogen usikkerhed.

Sygeplejen

Som beskrevet tidligere er den generelle tendens på sygeplejeområdet, at behandlingen på de somatiske hospitaler samt i psykiatrien fortsat må forventes at være præget af færre sengepladser og korte indlæggelser. Samtidig må det forventes, at levealderen også for de udsatte grupper vil stige kombineret med flere multisyge og flere borgere med kroniske lidelser.

Dette må forventes at medføre et fortsat pres på sygeplejen.

I modsatte retning trækker det gennemførte knæk, der er set siden efteråret 2021. Dette kombineret med mulighederne for en styrket opfølgning (jf. det igangsatte effektiviseringstiltag), må forventes at kunne bremse udgiftsudviklingen på området.

Med udgangspunkt i de anførte fremskrivninger af sygeplejen i afsnit 9.1 vil det være vores vurdering, at sygeplejen i de kommende år vil have et svagt stigende antal borgere, samt at det nuværende tidsforbrug pr. borger umiddelbart bør kunne fastholdes (og evt. sænke det en smule). Dette vil dog forudsætte følgende:

- A) At Den Sociale Hjemmepleje sikrer et stramt fokus på opfølgning i sagerne, herunder at de iværksatte tiltag videreføres og suppleres, samt at Center Syd inddrages fuldt ud heri.
- B) At der ikke sker en markant ændring i hospitalernes og psykiatriens udskrivningspraksis (ud over den ovenstående beskrevne forventning om en svagt stigende udvikling).

Samlet set vil det være vores forsigtige skøn, at sygeplejen i de kommende år (under ovenstående forudsætninger) vil opleve en forbrugsstigning svarende til den røde stiplede linje i figur 55 side 64. Jf. samme figur vil det ift. den blå stiplede linje der svarer til det nuværende budgetniveau i 2022 betyde et merforbrug i 2023 på ca. 1% svarende til ca. 0,7 mio. kr.

Dette skal ses i forhold til en forventet årlig demografitilskrivning på 0,9 mio. kr. på sygeplejeområdet (beregnet som sygeplejens forholdsmæssige budgetandel (i 2022 på ca. 17%) af den forventede demografitilskrivning).

Det vil netto betyde budgetoverholdelse i 2023 (med det nuværende budgetniveau og med ovenstående antagelser).

Den kommunale hjemmepleje

Som det fremgår af ovenstående, har der i en årrække kunne ses en stigende aktivitet på den kommunale hjemmepleje.

Med mindre der iværksættes opbremsende tiltag, må det forventes, at den kommunale hjemmepleje også vil vokse i de kommende år.

Alt andet lige vil det derfor være vores vurdering, at den kommunale hjemmepleje i 2023 og frem vil vokse med ca. 4% årligt, svarende til et øget forbrug på 6,0 mio. kr.

Dette skal ses i forhold til en forventet årlig demografitilskrivning på 2,0 mio. kr. på den kommunale hjemmepleje (beregnet som den kommunale hjemmeplejes forholdsmæssige budgetandel (i 2022 på ca. 36%) af den forventede demografitilskrivning).

Det vil netto betyde (ved et uændret budget) et merforbrug på ca. 15 mio. kr. (Det forventede merforbrug i 2022 på 10,9 mio. kr. + 6 mio. kr. - 2 mio. kr.)

En vurdering af udviklingen i 2023-

Visitation

Prognosen for 2022 viser, at visitationsområdet (herunder brugen af øvrige hjemmeplejeordninger) ikke umiddelbart vurderes at kunne modsvare stigningen på den kommunale hjemmepleje.

Med udgangspunkt i vores prognoseskøn for 2022 er det vores skøn at visitationen alt andet lige fortsat vil kunne bidrage med ca. 4 mio. kr. årligt fremadrettet.

Dette forudsætter at forbrugsudviklingen på øvrige ordninger kan holdes indenfor den forventet årlig demografitilskrivning på 2,6 mio. kr. på visitationsområdet (beregnet som visitationens forholdsmæssige budgetandel (i 2022 på ca. 47%) af den forventede demografitilskrivning).

Toppen

På Toppen vil det være vores forudsætning, at den endnu ikke udmøntede budgetkorrektur (dimensioneringsaftalen mm.) på 3,3 mio. kr. vil være implementeret i 2023.

Alt andet lige vil det følgelig være vores vurdering, at Toppen vil udvise budgetoverholdelse.

Samlet vurdering

Med udgangspunkt i ovenstående vurderinger vil vores samlede vurdering være, at Den Sociale hjemmepleje i 2023 vil opleve et forventet merforbrug svarende til ca. 11 mio. kr. Såfremt der ikke iværksættes opstrammende tiltag.

Hertil skal yderligere tillægges den (indtil videre) etårige budgettilskrivning på 14 mio. kr. Herved vil vores forsigtige skøn for 2023 alt andet lige være et merforbrug svarende til ca. 25 mio. kr.

Figur 62. Skønnet prognose 2023, i mio. kr.

	Skønnet prognose i 2023
Sygeplejen (udfører)	0
Den kommunale hjemmepleje (udfører)	-15,0
Visitationen	4,0
Toppen	0
Bortfald af etårig budgettilskrivning	-14,0
I alt	-25,0

I 2024 og frem vil der såfremt der ikke foretages opstrammende tiltag kunne forventes fortsat stigende forbrug på den kommunale hjemmepleje og sygeplejen.

10. FORSLAG TIL TILTAG, SOM KAN REDUCERE DE ØKONOMISKE UDFORDRINGER

Indledning

I dette kapitel opstilles en række løsningsforslag til tiltag, der kan reducere de økonomiske udfordringer i Den Sociale Hjemmepleje.

Vores forslag omfatter følgende:

Nr.	Forslag
1	Styrket vurdering, opfølgning og brug af rammeordination i sygeplejen
2	Styrket opfølgning og afslutning af sager på hjemmeplejeområdet
3	Øget brug af rehabilitering og analyse af rengøringsområdet
4	Brug af sygeplejeklinikker
5	Styrket samspil med SUF på sygeplejeområdet
6	Reducere medicinydelserne
7	Fortsat fokus på rekruttering og sygefravær

I beskrivelsen af de enkelte forslag, vil de hver i sær blive vurderet ud fra følgende

Potentiale	Investeringsomfang	Implementeringskompleksitet
Et mindre potentiale	Kræver en mindre investering	Vurderes ikke kompleks
Et mellem potentiale	Kræver en mellem investering	Vurderes delvist kompleks
Et mellem til stort potentiale	Kræver en mellem til stort investering	Vurderes delvis kompleks til kompleks
Et stort potentiale	Kræver en stort investering	Vurderes kompleks

Foruden de syv opstillede forslag vil der herforuden kunne gennemføres tre mere grundlæggende typer af udgiftsreducerende tiltag:

- A. Generelle reduktioner af serviceniveauet
- B. Driftsoptimerende effektiviseringer
- C. Sammenhæng til andre parallelle indsatsformer

Ad A.

En grundlæggende mulighed ift. at reducere udgiftsniveauet på hjemmeplejeområdet og sygeplejeområdet kan være en generel reduktion af serviceniveauet. Dette vil særligt være muligt på hjemmeplejeområdet og i væsentligt mindre grad på sygeplejeområdet (da ydelserne her som udgangspunkt er ordinerede af lægerne). På hjemmeplejeområdet vil man fx kunne reducere i hvor hyppigt borgeren får gjort rent eller hvor tit borgeren kan komme i bad. SOF har som andre kommuner tidligere haft lignende forslag til politisk behandling ifm. budgetdrøftelserne.

En analyse heraf vil forudsætte, at der gennemføres en analyse af de nuværende politisk fastsatte kvalitetsstandarder på hjemmeplejeområdet. Yderligere vil en sådan analyse som ofte kræve en benchmarking med andre kommuners kvalitetsstandarder for derigennem at se forskelle og mulige højere serviceniveauer. Der har ikke i opgavebeskrivelsen forud for nærværende analyse været sat fokus på gennemførelse af en sådan analyse.

Ad B.

En klassisk tilgang til effektiviseringer på hjemmepleje- og sygeplejeområdet er driftsanalyser af vagtplaner, køreruter, ATA-tid mv. Som beskrevet indledningsvist i denne analyse har dette ikke været genstanden for nærværende analyse. Dette skyldes dels, at SOF i de foregående år har fået foretaget analyser heraf og dels at ønsket i nærværende analyse har være de mere større og strategiske tiltag og ikke konkrete driftsoptimerende tiltage. Der er således ikke gennemført driftsanalyser, der har kunne danne baggrund for konkrete effektiviseringsforslag på dette område.

Ad C.

Den mest centrale parallelle indsats ift. hjemmeplejen er §85 indsatsen (socialpædagogisk bistand i eget hjem). Der er således et vist potentielt indsatsmæssigt overlap mellem de to ydelser.

Da der i nærværende analyse ikke har været gennemført en analyse af visitationspraksis mellem de to paragraffer og samspil mellem de to indsatsformer, har det i nærværende analyse ikke været muligt, at pege på konkrete forslag til optimeringer i brugen af de to indsatsformer.

Forslag 1. Styrket vurdering, opfølgning og brug af rammeordination i sygeplejen

Som det fremgår af analysen, har de primære styringsmæssige udfordringer og merforbrug været knyttet til sygeplejeområdet.

I analysen har vi peget på, at vi særligt ser tre "håndtag", som Den Sociale Hjemmepleje kan gøre brug af til at påvirke aktivitet og ressourceforbrug (på et område hvor den ordinerende læge har stor betydning for udgiftsniveauet).

De tre håndtag er:

- A. Påvirke lægerne til mest mulig brug af rammeordinationer
- B. Foretage systematiske og målrettede vurderinger af om de ordinerede ydelser og deres omfang bør justeres samt systematiske tilbage-melding til ordinerende læge ved mulighed for en mindre ressourceindsats
- C. Systematisk og målrettet opfølgning på borgerforløbene med henblik på løbende justering af indsatsen samt rettidig afslutning af forløb.

Ad A. Flere rammeordinationer

Det foreslås, at Den Sociale Hjemmepleje udarbejder en plan for, hvordan man kan påvirke lægerne til i højere grad at gøre brug af rammeordinationer. Ved brug af rammeordinationer vil Den Sociale Hjemmepleje have betydelig større mulighed for selv at fastlægge metode og omfang af indsatsen.

Som elementer i denne plan kan bl.a. indgå, hvordan lægerne kan påvirkes via det samarbejde, der er med udskrivningssygeplejersker på de somatiske hospitaler, hvornår der kan tages kontakt til lægerne via den enkelte borger mv.

Som led heri er det aftalt med Den Sociale Hjemmepleje, at de i den kommende tid manuelt registrerer antallet af ordinationer, samt andelen heraf der er rammeordinationer.

Løsningsforslag

Ad B. Systematisk revurdering

Som det fremgår af analysen, er de ordinerende læger som oftest positive ift. justeringer af indsatsen, når sygeplejen vender tilbage med forslag til justeringer af den ordinerede indsats. Samtidig viser ovenstående analyse, at det er ganske få sager, der i dag reelt bliver nedjusteret ift. den ordinerede/visiterede ydelse inden for den første tid. Som hovedregel videreføres lægens ordination blot.

Det foreslås derfor, at sygeplejen sikrer en mere systematisk revurdering af de ordinerede ydelser.

Ud fra vores analyse vurderes dette delvist at ske i dag, men det er vores vurdering, at denne indsats kan ske væsentligt mere målrettet. Dette vil dels kræve en systematisk fastlagt arbejdsgang for og planlægning heraf og dels en tæt ledelsesmæssig opfølgning på, at det sker.

Ad C. Styrket opfølgning og afslutning af forløb

Det håndtag, hvor sygeplejen vurderes at have den største mulighed for at påvirke det samlede ressourceforbrug på området, er gennem en systematisk og målrettet opfølgning på sagerne herunder fokus på at afslutte forløb rettidigt. Det skal dog tillige anføres, at en styrket opfølgning tillige kan betyde, at man finder sager, hvor borgeren har behov for flere ydelser end de pt. modtager.

Som det er beskrevet i analysen, vil et højt vikarforbrug modvirke mulighederne for en systematisk opfølgning, da vikarer ikke har en naturlig fornemmelse af kontinuitet hos borgeren og ikke vil have samme ansvar for den opfølgende indsats, herunder incitament til at agere herpå.

Igennem analysen har interviewpersonerne konsekvent peget på, at opfølgningsindsatsen er et af de områder, hvor der med fordel kan ske en styrket indsats. Fx udtaler en af interviewpersonerne følgende om den nuværende praksis: *"I Cura har vi nogle opfølgningsdatoer. Det er dog ikke noget vi altid får gjort. Datoerne skal sættes ind manuelt."*

Den Sociale Hjemmepleje har allerede iværksat tiltag til en styrket opfølgning med det interne investeringstiltag *"Investeringsforslaget 2021-2022: Styrket opfølgningsindsats i sygeplejen"*.


I dette forslag er allerede indtænkt en række hensigtsmæssige delspor ift. en styrket opfølgning (fokus på +65 årige, sårbehandling, kompression og kateter). I Center Nord har man positive erfaringer med effekten heraf og har arbejdet målrettet hermed i en periode. I Center Syd er man først ved at implementere tiltaget. Center Nord har haft en projektleder til at sikre formidling, iværksættelse og opfølgning. Denne projektlederstilling bortfalder dog nu, hvorfor man er bekymrede for projektets videre fremdrift, da det vil skulle "konkurrere" om ressourcerne med den daglige drift. Denne bekymring er bl.a. baseret på, at man i Center Nord i efteråret oplevede en pludselig stigning på områder, hvor man havde realiseret et fald i opfølgningsaktiviteterne, og at dette skete samtidig med, at projektlederen ikke var på arbejde i to uger.

Vi vil anbefale, at de allerede iværksatte tiltag videreføres og suppleres med en generel opprioritering af hele opfølgningsindsatsen.

Alle tre ovenstående styringsmæssige håndtag (rammeordinationer, styrket vurdering og styrket opfølgning) kræver et betydeligt ledelsesmæssigt fokus, faste arbejdsgange til at understøtte arbejdet, ledelsesinformation til at belyse den reelle praksis, ledelsesmæssigt opfølgning på gennemførelse af aktiviteterne, ressourcer afsat til denne opgave (så det ikke blot er noget man skal lave ved siden af sit "rigtige arbejde", hvis der er tid) samt at der arbejdes holdningsmæssigt med medarbejderne ift. en mere proaktiv ageren ift. ordinationer, forløbslængder mv.

Gennemførelsen af dette forslag vurderes at vil medføre behov for en ressourcemæssig investering i personer, der kan bidrage til den styrkede opfølgning, vurdering mv.

Opsamlende vurderes forslaget at have følgende profil

Potentiale	Investeringsomfang	Implementeringskompleksitet
		

Forslag 2. Styrket opfølgning og afslutning af sager på hjemmeplejeområdet

Jf. anbefalinger på sygeplejeområdet i forslag 1 er det på baggrund af den gennemførte analyse vores vurdering, at der tillige er et potentiale ved en styrket opfølgning på hjemmeplejeområdet. Fx udtaler en af interviewpersonerne: *"Når først man er blevet visiteret, så tror jeg ikke, man er så gode til at følge op ift."*

Dette stemmer overens med vores oplevelse i en række andre kommuner, hvor det er vores vurdering, at for mange hjemmeplejeforløb får lov til at køre for længe, uden at der tages systematisk stilling til, om formålet hermed er opnået, eller om der er et perspektiv i den tildelte ydelse.

Yderligere er det vores indtryk, at der i dag ikke er en tilstrækkelig systematisk ledelsesinformation på tværs af myndighed og udfører, der sikrer, at ledelsen på tværs har et godt overblik over, om der foretages den fornødne opfølgning i sagerne. Myndighed peger på, at de råder over en række relevante data, men at det kunne styrkes. På udførerområdet vurderes der at være mangler. Det betyder, at dele af opfølgningen i stedet sker i projektlignende tiltag, hvor man rydder op i manglende løbende opfølgning.

En af udfordringerne ved en systematisk opfølgning er, at der er et skævt incitament mellem myndighed og udfører. For udfører vil forløb, der er lette at varetage, og hvor der er "fri" tid, kunne kompensere for sager, hvor man oplever, at visitationen har tildelt for lidt tid. Herved reduceres udførers incitament til rettidig og målrettet opfølgning i sager, hvor behovet reduceres over tid. På samme måde som på sygeplejeområdet reduceres dette tillige ved et højt vikarforbrug.

Flere kommuner har med fordel etableret faste møder mellem myndighed og udfører, hvor de systematisk gennemgår alle borgersager, deres individuelle status og behov for justering. Dette forum giver bedre og mere præcise/opdaterede justeringer uden spildtid i form af skriftlige korrespondancer frem og tilbage mellem myndighed og udfører.

Ved større ændringer og dermed behov for en ny afgørelse vil myndighed dog skulle inddrages, så der kan gennemføres sædvanlig sagsbehandlingspraksis.

Med udgangspunkt heri anbefales det, at Den Sociale Hjemmepleje undersøger mulighederne for en generel styrkelse af den systematisk opfølgning på hjemmeplejeområdet mellem myndighed og udfører.

Gennemførelsen af dette forslag vurderes at vil medføre behov for en ressourcemæssig investering i personer, der kan bidrage til den styrkede opfølgning. Dette ikke mindst henset til at borgercenteret oplyser, at myndighedssagsbehandlere i dag har ansvaret for op mod 250 sager pr. medarbejder.

Opsamlende vurderes forslaget at have følgende profil:

Potentiale	Investeringsomfang	Implementeringskompleksitet

Forslag 3. Øget brug af rehabilitering og analyse af rengøringsområdet

Som det fremgår af aktivitetsanalysen i afsnit 4.1 samt i benchmarkanalysen i kapitel 5, bruges den rehabiliterende indsats i dag kun i meget begrænset omfang på hjemmeplejeområdet i SOF. Samtidig har Den Sociale Hjemmepleje en meget høj andel af rengøringsopgaver.

Det tyder derfor på, at Den Sociale Hjemmepleje modsat mange andre kommuner ikke har formået at omlægge dele af hjemmeplejeindsatsen, herunder rengøringsindsatsen, til en mere rehabiliterende indsats, hvor fokus er på at styrke borgerens mulighed for selv at varetage opgaven i stedet for en passiv hjælp.

På samme vis er det vores vurdering at Den Sociale Hjemmepleje kun i begrænset omfang har gjort brug af rehabiliterende indsatser på sygeplejeområdet. Som det fremgår af benchmarkanalysen har særligt Aalborg Kommune haft gode erfaringer hermed og formået at omlægge betydelige dele af deres sygepleje til rehabiliterende forløb. Således udgør timer til de rehabiliterende ydelser i dag ca. 15% af sygeplejeydelserne.

Dele af baggrunden herfor kan muligvis henføres til Den Sociale Hjemmeplejes målgruppe, og dennes særlige udfordringer, men det er vores vurdering, at dette ikke alene kan forklare det lave rehabiliteringsniveau og høje rengøringsomfang. Dette understøttes af oplevelsen i Aalborg Kommune, hvor den primære målgruppe for rehabilitering opleves at være de ”yngre” målgrupper. Således er gennemsnitsalderen for borgergruppen der modtager rehabiliterende sygepleje i Aalborg 64 år.

Med udgangspunkt i de gennemførte interviews er det vores oplevelse, at baggrunden tillige kan henføres til mangelfuld implementering af de rehabiliteringsprojekter, der gennem årene er blevet besluttet gennemført. Samtidig er det vores oplevelse, at der eksisterer en delvis kulturel modstand blandt nogle medarbejdere og borgere over for den filosofi, der ligger bag den rehabiliterende tanke (hvor det i højere grad opleves som servicereduktioner og ikke empowerment af den enkelte borger).

Med udgangspunkt heri er det vores vurdering, at der er et ikke ubetydeligt potentiale på området. Det primære potentiale vurderes at være på hjemmeplejeindsatsen, men der vurderes også at være muligheder på sygeplejeområdet.

Det anbefales derfor, at Den Sociale Hjemmepleje iværksætter en samlet styrket rehabiliterende indsats. For at dette kan være realistisk, vil det kræve en klar investering for at sikre, at omlægningen kan gennemføres. Det vurderes tillige, at der vil være tale om en længerevarende omlægning.

Det anbefales herudover, at der gennemføres en analyse af rengøringsområdet, med henblik på at vurdere potentialerne ved en omlægning og reduktion heraf. Dette vil med fordel kunne gennemføres som led i en samlet omstilling mod en mere rehabiliterende tilgang.

Gennemførelsen af dette forslag vurderes at vil medføre behov for en faglig investering i både opkvalificering af relevante medarbejdere, samt ekstra personaleresourcer for at gennemføre omlægningen:

Opsamlende vurderes forslaget at have følgende profil:

Potentiale	Investeringsomfang	Implementeringskompleksitet

Forslag 4. Brug af sygeplejeklinikker

Mange kommuner har over en årrække med succes etableret sygeplejeklinikker. I sygeplejeklinikkerne kommer borgeren selv hen til klinikken, i stedet for at sygeplejen besøger borgeren i eget hjem.

Fordelen ved sygeplejeklinikkerne er, at man spare betydelig vejtid samtidig med, at det gøres muligt at have flere sygeplejefaglige kompetencer på arbejde samtidigt, som derved kan give en højere faglig kvalitet i indsatsen. Idegrundlaget er tillige at styrke borgerens egen aktive medvirken til at få det bedre i stedet for blot at modtage passiv hjælp.

Sygeplejeklinikken er naturligvis ikke det rigtige tilbud til alle borgere, da det for nogle borgere er urealistisk at antage, at borgeren selv kan komme hen til klinikken.

Erfaringer har dog vist, at borgere, man før troede ikke ville kunne komme hen til tilbuddet, alligevel har de personlige ressourcer, der gør dette muligt. Det kan fx være ved at støtte borgeren i at komme hen til tilbuddet de første gange.

SUF har i dag flere sygeplejeklinikker, der dækker geografiske områder i København.

Det er vores vurdering, at det vil være et klart potentiale for SOF, hvis man tillige havde sygeplejeklinikker i Den Sociale Hjemmepleje. Dette er også vurderingen hos de interviewpersoner, vi har forelagt dette forslag.

En af forudsætningerne for etablering af sygeplejeklinikker er, at der er et borgergrundlag, der kan sikre en effektiv drift af sygeplejeklinikken.

Ligeledes skal man være opmærksom på afstanden mellem borgerens bopæl og sygeplejeklinikken. Begge forudsætninger vil kunne være en udfordring i etableringen af sygeplejeklinikker i Den Sociale Hjemmepleje. Dog skal man ift. afstand være opmærksom på, at der er en række landkommuner i Danmark, der har etableret sygeplejeklinikker, og hvor afstandene er betydeligt større end tilfældet vil være i København. Der er dog samtidig en anden "forventning" til afstande i byen end på landet.

Herudover vil etableringen af sygeplejeklinikker kræve, at der reelt er sygeplejersker, der kan besætte stillingerne. Dette vil ligeledes være en mulig udfordring for Den Sociale Hjemmepleje. Sygeplejeklinikkerne vil dog kunne udnytte sygeplejeressourcerne mere effektivt, end de bliver i den nuværende model, hvor en del af tiden som nævnt går med vejtid.

Samlet set er det vores vurdering (og tillige sygeplejens), at det vil være sårbart at etablere selvstændige sygeplejeklinikker i SOF (henset til borgergrundlag og geografiske afstande).

Som konkrete løsningsforslag ser vi tre muligheder:

- A. Samarbejde med SUF
- B. Samlokalisering med eksisterende tilbud i SOF
- C. Pilotprojekt

Ad A. Samarbejde med SUF

I denne model indgås et forpligtende samarbejde mellem SUF og SOF.

Dette kan ske på flere måde. Det kan enten være, at SOF køber en kapacitet på SUF's eksisterende klinikker, eller at SUF og SOF samdriver udvalgte klinikker. Herved vil man kunne udnytte det store borgergrundlag, der samlet set eksisterer i Københavns Kommune.

Ud fra en samlet vurdering af ressourcerne på kommuneniveau vurderes dette den mest hensigtsmæssige løsning ressourcemæssigt. Ligeledes vil det kunne medføre et forventeligt kvalitetsløft for de udsatte borgere i SOF. Modsat vil der kunne være bekymring for at blande borgergrupperne (de ældre og de udsatte) i samme tilbud.

Ad B. Samlokalisering med eksisterende tilbud i SOF

I denne model etableres enkelte sygeplejeklinikker i tilknytning til eksisterende tilbud i SOF, hvor der i forvejen er sundhedsydelse. Det kan være misbrugsbehandlingstilbud, botilbud hvor der er sygeplejersker ansat mv. Ideen er derved, at denne samlokalisering og delvise samdrift med det eksisterende tilbud vil kunne realisere en række stordriftsfordele og reducere sårbarheden samt udgiftsniveauet.

I denne model vil der skulle ses på udfordringer ift. geografisk afstand, samt eventuelle bekymringer ift. målgruppesammensætning.

Ad C. Pilotprojekt

Ift. at sikre den rette model samt for at afdække mulighederne ift. Den Sociale Hjemmeplejes målgruppe vil man kunne starte med et pilotprojekt i et begrænset geografisk område i København. Dette kan kombineres med ovenstående model A og B eller en helt tredje løsningsmodel.

Alle tre forslag vil kræve, at muligheder, etableringsomkostninger og driftsomkostninger analyseres yderligere.

Opsamlende vurderes forslaget at have følgende profil:

Potentiale	Investeringsomfang	Implementeringskompleksitet
	Afhænger af model	Afhænger af model

Forslag 5. Styrket samspil med SUF på sygeplejeområdet

På samme måde som der vurderes at være potentialer ved et styrket samarbejde med SUF ift. sygeplejeklinikker, vurderes der at være potentialer ved et styrket samarbejde på hele eller dele af sygeplejeområdet.

Den gennemførte analyser viser, at sygeplejen i Den Sociale Hjemmepleje har haft, og på en række områder fortsat har, betydelige udfordringer ift. rekruttering, fastholdelse, faglig kvalitet, økonomisk styring mv.

Det er vores vurdering, at de kommende års udvikling på de somatiske hospitaler vil fortsætte en udvikling mod færre og kortere indlæggelser, hvilket vil øge forventningerne til den kommunale sygepleje.

Dette vil stille øgede krav til det sygeplejefaglige niveau og forventeligt medføre et stigende behov for specialiserede sygefaglige kompetencer og indsatser.

Ligeledes er der ingen tendenser, der peger i retning af, at rekrutteringsudfordringerne på sygeplejeområdet vil blive mindre i de kommende år.

Samlet set vil man med de nuværende udfordringer i betragtning kunne være bekymret for Den Sociale Hjemmeplejes muligheder for at kunne imødekomme de fremtidige krav på sundhedsydelse.

En mulighed her vil være et styrket og mere formaliseret samarbejde mellem SUF og SOF på sundhedsydelse. Dette kan fx være en udvidelse af det nuværende antal aftaler på udvalgte specialiserede områder.

Som anført i analysens indledning er analysens udgangspunkt, at SOF fastholder sit nuværende opgaveansvar. Uden for denne ramme vil vi dog yderligere pege på, at Københavns Kommune bør overveje muligheden for at dele (aften og nat) eller hele sygeplejen i SOF sammenlægges med SUF's sygepleje for at sikre en tilstrækkelig sundhedsfaglig kvalitet, for de udsatte borgere i København.

Også her vil man dog skule være opmærksom på, at der forventeligt vil kunne opstå bekymringer på ældreområdet ift. en sammenlagt målgruppe af ældre og udsatte.

Herudover vil der i Den Sociale Hjemmepleje kunne opstå bekymringer ift. en helt eller delvist adskillelse mellem hjemmeplejen og sygeplejen. Her vil en adskillelse naturligvis kunne få negativ betydning for den koordinerede indsats og samarbejdet mellem hjemme- og sygeplejen, men det bør sættes op imod værdien af en styrket sundhedsfaglig indsats.

Gennemførelsen af dette forslag vurderes, kun at vil medføre begrænset etableringsomkostninger.

Opsamlende vurderes forslaget at have følgende profil.

Potentiale	Investeringsomfang	Implementeringskompleksitet

Forslag 6. Reducere medicinydelserne

I analysen fremgik det, at de to medicinydelser (medicinadministration og medicindispensering) udgør en meget stor del af de ydelser, der leveres på sygeplejeområdet.

I analysen anførte vi, at der er alternativer hertil, da lægen kan ordinere dosispakker, som apotekerne så pakker og sender til borgeren. Dette vil særligt kunne aflaste dosisdispenseringsopgaven.

I sygeplejen er der bekymring for, at medicinopgaven kan vokse yderligere, når/hvis den midlertidige aflønning af lægerne for denne ordination bortfalder.

Som anført i analysen, er det vores vurdering, at det er uhensigtsmæssigt, at en meget presset sygepleje anvender store dele af de knappe ressourcer på en opgave, der ift. nogle borgere primært er at betegne som en logistikopgave.

Det anbefales derfor, at Den Sociale Hjemmepleje ser på mulighederne for at reducere medicinopgaven. Det kan være ved at presse yderligere på ift. at få lægerne til at ordinere dosispakker. Det kan yderligere være at indhente erfaringer fra andre kommuner.

En af de erfaringer der på sigt kan blive interessant for Den Sociale Hjemmepleje er brugen af medicinrobotter. Medicinrobotter er en automatisk dispenseringsenhed, der installeres hos borgeren, og som samtidig minder borgeren om at tage sin medicin. Det er apoteket der pakker medicinen, som leveres af en privat leverandør. Det betyder, at sygeplejen ikke skal bruge tid på dispensering. Dog vil administrationsopgave for en række borgere være uændret. Modellen er særligt relevant ift. borgere med et rimeligt stabilt medicinforbrug, og vil naturligvis ikke være velegnet til alle SOF's borgere. SOF har som en række andre kommuner igangsat forsøg med medicinrobotter. Erfaringerne fra SOF's forsøg er, at robotterne har et potentiale, at der skal findes en model med de rette robotter, og at man skal være afklaret med, hvilke målgrupper der kan have glæde af dette velfærdsteknologiske hjælpemiddel.

Løsningsforslag

Det anbefales, at SOF styrker fokus på at få lægerne til at ordinere dosisdispensering, fortsætter forsøg med medicinrobotter og yderligere sætter fokus på yderligere tiltag, der kan reducere medicinopgaven.

Investeringen i dette forslag vil afhænge af den konkrete løsningsmodel.

Opsamlende vurderes forslaget at have følgende profil.

Potentiale	Investeringsomfang	Implementeringskompleksitet

Ad 7. Fortsat fokus på rekruttering og sygefravær

De anførte betydelige udfordringer med rekruttering af kvalificeret personale samt det fortsatte høje sygefravær i dele af Den Sociale Hjemmepleje er klart en af de største udfordringer. Dette gælder både fagligt, men har også afledte økonomiske konsekvenser i form af manglende effektivitet, øget kørselstid, øget styring og øget opfølgning på vikarer.

Ligeledes har vi i analysen peget på, at de mange vikarer fjerner ledernes fokus fra kerneopgave, da de kommer til at bruge uforholdsmæssigt meget tid på vikaropgaven, herunder at finde vikarer til den følgende dag. I interviewene er det tillige påpeget, at man som leder i sygeplejen kan være tilbageholdende med at drive hård driftsstyring, da man er bekymret for at kunne fastholde de få sygeplejersker, man har.

Det har ikke været muligt for os, inden for rammerne af denne analyse, at komme med helt nye tiltag, der kan ændre rekrutteringssituation i Den Sociale Hjemmepleje.

Det giver dog sig selv, at de betydelige udfordringer som rekrutteringssituationen og sygefraværet medfører bør have et massivt fortsat ledelsesfokus.

Opsamlende vurderes forslaget at have følgende profil.

Potentiale	Investeringsomfang	Implementeringskompleksitet

Opsamling

I ovenstående har vi peget på 7 forslag til tiltag, der kan reducere de økonomiske udfordringer i Den Sociale Hjemmepleje. De 7 forslag har forskellig grad af konkretisering, ligesom at det vurderede potentiale, investeringsomfang og implementeringskompleksitet er varierende.

Henset til Den Sociale Hjemmeplejes tidligere udfordringer med implementering af effektiviseringstiltag, samt de aktuelle rekrutteringsudfordringer er det vores klare anbefaling, at SOF sætter et betydeligt fokus på at sikre, at den fornødne implementeringskraft er tilstede i Den Sociale Hjemmepleje ved implementering af nye effektiviseringstiltag. Det omfatter tillige fokus på, hvordan Den Sociale Hjemmepleje kan støttes i implementeringen af eventuelt besluttede tiltag, med ressourcer og kompetencer. Herudover bør der tillige være fokus på at de fornødne ledelseskrafter er til stede.

Samtidig er det vores anbefaling, at SOF har et stort fokus på at prioritere, hvilke tiltag der bør implementeres, da det er vores vurdering, at Den Sociale Hjemmepleje i forvejen er betydeligt udfordret på mange områder, hvorfor organisationens "overskud" til nye tiltag er begrænset.

11. ØVRIGE ORGANISATORISKE OG STYRINGSMÆSSIGE PERSPEKTIVER

Indledning

I dette kapitel opstilles en række øvrige organisatoriske og styringsmæssige perspektiveringer og anbefalinger.

Der er tale om perspektiveringer og anbefalinger, der ikke direkte kan medføre et reduceret forbrug, men som kan være centrale overvejelser ift. den fremtidige styring på området.

1. Øget udlicitering til private leverandører

En mulig løsning vil være at justere den nuværende udliciteringsstrategi på området.

På hjemmeplejeområdet gør Den Sociale Hjemmepleje allerede brug af private leverandører. Dette gælder både som led i borgernes frie valg af leverandør og som underleverandører. Grundet den manglende kvalitet i den nuværende timeprisberegning (og ATA-tid) har det ikke været muligt for os i denne analyse, at foretage en benchmarking af de reelle udgiftsforskelle på henholdsvis kommunal og privat opgaveløsning. Herved har det heller ikke været muligt at foretage egentlige timeprisberegninger af de enkelte vagtlag (dag, aften og nat)

Det anbefales derfor, at Den Sociale Hjemmepleje får udarbejdet retvisende timeprisberegninger og ATA-tidsberegninger, så sådanne analyser kan gennemføres.

Baseret på erfaringer fra andre kommuner er der ikke noget, der tyder på, at en markant højere udliciteringsgrad er hensigtsmæssigt, såfremt man tager kommunens leverance-forpligtigelse med i betragtningen (det forhold at kommunen skal kunne overtage ved en privat leverandørs eventuelle konkurs – hvilke der har været en hel del af over årene). De fleste kommuners erfaring er, at en kombination af en stærk kommunal hjemmepleje kombineret med kvalificerede private leverandører (der sikrer borgerens frie valg) ofte er den mest hensigtsmæssig kombination.

Dog er det vores vurdering, at der kan være potentialer ved at udliciterer dele af hjemmeplejen, som er særligt vanskelig for Den Sociale Hjemmepleje at levere. Det vil umiddelbart særligt gælde aften og nat, hvor hele områder eller geografiske dele af København ville kunne være relevante at udlicitere.

En beregning heraf vil kræve følgende:

- Præcise og retvisende timeprisberegninger på de udvalgte områder
- En markedsafdækning ift. potentielle leverandører.

At dele døgnet på forskellige leverandører vil dog medføre flere leverandører på tværs af døgnet i borgernes hjem med risiko for, at sammenhængen i forløbet reduceres eller at borgerne, der modtager hjælp dag, aften og nat, fravælger den kommunale leverandør for at sikre én leverandør af hjælpen på tværs af døgnet.

På sygeplejeområdet har Den Sociale Hjemmepleje ikke på samme måde private leverandører. Qua den betydelige vikarandel kan man dog tale om, at man de facto har udliciteret meget store dele af sygeplejen.

Med vores kendskab til markedet er det ikke vores vurdering, at der pt. er private leverandører, der vil kunne løfte betydelige dele af sygeplejeopgaven i SOF (da de tillige vil have betydelige vanskeligheder med at rekruttere de fornødne sygeplejersker). Yderligere er sygeplejeopgaven forbundet med en række forhold, der vil vanskeliggøre en egentlig udlicitering. Det omfatter bl.a. behovet for et tæt samspil med ordinerende læger, hospitaler ift. udskrivning mv.

I stedet vil det være vores anbefaling, at SOF søger et styrket samspil med SUF jf. ovenstående anbefaling i kapitel 10.

2. Budgetmodeller på området

Der er i dag to forskellige styringsmodeller for henholdsvis hjemmeplejen og sygeplejen.

For hjemmeplejen er der en klassisk BUM-organisering, hvor myndighed foretager en vurdering af borgerens behov for praktisk hjælp og/eller personlig pleje og tildeler indsatser i overensstemmelse med de politisk vedtagne kvalitetsstandarder. Myndighed udarbejder en individuel afgørelse til borgeren og sender en "bestilling" for de bevilgede indsatser, til den leverandør, som borgeren har valgt, fx Den Sociale Hjemmepleje. Den Sociale Hjemmepleje modtager bestillingen og opstarter levering af hjælpen til borgeren. Der afregnes til Den Sociale Hjemmepleje på månedsbasis efter en timepris beregnet efter hjemmeplejens gennemsnitlige og langsigtede omkostninger.

Denne styringsmodel giver nogle klare roller og ansvar styringsmæssigt. Myndigheden skal fagligt sikre en ensartet udmøntning af service-niveauet og ikke "bestille" flere indsatser/timer, end der er råd til jf. budgettet. Den Sociale Hjemmepleje skal levere de bestilte ydelser i den aftalte kvalitet og til den beregnede timepris. Hvis myndigheden ikke bestiller flere timer, end der er råd til jf. budgettet, og hjemmeplejen leverer til den aftalte pris, er der balance i det samlede budget. Hvis myndigheden bestiller flere timer eller hjemmeplejen leverer til en højere timepris skrider balancen og dermed det samlede budget.

Styringsmodellen er velafprøvet i hjemmeplejeregi og sikrer klare roller og ansvar i den samlede opgaveløsning. Fra starten af BUM-organiseringen og med indførelsen af frit valg i 2003 anvendte stort set alle kommuner meget detaljerede indsatskataloger, hvor indsatserne var mange og detaljerede. I årene efter udviklede flere og flere kommuner "pakke-koncepter", hvor indsatserne blev pakket og derved samlede indsatsen i nogle hovedydelser med en samlet visiteret tid. Der er oftest ikke forskel i den samlede visiterede tid uanset form. "Pakke-konceptet" har dog vundet indpas i mange kommuner, fordi det giver mere fleksible rammer i mødet mellem borger og hjemmepleje.

I Den Sociale Hjemmepleje er der muligvis en modsætning mellem sammensætningen af indsatser, som ofte er rengøringsydelser og

fortællingen om socialt udsatte borgere, hvor borgernes behov er sammensatte, ustabile og hvor indsatserne er defineret ved mange enkeltindsatser. Man kan derfor overveje, om der i dag er en logisk sammenhæng mellem borgergruppens behov samt indsatsernes detaljeringsgrad og indhold eller om man med fordel kan overveje om "pakke-konceptet" vil modsvarer borgerens behov og lave grad af stabilitet bedre.

Der er erfaringsvist en række forudsætninger, som skal være på plads for, at BUM-styringsmodellen virker i praksis. De er:

- At myndighed udmønter serviceniveauet jf. de godkendte kvalitetsstandarder og sikrer, at visitationerne til borgerne modsvarer deres støttebehov gennem systematisk og løbende opfølgning på ændringer evt. foranlediget af en besked fra hjemmeplejen.
- At timeprisen er beregnet korrekt, og at fundamentet i den økonomiske balance på tværs af myndighed og hjemmepleje er korrekt.
- At der er løbende og tæt samarbejde mellem myndighed og udfører om borgerne.

På baggrund af den gennemførte analyse er det vores vurdering, at ovenstående tre forhold kan styrkes ift. Den Sociale Hjemmepleje, hvorfor det må forventes, at der er et kvalitativt potentiale at høste, som afledt også kan indeholde økonomiske potentialer.

Som supplement til disse overvejelser kunne være, som flere kommuner er skiftet til, at give de enkelte hjemmeplejegrupper et rammebudget baseret på de forventede bestilte timer kombineret med kvartalsvise eller halvårslige budgetjusteringer jf. udvikling i aktiviteten. Dette for at sikre mere stabile rammer for gruppens drift baseret på fx en bruttonormering. Dette sikrer ikke mod udsving i opgavemængde – men kan frigøre tid og ressourcer til personale- og faglig ledelse og dermed få en positiv effekt på personalegruppens fremmøde samt stabilitet og kvalitet af de leverede indsatser. Om dette vil påvirke hjemmeplejen positivt afhænger dog af en vurdering af, hvilken styringsmodel der passer målgruppen og personalegruppen bedst.

For sygeplejen er styringsmodellen anderledes. Der er en visitation placeret i Nord, som på baggrund af (primært) lægernes ordinationer visiterer til indsatser til sygeplejegruppen i henholdsvis Syd og Nord. Sygeplejegrupperne har et fast rammebudget, og der afregnes således ikke i forhold til udsving i opgavemængden.

I forhold til hjemmeplejen, hvor der er en etableret og velafprøvet styringsmodel, er der ikke på tilsvarende vis fundet en styringsmodel, som fuldt ud dækker sygeplejens opgaveportefølje og styring. Det betyder også, at variationerne i styringsmodellen for sygeplejen både dækker over centrale visitationer med afregning for alle ydelser i nogle kommuner til, i andre kommuner, at den enkelte sygeplejerske har visitationskompetencer og gruppen af sygeplejersker er ramme-budgetteret. Hertil kommer forskellige hybridmodeller mellem disse grundmodeller.

Udfordringen for en samlet styringsmodel for en sygepleje er:

- At man i store træk er afhængig af antallet og omfang af lægernes ordinationer.
- At en sygeplejes opgaver er mangeartede og både omhandler leverance af sygepleje, supervision og sparring af hjemmeplejegrupper, undervisning, specialistfunktioner på tværs af sygepleje og hjemmepleje mm.
- At flere af de borgere, der skal modtage sygepleje er komplekse og ustabile, hvorfor en egentlig planlægning og udmåling af tid for dele af sygeplejerskernes opgave er vanskelig.
- At en andel af opgaverne er akutte og dermed pr. definition vanskelige at rammesætte og estimere tid og omfang af.

Opgavetyperne i en sygepleje er meget forskellige, og det er dermed også vanskeligt at finde én samlet styringsmodel, der understøtter alle opgavetyper lige hensigtsmæssigt. Flere af opgavetyperne er velegnet til en traditionel aktivitetsbaseret BUM-styring og andre mere velegnet til en rammebudgettering.

Dette betyder, at man står med et valg om, hvorvidt man skal køre traditionel aktivitetsbaseret BUM-model, rammebudgettering eller en hybridmodel.

Uanset hvilken styringsmodel der vælges handler den reelle styringsopgave om, at forløbene efter ordination leveres så kvalificeret og effektivt som muligt. Dette sikres ved at få de påkrævede kompetencer omkring forløbet på rette tid, samt at forløbene bliver fulgt op systematisk og afsluttet, når det er muligt. Herudover er det centralt, at samarbejdet med hjemmeplejegrupperne omkring supervision, sparring og delegering af sygeplejeydelser sker i det rette omfang efter princippet om det laveste effektive omkostningsniveau.

Det betyder også, at der skal være klare aftaler i sygeplejen og i samarbejdet med hjemmeplejen om iværksættelse af forløb, vurdering af forløbets varighed, et prioriteret fokus på opfølgning og afslutning af forløb samt et fokus på borgerens muligheder for selv at varetage indsatsen (rehabilitering). Dette vil være afgørende for sygeplejens mulighed for at holde de økonomiske rammer.

Valg af styringsmodel for sygeplejen vurderes således ikke i sig selv, at kunne understøtte en bedre budgetoverholdelse. Det er således mere afgørende, hvordan den faglige ledelse og opfølgning på opgaven varetages. Her kunne sygeplejen og hjemmeplejen med fordel udbrede et samarbejde om en allerede udviklet praksis i sygeplejen med fokus på vurdering af nye forløb, styrket opfølgning og fokus på afslutning af forløb.

Det gælder for styringsmodellen i hjemmeplejen og sygeplejen, at uanset valg af styringsmodel bør der være et betydeligt fokus på at fastholde en høj grad af dokumentation og gennemsigtighed i forhold til aktiviteter og forbrug. Nogle vigtige principper for valg af styringsmodel for sygeplejen er dog:

- At der for sygeplejeområdet og alle sygeplejeindsatser er et selvstændigt budget, hvor det samlede budgetansvar er tydeligt forankret i ledelsen af sygeplejen.
- At sygeplejen har ejerskab til budgettet og omsætter og konkretiserer budgettet til sygeplejens mange forskelligartede opgaver, så der reelt kan foretages en faglig og økonomisk opfølgning og prioritering.
- At de iværksatte forslag og initiativer for en styrket budgetoverholdelse er få, slagkraftige og prioriterede på tværs af myndighed og udfører.

3. Justeret organisering af Den Sociale Hjemmepleje

En vej i forhold til en styrkelse af Den Sociale Hjemmepleje er også at overveje ændringer i organiseringen. Den Sociale Hjemmepleje har været igennem flere små og større organisatoriske ændringer gennem de seneste år, og der kan derfor være en bekymring for om yderligere organisatoriske ændringer mere vil bidrage til en defokusering - fremfor en styrkelse.

Derfor bør eventuelle organisatoriske ændringer vurderes og overvejes meget nøje, for at sikre, at ændringen står mål med den indsats, de vil kræve ift. implementering.

Følgende overvejelser om organiseringen i Den Sociale Hjemmepleje er fremkommet i forbindelse med undersøgelsen.

Sygeplejens organisering

Som analysen viser, er sygeplejen udfordret i forhold til stabilitet, volumen, økonomistyring og implementering på tværs af sygeplejen i Syd og Nord. Derfor kan man stille spørgsmålet til, om en adskilt sygepleje i Syd og Nord er den bedste og mest hensigtsmæssige organisering for sygeplejen i SOF. Er der tilstrækkelig volumen og faglig kapacitet i sygeplejen til at opretholde sygeplejegrupper i henholdsvis Syd og Nord samt visitation til sygepleje i Nord?

Eller kunne man med fordel samle sygeplejen i en bydækkende enhed (inkl. visitation) og dermed sikre et mere fagligt bæredygtigt miljø og øge muligheden for at tiltrække sygeplejersker i faste stillinger eller etablere en større stabilitet eller faglig bæredygtighed, end tilfældet er i dag?

Vi ved at nogle af de elementer, der kan tiltrække sygeplejersker i dag er stærke faglige sygeplejemiljøer. Som sygeplejen er organiseret nu kombineret med det høje sygefravær og personaleomsætning kan sygeplejen – hverken i Syd eller Nord – tilbyde dette. En samlet bydækkende enhed ville kunne være på ca. 35 til 40 sygeplejersker, såfremt alle havde stabilt fremmøde.

Samtidig kunne én samlet enhed muligvis også øge den samlede implementeringskraft og samarbejde med hjemmeplejen, fordi man i én sygeplejeenhed ville kunne mobilisere og samle kræfterne til en større grad af fælles investering og praksis i forhold til samarbejdet med fx den øvrige hjemmepleje.

Ulempen ved en geografisk samling ville dog samtidig være en forøget transporttid i forhold til i dag, hvor den geografiske opdeling reducerer den samlede transporttid og dermed øgede omkostninger til at levere sygeplejeydelserne. Yderligere vil der forventeligt være sygeplejersker, der bedst trives i de mindre grupper, der er i dag.

Der er derfor ingen klare svare på, hvad der er den bedste organisatoriske løsning for sygeplejen pt. Det afhænger også lidt om troen på det nuværende. Tror man på, at det nuværende setup gør situationen bedre i forhold til de konstaterede udfordringer, eller er det i bedste fald status quo? Og hvad vurderes tabet at være ved at justere organiseringen igen? Afhængig af svaret på dette bør man fastholde eller overveje at skifte kurs. Hvis svaret er en ændret organisering vil overvejselsen om en samling og faglig konsolidering og udvikling være en af de mest nærliggende organisatoriske skridt.

Organisering af planlægningsfunktionen

En anden overvejelse kan være organiseringen af planlægningsfunktionen, som i dag er centraliseret. Denne fokusering af planlægningen har skærpet fokus på planlægningsopgaven, og sikrer en mere effektiv udnyttelse af personaleressourcerne i den enkelte gruppe. Den har dog samtidigt reduceret dialogen og tilbagemeldingerne fra medarbejderne til planlæggerne og dermed øget risikoen for mindre præcise og målrettede kørelister. Herudover kan det medfører uklarhed i rollerne som planlægger og leder af en hjemmepleje- eller sygeplejegruppe. Hvem har ansvaret for økonomien, sikring af match mellem opgave og medarbejders kompetence mv.

Derfor kunne man overveje om en mere traditionelt opgaveløsning med en leder samt en dedikeret planlægger i hver gruppe måske igen kunne

understøtte en større grad af nærvær og fleksibilitet. Dette vil dels få betydning for opgaven i form af et bedre lokalkendskab til gruppens medarbejdere og borgere og dels en bedre relation og tydelighed mellem leder, planlægger og medarbejders præferencer og kompetencer.

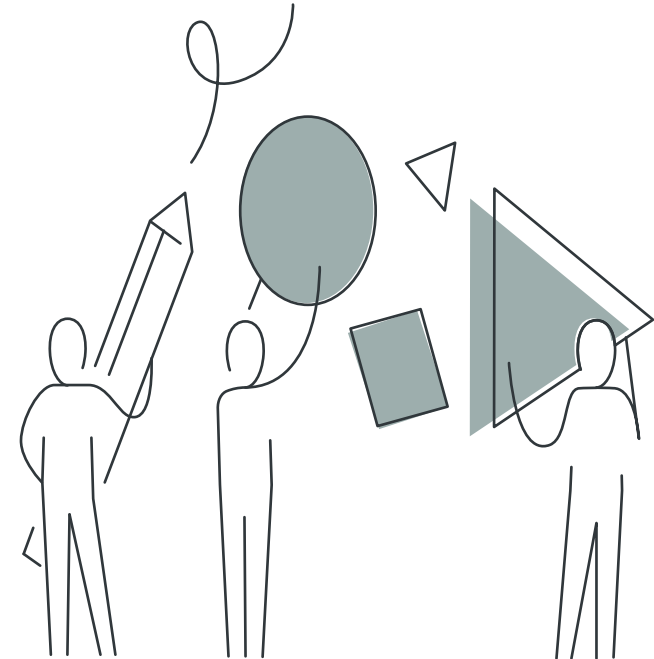
Omvendt er lederne af hjemme- og sygeplejegrupper i dag rekrutteret ind til den organisering og har dermed accepteret eller måske direkte søgt mod stillingen af samme grund. Det falder derfor tilbage på det samme spørgsmål, som vi også stillede i forhold til sygeplejens organisering. Vinder vi mest ved at fastholde organiseringen og implementere den i mål eller vil en forandring, tilbage til den organisering vi tidligere havde, give størst effekt for borgerne.

Størrelse af grupper / ledelsesspænd

Både isoleret og også i sammenhæng med planlæggerfunktionens organisering kunne man overveje, at se på ledelsesspændet i hjemmepleje- og sygeplejegrupperne. Dette både henset til den enkelte leders ledelsesspænd og ift. forskellen i størrelse mellem enhederne.

Vi ved, at personaleledelsen og den faglige ledelse er kritisk for rekruttering af personale, fastholdelse af personale og ikke mindst den faglig udvikling af gruppen og den enkelte medarbejder.

Derfor bør man sikre, at der er overensstemmelse mellem de forventninger, der er til ledelsen, og de ressourcer der er til rådighed.



4. Retænkning af Den Sociale Hjemmepleje

Som det fremgår af ovenstående, er det vores vurdering, at Den Sociale Hjemmepleje har været igennem en række betydelige udfordringer. Ligeledes fremgår det, at det er vores vurdering, at særlige sygeplejeområdet men også hjemmeplejeområdet i de kommende år vil blive yderligere udfordret, som følge af fortsat rekrutteringsudfordringer og øgede faglige krav, som følge af hurtigere udskrivning fra hospitalerne samt øget levealder. Som det fremgår af ovenstående vurderer vi, at det vil kræve væsentlige og betydelige indsatser for at matche de fremtidige krav og økonomipres på området.

Herudover har Københavns Kommune (grundet sin størrelse) haft mulighed for at etablere en social hjemmepleje (for udsatte borgere under 65 år), der ikke er sammenlagt med ældreområdet. Dette bør give muligheder for en særlig tilgang til målgruppen og særlige ydelser, der er målrettet denne specifikke målgruppe. Det er dog vores vurdering, at Den Sociale Hjemmepleje på mange områder i dag primært er en "spejlning" af en traditionel hjemme- og sygepleje, som den kendes fra ældreområdet.

Såfremt ovenstående skal mødes, ser vi overordnet to veje at gå:

A) Et styrket samspil med SUF på sundhedsydelserne og kombineret med gennemførelse af de øvrige tiltag, der blev foreslået i ovenstående kapitel 10. Dette vil generelt være en fortsættelse af den nuværende grundorganisering med tilknyttede optimeringer.

B) En grundlæggende omlægning af hele Den Sociale Hjemmepleje med fokus på specifikt at målrette indsatsen ift., hvordan SOF bedst muligt hjælper forvaltningens særlige målgrupper i egen bolig.

Ad B. Retænkning af Den Sociale Hjemmepleje

Hvis man grundlæggende skal retænke Den Sociale Hjemmepleje og maksimere udbyttet for SOF's målgruppe af borgere med handicap, psykiske og sociale udfordringer, der bor i egen bolig, vil det kræve en større omlægning både organisatorisk, styringsmæssigt og holdningsmæssigt.

Ideen bag en sådan omlægning vil være at tage et fokuseret udgangspunkt i SOF's målgruppe og den enkelte borgers behov og herefter sammensætte den rette kombination af hjælp til borgerens specifikke behov og udviklingsmuligheder frem for, at kopiere en klassisk driftsmodel for hjemme- og sygepleje med fokus på de ældre borgere.

Dette vil være et opgør med den nuværende model, med både en organisatorisk målgruppeopdeling og hvor den samme borgers sag ofte bliver behandlet i flere samtidige enheder. Det kan fx være visitation til sygepleje, visitation til praktisk hjælp, visitation til pædagogisk støtte jf. §85 mv.

Organiseringen af Den Sociale Hjemmepleje er i forvejen anderledes end de øvrige dele af borgercentrene idet den ikke stringent følger SOF's opdeling i målgrupper. Den Sociale Hjemmepleje leverer både til BCV's målgruppe (psykiatri og udsatte) og til BCH's målgruppe (handicap).

I den tænkte model vil det være ambitionen, at sammenlægge alle de ydelser borger i eget hjem modtager og i stedet for en opsplittet tilgang arbejde med en integreret og koordineret indsats. I en sådan model vil man kunne tænke i, at man ansætter medarbejdere med forskellige kompetencer og fagligheder, der er indstillet på at arbejde tværfagligt i team omkring at støtte og udvikle denne borgergruppe. Modellen vil således kræve, at de nuværende faglige oplødes.

Det vil fx kunne betyde, at man sammenlægger Den Sociale Hjemmepleje, pædagogisk støtte jf. §85, evt. SKP'ere og andre støtteforanstaltninger, der vedrører borgere i eget hjem og specialiserer sig i at levere en helhedsorienteret og sammenhængende indsats i hjemmet. Såfremt modellen blev kombineret med et tættere samarbejde på sygeplejeområdet med SUF på udvalgte ydelser, ville dette også kunne fungere.

Modellen vil med fordel kunne inddrage en række af de aspekter, der i disse år er ved at finde indpas i hjemmeplejer målrettet ældreområdet. Det omfatter inspirationen fra bl.a. Buurtzorg-modellen, som omfatter faste teams af ca. 12-15 personaler med en øget faglig autonomi i grupperne gennem øget planlægning og koordination i grupperne. Formålet eller ambitionen med dette ville være, at fokusere på at styrke sammenhængen i den indsats borgerne modtager, og at øge kontinuiteten af medarbejdere i hjemmet. Kontinuiteten i hjemmet ville blive øget idet resultaterne fra Buurtzorg viser, at de øgede frihedsgrader og de mindre teams reducerer sygefraværet og personaleomsætningen.

Inspirationen fra den hollandske Buurtzorg model vil skulle oversættes til danske forhold og SOF's specifikke målgruppe. Det gælder både i forhold til, hvordan et team på tværs af fagligheder skal samarbejde og ift. drift og planlægning. Herudover vil det skulle formuleres, hvordan man i SOF og i de nye teams vil skulle arbejde med at skabe sammenhæng i borgerforløbene.

I modellen og på tværs af de nye teams vil det samtidig være oplagt at arbejde endnu mere fokuseret med borgerens udviklingsmuligheder og mindre med kompensation, for det borgeren ikke kan. Dette vil også kunne styrke den recovery-orienterede strategi og tankegang som fx hjemmevejlederne i SOF allerede arbejder med. Selvfølgelig skal borgeren fortsat kompenseres de steder, hvor borgeren ikke selv har mulighederne, men det vil være vores vurdering, at man i højere grad end i dag vil kunne arbejde med et ressourcefokus på borgeren og en ansvarliggørelse af borgeren. Dette vurderes både fagligt og økonomisk (over tid) at være hensigtsmæssigt. Et centralt element heri vil naturligvis være at arbejde målrettet med rehabilitering, empowerment og lignende.

Ift. den konkrete organisering af en sådan model vil man skulle foretage et grundlæggende valg:

- A. Vil man etablere to enheder, der matcher de to borgercentre (BCH og BCV)
- B. Vil man etablere én tværgående enhed, der går på tværs af målgrupperne.

Model A vil have den fordel, at man vil kunne sikre klare målgrupper, og vil kunne følge den målgruppelogik, der eksisterer ift. de øvrige myndighedsfunktioner og udførerfunktioner i BCV og BCH. Modsat vil modeller betyde, at der vil skulle etableres to parallelle enheder, der vil være mere sårbare ift. personaleomfang, rekruttering, faglighed og vejtid.

Model B vil have den fordel, at man vil kunne etablere én samlet enhed, der vil være mere robust, og som i højere grad end model A, vil kunne have lokale enheder, der vil kunne reducere vejtiden. Modsat vil enheden ikke følge den eksisterende målgruppeopdeling i borgercentrene og vil samtidig være mindre målgruppefokuseret i sin faglighed

Inden for rammerne af denne analyse er det ikke muligt at konkretisere den tænkte model yderligere. Hovedpointen i den tænkte model, er at man gentænker Den Sociale Hjemmepleje mere grundlæggende med afsæt i SOF's særlig målgrupper og deres specifikke behov. Hovedideen er at skabe en mere sammenhængende og målrettet indsats, og samtidig skabe meningsfulde og fagligt attraktiv arbejdsplads for medarbejderne.

12. OPSAMLING

Den økonomiske udvikling

Den gennemførte analyse viser, at der i perioden 2018-2021 har været merforbrug på Den Sociale Hjemmeplejes samlede ramme.

Dette dækker over et betydelig stigende forbrug på sygeplejeområdet, et stigende forbrug på den kommunale hjemmepleje (udfører) siden 2019 og et mindre faldende forbrug på visitationen (herunder øvrige ordninger).

Den aktivitetsmæssige udvikling

Aktivitetsmæssigt viser den gennemførte analyse, at der frem til oktober 2021 er sket en betydelig aktivitetsstigning på sygeplejeområdet, som herefter har stabiliseret sig ift. antallet af borgere og samtidig et fald i planlagt tid. Yderligere fremgår det, at medicinydelserne (dispensering og administration) er de mest hyppige ydelse på sygeplejen.

På rehabiliteringsområdet, fremgår det, at denne ydelse benyttes i ret begrænset omfang i Den Sociale Hjemmepleje, og at der vurderes at være et uudnyttet potentiale her.

På hjemmeplejeområdet har der på den kommunale hjemmepleje været en svag stigning i planlagt tid frem til midten af 2021, hvorefter denne udvikling er stagneret og i højere grad været stabil. Antallet af unikke borgere er steget igennem hele perioden, mens det gennemsnitlige antal planlagte minutter pr. borger er faldet frem mod februar 2022. I marts 2022 sker dog en betydelig aktivitetsstigning på hjemmeplejeområdet. Yderligere fremgår det, at rengøring den langt mest hyppige ydelse på hjemmeplejeområdet og at denne benyttes mere end i andre kommuner.

Rekrutteringsudfordringen

Den Sociale Hjemmepleje har over en årrække haft betydelige udfordringer med rekruttering af fagligt kvalificerede medarbejdere. Den gennemførte analyse viser, at dette er en fortsat stigende udfordring.

Således viser analysen, at den kommunale hjemmepleje kun har få fastansatte assistenter, og at det i overvejende grad er SOSU-hjælpere, der leverer hjemmeplejeydelser og delegeret sygepleje.

På sygeplejeområdet er udfordringen betydelig, og analysen viser, at ca. 40% af de leverede sygeplejeydelser leveres af vikarer. Værst ser det ud i dagsygeplejen i Center Nord, hvor over 80% af opgaverne (siden oktober 2021) udføres af vikarer.

Benchmarking med SUF, Aarhus og Aalborg kommuner

Den gennemførte benchmarkanalyse viser bl.a., at antallet af modtagere af SEL§83a (rehabilitering) pr. 1.000 borgere i Københavns Kommune er betydelig under de andre deltagende kommuner. Sammenholdes antallet af modtagere af hjemmepleje og rehabilitering som udtryk for anvendelse af sidstnævnte, fremstår særligt SOF som den forvaltning, hvor rehabilitering mindst hyppigt anvendes. Analysen viser, at særligt Aalborg Kommune er nået langt på rehabiliteringsområdet både på hjemmeplejeydelser og sundhedsydelser, og at SOF vil kunne hente inspiration her.

På sygeplejeområdet viser analysen, at SOF er den forvaltning, der har oplevet den største vækst i antallet af modtagere og timeforbrug i de senere år. Ligeledes fremgår det, at borgere i SOF modtager betydelig flere timer end borgere i de andre kommuner.

Hvad driver udgiftsudviklingen i Den Sociale Hjemmepleje?

Dette kapitel viser bl.a., at udgiftsudviklingen i Den Sociale Hjemmepleje særligt har været præget af en stigende levealder og mere komplekse sundhedsudfordringer (multisyge og kronikere), der har en direkte afledt effekt på efterspørgslen efter hjemme- og sygepleje. Samtidig har SOF's (og landets øvrige kommuners) fokus på at få flere socialt udsatte borgere og borgere med handicap til at kunne bo i egen bolig for derved at reducere presset på botilbudsområdet (§107, §105 og §108) haft en afledt efterspørgselseffekt på de støtteforanstaltninger, der knytter sig til at bo i egen bolig med støttebehov (herunder hjemmepleje og sygepleje).

Styringsmæssige udfordringer

Analysen kortlægger en række styringsmæssige udfordringer i Den Sociale Hjemmepleje. Det omfatter bl.a.:

- Behov for en yderligere økonomisk og styringsmæssig understøttelse af ledelsen
- Manglende realisering af besluttede effektiviseringstiltag
- Manglende opdaterede ATA-tidsmålinger og uklarhed ift. timeprisberegningernes præcision.

Herudover peges der på en række udfordringer forbundet med styrbarheden af sygeplejeområdet.

Samarbejdet på tværs i Den Sociale Hjemmepleje

Analysen peger på en række potentialer ved et styrket tværgående samarbejde i Den Sociale Hjemmepleje. Potentialerne vedr. dels en styrket koordineret udvikling, en styrket faglig og styringsmæssig sparring samt en mere helhedsorienteret tilgang og opfølgning ift. den enkelte borgere.

Med udgangspunkt heri anbefales det, at der gennemføres tiltag, der kan styrke samspillet mellem myndighed og udfører, mellem hjemmeplejen og sygeplejen og mellem Center Nord og Center Syd.

En vurdering af udviklingen af de økonomiske udfordringer i de kommende år

Denne delanalyse viser en række forhold, hvor vi vurderer, at prognosen for 2022 vil afvige fra BCV's prognose. Således vurderer vi, at sygepleje-området (udfører) vil udvise et mindre forbrug end forudsat i BCV's prognose. Modsat forventer vi, at den kommunale hjemmepleje (udfører) vil udvise et større merforbrug end prognosticeret af BCV. Samlet set vurderer vi, at Den Sociale Hjemmepleje vil udvise et lille merforbrug på ca. 3,5 mio. kr. mens BCV vurderer budgetoverholdelse.

Ser man på udviklingen i 2023 og frem viser analysen, at såfremt der ikke iværksættes opstrammende tiltag skønnes Den Sociale Hjemmepleje i de kommende år at udvise fortsatte og stigende merforbrug.

Løsningsforslag

I dette kapitel opstilles i alt 7 løsningsforslag, der vurderes at kunne reducere de økonomiske udfordringer:

Nr.	Forslag
1	Styrket vurdering, opfølgning og brug af rammeordination i sygeplejen
2	Styrket opfølgning og afslutning af sager på hjemmeplejeområdet
3	Øget brug af rehabilitering og analyse af rengøringsområdet
4	Brug af sygeplejeklinikker
5	Styrket samspil med SUF på sygeplejeområdet
6	Reducere medicinydelserne
7	Fortsat fokus på rekruttering og sygefravær

De syv forslag vurderes hver især ift. potentiale, investeringsomfang og implementeringskompleksitet.

Yderligere anføres det, at SOF bør sætte et betydeligt fokus på at sikre, at den fornødne implementeringskraft er tilstede i Den Sociale Hjemmepleje ved implementering af nye effektiviseringstiltag og støttes heri.

Samtidig er det vores anbefaling, at SOF har et stort fokus på at prioritere, hvilke tiltag der bør implementeres, da det er vores vurdering, at Den Sociale Hjemmepleje i forvejen er betydeligt udfordret på mange områder, hvorfor organisationens "overskud" til nye tiltag er begrænset.

Øvrige organisatoriske og styringsmæssige perspektiver og anbefalinger

I analysens afsluttede kapitel opstilles en række øvrige organisatoriske og styringsmæssige perspektiveringer.

Dette omfatter følgende forhold:

1. Muligheder for øget udlicitering til private leverandører
2. Potentielle budgetmodeller på området
3. Perspektiver ift. en justeret organisering af Den Sociale Hjemmepleje
4. Overvejelser vedr. en mere grundlæggende retænkning af Den Sociale Hjemmepleje med udgangspunkt i borgernes behov.

13. BILAG

BILAG 1

GENNEMFØRTE JUSTERINGER I BUDGET OG FORBRUG 2018-2021 FOR AT SIKRE SAMMENLIGNELIGHED

Bilag 1

Nedenstående tabel opdelt på tre sider dokumenterer de justeringerne til budget og forbrug 2018-2021, som er blevet foretaget for at kunne sammenligne på tværs af årene. Foruden nedenstående er demografipuljerne for de pågældende år flyttet til rette hovedprodukt.

Profitcenter	Hovedprodukt	Delprodukt	2018		2019		2020		2021	
			Budget	Forbrug	Budget	Forbrug	Budget	Forbrug	Budget	Forbrug
Den Sociale Hjemmepleje "Samlet set"	Foranstalt tidlig indsats	Hjemmepleje		592.976 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Selvudpeget hj. (vis)				944.489 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Selvudpeget hj. (vis)		
	Hjemme- og sygepleje	Kommunal Hjemmepleje (Vis og udf)	Modtager -3.900.000 fra Hjemme- og sygepleje -> Afregning og refusion (vis) Modtager 12.448.277 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj (Vis og udf) Modtager 2.000.000 fra Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje (Vis og udf) Modtager 13.000.069 fra Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje (Vis og udf)	Modtager -5.927.769 fra Hjemme- og sygepleje -> Afregning og refusion (vis) Modtager 32.051.964 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj (Vis og udf) Modtager 2.000.000 fra Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje (Vis og udf)	Modtager -5.928.000 fra Hjemme- og sygepleje -> Afregning og refusion (vis) Modtager 11.235.645 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj (Vis og udf)	Modtager -4.470.526 fra Hjemme- og sygepleje -> Afregning og refusion (vis) Modtager 20.205.645 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj (Vis og udf)				
		Selvudpeget hj. (vis)	Modtager 51.959.239 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj (Vis og udf)	Modtager 52.005.197 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj (Vis og udf) Modtager 592.676 fra Foranstalt tidlig indsats -> Hjemmepleje	Modtager 49.459.700 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj (Vis og udf)	Modtager 57.060.970 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj (Vis og udf)	Modtager 944.489 fra Foranstalt tidlig indsats -> Hjemmepleje			
		Udførerenhed hj (Vis og udf)	51.959.239 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Selvudpeget hj. (vis) 12.448.277 lægges til Hjemmepleje- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje (Vis og udf)	52.005.197 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Selvudpeget hj. (vis) 32.051.964 lægges til Hjemmepleje- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje (Vis og udf)	49.459.700 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Selvudpeget hj. (vis) 11.235.645 lægges til Hjemmepleje- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje (Vis og udf)	57.060.970 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Selvudpeget hj. (vis) 20.205.645 lægges til Hjemmepleje- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje (Vis og udf)				
		Træning - Hj. og sygepl (vis)							Modtager 17.448 fra Hjemme- og sygepleje -> Rehabiliteringspladser (vis)	
		Sygepleje (Vis og udf)	2.000.000 lægges til Hjemmepleje- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje (Vis og udf) som 4 ÅV 13.000.069 lægges til Hjemmepleje- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje (Vis og udf) som budgetkorrektion	2.000.000 lægges til Hjemmepleje- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje (Vis og udf) som 4 ÅV					Modtager 9.402 fra Sygepleje -> Sygepleje	
		Til fordeling- Hj og syge (vis)								
		Aflastning (vis)	Fjernes fra opgørelse	Fjernes fra opgørelse	Fjernes fra opgørelse	Fjernes fra opgørelse	Fjernes fra opgørelse	Fjernes fra opgørelse	Fjernes fra opgørelse	Fjernes fra opgørelse
		Afregning og refusion (vis)	-3.900.000 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje (Vis og udf) som mellemkommunal refusion 6.400.000 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Respirationsordninger (vis)	-5.927.769 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje (Vis og udf) som mellemkommunal refusion 4.615.234 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Respirationsordninger (vis)	-5.928.000 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje (Vis og udf) som mellemkommunal refusion 4.615.000 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Respirationsordninger (vis)	-4.470.526 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje (Vis og udf) som mellemkommunal refusion 4.795.846 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Respirationsordninger (vis)				
		Rehabiliterings pladser (vis)							17.448 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Træning - Hj. og sygepl (vis)	
		Respirationsordninger (vis)	Modtager 6.400.000 fra Hjemme- og sygepleje -> Afregning og refusion (vis)	Modtager 4.615.234 fra Hjemme- og sygepleje -> Afregning og refusion (vis)	Modtager 4.615.000 fra Hjemme- og sygepleje -> Afregning og refusion (vis)	Modtager 4.795.846 fra Hjemme- og sygepleje -> Afregning og refusion (vis)				
		Sygepleje	Sygepleje						9.402 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje (Vis og udf)	

Bilag 1

Profitcenter	Hovedprodukt	Delprodukt	2018		2019		2020		2021	
			Budget	Forbrug	Budget	Forbrug	Budget	Forbrug	Budget	Forbrug
Visitation Hjemmepleje "Visitation samlet"	Foranstalt tidlig indsats	Hjemmepleje		592.976 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Selvudpeget hj.				944.489 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Selvudpeget hj.		
	Hjemme- og sygepleje	Kommunal Hjemmepleje	Modtager -3.900.000 fra Hjemme- og sygepleje -> Afregning og refusion Modtager 2.000.000 fra Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje Modtager 13.000.069 fra Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje 59.747.173 lægges til Center Syd -> Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje som BUM 67.537.808 lægges til Center Nord -> Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje som BUM	59.747.173 lægges til Center Syd -> Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje som BUM 67.537.808 lægges til Center Nord -> Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje som BUM Modtager -5.927.769 fra Hjemme- og sygepleje -> Afregning og refusion Modtager 488.811 fra Center Midt -> Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj Modtager 2.000.000 fra Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje	Modtager -5.928.000 fra Hjemme- og sygepleje -> Afregning og refusion 55.366.128 lægges til Center Syd -> Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje som BUM 59.141.896 lægges til Center Nord -> Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje som BUM	55.366.128 lægges til Center Syd -> Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje som BUM 59.141.896 lægges til Center Nord -> Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje som BUM Modtager -4.470.526 fra Hjemme- og sygepleje -> Afregning og refusion				
		Selvudpeget hj.	Modtager 51.959.239 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj	Modtager 52.005.197 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj Modtager 592.676 fra Foranstalt tidlig indsats -> Hjemmepleje	Modtager 49.459.700 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj	Modtager 57.060.970 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj		Modtager 944.489 fra Foranstalt tidlig indsats -> Hjemmepleje		
		Udførerenhed hj	51.959.239 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Selvudpeget hj.	52.005.197 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Selvudpeget hj.	49.459.700 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Selvudpeget hj.	57.060.970 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Selvudpeget hj.				
		Træning - Hj. og sygepl								Modtager 17.448 fra Hjemme- og sygepleje -> Rehabiliteringspl adser
		Sygepleje	2.000.000 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje som 4 ÅV 13.000.069 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje som budgetkorrektion 14.700.000 lægges til Center Syd -> Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje som BUM 16.844.000 lægges til Center Nord -> Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje som BUM	2.000.000 lægges til Hjemmepleje- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje som 4 ÅV Modtager 50.038 fra Center Midt -> Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje	14.849.000 lægges til Center Syd -> Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje som BUM 16.786.000 lægges til Center Nord -> Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje som BUM	14.849.000 lægges til Center Syd -> Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje som BUM 16.786.000 lægges til Center Nord -> Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje som BUM				
		Til fordeling- Hj og syge Aflastning	Fjernes fra opgørelse	Fjernes fra opgørelse	Fjernes fra opgørelse	Fjernes fra opgørelse	Fjernes fra opgørelse	Fjernes fra opgørelse	Fjernes fra opgørelse	Fjernes fra opgørelse
		Afregning og refusion	-3.900.000 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje som mellemkommunal refusion 6.400.000 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Respirationsordninger	-5.927.769 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje som mellemkommunal refusion 4.615.234 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Respirationsordninger	-5.928.000 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje som mellemkommunal refusion 4.615.000 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Respirationsordninger	-4.470.526 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje som mellemkommunal refusion 4.795.846 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Respirationsordninger				
		Rehabiliterings pladser								17.448 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Træning - Hj. og sygepl
		Respirationsordninger	Modtager 6.400.000 fra Hjemme- og sygepleje -> Afregning og refusion	Modtager 4.615.234 fra Hjemme- og sygepleje -> Afregning og refusion	Modtager 4.615.000 fra Hjemme- og sygepleje -> Afregning og refusion	Modtager 4.795.846 fra Hjemme- og sygepleje -> Afregning og refusion				

Bilag 1

Profitcenter	Hovedprodukt	Delprodukt	2018		2019		2020		2021	
			Budget	Forbrug	Budget	Forbrug	Budget	Forbrug	Budget	Forbrug
Den Soc Hjemmepleje "Toppen"	Hjemme- og sygepleje	Kommunal Hjemmepleje	Modtager 12.448.277 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj	Modtager 14.079.740 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj	Modtager 8.735.645 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj	Modtager 1.109.920 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj				
		Udførerenhed hj	12.448.277 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje	14.079.740 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje	8.735.645 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje	1.109.920 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje				
Den Sociale Hjemmepl "Center Syd"	Hjemme- og sygepleje	Kommunal Hjemmepleje		Modtager 2.268.571 fra Center Midt -> Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj Modtager 59.747.173 fra Visitation samlet -> Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje Modtager 4.366.344 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj		Modtager 55.366.128 fra Visitation samlet -> Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje Modtager 7.313.691 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj				
		Udførerenhed hj		4.366.344 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal hjemmepleje		7.313.691 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal hjemmepleje				
		Sygepleje	Modtager 14.700.000 fra Visitation samlet -> Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje	Modtager 232.226 fra Center Midt -> Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje	Modtager 14.849.000 fra Visitation samlet -> Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje	Modtager 14.849.000 fra Visitation samlet -> Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje				Modtager 3.054 fra Sygepleje -> Sygepleje
	Sygepleje	Sygepleje								3.054 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje
Den Sociale Hjemmepl "Center Nord"	Hjemme- og sygepleje	Kommunal Hjemmepleje		Modtager 226.775 fra Center Midt -> Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj Modtager 67.537.808 fra Visitation samlet -> Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje Modtager 10.621.724 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj	Modtager 2.500.000 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj	Modtager 59.141.896 fra Visitation samlet -> Hjemme- og sygepleje -> Kommunal Hjemmepleje Modtager 11.782.034 fra Hjemme- og sygepleje -> Udførerenhed hj				
		Udførerenhed hj		10.621.724 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal hjemmepleje	2.500.000 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal hjemmepleje	11.782.034 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Kommunal hjemmepleje				
		Sygepleje	Modtager 16.844.000 fra Visitation samlet -> Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje	Modtager 23.214 fra Center Midt -> Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje	Modtager 16.786.000 fra Visitation samlet -> Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje	Modtager 16.786.000 fra Visitation samlet -> Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje				Modtager 6.348 fra Sygepleje -> Sygepleje
	Sygepleje	Sygepleje								6.348 lægges til Hjemme- og sygepleje -> Sygepleje

BILAG 2

BCV'S MARTSPROGNOSE PÅ DEN SOCIALE HJEMMEPLEJE

Bilag 2. Martsprognosen 1 af 2

					Forv. korr. budget Marts prognosen	[+] Marts prognosen (903)	Forv. korr. budget fratrullet Marts prognosen
Bevillingsansvarsted		Kapitalmidler	Hovedprodukt (KK)	Delprodukt (KK)	DKK	DKK	DKK
[-] K0641	Den Sociale Hjemmepleje	Hjemmepleje	Administration	Adm. bygninger	6.793.439	6.793.439	-0
				Stabsfunktion	13.840.649	13.841.211	-562
				Til fordeling - Adm	-770.830	-170.270	-600.560
			Hjemme- og sygepleje	Kommunal Hjemmepleje	943.373	1.230.503	-287.130
				Sygepleje		79.427	-79.427
				Til fordeling- Hj og syge	-0		-0
				Udførerenhed hj	366.557		366.557
			Hjemmepleje	Aflastning	9.564.991	9.578.194	-13.203
				Fællesfaglig Stab	2.663.171	2.663.171	0
				Gråzoneaf- Hj. og sygepl	-21.000.000	-21.000.000	0
				Handleplan	0		0
				Kommunal Hjemmepleje	148.054.539	147.716.332	338.207
				Kontant tilskud	18.360.000	17.200.927	1.159.073
				Køb af ordninger	4.080.000	3.880.817	199.183
				Privat Hjemmepleje	55.080.000	54.982.357	97.643
				Respirationsordninger	3.280.000	3.271.189	8.811
				Selvudpeget hj.	63.240.000	63.381.538	-141.538
				Til fordeling- Hj og syge	-3.335.821	0	-3.335.821
				Træning - Hj. og sygepl	18.768.000	18.740.625	27.375
				Underlev. til Hjemmepleje	11.740.000	11.757.739	-17.739
			Sygepleje	Sygepleje	70.413.845	70.745.984	-332.139
641	Den Sociale Hjemmepleje	Hjemmepleje	Administration	Til fordeling - Adm	-770.830	-170.270	-600.560
			Hjemme- og sygepleje	Kommunal Hjemmepleje	943.373	1.230.183	-286.810
				Udførerenhed hj	366.557		366.557
			Hjemmepleje	Handleplan	0		0
				Kommunal Hjemmepleje	1.640.184	-4.724.255	6.364.439
				Til fordeling- Hj og syge	-3.335.821	0	-3.335.821

Bilag 2. Martsprognosen 2 af 2

					Forv. korr. budget Marts prognosen	[+] Marts prognosen (903)	Forv. korr. budget fratrukket Marts prognosen
Bevillingsansvarssted		Kapitalmidler	Hovedprodukt (KK)	Delprodukt (KK)	DKK	DKK	DKK
[+] K3593	Visitation Hjemmepleje	Hjemmepleje	Administration	Adm. bygninger	1.350.681	1.350.681	0
				Stabsfunktion	13.840.649	13.841.211	-562
				Til fordeling - Adm	0		0
			Hjemme- og sygepleje	Til fordeling- Hj og syge	-0		-0
			Hjemmepleje	Aflastning	9.564.991	9.578.194	-13.203
				Fællesfaglig Stab	2.663.171	2.663.171	0
				Gråzoneaf- Hj. og sygepl	-21.000.000	-21.000.000	0
				Kommunal Hjemmepleje	6.310.009	5.521.886	788.123
				Kontant tilskud	18.360.000	17.200.927	1.159.073
				Køb af ordninger	4.080.000	3.880.817	199.183
				Privat Hjemmepleje	55.080.000	54.982.357	97.643
				Respirationsordninger	3.280.000	3.271.189	8.811
				Selvudpeget hj.	63.240.000	63.381.538	-141.538
				Træning - Hj. og sygepl	18.768.000	18.740.625	27.375
				Underlev. til Hjemmepleje	11.740.000	11.757.739	-17.739
			Sygepleje	Sygepleje	4.901.557	4.901.557	0
[+] K0642	Den Sociale Hjemmepleje - Center Syd	Hjemmepleje	Administration	Adm. bygninger	2.213.722	2.213.723	-0
			Hjemme- og sygepleje	Sygepleje		66.954	-66.954
			Hjemmepleje	Kommunal Hjemmepleje	72.467.690	75.826.090	-3.358.400
			Sygepleje	Sygepleje	27.740.085	27.643.649	96.436
[+] K0655	Den Sociale Hjemmepleje - Center Nord	Hjemmepleje	Administration	Adm. bygninger	3.229.036	3.229.036	0
			Hjemme- og sygepleje	Kommunal Hjemmepleje	0	320	-320
				Sygepleje		12.473	-12.473
			Hjemmepleje	Kommunal Hjemmepleje	67.636.656	71.092.611	-3.455.955
			Sygepleje	Sygepleje	37.772.203	38.200.778	-428.575
Resultat					402.081.914	404.693.184	-2.611.270

