

Timeprisanalyse af hjemmeplejen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Socialforvaltningen

- 1. BAGGRUND..... 2
- 2. METODE 2
- 3. DEFINITIONER AF CENTRALE BEGREBER 5
- 4. INTERN BENCHMARKING I SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN 6
- 5. INTERN BENCHMARKING I SOCIALFORVALTNINGEN 13
- 6. SAMMENLIGNING AF DE TO FORVALTNINGER..... 24
- 7. KONKLUSION..... 28

1. Baggrund

Sundheds- og Omsorgsudvalget og Socialudvalget havde i regnskab 2005 merforbrug på hjemmeplejeområdet på hhv. 36 mio. kr. og 12 mio. kr. I 2006 var merforbrugene 40,6 mio. kr. for Sundheds- og Omsorgsudvalget og 48,3 mio. kr. for Socialudvalget. Sundheds- og Omsorgsudvalgets hjemmeplejebudget i 2006 var ca. 890 mio. kr., mens Socialudvalgets hjemmeplejebudget i 2006 var ca. 195 mio. kr.

Københavns Kommunes timepriser er de højeste i 6-bynøgletallene for budget 2007 hvad angår praktisk bistand.. På den baggrund har Økonomiforvaltningen sammen med de to forvaltninger igangsat en budgetanalyse af hjemmeplejen, hvilket er godkendt af ØU (ØU 53/2007). Det skal dog bemærkes, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningens timepris for personlig hjælp i budget 2007 er ca. 3 pct. lavere end gennemsnittet for de øvrige 6-byer.

Udgangspunktet for analysen er en sammenligning (benchmarking) af timepriserne på hjemmeplejeområdet. Som analysedesign er anvendt en benchmarkmodel udviklet af McKinsey for KL, Socialministeriet og Finansministeriet. Modellen muliggør sammenligninger af leveringseffektiviteten mellem distrikter, forvaltninger og kommuner. Sammenligningen foretages både internt i de to forvaltninger på distriktsniveau og forvaltningerne imellem.

Der er i analysen gjort brug af en lidt anden metodik end ved beregningen af frit-valgs priserne. Benchmarkpriserne benyttes udelukkende til at beregne potentielle effektiviseringer og kan derfor ikke sammenlignes med andre kommuners frit-valgspriser eller forvaltningernes egne.

Det skal pointeres, at der i analysen udelukkende undersøges forskelle i timepriser, dvs. forskelle i hjemmeplejens omkostninger pr. leveret time. En anden stor udgiftsdriver på hjemmeplejeområdet er visitationspraksis. Socialforvaltningen igangsatte ultimo 2006 en revisationsindsats med henblik på at revisitere samtlige modtagere på handicapområdet. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen følger løbende graden af ensartethed i visitationspraksis på tværs af distrikterne og arbejder på forskellig vis på at styrke praksis. Det stærke fokus på visitationspraksis skal ses i lyset af, at der i kvalitetsstandarderne, der årligt godkendes af Borgerrepræsentationen, er et vist rum for skøn. Dette kan bevirke, at der opstår forskellig praksis på tværs af distrikterne.

En analyse af visitationspraksis kræver en analyse af bestillerfunktionen (visitationsmyndigheden). I denne timeprisberegning analyseres udelukkende udførersiden, dvs. de decentrale leverandører af hjemmehjælp

2. Metode

McKinsey værktøjet

McKinsey har udarbejdet et analyseværktøj for KL, Finansministeriet og Socialministeriet, som kan anvendes til at analysere organisering og effektivitet på hjemmeplejeområdet. Værktøjet fokuserer på at synliggøre, hvad ressourcerne bliver brugt til, hvordan ressourcerne udnyttes bedst muligt, og hvor der kan læres af andre. Hovedfokus er effektivisering af de faktorer i "produktionsprocessen", der skaber omkostninger, og som ikke bruges som direkte brugertid (dvs. leveret hjælp til borgerne). Værktøjet kan dermed indikere, hvor der er potentiale for øget effektivitet.

Analysens fokus er rettet mod den økonomiske effektivitet, udtrykt ved omkostning pr. leveret times hjemmehjælp, mens kvaliteten af den leverede ydelse holdes helt ude fra analysen. Den enhed, som leverer mest direkte brugertid til de laveste omkostninger, kan både tænkes at levere den bedste og den dårligste kvalitet.

Det skal bemærkes, at analyseværktøjet udelukkende giver mulighed for at foretage en beregning af et teknisk besparelspotentiale. I analysen tages der således ikke højde for, hvorvidt den angivne effektivisering er realiserbar. Det bemærkes, at der kan være barrierer for effektivisering som følge af personalejuridiske regler o.l. Desuden vil variationer som følge af 'den menneskelige faktor' være en begrænsning i forhold til det beregnede effektiviseringspotentiale. Det kan således ikke undgås, at der er forskelle i evner og ressourcer i personale- og ledergruppen, som giver udslag i forskellig økonomisk effektivitet på tværs af distrikter. Som følge heraf bør effektiviseringspotentiale baseret på best practice beregninger fortolkes med forsigtighed.

Analyseværktøjet anvendes i denne analyse til sammenligning af distrikter internt i de to forvaltninger samt sammenligning af de to forvaltninger på overordnet plan.

Data

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Socialforvaltningen har leveret data til analysen til Økonomiforvaltningen. Grundlæggende har de to forvaltninger leveret samme typer af data, men der er forskelle i opgørelsesmetoder og målgrupper, som bevirker, at sammenligning mellem de to forvaltninger skal tages med et vist forbehold. I det følgende redegøres for forskellene.

1) Forskelle i datavaliditet

Ifølge Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er der visse validitetsproblemer forbundet med opgørelsen af hjemmeplejedistrikternes udgifter, da det har været nødvendigt at basere beregningen på data fra en enkelt måned¹. Som følge heraf må de beregnede timepriser forventes at være påvirkede af tilfældige udsving. Disse udsving medfører usikkerhed om, hvorvidt de beregnede timepriser er retvisende, og de medfører usikkerhed omkring sammenligninger på tværs af distrikterne. Udsvingene kan bl.a. skyldes gennemførelse af større kompetenceudviklingsinitiativer, midlertidige stigninger i antallet af (langtids)sygemeldinger eller større akutte ændringer brugergruppen i et bestemt lokalområde. Disse faktorer vil medføre, at andelen af medarbejdertid, der ikke anvendes hos brugerne bliver større end normalt. Samtidig vil det være nødvendigt at anvende vikarer som erstatning for de medarbejdere, der er på kursus eller er sygemeldte. Da vikarer er dyrere end faste medarbejdere vil udgifterne til direkte brugertid også blive højere end normalt. Ligeledes medfører unormalt mange ændringer i brugerprofiler højere tilpasningsomkostninger.

I forhold til det anvendte datagrundlag kan konstateres, at det bl.a. er påvirket af udsving pga. demografirelaterede timereduktioner og udgiftstilpasninger på udførersiden samt kompetenceudvikling. Herudover kan der være andre forhold, som påvirker data, men som ikke umiddelbart har kunnet identificeres.

Ovennævnte udsving vil kunne præge timeprisberegninger baseret på en enkelt måned markant, mens de i højere grad vil være udlignet, hvis timeprisberegningerne kunne baseres på et helt års

¹ Det skyldes primært, at der er foretaget en udskillelse af sygepleje pr. 1.1.2007, og at der blev foretaget en ændring af momsreglerne i 2006.

data. Af disse grunde er der for Sundheds- og Omsorgsforvaltningens vedkommende gjort brug af et vægtet gennemsnit i beregningen af de potentielle besparelser.

Socialforvaltningens data er baseret på regnskab 2006, og har således ikke samme udsving som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Socialforvaltningen har imidlertid datavaliditetsproblemer, som følge af at der i opgørelserne er indregnet en række skøn. Socialforvaltningens hjemmepleje leveres som en helhedspleje for at sikre, at borgerne får den bedst mulige service, samt at antallet af medarbejdere i hvert hjem reduceres. Hermed kan der i samme borgerbesøg både leveres sygepleje og hjemmehjælp. Da denne undersøgelse kun vedrører hjemmehjælp har Socialforvaltningen søgt at udskille omkostningerne til levering af sygepleje ved brug af en række fordelingsnøgler.

2) Forskelle i målgrupper

Forvaltningerne leverer hjemmepleje til forskellige målgrupper. Socialforvaltningens målgruppe adskiller sig fra den traditionelle ældrepleje ved at hjemmeplejens ydelser også har et socialpædagogisk sigte udover de traditionelle pleje- og omsorgsydelser. Det er Socialforvaltningens vurdering, at hjemmeplejen er defineret for bredt. Socialforvaltningen vil på den baggrund analysere omfanget af hjemmeplejen med henblik på at vurdere, hvorvidt en del af hjemmeplejens indsats rettelig bør visiteres efter øvrige paragraffer i Socialloven, f.eks. socialpædagogisk bistand. Dette med det formål at sikre, at Socialforvaltningens indsats målrettet borgere i eget hjem bliver defineret ud fra en balanceret vurdering af effektivitet og målgruppens komplekse behov.

Endvidere arbejder Socialforvaltningen ud fra målsætningen om en helhedsorienteret indsats, hvor hjemmeplejen er en integreret ydelse i det sociale tilbud til borgeren. Dette stiller øgede krav til koordinering med sagsbehandlere, støttekontaktpersoner, distriktspsykiatri mv. Samtidig er der tale om en ustabil målgruppe med mange borgeraflysninger samt forgæves gang, hvilket medfører en række driftsforstyrrelser, der vanskeliggør en effektiv tidsstyring. Endvidere skal hjemmeplejen understøtte handicappede borgers aktive arbejdsliv, hvorfor der er behov for større fleksibilitet i leveringen af ydelserne.

Endelig medfører målgruppen øgede krav til medarbejdernes kompetence, hvorfor Socialforvaltningen har en anden personalesammensætning med dertilhørende højere lønniveau. Dette har indflydelse på timeomkostningen pr. medarbejder.

3) Forskelle i opgørelsesmetoder

Som grundlag for analysen har forvaltningerne opgjort såvel omkostninger som timer med forskellige opgørelsesmetoder.

Opgørelse af omkostninger

Socialforvaltningens opgørelser er baseret på regnskab 2006, mens Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgørelse er baseret på en måneds aktivitet i 2007².

Forskellen i opgørelsesmetoden medfører, at Socialforvaltningen har indregnet en række omkostninger, som ikke indgår i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgørelse, da opgørelsen kun er foretaget på en enkelt måned. Disse er:

² Opgørelsen er baseret på marts måned 2007

- Omkostninger vedr. generelle lønstigninger og lønforhandlinger. De generelle lønstigninger effektueres først pr. 1. april, og er således alene indregnet i Socialforvaltningens omkostninger. Ligeledes indledes lønforhandlingerne først pr. april og indgår tilsvarende alene i Socialforvaltningens omkostninger.
- Udbetaling af særydelser, såsom arbejdstidsbestemte tillæg, varskotillæg, særlige fridage mv. falder typisk ujævnt henover året.
- Vikarudgifter baseret på årsniveau. Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgørelse baseret på en måned afspejler ikke det reelle vikarforbrug, idet vikarforbruget er væsentligt større omkring sommeren samt om efteråret³.

Desuden indregnes udgifter til nathjemmepleje i Socialforvaltningens omkostninger, men ikke i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens. Der er generelt højere udgifter knyttet til natpleje, da der typisk er visiteret få timer, men behov for beredskabspersonale grundet akutte opkald. Dette medfører øgede gennemsnitlige omkostninger for Socialforvaltningen.

Endelig tager Socialforvaltningens opgørelsesmetode ikke højde for de effektiviserings- og forbrugsreducerende tiltag, der er gennemført i forvaltningen som følge af genopretningsprojektet. Genopretningsprojektet har vist en effekt i 2007, og Socialforvaltningen vurderer, at omkostningsniveauet er reduceret i 2007.

Opgørelse af tid

Forvaltningernes opgørelser af timer er opgjort med to forskellige metoder.

Socialforvaltningen har i samarbejde med KL's konsulentvirksomhed gennemført en brugertidsanalyse⁴ af samtlige medarbejders tidsforbrug. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har opgjort data på baggrund af datatræk i omsorgssystemet. Med de to opgørelsesmetoder er de væsentligste forskelle at:

- Registeringspraksis er ikke ensartet
- Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har foretaget en række skøn og estimater
- Socialforvaltningens gruppeledere og basekoordinatorer indgår i opgørelsen, hvorfor der er foretaget tidsregistrering vedr. en række administrative opgørelser, som ikke indgår i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens timer⁵. Hermed bliver Socialforvaltningens brugertid påvirket af gruppeledernes tidsanvendelse, hvilket reducerer Socialforvaltningens direkte brugertid.

3. Definitioner af centrale begreber

I analysen anvendes en række centrale sammenligningsparametre, som defineres i det følgende. Hoved-benchmarket er de totale omkostninger pr. kommunalt leveret time. Dette benchmark kan opsplittes i tre centrale faktorer, som er styrende for kommunens omkostningsniveau pr. leveret time:

³ Til illustration af dette, udgjorde vikarudgifter i Socialforvaltningen 21,6 pct. af lønsummen i marts 2006, sammenlignet med 23,3 pct. for hele 2006. Dette betyder, at Socialforvaltningen indregner 1,7 pct. højere vikarudgifter i sin timepris.

⁴ BTP-analyse udviklet af Finansministeriet, Socialministeriet og KL. Er i overensstemmelse med Revisionsdirektoratets anbefalinger.

⁵ F.eks. tidsforbrug vedr. møder, planlægning, disponering, administration, indkaldelse af vikarer, pauser og frokost mv.

- *Omkostning pr. arbejdstime* udtrykker den reelle timeløn i de enkelte enheder tid anvendt hos brugeren. Hvis en enhed har mange medarbejdere i en dyr medarbejdergruppe, vil det medføre en højere omkostning pr. arbejdstime.
- *Andel af arbejdstimerne, som ikke anvendes direkte hos brugeren* er udtryk for den lønudgift til plejemedarbejdere, som ikke anvendes hos brugeren. Denne faktor er yderligere opsplittet i fravær (alle typer), indirekte tid (vejtid og fællesopgaver vedr. borgere), kvalifikationstid (bl.a. uddannelse, møder, pauser), beredskabstid og andet (bl.a. ledig tid som følge af aflysninger, tilpasning ol.).
- *Omkostninger ud over løn til plejemedarbejderne* er en opgørelse af overheadudgifter. Faktoren kan yderligere opsplittes på direkte lederes løn og andre omkostninger (drift, del af overhead m.v.)

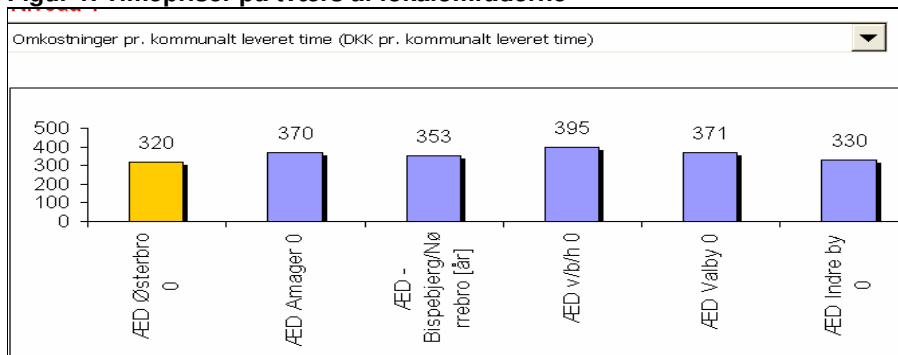
4. Intern Benchmarking i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

I dette afsnit beskrives resultaterne af benchmarkanalysen på tværs af lokalområderne i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

4.1. Benchmarking af timepriserne på tværs af lokalområderne

Udgangspunktet for analysen er en beregning af timepriserne på tværs af lokalområderne. Af beregningen fremgår det, at disse varierer fra 320 kr. til 395 kr., svarende til en difference på 75 kr. eller godt 23 pct. mellem den laveste og højeste timepris, jf. nedenstående figur 1.

Figur 1. Timepriser på tværs af lokalområderne



Tabel 1 angiver timepriserne opsplittet på omkostningskategorier på tværs af lokalområderne samt laveste omkostningsniveau for hver omkostningsparameter. For hvert lokalområde er den omkostningsparameter, der afviger mest fra best practice-niveauet markeret. Heraf fremgår det, at 3 lokalområder umiddelbart vurderes at have størst effektiviseringspotentiale vedr. øvrig tid, i 2 lokalområder er potentialet størst vedr. øvrige omkostninger, mens 1 lokalområde umiddelbart har størst effektiviseringspotentiale vedr. direkte brugertid. Samlet set indikerer analysen dermed, at der er et effektiviseringspotentiale inden for alle overordnede omkostningskategorier.

Dette giver ligeledes en første indikation af, at realisering af besparelspotentiale vil kræve forskellige initiativer på tværs af lokalområderne. Det bemærkes, at der ikke er taget højde for evt. korrelation mellem de forskellige omkostningsfaktorer eller for tilfældige udsving i datagrundlaget.

Tabel 1. Opsplitning af timepriser på omkostningskategorier på tværs af lokalområder, kr.

Lokalområde	Direkte brugertid	Øvrig tid	Øvrige omk.	Timepris i alt	Forskel til gns. timepris	Antal leverede timer	Effektiviseringspotentiale
Østerbro	151	122	47	320	-27	348.223	-
Amager	160	155	55	370	23	364.260	8.732.065
Bispebjerg/ Nørrebro	155	167	31	353	6	264.557	2.520.939
V/B/H	164	170	61	395	48	420.157	17.484.499
Valby	176	138	57	371	24	379.655	5.432.428
Indre by	145	133	52	330	-17	226.351	-
Gennemsnit				347			34.169.931

Med udgangspunkt i de beregnede timepriser kan der foretages en teknisk estimering af det samlede effektiviseringspotentiale, såfremt det de mindst effektive lokalområder formår at sænke deres omkostningsniveau til det gennemsnitlige omkostningsniveau. Som det fremgår af tabellen kan beregnes en potentiel besparelse 34,2 mio. kr., hvis alle distrikter leverede hjemmehjælp til timepriser, der var lavere eller på niveau med den gennemsnitlige timepris på tværs af distrikterne. Beregningen foretages ved at gange forskellen i timepriserne med antal leverede timer. Det er Sundheds- og Omsorgsforvaltningens vurdering, at den anvendte metode til beregning af effektiviseringspotentiale hermed tager hensyn til nogle af de usikkerheder, som datagrundlaget er behæftet med.

4.2. Realisering af effektiviseringspotentiale

I det følgende foretages en overordnet vurdering af mulighederne for at realisere effektiviseringspotentialet. Overordnet set er der tre muligheder:

- Reduktion af den gennemsnitlige udgift til direkte brugertid
- Reduktion i den gennemsnitlige udgift til øvrig tid
- Reduktion i øvrige udgifter

Jf. tabel 1 er alle tre muligheder relevante. Det umiddelbare besparelspotentiale i forhold til direkte brugertid og øvrig tid vurderes i det følgende. Nærmere vurdering af besparelspotentiale vedr. øvrige udgifter er ikke omfattet af denne analyse.

4.2.1 Reduktion af den gennemsnitlige udgift til direkte brugertid

Udgifterne vedr. den direkte brugertid afhænger for det første af, hvor meget direkte brugertid der visiteres, men da visitationspraksis ikke er omfattet af denne analyse, behandles emnet ikke yderligere. For det andet afhænger udgifterne til direkte brugertid af den gennemsnitlige lønudgift pr. time. Lønudgiften er i høj grad fastlagt af overenskomster, men forvaltningen har dog også visse justeringsmuligheder. Det drejer sig om:

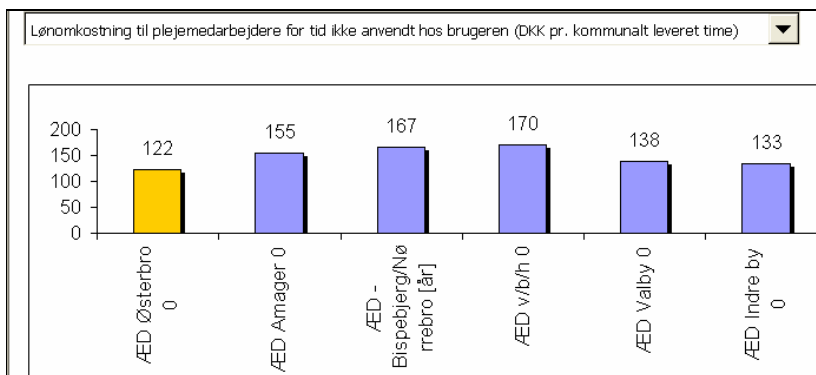
- *Hvilken medarbejdergruppe, der leverer ydelserne (sygeplejerske, assistent eller hjælper):* Det vurderes, at mulighederne for at anvende den billigste arbejdskraft, som kan levere den krævede faglighed i forhold til personlig pleje og praktisk hjælp generelt er udnyttet, og at besparelsespotentialet derfor er begrænset. En nærmere analyse kan dog være nødvendig.
- *Om ydelsen leveres af faste medarbejdere eller vikarer:* Sundheds- og Omsorgsforvaltningen bruger vikarer i forbindelse med sygdom, afspadsering, ferieafvikling og kompetenceudvikling blandt de faste medarbejdere samt i forbindelse med ledige stillinger, som ikke umiddelbart kan besættes pga. rekrutteringsvanskeligheder. Det vurderes, at kun ca. 25 pct. af vikarudgifterne vedrører sygefravær. Vikarudgifterne er vokset kraftigt i de seneste år, og der vurderes at være et potentiale for at nedbringe disse. Dette forudsætter dog en forbedring af bl.a. rekrutteringssituation og sygefravær, hvilket vil kræve en langvarig og vedholdende indsats fra forvaltningens side. Rekrutteringssituationen beror i høj grad på strukturelle faktorer, herunder højkonjunkturen der medfører mangel på arbejdskraft og at hjemmeplejen må betragtes som et lavstatusområde med lav løn og prestige. Disse faktorer kan ikke ændres med et snuptag, men kræver et langt træk på mange fronter, jf. afsnit 4.3. Forvaltningen har allerede igangsat en række initiativer med henblik på at forbedre situationen.
- *Hvilket tidsrum ydelsen leveres i (dag/aften/nat, hverdag/weekend):* Dette fastsættes i forbindelse med visitationen, og problemstillingen er derfor ikke omfattet af denne analyse.

4.2.2. Reduktion i den gennemsnitlige udgift til øvrig tid

Udgifterne til øvrig tid omfatter lønomkostningerne for tid, der ikke anvendes hos borgerne. Denne tid omfatter alle former for fravær, kvalifikationstid (uddannelse, møder, pauser, planlægning), indirekte tid (vejtid og fællesopgaver) og anden tid (residual). Der er således tales om tid, der enten slet ikke eller kun indirekte påvirker den service, som borgerne modtager.

Lokalområdernes udgifter til øvrig tid fremgår af nedenstående figur. For tre af lokalområderne findes det største effektiviseringspotentiale i forhold til indirekte tid, jf. tabel 1 (Amager, Bispebjerg/Nørrebro og Vanløse/Brønshøj/Husum).

Figur 3. Omkostning til øvrig tid på tværs af lokalområder, marts 2007



Tabel 3 viser, hvordan tidsforbruget er opsplittet på tværs af alle lokalområder.

Tabel 3. Opsplitning af øvrig tid fordelt på tværs af lokalområder, pct.

Lokalomsråde	Østerbro	Amager	Bispebjerg/ Nørrebro	V/B/H	Valby	Indre by
Fravær	18,9	22,3	18,3	16,1	21,0	18,6
- heraf sygdom	7,8	8,7	6,7	6,5	10,0	6,5
Indirekte tid	8,7	10,2	7,1	11,0	6,6	10,7
- heraf vejtid	6,5	8,3	5,0	7,8	6,2	8,2
Kvalifikationstid	13,2	11,2	13,0	14,6	14,9	13,5
- heraf uddannelse	0,7	3,2	0,5	4,3	0,7	0,7
- heraf frokost, pauser	5,3	5,4	4,6	5,1	5,6	5,4
- heraf møder	2,2	2,2	2,4	2,2	1,6	1,9
Andet	3,9	5,4	13,7	9,3	1,4	4,9
Total øvrig tid	45	49	52	51	44	48
Direkte brugertid	55	51	48	49	56	52
Samlet tid	100	100	100	100	100	100

Af tabellen fremgår det, at der er relativt store forskelle på, hvor meget af medarbejdernes tid, der anvendes til øvrige gøremål, da den indirekte brugertid varierer fra 44 pct. til 52 pct. Dette skyldes i et vist omfang udsving i marts måned, og kan derfor ikke tages som udtryk for det generelle billede. Der er mindst to forklarende faktorer, som skal tages med i betragtning. For det første har P/O-kontorerne i løbet af foråret foretaget en generel stramning af visitationspraksis, som har medført mindre visiteret tid. Det tager generelt hjemmeplejen et stykke at tilpasse sig en sådan stramning. Som følge heraf slår stramningen på kort sigt igennem på tidsforbruget som et fald i den direkte brugertid og en stigning i kategorien 'andet'. Der har været forskel på, hvornår P/O-kontorerne i de enkelte lokalområder har gennemført stramningen. På Bispebjerg/Nørrebro er stramningen netop sket i marts, hvilket afspejles i tidsopgørelsen.

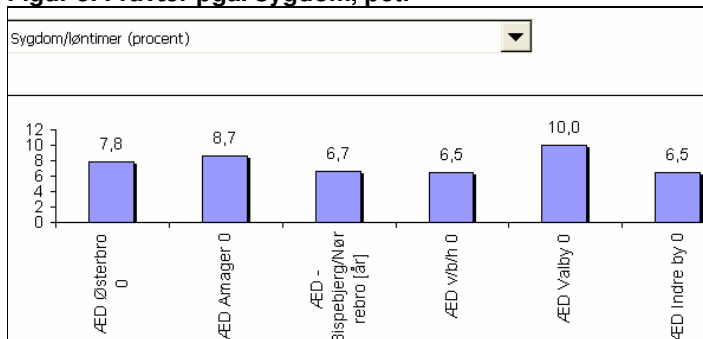
En anden variation på tværs af lokalområderne er, hvornår kompetenceudvikling afvikles. Dette har betydning, fordi tidsanvendelse på kompetenceudvikling medfører relativt mindre tid til bl.a. direkte brugertid. Af tabel 3 fremgår det, at de to lokalområder, som afholder relativt meget kompetenceudvikling i marts måned er blandt lokalområderne med den laveste direkte brugertid.

Det vurderes dog, at selv når der tages højde for disse to forklaringer, så er der fortsat potentiale for effektivisering i forhold til øvrig tid. Det vurderes, at det største potentiale vedrører sygefravær og vejtid. Herudover vurderes der at være et mindre potentiale i relation til afholdelse af møder og pauser. Endelig kan der i visse lokalområder være et potentiale i forhold til kategorien andet. Dette kræver dog en nærmere afdækning af, hvad kategorien præcis dækker over.

Fravær som følge af sygdom

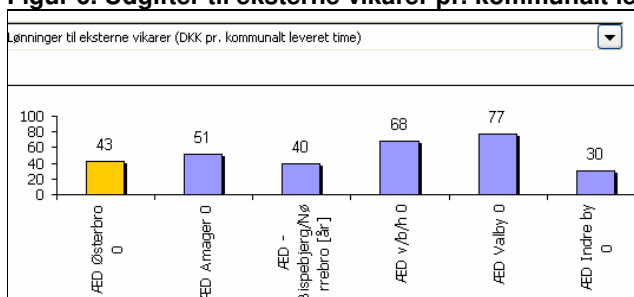
Der er relativt stor forskel på fraværsp procenten som følge af sygdom på tværs af lokalområderne. For Indre By og Vanløse/Brønshøj/Husum gælder, at 6,5 pct. af medarbejdernes tid vedrører sygefravær, mens det for Valby er 10,0 pct., jf. figur 5.⁶

Figur 5. Fravær pga. sygdom, pct.



Tiden brugt på sygefravær afspejler sig til en vis grad i udgifterne til eksterne vikarer (ca. 25 pct. af vikarudgifterne vurderes at vedrøre sygefravær). Jf. figur 6 har Indre by de laveste udgifter, mens Valby har de højeste udgifter og dermed bruger 47 kr. mere pr. time på vikarer end Indre By. Sammenhængen mellem sygefravær og vikarudgifter er dog ikke entydig, da det fremgår af figur 5, at Vanløse/Brønshøj/Husum har det laveste sygefravær, men de næsthøjeste udgifter til eksterne vikarer. En af årsagerne hertil er, at en del af sygefraværet håndteres ved, at de faste medarbejdere 'løber hurtigere'. På længere sigt kan dette være problematisk, fordi det er nedslidende for den faste medarbejdergruppe.

Figur 6. Udgifter til eksterne vikarer pr. kommunalt leveret time



Der er derfor et vist potentiale for at nedbringe timepriserne gennem en reduktion i sygefraværet, såfremt dette kan omsættes til færre udgifter til eksterne vikarer. Dog bemærkes, at der er visse barrierer i forhold til nedbringelse af sygefraværet. Barriererne skyldes bl.a., at der er tale om fysisk nedslidende arbejde, at medarbejdergruppen generelt er ressourcemæssigt mere sårbar bl.a. pga.

⁶ Det bemærkes, at opgørelsen er baseret på data fra marts måned og derfor kan være signifikant påvirket af tilfældige fluktuationer.

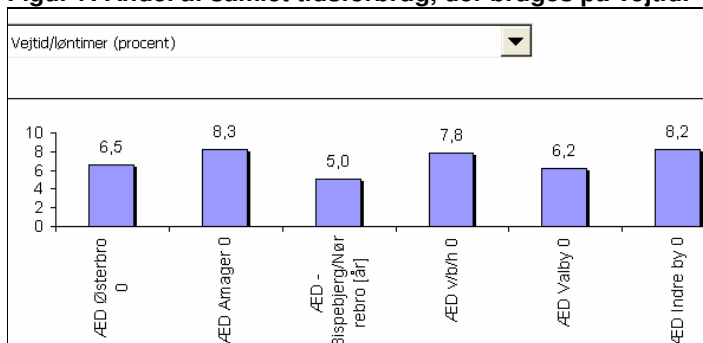
deres private forhold, og endelig at medarbejdergruppen udsættes for mere smitte som følge af kontakten med brugerne. Det skal bemærkes, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har igangsat en lang række initiativer, som skal forbedre arbejdsmiljø mv. for medarbejderne i hjemmeplejen. Disse omfatter både kompetenceudvikling, arbejdsforhold og sundhedsfremme.

Det vurderes, at en markant nedbringelse af udgifterne til eksterne vikarer vil kræve, at rekrutteringssituationen i hjemmeplejen forbedres signifikant, jf. omtalen heraf i afsnit 4.2.1.

Vejtid

Opgørelserne over andelen af tid, der anvendes til vejtid, indikerer, at der også her kan være et vist effektiviseringspotentiale. Jf. figur 7 varierer tidsforbruget på vejtid således fra 5,0 pct. til 8,3 pct. Optimering af vejtiden vil bl.a. forudsætte forbedret planlægning af ruter samt estimering af tidsforbrug til vejtid. På kort sigt indebærer dette investeringsudgifter til bedre it-understøttelse og kompetenceudvikling. Der må uanset effektiviseringsinitiativer forventes en vis variation i vejtiden på tværs af lokalområderne. Dette skyldes bl.a., at den geografiske størrelse og form af de enkelte lokalområder naturligt også spiller en rolle i relation til forskelle i vejtid. Der er således ikke mærkeligt at der benyttes relativt mere vejtid på Amager, VBH og Indre By, da hver enkelt hjemmeplejeenhed opererer i en større radius. Herudover kan der være forskel på, hvor hensigtsmæssigt det har været muligt at placere hjemmeplejegrupperne i det enkelte lokalområde i forhold til optimering af vejtid. Disse geografisk betingede forskelle kan ikke umiddelbart elimineres.

Figur 7. Andel af samlet tidsforbrug, der bruges på vejtid.



Møder og pauser

Vurderes tidsanvendelsen på hhv. møder og pauser hver for sig indikerer tabel 3, at der er et vist effektiviseringspotentiale for begge dele. I relation til møder er der således en difference på 0,8 pct. af den samlede tid mellem det distrikt, der bruger mest tid, og det der anvender mindst. I forhold til pauser er differencen 1,0 pct. Imidlertid er der i praksis tæt korrelation mellem møder og pauser, idet man i mange distrikter vælger at slå møder og f.eks. frokostpauser sammen. Den tætte korrelation fremgår også af tabel 8, som viser, at distrikter, der har lille tidsforbrug til møder har et stort tidsforbrug til pauser og omvendt. Ses møder og pauser under ét, er differencen på tværs af distrikter således kun 0,6 pct.

Det skal understreges, at afholdelse af mødeaktivitet i hjemmeplejen har stor betydning for kvaliteten i plejen, hvilket hænger sammen med, at medarbejderne typisk arbejder på egen hånd. Det er derfor i forbindelse med møderne, at medarbejderne har mulighed for kollegial og

ledelsesmæssig sparing, som også spiller en stor rolle for arbejdsmiljøet. Man bør derfor være varsom med at reducere tidsforbruget til møder.

Tabel 8. Tidsforbrug til møder og pauser, pct.

Lokalområder	Pauser	Møder	I alt
Østerbro	5,3	2,2	7,5
Amager	5,4	2,2	7,6
Bispebjerg/ Nørrebro	4,6	2,4	7,0
V/B/H	5,1	2,2	7,3
Valby	5,6	1,6	7,2
Indre by	5,4	1,9	7,3

4.3 Sundheds- og Omsorgsforvaltningens initiativer i forbindelse med at skabe balance i hjemmeplejen.

I det følgende redegøres for initiativer, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen allerede har iværksat og vil iværksætte for at skabe balance i hjemmeplejen. På baggrund af de tilbagevendende balanceproblemer i hjemmeplejen samt revisionens timeprisundersøgelse har forvaltningen igangsat en række initiativer der på sigt skal bringe balance i hjemmeplejen. Balanceproblemstillingerne er mangesidige og komplekse og kræver således initiativer og et vedvarende fokus på en række fronter.

I den forbindelse er der bl.a. iværksat følgende udviklingstiltag:

- *Udarbejdelse af nye kvalitetsstandarder:* Der arbejdes på at forenkle standarderne, så de bliver mere gennemskuelige for borgere og medarbejdere og samtidig et bedre styringsinstrument.
- *Centralisering af visitationen og fokus på visitationsprocessen:* Nye opgaver som følge af kommunalreformen og visse dele af plejeboligvisiteringen er centraliseret. Sidstnævnte kan have en indirekte effekt vedr. hjemmeplejen. Endvidere er der sat fokus på visitationspraksis på hjemmeplejeområdet med henblik på at en mere smidig samt bedre koordineret og effektiv indsats.
- *Implementering af kvartalsrapporter,* der belyser specielt aktivitetssiden og fungerer som en forløber for et egentligt ledelsesinformationssystem.
- *Styrkelse af økonomistyring,* bl.a. gennem udvikling af bedre økonomiværktøjer til ressource- og aktivitetsstyring, lokalt LIS med fokus på effektiviseringspotentialer og valide sammenligningsmuligheder.
- *Nyt controllingskoncept* – der skal omfatte alle styringsfaser, -procedurer og -niveauer i forvaltningen, herunder roller og ansvar i forhold til controllingen.
- *Udskillelse af hjemmesygeplejen* i budget- og beregningsmæssig sammenhæng samt udvikling af ny styringsmodel på området.
- *Sygefraværsinitiativer:* En række initiativer i relation til nedbringelse af sygefraværet er igangsat.
- *Systematisk kompetenceudvikling* af medarbejdere og ledere er igangsat herunder bl.a. klippekortsmodellen.
- *Rekrutteringsindsatsen* forbedres bl.a. via en større professionalisering og et kvalitetsløft af undervisningsforpligtigelsen af sundhedsfaggrupper.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har via ovenstående initiativer sat balanceproblemerne på dagsordenen på alle niveauer af forvaltningen og arbejder således allerede med en række af de elementer, som indgår i denne analyse. Realistisk set vil det ikke være muligt, at ”effektivisere” sig ud af alle problemerne, selvom der vurderes at være et potentiale i forhold til arbejdstilrettelæggelsen. Det er forvaltningens vurdering, at det ikke bliver muligt at komme i mål, medmindre der samtidig fokuseres på optimering af styringsmæssige og basale grundvilkår, jf. initiativerne ovenfor. Sygefravær og rekrutteringsudfordringer giver et vedvarende pres i hjemmeplejen, som ligeledes må adresseres, før der kan skabes en fuld balance i hjemmeplejen.

4.4 Delkonklusion for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Analysen viser, at der er effektiviseringsmuligheder på en række forskellige parametre mellem distrikterne i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Det er således muligt at realisere effektiviseringsgevinster i et vist omfang, hvis de mindst effektive distrikter reducerer omkostningerne til det gennemsnitlige niveau. De tekniske beregninger indikerer en effektiviseringsmulighed på ca. 34,2 mio. kr. De vedvarende demografireduktioner medfører dog et stort tilpasningspres i hjemmeplejen, som er kompliceret at håndtere og udgør en barriere for effektiviseringen. Denne udfordring vil uvægerligt medføre forskelle mellem distrikterne, herunder i relation til hastigheden hvormed det er muligt at tilpasse udgifterne i forhold til nedgangen i de visiterede timer.

Analysen indikerer desuden, at en realisering af effektiviseringspotentialet vil kræve forskelligartede initiativer på tværs af distrikterne, som omfatter nedbringelse af omkostninger vedr. direkte brugertid, øvrig tid og øvrige omkostninger. Flest lokalområder vurderes dog at have størst besparelspotentiale i forhold til øvrig tid. En nærmere analyse heraf indikerer, at det største besparelspotentiale vedrører sygefravær og vejtid. Dog er der en række barrierer og faktorer som må medtænkes i forbindelse med en realisering heraf,

5. Intern benchmarking i Socialforvaltningen

Socialforvaltningens hjemmepleje leveres til målgruppen; handicappede og psykisk syge, misbrugere og andre socialt udsatte. Hjemmeplejen er organiseret i fire handicapcentre og otte socialcentre, hvor hjemmeplejen leveres som en integreret ydelse i det sociale tilbud til borgeren. Dette ud fra målsætningen om at levere en helhedsorienteret indsats for handicappede og psykisk syge. Endvidere er Socialforvaltningens hjemmepleje særligt karakteriseret ved en socialpædagogisk indsats udover de almindelige pleje- og omsorgsydelser.

Socialforvaltningen har samlet set ca. 4.000 modtagere af hjemmehjælp, hvoraf handicapcentrene leverer hjemmehjælp til ca. 2.500 handicappede, mens socialcentrene leverer hjemmehjælp til ca. 1.500 psykisk syge og/eller misbrugere. Der er derfor tale om målgruppespecialiseret indsats, hvoraf handicapområdets hjemmepleje er størst.

Socialforvaltningen har i samarbejde med KL's Konsulentvirksomhed gennemført en analyse af brugertidsprocenten i hjemmeplejen (jf. SUD 227/2007). Med analysens resultater er det muligt at vurdere tidsforbruget i hjemmeplejen, samt redegøre for omkostningerne forbundet med at levere hjemmehjælpen.

Socialforvaltningen har opgjort de langsigtede gennemsnitlige omkostninger til hjemmehjælp på baggrund af regnskab 2006. Der er således indregnet alle direkte og indirekte omkostninger for et helt regnskabsår i 2006.

Socialforvaltningen igangsatte i 2006 et større genopretningsprojekt med det formål at effektivisere og styrke økonomistyringen i hjemmeplejen. Initiativerne i genopretningsprojektet har vist sin effekt i 2007, hvorfor analysens forudsætninger samt resultater har ændret sig. Regnskab 2006 udviste et samlet merforbrug på 17,8 mill. kr. på social- og handicapcentrenes udførerdel, mens det forventede forbrug pr. august 2007 udviser et merforbrug på 6,3 mill. kr.

5.1 Benchmarking af timepriserne på distriktsniveau

Udgangspunktet for denne del af analysen er en beregning af timepriserne på de forskellige distrikter i Socialforvaltningen⁷. Af analysen fremgår, at timepriserne varierer fra 389 kr. til 488 kr. jf. tabel 5.1.

Tabel 5.1. Timepriser på tværs af distrikterne i Socialforvaltningen (kr., 2007 pl.)

Distrikt	Timepris pr. leveret time
HC Øst	389
HC Nord	429
HC Syd	433
HC Vest	488
SC Østerbro	458
SC Bispebjerg	423
SC Brønshøj	484
SC City*	546
SC Nørrebro	391
SC Valby	413
SC Vesterbro	422
SC Amager	417
<i>Gn.snit pris</i>	<i>432</i>

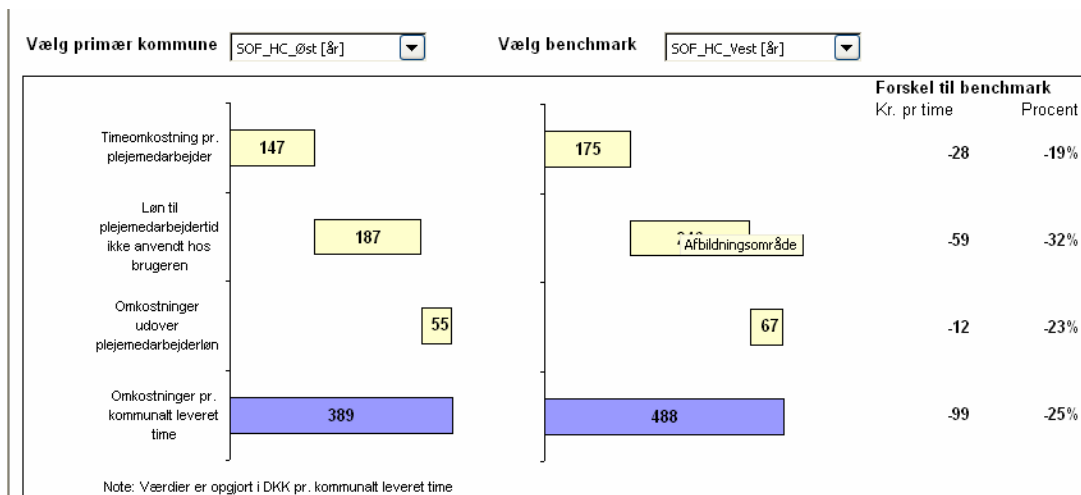
* Opgørelsen af brugertidsprocenten for Socialcenter City er behæftet med datavaliditetsproblemer, hvorfor opgørelsen af pris pr. leveret time ikke anses valid. I det følgende anvendes derfor den gennemsnitlige timepris i Socialforvaltningen for Socialcenter City.

Handicapcenter Øst har den laveste timepris på 389 kr. mens handicapcenter Vest har den højeste timepris på 488 kr.⁸. Således er forskellen i prisen pr. leveret time på 99 kr., hvilket svarer til en forskel i prisen på 20 pct.

Figur 5.1. Opsplitning af timepriser på det højeste og laveste distrikt (kr., 2007 pl)

⁷ Timepriserne afviger fra Socialforvaltningens fritvalgstimepriser, idet der er tale om forskellig metode til opgørelse heraf.

⁸ Socialcenter City ligger med den højeste timepris på 546 kr., Dette skyldes imidlertid, at socialcenteret under perioden for tidsregistreringen havde en række særlige forhold, som ikke gør sig gældende normalt. Socialcenterets brugertidsprocent er derfor ikke valid, hvorfor der ses bort fra socialcenteret.



Som det fremgår af figur 5.1 har handicapcenter Vest et højere omkostningsniveau pr. leveret time for alle omkostningsparametre end handicapcenter Øst. Forskellen i timeprisen skyldes dels, at der er en forskel i timeomkostningerne pr. plejemedarbejder på 28 kr. pr. leveret time, samt en forskel i omkostninger ud over medarbejderløn (overhead) på 12 kr. Den mest markante forskel er dog i lønudgifterne til tid ikke anvendt hos borgeren, hvor handicapcenter Vest ligger 32 pct. højere end handicapcenter Øst. Der er således et effektiviseringspotentiale i Socialforvaltningen. Overordnet set vil det største effektiviseringspotentiale derfor være på omkostningerne forbundet med ikke direkte brugertid. Den primære problemstilling er Socialforvaltningens fraværs- og rekrutteringsproblemer, som medfører store vikarudgifter. Endvidere skyldes omkostningerne forbundet med ikke direkte brugertid et manglende omsorgssystem, samt en række styringsmæssige forhold, såsom vejtid, kvalifikationstid og beredskabstid. Dette uddybes i afsnit 5.1.1.

Tablet 5.2 angiver timepriserne opsplittet på omkostningskategorier på tværs af distrikterne. Endvidere vises det laveste omkostningsniveau for hver omkostningsparameter, hvilket vi kalder et konstrueret "idealdistrikt". Dette skyldes, at ingen af distrikterne er best practice på alle tre omkostningsparametre.

Tabel 5.2. Timepriserne fordelt på omkostningsparametrene (kr., 2007 pl.)

Distrikt	Direkte brugertid	Øvrig tid (ikke brugerrettet tid)	Øvrige omkostninger (overhead)	Timepris i alt
HC Øst	147	187	55	389
HC Nord	174	226	29	429
HC Syd	167	223	43	433
HC Vest	175	246	67	488
SC Østerbro	181	211	66	458
SC Bispebjerg	165	194	64	423
SC Brønshøj	172	232	80	484
SC City*	168	216	48	432
SC Nørrebro	161	185	45	391
SC Valby	161	197	55	413
SC Vesterbro	174	195	53	422
SC Amager	167	213	37	417
Gn.snitspris	168	216	48	432
<i>Konstrueret "idealdistrikt"</i> **	<i>147</i>	<i>185</i>	<i>29</i>	<i>361</i>

* Er angivet som socialforvaltningens gennemsnit som følge af datavaliditetsproblemer på Socialcenter City.

** Angiver et konstrueret "idealdistrikt", dvs. best practice på hvert parameter

Som tabellen angiver, er det forskellige centre, der har størst effektiviseringspotentiale på hver af de tre omkostningsparametre. Således har Socialcenter Østerbro det største effektiviseringspotentiale vedr. omkostninger til direkte brugertid. Dette skyldes bl.a., at centeret har mange vakante stillinger, hvorfor centret har afholdt mange vikarudgifter, hvilket øger den gennemsnitlige lønpris. Handicapcenter Vest har størst effektiviseringspotentiale vedr. tidsforbrug til øvrig tid. Dette skyldes bl.a., at centret har et meget højt sygefravær. Sygefraværet betyder, at centrets medarbejdere gennemsnitligt har en højere ikke brugerrettet tid. Endelig har Socialcenter Brønshøj det største effektiviseringspotentiale til overheadomkostninger. Samlet set viser tabellen, at der er store forskelle mellem distrikterne på de tre parametre, og der er derfor potentiale for besparelser. Konstrueres et "idealdistrikt" baseret på best practice på hvert enkelt omkostningsparameter er effektiviseringspotentialet dog større, hvormed det vil være muligt at reducere pris pr. leveret time til 361 kr. Dette vil vi vende tilbage til i afsnit 5.2.

5.1.1 Årsager til Socialforvaltningens omkostningsniveau

Der er flere faktorer, der påvirker Socialforvaltningens omkostninger pr. leveret time. I det følgende redegøres for de væsentligste årsager til forskellene. De parametre med størst effektiviseringspotentiale, det vil sige de parametre, der afviger mest fra billigste til dyreste distrikt, fremgår af tabel 5.3.

Tabel 5.3. Parametre med besparelsesmuligheder (2007 pl.)

Distrikt	Sygdom pr. løntimer (pct.)	Løn til vikarer pr. leveret time (kr.)	Vejtid pr. løntimer (pct.)	Møder pr. løntimer (pct.)
HC Øst	12,9	55	9,1	7,2
HC Nord	13,5	159	12,6	6,8
HC Syd	12,8	78	11,4	6,2
HC Vest	20,8	162	8,1	4,7
SC Østerbro	14,1	99	6,1	3,9
SC Bispebjerg	8,1	44	8,2	4,7
SC Brønshøj	15,1	117	7,8	5,4
SC City*	33,6	109	4,7	5,5
SC Nørrebro	17,8	67	7,0	7,2
SC Valby	15,6	57	8,0	6,4
SC Vesterbro	30,0	105	6,3	5,1
SC Amager	16,3	30	6,6	4,5

* Data for Socialcenter City er ikke valide, hvorfor de ikke inddrages i sammenligningen

På baggrund af tabel 5.3 samt den netop foretagne brugertidsanalyse må det konkluderes, at Socialforvaltningens primære effektivitetsproblemer er:

1. Personalsituationen
2. Manglende omsorgssystem
3. Manglende planlægning og styring

1) Personalsituationen

Socialforvaltningen oplever som alle andre kommuner samt Sundheds- og Omsorgsforvaltningen et stadig stigende rekrutterings- og fastholdelsesproblem, hvorfor Socialforvaltningen i de fleste distrikter har mange vakante stillinger.

Endvidere opleves høje sygefraværsprocenter, der både skyldes langtids- og korttidssygdom. Som det ses af tabel 5.3 har både Socialcenter Vesterbro og handicapcenter Vest høje sygefraværsprocenter, hvilket resulterer i store vikarudgifter. Sammenhængen mellem høje vikarudgifter og højt sygefravær er dog ikke direkte. Således er vakante stillinger også med til at skabe høje vikarudgifter. Dog kan det også formodes, at nogle distrikter er bedre til at styre vikaranvendelse og således har færre vikarudgifter.

Samlet set er der med personalsituationen tale om en negativ spiral, idet rekrutteringsproblemet samt stort sygefravær medfører et øget pres på det eksisterende personale, der må løbe hurtigere for at nå opgaverne, hvilket i sidste ende medfører yderligere sygdom samt påvirker fastholdelsesmulighederne.

2) Manglende omsorgssystem

Socialforvaltningens manglende omsorgssystem medfører, at distrikterne anvender megen tid til manuelle registreringer og opgørelser. Denne tid er defineret som medarbejdertid ikke anvendt hos brugeren i undersøgelsen. Dette dokumenteres i Socialforvaltningens brugertidsanalyse, der opgør tidsforbruget vedr. en række aktiviteter, der gennemføres i hjemmeplejen som følge af manglende omsorgssystem, jf. tabel 5.4.

Tabel 5.4. Parametre vedr. manglende omsorgssystem, der påvirker effektiviteten

Aktivitet i hjemmeplejen	Tidsforbrug i alt (pct.)
Disponering	1,7
Planlægningsmøder (manuel fordeling af dagens arbejde)	3,7
Medarbejdernes tidsregistrering i kørebøger (manuel nedskrivning af dagens arbejde)	2,0
Indtastning af kørebøger (manuel indtastning af medarbejdernes tidsregistreringer)	1,3
Administration	0,7
Tidsforbrug i alt vedr. manglende omsorgssystem	9,4

Kilde: Socialforvaltningens BTP-analyse

Brugertidsanalysen viser således, at hjemmeplejens personale anvender ca. 9,4 pct. af tiden til en række arbejdsgange, som kan effektiviseres ved indførsel af nyt omsorgssystem. I forbindelse med KL's effektivitetsanalyse foretages en konkret beregning af, hvor stor effektivitet implementeringen af et nyt omsorgssystem vil medføre.

3) Manglende planlægning og styring

Socialforvaltningen effektivitetsproblemer skyldes endeligt en manglende planlægning og styring af hjemmeplejens aktiviteter, arbejdsgange og omkostninger.

Omkostningerne til ikke direkte brugertid påvirkes derfor af en høj kvalifikationstid, som primært består af møder. Dog er der stor forskel på distrikternes tidsforbrug til møder. Hvor socialcenter Østerbro anvender 3,9 pct. på møder, anvender handicapcenter Øst 7,2 pct. Socialforvaltningens brugertidsanalyse viser, at Handicapcenter Øst's tidsforbrug til kvalifikationstid primært skyldes meget tid til pauser, disponering samt planlægningsmøder.

Et andet væsentligt parameter er distrikterne tidsforbrug til vejtid. Som det ses af tabel 5.3 er der store forskelle i distrikternes vejtid, hvor Handicapcenter Nord har den største vejtid på 12,6 pct., og Handicapcenter Syd har den næsthøjeste vejtid på 11,4 pct. Årsagen til de to handicapcentres høje vejtid er dog, at det er de to centre, som leverer aften- og natpleje til hele Socialforvaltning, og dermed dækker hele byen. For de centre, der ikke leverer aften- og natpleje er der imidlertid et spænd på 4,4 pct. i vejtiden, og det er derfor forventningen, at vejtiden kan effektiviseres gennem bedre ruteplanlægning og bedre disponering. En bedre ruteplanlægning forudsætter dog indførsel af bedre IT-understøttelse.

5.2 Opgørelse af effektiviseringspotentialer

Med udgangspunkt i de beregnede timepriser kan der foretages en beregning af det samlede effektiviseringspotentialer, såfremt de mindst effektive distrikter formår at sænke deres omkostningsniveau samt forbedre den direkte brugertid. Effektiviseringspotentialer kan derfor beregnes ud fra en forudsætning om, at alle distrikter kan opnå samme omkostningsniveau pr. leveret time som best practice, Handicapcenter Øst.

Effektiviseringspotentialer fremgår af tabel 5.5.

Tabel 5.5. Opgørelse af effektiviseringspotentialet pbga. best practice (kr. 2007 pl).

	Timepris	Forskel til best practice	Antal leverede timer	Effektiviserings-potentiale
<i>HC Øst</i>	389	0	51.853	-
HC Nord	429	40	93.698	3.747.920
HC Syd	433	44	75.629	3.327.676
HC Vest	488	99	41.593	4.117.707
SC Østerbro	458	69	15.040	1.037.760
SC Bispebjerg	423	34	10.413	354.042
SC Brønshøj	484	95	15.800	1.501.000
SC City*	432	43	5.911	254.173
SC Nørrebro	391	2	21.363	42.726
SC Valby	413	24	10.337	248.088
SC Vesterbro	422	33	12.264	404.712
SC Amager	417	28	25.001	700.028
Effektiviseringspotentiale i alt				15.735.832

* Er angivet som socialforvaltningens gennemsnit som følge af datavaliditetsproblemer på Socialcenter City.

Jf. tabellen er det beregnede effektiviseringspotentiale 15,7 mill. kr. såfremt distrikterne kan reducere omkostningsniveauet pr. leveret time til samme niveau som best practice (Handicapcenter Øst).

Som følge af, at best practice-distriktet ikke er det mest effektive distrikt på hvert enkelt omkostningsparameter, kan der beregnes et effektiviseringspotentiale baseret på det konstruerede "idealdistrikt" jf. tabel 5.6. Hermed antages, at også Handicapcenter Østerbro som best practice kan forbedre effektiviteten.

Tabel 5.6. Opgørelse af effektiviseringspotentialet pbga. konstrueret ”ideal distrikt” (kr. 2007 pl.).

	Omk. til direkte brugertid	Forskel til billigste distrikt	Omk. til ikke-brugerrett et tid	Forskel til billigste distrikt	Omk. udover løn	Forskel til billigste distrikt	Samlet forskel til billigste distrikt	Antal leverede timer	Effektiviserings-potentiale
HC Nord	174	27	226	41	29	0	68	93.698	6.371.464
HC Øst	147	0	187	2	55	26	28	51.853	1.451.884
HC Syd	167	20	223	38	43	14	72	75.629	5.445.288
HC Vest	175	28	246	61	67	38	127	41.593	5.282.311
SC Østerbro	181	34	211	26	66	37	97	15.040	1.458.880
SC Bispebjerg	164	17	194	9	64	35	61	10.413	635.193
SC Brønshøj	172	25	232	47	80	51	123	15.800	1.943.400
SC City*	168	21	216	31	104	75	127	5.911	750.697
SC Nørrebro	160	13	185	0	45	16	29	21.363	619.527
SC Valby	161	14	197	12	55	26	52	10.337	537.524
SC Vesterbro	174	27	195	10	53	24	61	12.264	748.104
SC Amager	168	21	213	28	37	8	57	25.001	1.425.057
Potentiel besparelse i alt:								26.669.329	

* Er angivet som Socialforvaltningens gennemsnit som følge af datavaliditetsproblemer på Socialcenter City.

Tabellen viser, at effektiviseringspotentialet, hvis alle distrikter var lige så effektive som det konstruerede ”idealdistrikt” er 26,7 mill. kr.

Effektiviseringspotentialet baseret på det konstruerede ”idealdistrikt” skal imidlertid tages med visse forbehold, fordi der er tale om en konstrueret effektivitet, der ikke optræder i Socialforvaltningens enheder. En årsag hertil kunne være, at de tre omkostningsparametre ikke er direkte uafhængige. Således kan en prioritering af et parameter muligvis få betydning for et andet parameter. F.eks. kan en reduktion af omkostninger til administrativt personale eller mellemledere få betydning for bl.a. medarbejdernes indirekte brugertid samt sygefraværet. Tabel 5.6 viser dog, at der tilsyneladende ikke eksisterer sådanne sammenhænge mellem de overordnede parametre i Socialforvaltningens enheder.

I lyset af rekrutteringsproblemerne i hjemmeplejen kan det være vanskeligt at realisere hele effektiviseringspotentialet i timeomkostningen pr. medarbejder. Det er således ikke muligt at effektivisere sig ud af et arbejdsmarkeds med lav ledighed.

Samlet set viser analysen, at der er tale om et effektiviseringspotentiale på mellem 15,7 og 26,7 mill. kr., hvilket svarer til et effektiviseringspotentiale på mellem 6 og 11 pct. i forhold til regnskab

2006. Realiseringen af effektiviseringspotentialet vil medføre gennemførelsen af en række tiltag, som vil forudsætte en længere implementeringsfase.

Anvendes samme metode til beregning af effektiviseringspotentialet som i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, hvor potentialeberegningen er baseret på opnåelse af det gennemsnitlige effektivitetsniveau, er effektiviseringspotentialet dog 3,6 mill. kr. svarende til 1,5 pct. i forhold til regnskab 2006.

Som nævnt indledningsvist er Socialforvaltningens hjemmepleje endvidere karakteriseret ved en socialpædagogisk indsats frem for at have karakter af almindelige pleje- og omsorgsydelser i den traditionelle ældrepleje. De foreløbige resultater fra KL's analyse indikerer dog, at Socialforvaltningens hjemmepleje er defineret for bredt. Socialforvaltningen vil på den baggrund analysere omfanget af hjemmeplejen med henblik på at vurdere, hvorvidt en del af hjemmeplejens indsats rettelig bør defineres efter øvrige paragraffer i Socialloven. En vurdering af hjemmeplejens omfang vil kunne have betydning for hjemmeplejens effektiviseringspotentialer.

5.3 Socialforvaltningens initiativer til effektivisering af hjemmeplejen

I det følgende redegøres for de initiativer, som Socialforvaltningen allerede har og vil iværksætte for at effektivisere hjemmeplejen.

Socialforvaltningen igangsatte primo 2006 et større genopretningsprojekt med det overordnede formål at sikre kvalitet og effektivitet i hjemmeplejen. Socialforvaltningen har således allerede gennemført samt planlagt en række tiltag med henblik på at effektivisere hjemmeplejen, og dermed reducere merforbruget.

I den forbindelse har Socialforvaltningen bl.a. iværksat følgende udviklingstiltag:

- *Udarbejdelse af nye kvalitetsstandarder*, bl.a. med det formål at sætte fokus på Socialforvaltningens serviceniveau, således at modtagere af hjemmehjælp ikke modtager hjælp udover serviceniveauet
- *Centralisering af visitationen*, bl.a. med det formål at sikre en mere konsekvent adskillelse af bestiller- og udførerfunktionen
- *Gennemførelse af revisitationsproces*, med det formål at sikre overensstemmelse mellem visitationspraksis og serviceniveau, og dermed reducere antal visiterede timer
- *Implementering af nyt omsorgssystem*, bl.a. med det formål at effektivisere tidsforbruget til indirekte brugertid samt sikre ledelsesinformation om udviklingen på området
- *Styrkelse af økonomistyring*, bl.a. gennem udvikling af økonomiværktøjer til ressource- og aktivitetsstyring
- *Ledelse og kompetenceudvikling*, bl.a. styrket ledelsesintensiteten ved ansættelse af direkte teamledere for hjemmeplejen på handicapcentre.

Endvidere har Socialforvaltningen indgået en konsulentaftale med KL med henblik på dels at analysere den direkte brugertid, vurdere effektiviseringspotentialer samt bidrage med anbefalinger til realiseringen af effektiviseringen. Socialforvaltningen gennemfører således sideløbende med denne analyse en mere dybdegående undersøgelse af effektiviseringsmulighederne.

Socialforvaltning afventer fortsat konsulentrapporten fra KL, der skal forelægges Socialudvalget d. 26. september 2007. Trods dette er der allerede planlagt en række initiativer såvel centralt som lokalt med henblik på reducere af merforbruget. De planlagte initiativer fremgår af tabel 5.7.

Tabel 5.7. Initiativer til realisering af effektiviseringspotentialer

Effektivitetsproblem	Allerede igangsatte initiativer	Planlagte initiativer	Forventet effekt
1) Personalesituationen (Vikarudgifter som følge af højt sygefravær samt rekrutterings- og fastholdelsesproblematik)	<ul style="list-style-type: none"> • Styrkelse af ledelse af grupperlederfunktion • Implementering af sygefraværspolitik • Implementering af HR-strategi • Forbedring af arbejdsmiljø for medarbejdere, f.eks. gennem kompetenceudvikling • Procedure for indkaldelse af vikar 	<ul style="list-style-type: none"> • Lederudvikling af gruppeledere • Udvikling af værktøjer til økonomistyring – herunder beregning af normering efter efterspørgslen • Rekrutteringsstrategi med henblik på at markedsføre Socialforvaltningen samt tiltrække andre personalegrupper til området • Iværksættelse af kampagne med henblik på at tilbyde deltidsansatte fuldtidsansættelse 	Reduktion af lønudgift pr. leveret time
2) Manglende omsorgssystem (Stort tidsforbrug vedr. en række administrative opgaver/arbejdsgange, der udføres manuelt)	<ul style="list-style-type: none"> • Implementering af nyt omsorgssystem med det formål at effektivisere arbejdsgangene 	<ul style="list-style-type: none"> • Understøttelse af økonomistyringsværktøjer samt prognoseskabeloner 	Reduktion af indirekte brugertid samt reduktion af overhead
3) Manglende planlægning og styring (Manglende planlægning og styring af hjemmeplejens aktiviteter, arbejdsgange og omkostninger - herunder tidsforbrug til møder og vejtid)	<ul style="list-style-type: none"> • Implementering af nyt omsorgssystem med det formål at styrke ruteplanlægning samt styrke kommunikationen/koordinationen digitalt 	<ul style="list-style-type: none"> • Nedsættelse af ERFA-grupper mellem distrikterne med henblik på erfaringsudveksling • Gennemførelse af kursus for gruppeledere vedr. disponering • Reduktion af daglige møder • Ændring af mødekultur (f.eks. indførelse af ordstyrer samt fast dagsorden) 	Reduktion af indirekte brugertid

Herudover vil Socialforvaltningen jf. afsnit 5.2 igangsætte en analyse af hjemmeplejens omfang. Det er Socialforvaltningens vurdering at hjemmeplejen er for bredt defineret, hvorfor der vil blive igangsat en analyse for at vurdere, hvorvidt en del af hjemmeplejens indsats rettelig bør defineres efter øvrige paragraffer i Socialloven⁹. Dette med det formål at sikre, at Socialforvaltningens indsats målrettet borgere i eget hjem bliver defineret ud fra en balanceret vurdering af effektivitet og borgerens komplekse behov.

⁹ F.eks. socialpædagogisk bistand, støttekontaktpersoner mv.

5.4 Delkonklusion for Socialforvaltningen

Potentialeberegningen viser, at Socialforvaltningen kan spare 15,7 mill. kr., hvis alle distrikter reducerer omkostningerne pr. leveret time til best practice niveau (Handicapcenter Øst).

Handicapcenter Øst er imidlertid ikke det mest effektive distrikt på alle omkostningsparametre, hvorfor der er foretaget en potentialeberegning i forhold til et konstrueret "idealdistrikt". Beregningen viser et effektiviseringspotentiale på 26,7 mill. kr. Denne effektiviseringsvurdering skal imidlertid tages med forbehold, fordi der er tale om en konstrueret effektivitet, der ikke optræder i Socialforvaltningens enheder.

Effektiviseringspotentialerne i de to forvaltninger er beregnet med forskellige beregningsmetoder. Sundheds- og Omsorgsforvaltningens potentiale er således baseret på potentialet ved at opnå det gennemsnitlige effektivitetsniveau, mens Socialforvaltningens effektiviseringspotentiale beregnes ud fra et best practice distrikt. Anvendes samme beregningsmetode i Socialforvaltningen som i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, vil Socialforvaltningens effektiviseringspotentiale være 3,6 mill. kr. svarende til 1,5 pct. i forhold til regnskab 2006.

Samlet set er det vurderingen, at der er tale om et effektiviseringspotentiale på mellem 15,7 og 26,7 mill. kr. i Socialforvaltningen. Set i forhold til regnskab 2006 er effektiviseringspotentialet således mellem 6 og 11 pct. Effektiviseringspotentialet vil dog være vanskeligt at realisere på den korte bane. Således forudsætter realiseringen af effektiviseringspotentialet en lang række tiltag, som kræver en længere implementeringsfase.

Socialforvaltningen har i forbindelse med genopretningsprojektet arbejdet med en lang række tiltag til effektivisering af hjemmeplejen. I den forbindelse har Socialforvaltningen bl.a. iværksat/gennemført følgende udviklingstiltag:

- Udarbejdelse af nye kvalitetsstandarder
- Centralisering af visitationen samt gennemførelse af revisitationer
- Implementering af nyt omsorgssystem
- Styrkelse af økonomistyring
- Leder- og kompetenceudvikling

Endvidere er netop gennemført en effektivitetsanalyse i samarbejde med KL's konsulentvirksomhed. Socialforvaltningen afventer fortsat konsulentrapporten, der skal kvalificere potentialeberegningerne samt give konkrete anbefalinger på, hvordan hjemmeplejen kan effektiviseres. Konsulentrapporten skal forelægges Socialudvalget d. 26. september 2007.

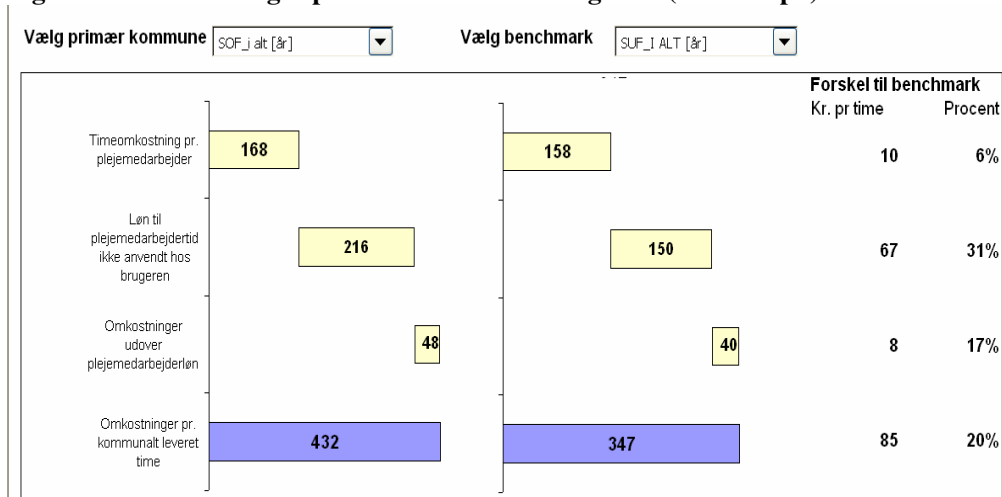
Socialforvaltningen har dog forud for konsulentrapporten udarbejdet en handleplan og dermed planlagt en række initiativer på baggrund af de foreløbige resultater vedr. brugertidsprocenten. Jf. afsnit 5.3 vil Socialforvaltningen f.eks. igangsætte en række tiltag med henblik på at sikre bedre rekruttering, lavere sygefravær og dermed lavere vikarudgifter. Endvidere vil der blive arbejdet på en effektivisering af mødeaktivitet, vejtid samt administration.

6. Sammenligning af de to forvaltninger

I denne del af analysen foretages en benchmark af Socialforvaltningen og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Nedenstående figur viser forvaltningernes samlede omkostninger pr. kommunalt leveret time. Omkostninger pr. leveret time er endvidere opdelt på omkostninger på timeomkostning pr. plejemedarbejder, løn til plejemedarbejdet ikke anvendt hos brugeren, og omkostninger udover plejemedarbejders løn.

Figur. 6.1. Omkostninger pr. leveret time i SOF og SUF (kr. 2007 pl.)



Som det ses af figuren, er Socialforvaltningens omkostninger pr. leveret time på 432 kr., mens Sundheds- og Omsorgsforvaltningens er 347 kr. Der er således en forskel i prisen på 85 kr., svarende til 20 pct. Hermed viser analysen, at Socialforvaltningen kan opnå et effektiviseringspotentiale på 32,2 mill. kr. ved at reducere omkostningsniveauet pr. time til Sundheds- og Omsorgsforvaltningens niveau. Der er imidlertid en række forbehold for denne benchmark, jf. metodeafsnittet.

På baggrund af forskellene i opgørelsesmetoderne skal sammenligningen af forvaltningerne tages med et vist forbehold. Det vurderes, at Socialforvaltningens timepris bør reduceres med minimum 5 pct. for at tage højde for forskellige opgørelsesmetoder.

Når der korrigeres for opgørelsesforskelle, er Socialforvaltningens timepris 410 kr. pr. leveret time, hvilket medfører et effektiviseringspotentiale på 23,9 mill. kr.

I det nedenstående vil sammenligningen mellem forvaltningerne tage udgangspunkt i denne justerede timepris for at tage højde for den forskellige opgørelse af omkostninger. Sammenligningen af forvaltningernes omkostninger pr. leveret time fremgår af tabel 6.1.

Tabel 6.1. Omkostninger pr. leveret time i SOF (justeret timepris) og SUF (kr. 2007 pl.)

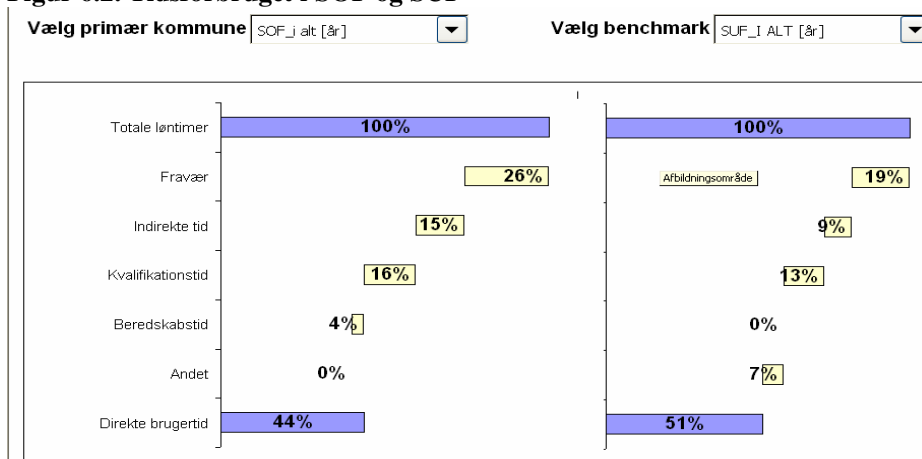
	Socialforvaltning	Sundheds- og Omsorgsforvaltning	Forskel i kr. pr. time	Forskel i procent
Timeomkostninger pr. plejemedarbejder	160	158	2	1%
Løn til plejemedarbejdertid ikke anvendt hos brugeren	205	150	55	27%
Omkostninger udover plejemedarbejderløn	46	40	6	12%
Omkostninger pr. kommunalt leveret time (timepris)	410	347	63	15%

Som det fremgår af tabel 6.1 er Sundheds- og Omsorgsforvaltningen samlet set 63 kr. billigere end Socialforvaltningen pr. leveret time.

Der ses kun en mindre forskel i timeomkostning pr. plejemedarbejder på 1 pct.-point, hvilket kan skyldes Socialforvaltningens lidt højere lønniveau grundet den særlige målgruppe. En anden årsag er forskelle i udgifter til vikarer, hvilket også uddybes nedenfor.

Den væsentligste forskel mellem forvaltningerne er løn til plejemedarbejdertid ikke anvendt hos brugeren. For at redegøre nærmere for denne forskel er det nødvendigt at analysere forvaltningernes tidsforbrug nærmere. Forvaltningernes tidsforbrug fremgår af figur 6.2.

Figur 6.2. Tidsforbruget i SOF og SUF



Som det fremgår af figur 6.2 har Socialforvaltningen en lavere direkte brugertid end Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Således er der en forskel på 7 pct.-point, hvorfor der er et effektiviseringspotentiale i Socialforvaltningen. Som det ses af figuren, er de største forskelle mellem de to forvaltninger at finde i tid til fravær, indirekte tid og kvalifikationstid. Særligt er fraværet og indirekte tid større i Socialforvaltningen.

I det følgende redegøres nærmere for forskellene mellem forvaltningerne. Indledningsvist skal der gøres opmærksom på, at sammenligning af de to forvaltningers tidsforbrug på hvert enkelt

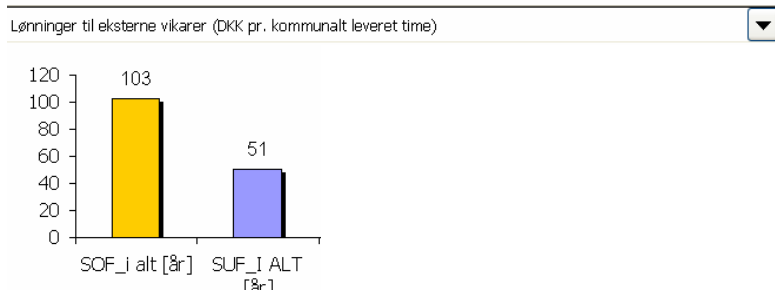
parameter skal tages med visse forbehold, som følge af at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har 7 pct. af tiden opgjort som andet, hvilket ikke er muligt at identificere som enten indirekte brugetid, kvalifikationstid eller beredskabstid.

Fravær

Som nævnt i de interne forvaltningssammenligninger udgør fraværet en stor andel af tidsforbruget i begge forvaltninger. Socialforvaltningens fravær er dog 7 pct.-point større end i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, hvorfor der er et væsentligt effektiviseringspotentiale i Socialforvaltningen vedr. fravær.

Det høje fravær giver også udslag i omkostninger til vikarer, hvilket presser Socialforvaltningens timepris opad. Som det fremgår af figur 6.3 er Socialforvaltningens vikarudgifter dobbelt så store som i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. En af årsagerne hertil er, at Socialforvaltningens vikaropgørelse er baseret på en årsopgørelse, mens Sundheds- og Omsorgsforvaltningens vikarudgifter kun er opgjort for marts måned, og dermed ikke tager højde for traditionelle ferie- og sygdomsperioder.

Figur 6.3. Vikarudgifter pr. leveret time (kr. 2007 pl.)



Begge forvaltninger peger i de interne analyser på, at især sygefravær og medfølgende vikarforbrug er et indsatsområde i hjemmeplejen.

Socialforvaltningens fravær er ikke dobbelt så højt som Sundheds- og Omsorgsforvaltningens, hvilket er tilfældet med vikarudgifterne. På baggrund af dette kan det konkluderes, at Socialforvaltningens høje vikarudgifter ikke alene skyldes fravær, men formentlig også rekrutteringsproblemer. Det kan dog også tænkes, at styring af vikaranvendelsen har indflydelse på forskellen.

Indirekte tid

Tidsforbruget til indirekte tid består af vejtid, kontakt, intern faglig koordinering, dokumentation samt tidsregistrering. Hvor Sundheds- og Omsorgsforvaltningen anvender 9 pct. på indirekte tid anvendes i Socialforvaltningen 15 pct. Der er således et effektiviseringspotentiale i Socialforvaltningen på 6 pct.-point.

Forskellen mellem de to forvaltninger kan dog i et vist omfang skyldes følgende forhold:

- I Socialforvaltningens tidsopgørelse indgår gruppelederne og basekoordinatorernes tidsforbrug, hvilket ikke er tilfældet i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens.
- Socialforvaltningens manglende omsorgssystem medfører et øget tidsforbrug til en række administrative opgaver/rutiner.

- Socialforvaltningen har en højere vejtid, som følge af forskelle i målgruppernes koncentration i lokalområderne. Således vil antallet af psykisk syge og handicappede være mindre end antallet af ældre inden for et bestemt geografisk område. Trods dette er der dog mulighed for bedre ruteplanlægning.

De to største effektiviseringspotentialer i Socialforvaltningen vurderes at være indførelse af et nyt omsorgssystem samt reduktion af vejtid. Indførelse af et nyt omsorgssystem vil dog også bidrage til at reducere vejtiden, da der i nyere omsorgssystemer er bedre planlægningsmoduler til brug for planlægning af ruter mv.

Kvalifikationstid

Endelig er der forskel på tidsforbruget til kvalifikationstid, hvor Socialforvaltningen anvender 16 pct., mens Sundheds- og Omsorgsforvaltningen anvender 13 pct.

En af de markante forskelle mellem de to forvaltninger er tidsforbruget til møder. I Socialforvaltningen anvendes 6 pct. af løntimerne på møder, mens Sundheds- og Omsorgsforvaltningen kun anvender 2,1 pct.

En del af forklaringen er Socialforvaltningens målgruppe, som medfører øgede krav om supervision samt en koordineringsindsats. Endvidere forklarer Socialforvaltningens manglende omsorgssystem en del af forskellen, idet det medfører øget tidsforbrug til hhv. planlægningsmøder, disponering, tastning af kørebøger samt administration. Der er således reelt potentiale for effektiviseringer.

Delkonklusion sammenligning af SUF og SOF

Samlet set viser sammenligningen af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Socialforvaltningen, at der er et effektiviseringspotentiale i Socialforvaltningen på 23,9 mill. kr. Dette skyldes, at Socialforvaltningen har et højere omkostningsniveau pr. leveret time på 15 pct. I denne potentialeberegning er korrigeret for forskelle i opgørelsesmetoden af omkostninger. Der er dog fortsat ikke taget højde for forskelle i opgørelse af leverede timer, hvor Socialforvaltningens direkte brugertid reduceres som følge af, at Socialforvaltningen har indregnet gruppeledere og basekoordinatorernes tidsforbrug.

Den væsentligste forskel mellem forvaltningerne er løn til plejemedarbejdertid ikke anvendt hos brugeren. Analysen viser, at de største forskelle mellem de to forvaltninger at finde i tid til fravær, indirekte tid og kvalifikationstid.

Effektiviseringspotentialet skal dog tages med forbehold, idet noget af forskellen mellem forvaltningerne kan skyldes forskel i målgruppe, jf. metodeafsnittet.

7. Konklusion

Analysen viser et effektiviseringspotentiale på **34,2 mio. kr.** i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, hvis alle distrikter bliver lige så effektive som det gennemsnitlige distrikt i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Som følge af usikkerhed omkring datagrundlaget kan potentialet dog være større eller mindre.

Den interne benchmark af Socialforvaltningens distrikter viser ligeledes store effektiviseringspotentialer. Hvis alle distrikter er lige så effektive som det mest effektive distrikt, kan der realiseres effektiviseringspotentialer på 15,7 mio. kr. Sammenlignes distrikterne med et konstrueret distrikt, som er mest effektivt på hver enkelt af de tre centrale parametre, er der et teknisk effektiviseringspotentiale på 26,7 mio. kr. i Socialforvaltningen.

Sammenligningen af Socialforvaltningen og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen viser, at der er et effektiviseringspotentiale på 23,9 mio. kr. i Socialforvaltningen, hvis forvaltningen bliver lige så effektiv som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Potentialet underbygger det fundne potentiale i den interne benchmark af distrikterne i Socialforvaltningen.

Der er således et effektiviseringspotentiale i Socialforvaltningens hjemmepleje på **mellem 15,7 og 26,7 mio. kr.** I forhold til regnskab 2006 svarer dette til et effektiviseringspotentiale på mellem 6 og 11 pct.

Effektiviseringspotentialerne er beregnet med forskellige beregningsmetoder i de to forvaltninger. Socialforvaltningens effektiviseringspotentiale er baseret på potentialet ved at opnå forvaltningens best practice niveau. Sundheds- og Omsorgsforvaltningens potentiale er baseret på potentialet ved at opnå det gennemsnitlige effektivitetsniveau. Årsagen hertil er at data fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen kun vedrører en måned og at der således ville være tale om en invalid potentialeberegning, såfremt den blev beregnet på baggrund af distriktet med de laveste omkostninger.

Hvis beregningsmetoden fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen anvendes i Socialforvaltningen, vil Socialforvaltningens effektiviseringspotentiale være 3,6 mill. kr. svarende på en effektivisering på 1,5 pct. i forhold til regnskab 2006.

Forvaltningerne tager endvidere forbehold for forskelle i målgrupperne for hjemmeplejen. Socialforvaltningens målgruppe er karakteriseret ved en socialpædagogisk indsats ud over de traditionelle pleje- og omsorgsydelser, som kendetegner ældreplejen. På baggrund af de foreløbige resultater fra KL's analyse af Socialforvaltningens hjemmepleje er det Socialforvaltningens vurdering, at hjemmeplejen er for bredt defineret. Der er derfor igangsat en analyse mhp. at vurdere behovet for at definere en andel af hjemmeplejen efter øvrige paragraffer i Socialloven. Effektiviseringspotentialet skal derfor tages med dette forbehold.

Forvaltningerne påpeger, at effektiviseringspotentialet vil forudsætte en længere implementeringsproces, samt at der eksisterer en række barrierer for realisering af effektiviseringspotentialet, som kan være vanskelige at gøre noget ved. Begge forvaltninger har dog allerede igangsat en række initiativer for at forbedre effektiviteten.

I analysen er der peget på nogle faktorer, hvor distrikterne kan lade sig inspirere af hinanden. Det kan være i forhold til fraværspolitik, bedre planlægning, der mindsker vejtid, og møder.

Der kan også findes inspiration i den analyse af 7 kommuners timepriser på hjemmeplejeområdet, som er blevet udført af McKinsey. McKinseys analyse gør brug af det samme analyseværktøj som denne analyse, suppleret med kvalitative interviews i hjemmeplejeenhederne. McKinseys analyse fremhæver følgende karakteristika ved best practice kommunerne.

- **Vejtid:** Afsætter vejtid efter faktisk distance – ikke blot som faste tidsintervaller. Krav til medarbejdernes selvstændighed og dømmekraft i forbindelse med prioritering af opgaver og disponering af vejtid.
- **Møde- og planlægningstid:** Gennemfører kun ét møde pr. dag. Dette er muliggjort gennem udlevering af kørelister på forhånd, opdatering af lister pr. telefon i stedet for morgenmøde, opsætning af nøglebokse med universalnøgle hos brugeren.
- **Beredskab:** Centraliserer beredskab, så et enkelt distrikt varetager akuttilkaldsopgaven i hele kommunen.
- **Sygdomsrelateret fravær:** Etablerer en konsekvensbaseret sygdomspolitik, herunder medarbejdersamtale, hvis medarbejderen er syg tre gange inden for to måneder, sygemelding til lederen frem for til kolleger samt indførelse af obligatorisk lægeerklæring.
- **Ledelsesressourcer:** Gennemfører konsekvent specialisering og kompetenceudvikling, så planlæggere varetager alle planlægningsopgaver i forbindelse med kørelisterne, og så ledere udelukkende har ansvar for ledelsesopgaver (herunder personaleledelse og overordnet koordinering). Dimensionerer distrikternes størrelse, så en leder får personaleansvar for ca. 50 medarbejdere i den udgående hjemmehjælp.