



Københavns Kommune - Social- forvaltningen

Analyse af hjemmeplejen

5. september 2007

Indholdsfortegnelse

1. Læsevejledning og anbefalinger.....	4
Læsevejledning	4
Overordnede konklusioner og anbefalinger	4
Konklusioner og anbefalinger, kapitelopdelt.....	7
Kapitel 3: Brugertidsprocenten.....	7
Kapitel 4: Effektiviseringspotentialer for BTP	8
Kapitel 5: Læring fra ældreområdet – idékatalog til øget BTP.....	8
Kapitel 6: Organiseringsanalyse.....	9
Kapitel 7: Vurdering af effektiviseringspotentialer i forbindelse med implementering af omsorgssystem med mobile løsninger	11
Kapitel 8: Om organisering af hjemmehjælp og socialpædagogisk støtte	11
2. Indledning, baggrund og metode	13
Baggrund og opdrag	13
Metode.....	14
Terminologi omkring personalet.....	14
Brugertidsprocenten.....	15
3. BTP i hjemmeplejen i Socialforvaltningen	20
Anvendelse af BTP til timeberegning.....	28
Opsamling på BTP- analyse	28
4. Effektiviseringspotentialer for BTP	30
Det økonomiske forbedringspotentialer.....	32
Opsamling.....	38
5. Læring fra ældreområdet – idékatalog til øget BTP	39
Metode for benchmarkanalysen	39
Sammenligning af tidsanvendelsen på en række parametre.....	41
Indirekte brugertid.....	42
Kvalifikationstid.....	46
Planlægningstid.....	48
Fravær.....	49
Vikardækning.....	50
Opsamling.....	51
6. Organiseringsanalyse	53
Den overordnede organisering af hjemmeplejen – struktur og ledelse	53
Daglig ledelse.....	55
Gruppestørrelse	57
Sammenhæng mellem hjemmeplejen og de øvrige indsatser overfor brugerne	58
Kulturens betydning.....	60
Den daglige anvendelse af plejesystemet TOP.....	61

Daglig arbejdstilrettelæggelse og planlægning.....	62
Opsamling.....	64
7. Effektivitetspotentiale ved indførelse af elektronisk omsorgssystem.....	66
Baggrund og forudsætninger.....	66
Metode for mikro-analysen.....	67
Generelt om omsorgssystemer til hjemmeplejen.....	69
Visitation - centrale arbejds gange.....	71
Udførerenheden – centrale arbejds gange.....	72
Anvendelsen af TOP i Socialforvaltningen.....	72
Analyse af potentialer.....	73
Vurdering af potentiale for visitatorgruppen.....	73
Konklusion.....	74
Vurdering af effektiviseringspotentiale for arbejds gange relateret til brugen af TOP-systemet.....	74
Forudsætninger for kvantificeringen af effektiviseringspotentialet.....	76
Konklusion.....	77
Effektivitetsanalyse vedrørende medicin-arbejds gange og dokumentation.....	78
Opsamling og konklusion på potentialeanalysen ved implementering af nyt omsorgssystem.....	79
8. Organisering af hjemmehjælp og socialpædagogisk støtte i eget hjem.....	80
Baggrund:.....	80
Om lovgivningen.....	80
Anden relevant lovgivning.....	82
Om organisering af hjemmehjælp og socialpædagogisk støtte.....	82
Organisering af såvel bestiller- som udførerdelen har betydning.....	83
Hensynet til borgerens oplevelse af god kvalitet i ydelsen.....	86
Hensyn til personalets faglighed.....	87
Hensyn til organisatorisk effektivitet og styring af opgaveudførelsen.....	89
Konklusion.....	91
9. Bilag 1 - Aktuelle udviklingstiltag på omsorgssystemmarkedet og opmærksomhedspunkter ved implementering.....	92
Implementering af KOS-systemet i Sundheds- og omsorgsforvaltningen.....	95
CareMobil Projektet.....	96
Erfaring med brug af mobile løsninger i hjemmeplejen i Hørsholm Kommune.....	98
Forudsætninger for CareMobil-tallene.....	98
10. Bilag 2 - Effektivitetsanalyse vedrørende medicinarbejds gange og dokumentation.....	100
Vurdering ved dokumentations-arbejds gange.....	105
11. Bilag 3 - Registreringsskemaer til effektivitetsanalyse.....	109
12. Bilag 4: Registreringsskema til BTP måling.....	113

1. Læsevejledning og anbefalinger

Læsevejledning

Rapporten er bygget op med en række kapitler der kan læses uafhængigt af hinanden, selvom der dog er en vis sammenhæng. Det anbefales at læse kapitel 3 før kapitel 4 og 5, da de to sidstnævnte tager udgangspunkt i BTP analysen der er beskrevet i kapitel 3.

Overordnede konklusioner og anbefalinger

Københavns Kommunes Socialforvaltning har bedt KL om at gennemføre en analyse af hjemmeplejen i forvaltningen med henblik på:

- At lave en opgørelse af brugertidsprocenten (BTP) i hjemmeplejen
- Lave en benchmarking mellem de 12 social- og handicapcentre
- Kvantificere effektiviseringspotentialet indenfor og udover den nuværende organisering
- At komme med en række anbefalinger der indenfor den nuværende organisering af indsatsen kan medføre en forøgelse af BTP
- En kvantificering af effektiviseringspotentialet ved indførelse af et nyt omsorgssystem
- En generel vurdering af mulighederne for at definere dele af hjemmeplejeindsatsen som socialpædagogisk bistand

I organiseringen af indsatsen på socialcentre har kommunen ikke taget den organisatoriske konsekvens af BUM modellen med dens stærke økonomiske fokus, men har alligevel i praksis en særlig og adskilt hjemmeplejegruppe på de fleste socialcentre. Det har den konsekvens, at organiseringen af hjemmeplejen på den ene side ikke har en klar fokus på produktivitet i udførelsen, men på den anden side heller ikke har klar fokus på sammenhæng i indsatsen på tværs af faggrupper. På handicapcentre er der en skarpere organisatorisk opdeling mellem hjemmeplejen og de øvrige personalegrupper end på socialcentre, men samtidig er selvforståelsen i organisationen, at der stadig er en stærk sammenhæng mellem personalegrupperne, der styrker kvaliteten i ydelsen overfor brugerne.

Det anbefales, at Københavns Kommune beslutter om hovedfokus for hjemmeplejen skal være den økonomiske effektivitet eller den nære kontakt til de øvrige personalegrupper på socialcentre, og tilrettelægger og organiserer arbejdet herefter. En skærpelse af fokus på effektivitet i stedet for fysisk nærhed til borgerne, kan have den konsekvens for organisationen, at en række af de nuværende plejegrupper slås sammen til større enheder på tværs af socialcentre.

Det vurderes dog, at i en kommune af Københavns størrelsen er opgavemængden indenfor såvel hjemmehjælp som socialpædagogisk indsats overfor Socialforvaltningens målgruppe at være så stor, at der er gode muligheder for at organisere de to indsatser i hver sin enhed og fortsat have mulighed for høj faglighed og effektiv drift.

Til brugere med sammensatte behov og/eller behov for specialiserede ydelser anbefaler KL en helhedsorienteret vurdering af brugerne og at bestiller- og udføreropgaven ses i sammenhæng. Som bud på, hvordan dette kan gøres, har KL udviklet en modificeret BUM model som er beskrevet i notatets kapitel 8.

Det er ikke muligt, at komme med generelle anbefalinger omkring hvorvidt ydelserne til socialforvaltningens målgruppe skal indrettes efter lov om social service § 83 (hjemmehjælp) eller § 85 (socialpædagogisk indsats). Det afhænger blandt andet af den konkrete borgers behov og kommunens organisering af hjælpen til borgerne. En redefinering af den faglige indsats er dog ikke ensbetydende med, at Socialforvaltningens driftseffektivitet forbedres. For en forbedring af driftseffektiviteten kræves en række særskilte organisatoriske tiltag.

Socialforvaltningen i Københavns Kommune har en samlet brugertidsprocent (BTP) på 36,5. Dette er relativt lavt i forhold til undersøgelser af BTP på ældreområdet, hvor BTP'en typisk ligger i intervallet 45-55 procent. Det er imidlertid vanskeligt at vurdere, i hvor høj grad resultater fra ældreområdet kan sammenlignes med personlig pleje og praktisk hjælp for de under 67 årige, men det har ikke været muligt at identificere store forskelle i tidsforbruget på de forventede parametre som dokumentation og intern koordinering, mens tidsanvendelsen på møder (planlægning) og vejtid (der delvist kan skyldes forgæves besøg) ligger i den høje ende.

BTP varierer en del mellem de forskellige centre, ligesom organisering og tilrettelæggelse af arbejdet heller ikke er ens mellem centrene. Der er en del fælles træk indenfor social- hhv. handicapcentre, men der er ikke tale om standardiserede arbejdsgange og rutiner. Der kan således ikke peges standardforbedringer af arbejdsgange og rutiner, men derimod på en række overordnede tiltag som vil kunne forbedre effektiviteten i hjemmeplejen.

De effektiviseringstiltag der peges på i modellen retter sig alle mod effektivisering i udførerledet. De væsentligste tiltag drejer sig om nedbringelse af sygefravær, vejtid og tid til planlægning og møder, kortere afstand mellem ledere og personale, større plejegrupper, bedre planlægning af ruter og personale, læring på tværs af centre og plejegrupper samt anskaffelse af et moderne omsorgssystem

På baggrund af data fra BTP analysen er der beregnet et økonomisk effektiviseringspotentiale på 27,9 mio. kr. hvilket svarer til en brugertidsprocent på 44,1. Dette potentiale vurderes som realistisk at kunne realiseres i løbet af 2009, med fuld virkning fra 2010, hvis der hurtigt startes en omfattende implementeringsproces. Der er KL's erfaring, at der i forbindelse med implementering af store forandringsprocesser kan blive tale om et midlertidigt fald i produktiviteten. Det betyder, at Socialforvaltningen ikke kan påregne at hjemmetage effektiviseringsgevinster i 2008, da de positive resultater af effektivisering af arbejdsgange mv. formentlig opvejes af produktivitetstab som følge af omlægningerne.

Det er en forudsætning for realisering af det økonomiske potentiale, at der gennemføres en række organisatoriske tiltag, som er anbefalet i rapporten. De nødvendige tiltag kan opdeles i tre sammenhængende indsatser:

- En kulturforandringsproces, der som fokus har, at nedbryde den nuværende meget dyre kultur "vi er dyre fordi vores målgruppe er noget særligt, og sådan er det!" og sætte fokus på effektiv drift. Det er KL's opfattelse, at der ikke er nogen skarp modsætning mellem brugernes behov, den faglige kvalitet og effektiv drift
- Implementering af en række organisatorisk effektiviseringstiltag.
- Anskaffelse af et moderne omsorgssystem, der understøtter optimal tilrettelæggelse af organisation og arbejdsgange samt giver mulighed for ledelsesmæssig opfølgning på en række udvalgte parametre

Anskaffelse og implementering af et omsorgssystem med håndholdte computere til medarbejderne vurderes at kunne medføre årlige besparelser på minimum 4 mio. kr. ved effektiviseringer af de administrative arbejdsgange. Derfra skal trækkes afskrivning på anskaffelse samt de årlige merudgifter til drift af et nyt system.

Det er således en forudsætning for opnåelse af væsentlig effektivisering af hjemmeplejen i Socialforvaltningen at der anskaffes et moderne omsorgssystem, ligesom det er en forudsætning for at få fuldt udbytte af et sådant omsorgssystem, at der iværksættes en række effektiviseringstiltag. Der er et vist sammenfald mellem de effektiviseringsgevinster på 27,9 mio. kr. der er indeholdt i en BTP på 44,1 procent og de 4 mio. kr. der som minimum kan spares på administrative rutiner ved implementering af et nyt omsorgssystem, men det vurderes, at den samlede besparelse der realistisk kan realiseres i løbet af 2009 vil være på 30 mio. kr. årligt minus omkostninger til afskrivning og drift af nyt omsorgssystem.

Såvel lovgivning som den faglige indsats rummer muligheder for mange forskellige modeller for organiseringen af hjemmeplejen og den socialpædagogiske indsats. Socialforvaltningen må vælge den model de mener passer bedst til den ønskede organisering af driften, men det er vigtigt, at der for såvel hjemmepleje som socialpædagogisk indsats er fokus på både faglighed, sammenhæng i indsatsen og effektivitet. Dette kan blandt andet nås ved en organisering med den modificerede BUM model.

Konklusioner og anbefalinger, kapitelopdelt

Nedenfor er rapportens konklusioner og anbefalinger opstillet i rækkefølge efter, hvornår de optræder i rapporten.

Kapitel 3: Brugertidsprocenten

I kapitlet er foretaget en beregning af den andel af medarbejdernes tid de bruger i borgernes hjem, betegnet brugertidsprocenten (BTP). BTP er opgjort for hele hjemmeplejen og for de enkelte centre. På baggrund af medarbejdernes tidsanvendelse, foretages der en benchmarking mellem de enkelte centre.

Hovedkonklusionerne i kapitlet er:

- Stikprøven viser, at den direkte brugertid udgør 50,0 pct. af fremmødetiden. Det vil sige, at halvdelen af den tid, hvor medarbejderne er på arbejde, bliver anvendt på opgaver hjemme hos brugerne eller med udgangspunkt i brugernes hjem.
- Tages der højde for fravær kan der beregnes en samlet BTP for Socialforvaltningen i Københavns Kommune på 36,5. Dette er relativt lavt i forhold til undersøgelser af BTP på ældreområdet, hvor BTP'en typisk ligger i intervallet 45-55. Det er imidlertid vanskeligt at vurdere, i hvor høj grad resultater fra ældreområdet kan sammenlignes med personlig pleje og praktisk hjælp for de under 67 årige
- Den samlede BTP varierer på ydelseskategorierne: For personlig pleje i dagtimerne er den på 31,4 pct., mens den er på 39,6 pct. for personlig pleje på øvrige tidspunkter. BTP'en er højere for den praktiske bistand, hvor den er på 41,2 pct., hvilket er typisk i BTP-analyser
- Spredningen i BTP'er mellem centrene ligger på 22 procentpoint, hvilket er relativt meget. Centret med den højeste BTP er Socialcenter Amager med en procent på 40,3, mens centret med den laveste BTP er Socialcenter City, med en procent på 18,3¹
- Fraværet varierer forholdsvis meget mellem de forskellige centre fra 21,8 til 50,0 pct. af det samlede antal betalte timer. Fraværet er den en-

¹ Socialcenter Citys BTP er 18,3 procent, hvilket i høj grad kan henføres til sygefravær på 50 procent og meget få ansatte. Der er i 2007 taget særskilte initiativer til nedbringelse af sygefraværet i Socialcenter City. Det center med den næstlaveste BTP er Socialcenter Østerbro med BTP på 31,6

kelfaktor, som forklarer den største del af variationen i BTP'er mellem centre

- Vejtiden varierer med 6,9 procentpoint mellem centrene i forhold til fremmødetiden. Den samlede vejtid på 10,1 pct. af det samlede antal betalte timer vurderes at være relativt høj
- Også andelen af tid anvendt på planlægning, dokumentation og ventetid varierer en del imellem de forskellige centre, hvilket antyder effektiviseringsmuligheder på disse områder. Ud over fraværet er der dog ikke få, tydelige enkeltfaktorer, som forklarer forskellene i BTP for de enkelte centre
- BTP er set under ét højere for handicapcentre end for socialcentre. Den største enkeltfaktor i forskellen er sygefraværet, der er markant lavere på handicapcentre end på socialcentre
- Det har ikke været muligt at tage højde for elever i undersøgelsen af centrenes BTP. Såfremt uddannelse af elever indgår i de private leverandørers forpligtelser, skal der tages højde for refusion for elever, hvis BTP beregningen skal kunne danne grundlag for en timeprisberegning for hjemmeplejen i Socialforvaltningen i København.

Kapitel 4: Effektiviseringspotentiale for BTP

På baggrund af BTP analysen er der foretaget en beregning af det økonomiske effektiviseringspotentiale i hjemmeplejen på baggrund af best practice resultaterne fra benchmarkingen i kapitel 3.

Opgørelsen af effektiviseringspotentialet på baggrund af best practice i BTP analysen viser, at ved forskellige scenarier af best practice vil besparelsespotentialet ligge mellem 11,5 og 27,9 mio. kr.

Analysen af best practice peger ikke decideret på bestemte parametre, hvor der særligt bør sættes ind, udover at en forholdsvis lille forbedring på fravær og vejtid alene vil kunne give en besparelse på næsten 12 mio. kr. De øvrige besparelser nås ved anvendelse af best practice i forhold til BTP analysen generelt, og metoderne til opnåelse af denne er angivet som anbefalinger af konkrete tiltag i de efterfølgende kapitler, der vil kunne øge BTP.

Kapitel 5: Læring fra ældreområdet – idékatalog til øget BTP

I kapitlet er foretaget en benchmarking tidsanvendelsen i Socialforvaltningens hjemmepleje med tidsanvendelsen i hjemmeplejen på ældreområdet generelt.

Formålet med kapitlet er, at tydeliggøre og i samlet form at beskrive en række muligheder for Socialforvaltningens hjemmepleje i bestræbelserne

for at forbedre brugertidsprocenten med henvisning til erfaringerne fra hjemmeplejen på ældreområdet.

Benchmarkingen mellem Socialforvaltningens hjemmepleje og ældreområdet viser ikke et entydigt billede. Det er åbenlyst, at fraværet i Socialforvaltningens hjemmepleje er en meget afgørende faktor i den relativt lave brugertidsprocent sammenlignet med ældreområdet, men dette er ikke hele forklaringen.

Flere af de parametre, hvor man kunne have forventet at Socialforvaltningens hjemmeplejes målgruppe ville afvige fra ældreområdet har vist sig ikke at være rigtige. De parametre er ikke markant anderledes fra ældreområdet. Det drejer sig bl.a. om kontakt og fællesopgaver vedr. brugere som bl.a. dækker dokumentation og intern faglig koordinering. Dette var parametre, der var en forventning om, at de kunne dokumentere forskellen i effektivitet mellem Socialforvaltningens hjemmepleje og ældreområdet på grund af Socialforvaltningens mere ustabile og komplekse målgruppe, men dette er ikke tilfældet.

På de fleste betydende parametre ligger Socialforvaltningens hjemmepleje højt eller højere i tidsanvendelse end den højeste kommune i Sammenlignelige analyser. Dette sammenlagt med fraværet skaber den relativt lave brugertidsprocent.

I sammenligning med ældreområdet er vejtiden den mest markante afvigelse. Med det lave antal gennemsnitlige besøg er 10,1 pct. af tidsanvendelsen meget højt også selvom man tager Socialforvaltningens hjemmeplejes målgruppe i betragtning.

Benchmarking med ældreområdet giver anledning til en række opmærksomhedspunkter, hvor det anbefales at iværksætte initiativer med henblik på at øge BTP:

- Vejtid
- Effektiv ledelse af morgenmødet
- Retningslinier for dokumentation
- Afkortelse eller afskaffelse af morgenmødet
- Fokus på tid til planlægning
- Sygefravær.

Kapitel 6: Organiseringsanalyse

I kapitlet er foretaget en beskrivelse og analyse af organiseringen af Socialforvaltningens hjemmepleje.

Organiseringsanalysen viser, at der er meget store forskelle mellem organiseringen af hjemmeplejen på handicapcentre og på socialcentre. I mange sammenhænge, kan man tale om to helt uafhængige hjemmeplejer, der ikke har andet til fælles, end at de begge servicerer borgere under 65 år og begge er organisatorisk tilknyttet Socialforvaltningen. Der er ligeledes stor forskel i den daglige tilrettelæggelse og organisering af arbejdet mellem plejegrupperne, så det er ikke på ret mange områder muligt at sige, at denne eller hin rutine eller arbejdsgang, er den der bruges alle steder.

Det fremgår ligeledes af organiseringsanalysen, at der ikke er nogen stærk kobling mellem hjemmeplejegrupperne og de øvrige faggrupper i centrene.

Organiseringsanalysen giver anledning til en række konklusioner og anbefalinger, der sammen eller hver især vil kunne bidrage til at øge BTP:

- Det anbefales, at der igangsættes initiativer der kan styrke den organisatoriske læring på tværs af centre og grupper, med henblik på at lære af andres gode erfaringer og i fællesskab skabe de gode rutiner og arbejds gange som kan føre til øget effektivitet i hjemmeplejen
- Det anbefales, at Københavns Kommune sætter fokus på initiativer, der forøger den direkte personalemæssige ledelse og giver lederne de nødvendige kompetencer til at varetage ledelsesopgaven
- Det anbefales, at der er en leder med de nødvendige kompetencer tilknyttet hver plejegruppe
- Det anbefales, at der igangsættes et udviklingsforløb for ledere i hjemmeplejen
- Det anbefales, at den gennemsnitlige gruppestørrelse øges, så der ikke findes plejegrupper på under 20 udgående medarbejdere. Som alternativ hertil kan der skabes øget fokus på tværgående samarbejde mellem grupperne på samme base og mellem de forskellige faggrupper i voksenteam på socialcentre
- Det anbefales, at Københavns Kommune beslutter om hovedfokus for hjemmeplejen skal være den økonomiske effektivitet eller den nære kontakt til de øvrige personalegrupper på socialcentre og tilrettelægger og organiserer arbejdet herefter
- Det anbefales, at hjemmeplejen organiseres efter den modificerede BUM model, som beskrevet i kapitel 8
- Kvaliteten af aktivitetsdata fra TOP systemet er ikke tilstrækkelig til brug for planlægning, opfølgning og timeprisberegning
- Det anbefales, at det overvejes om mødestrukturen kan ændres, så der holdes færre møder i plejegrupperne end nu
- Det anbefales, at der i den daglige planlægning ses på personaleresourcerne på tværs af plejegrupper og personalegrupper for at optimere

udnyttelsen af ressourcerne på tværs, i stedet for bare inden for den enkelte gruppe.

Kapitel 7: Vurdering af effektiviseringspotentialer i forbindelse med implementering af omsorgssystem med mobile løsninger

Analysen viser, at det på de TOP-relaterede arbejdsgange, medicin-arbejdsgange og dokumentations-arbejdsgange er muligt at realisere betydelige gevinster, hvis man tager et elektronisk omsorgssystem med en fuld mobil løsning i anvendelse. Udskiftningen af visitationssystemet og grafisk journal til et omsorgssystem vurderes dog ikke at indeholde nogle betydelige effektiviseringsmuligheder.

Analysen af de TOP-relaterede arbejdsgange viste ved et konservativt skøn, at kunne kvantificere én estimeret **besparelse på ca. 4 mio. kr. årligt**.

På arbejdsgangene vedr. medicin, var det muligt at skønne en effektiviseringsgevinst **på ca. 1 time pr. dag** for de medarbejdere der arbejder med disse opgaver. Det har ikke været muligt at kvantificere disse data yderligere, og det forudsætter til dels, at det nationale projekt om medicinprofilen forløber planmæssigt.

Endelig viste analysen, at man på de arbejdsgange der vedrører journalføring og dokumentation kunne opnå **ca. 42 min. pr. dag**.

En forudsætning for at indhente gevinsterne er dog, at man får implementeret den fulde funktionalitet i et omsorgssystem, og at man vælger en mobil løsning med fuld data, telefoni og sms funktionalitet. Fravælger man dette bør potentialeberegninger revurderes ud fra den manglende funktionalitet.

Analysen har ikke inddraget hjælpernes og hjemmesygeplejerskernes arbejdsgange, men det må forventes, at disse medarbejdergrupper ligeledes vil kunne opnå lignende effektiviseringspotentialer på udvalgte områder, som støttes af de erfaringer der er gjort i andre kommuner, og i Caremobilprojektet på enkelte områder.

Kapitel 8: Om organisering af hjemmehjælp og socialpædagogisk støtte

Som beskrevet i afsnittet om organiseringen rummer såvel lovgivningen som den faglige indsats muligheder for mange forskellige modeller for organisering af hjemmepleje og den socialpædagogiske indsats.

I en kommune af Københavns størrelse vurderes opgavemængden inden for såvel hjemmehjælp som socialpædagogisk støtte at være så stor, at der

er gode muligheder for at organisere de to indsatsområder i hver sin enhed og forsat have mulighed for høj faglighed og effektiv drift. En redefinering af den faglige indsats er dog ikke ensbetydende med, at Socialforvaltningens driftseffektivitet forbedres. For en forbedring af driftseffektiviteten kræves en række særskilte organisatoriske tiltag som beskrives andetsteds i rapporten.

Hvis der vælges en model, hvor de to områder organiseres i selvstændige enheder bør der være fokus på at sikre et tæt samarbejde og god koordinering i forhold til de borgere, som vil have behov for hjælp fra begge områder.

Dernæst er det især vigtigt, at der skabes sammenhæng i indsatsen for de borgere, der har komplekse og sammensatte behov. I visitationen (bestillerdelen) kræver det en organisatorisk afstemning mellem antal involverede fagheder med særlig viden og en organisatorisk ramme for koordinering, der er nødvendig for at foretage en helhedsvurdering af borgerens situation og behov. En helhedsvurdering der ikke kun afspejler en særlig delfaglig tilgang til indsats eller faglig uddannelsesbaggrund men afspejler organisationens helhedsvurdering af den aktuelle bruger.

2. Indledning, baggrund og metode

Baggrund og opdrag

Ultimo 2005 udarbejdede Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen et problemkatalog på hjemmeplejeområdet i samarbejde med repræsentanter fra lokal- og handicapcentre. Baggrunden for problemkataloget var:

- Et stigende merforbrug
- En manglende konsekvent adskillelse af bestiller- og udførelsen
- Dårlig styring og manglende ledelsesinformation
- Mangelfulde kontrakter med private leverandører
- Kvalitetsstandarderne fungerede ikke tilstrækkeligt som styringsredskab.

Problemkataloget danner baggrund for iværksættelsen af et større genopretningsprojekt på hjemmeplejeområdet. Københavns Kommune har besluttet at rekvirere ekstern bistand til dele af projektet og KL's Konsulentvirksomhed (KLK) har udført følgende delprojekter for Københavns Kommune, hvoraf delprojekt 3 og 5 er dokumenteret i denne analyse:

- Delprojekt 2 – sparring i forbindelse med justering af kvalitetsstandarder og udvikling af visitationspraksis
- Delprojekt 3 - omfatter gennemførelse af BTP- analyse med henblik på opgørelse af leverede timer samt analyse af effektiviseringspotentiale i udførerdelen
- Delprojekt 5 - effektiviseringspotentiale i forbindelse med implementering af omsorgssystem, mobile løsninger samt i den eksisterende organisering af arbejdet – herunder en diskussion om fordele og ulemper ved en større anvendelse af socialpædagogisk bistand i hjemmeplejen.

Denne rapport omfatter delprojekterne 3 og 5, hvor Københavns Kommunes Socialforvaltning bad KLK om at gennemføre en analyse af hjemmeplejen i forvaltningen med henblik på:

- At lave en opgørelse af brugertidsprocenten (BTP) i hjemmeplejen
- Lave en benchmarking mellem de 12 social- og handicapcentre
- Kvantificere effektiviseringspotentialet indenfor og udover den nuværende organisering
- At komme med en række anbefalinger der indenfor den nuværende organisering af indsatsen kan medføre en forøgelse af BTP
- En kvantificering af effektiviseringspotentialet ved indførelse af et nyt omsorgssystem

- En generel vurdering af mulighederne for at definere dele af hjemmeplejeindsatsen som socialpædagogisk bistand

Metode

Analysen bygger på data fra Københavns Kommunes Socialforvaltning og data indsamlet ved tidsregistrering, introduktion af tidsregistrering, workshops, følvagter og interviews.

Der er gennemført en stikprøveundersøgelse blandt de 410 udførende social- og sundhedsmedarbejdere på forvaltningens 8 socialcentre og 4 handicapcentre til brug for beregning af brugertidsprocent (BTP). Derudover er der gennemført en mindre stikprøve på tidsdata på udvalgte arbejdsgange til brug for opgørelse af effektiviseringspotentialer ved indførelse af et omsorgssystem med håndholdte computere.

Følgende grupper er blevet interviewet:

- MR-kontorchef for handicapområdet
- Centerchefer
- Teamchefer
- Gruppeledere.

På følgende centre er der gennemført en følvagter:

- Handicapcenter Syd
- Handicapcenter Nord
- Socialcenter Amager
- Socialcenter Valby
- Socialcenter Brønshøj.

En følvagter er kendetegnet ved, at en konsulent følger dagens aktiviteter på det pågældende center og stiller uddybende spørgsmål til arbejdsgange og rutiner i hjemmeplejen. Alle følvagter har haft et fælles fokus på den administrative og koordinerende del af det pågældende centers aktivitet.

Terminologi omkring personalet

Det udførende personale i hjemmeplejen kan overordnet deles op i kategorier:

- Hjælpere, der udfører opgaver hos borgerne mht. praktiks- og personlig bistand. Disse er fx uddannet social- og sundhedshjælper, men kan også have andre uddannelser eller være uuddannede
- Assistent, der hovedsageligt udfører opgaver hos brugere med mere komplekse behov mv., de mere rutineprægede sygeplejopgaver og forestår i et vist omfang supervision af hjælperne. Disse er typisk uddannet social- og sundhedsassistenter.

- Sygeplejersker, der hovedsageligt udfører de mere komplekse sygeplejefaglige opgaver, superviserer hjælpere og assistenter, tilrettelægger plejeforløb mv.

Da hjælpergruppen er langt den største blandt det udførende personale i fht. de opgaver der indgår i BUM modellen og BTP målingen benævnes personalet der indgår heri i rapporten hovedsageligt som hjælpere, hjælpergruppen mv.

Da visse af analyserne og anbefalingerne i rapporten også har indflydelse på de øvrige personalegrupper eller kun har indflydelse på hjælpergruppen, er det nødvendigt at kunne skelne mellem de forskellige personalegrupper i teksten.

Brugertidsprocenten

Et af de vigtigste elementer i styringen af hjemmeplejen er andelen af tid, som de udførende medarbejdere anvender i direkte relation til modtagerne af hjælp, dvs. den tid medarbejderne er i brugernes hjem, eller udfører ydelser for eller sammen med modtagerne i forbindelse med fx indkøb eller tøjvask uden for hjemmet.

Andelen af den tid medarbejderne er i brugernes hjem betegnes brugertidsprocent (BTP). BTP anvendes dels i beregningen af timepriserne. Dels udgør BTP et af de centrale styringselementer for udførevirksomheder i deres vurdering af det faktiske ressourceforbrug i forhold til afregningen pr. leveret times hjemmehjælp.

Hjemmeplejen i Københavns Kommunes Socialforvaltning henvender sig til borgere i aldersgruppen 18 til 65 år, som har brug for hjælp til praktiske opgaver eller personlig pleje på grund af fysiske og psykiske handicap, sindslidelser eller misbrug. De borgere, der er over 65 år modtager som hovedregel hjælp fra Sundhedsforvaltningens hjemmepleje.

Det er Socialforvaltningen, der visiterer til og bevilger hjemmehjælpen, som leveres af kommunen og en række private firmaer, som er blevet godkendt af kommunen jf. reglerne om frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp.

Der er i denne analyse gennemført en tidsregistrering af Socialforvaltningens hjemmepleje med henblik på at give Socialforvaltningen en bedre dokumentation af de leverede timer i hjemmeplejen og for fremadrettet at give en række anbefalinger for en øget brugertidsprocent.

Rapportens afsnit vedrørende opgørelse af brugertidsprocenten og efterfølgende beregninger af mulige effektiviseringspotentialer samt benchmark analysen er tæt forbundne.

Først følger selve beskrivelsen af opgørelsen af brugertidsprocenten samlet for kommunen og for de 4 handicapcentre og 8 socialcentre. Herefter følger de potentialer, som konsulenterne har beregnet på baggrund af de 12 centres forskellige performance. Med andre ord beregnes der med udgangspunkt i de data, som et eller flere af centrene allerede præsterer i dag, som grundlaget for de fremtidige potentialer for Socialforvaltningens hjemmepleje.

Herefter følger benchmark med inddragelse af best practice erfaringer fra ældreområdet, der har til formål at tydeliggøre hvilke mulige skridt der skal tages for, at et eventuelt potentiale kan indfries.

Gennemførelse af stikprøve

For at Københavns Kommunes Socialforvaltning aktivt kan anvende BTP som styringselement, er der gennemført en stikprøveundersøgelse blandt samtlige 410 udførende social- og sundhedsmedarbejdere på forvaltningens 8 socialcentre og 4 handicapcentre. Alle medarbejdere har deltaget i registreringen. Målet er, at der dels skal fremkomme en samlet BTP for hjemmeplejen i Socialforvaltningen og en for hvert af de 12 centre, så forskellige centrene imellem identificeres.

Stikprøven er gennemført over to uger, og omfatter manuel registrering af medarbejdernes tid. KLK har forestået introduktionen til registreringen og den videre behandling og kvalitetssikring af oplysningerne.

Opgørelse af BTP

På baggrund af stikprøven opgjort i udførerdelen har KLK beregnet forskellige BTP'er:

- opgjort for de enkelte social- og handicapcentre, samt
- opgjort på de lovpligtige ydelseskategorier, henholdsvis personlig pleje i dagtimer, personlig pleje på øvrige tidspunkter samt praktisk hjælp.

De forskellige BTP kan danne grundlag for den videre styring af udførevirksomhederne – dels i relation til den interne arbejdstilrettelæggelse og dels i forhold til effektivitet. De opgjorte BTP'er kan altså anvendes til vurdering og kvalitetssikring af det eksisterende afregningsgrundlag.

BTP modellen

BTP modellen er en metode, som standardiserer grundlaget for prisberegninger samt sikrer et ensartet grundlag med henblik på benchmarking mellem kommuner. KL og Socialministeriet har i fællesskab udviklet et redskab til opgørelse af tidsforbruget hos den kommunale leverandørs udførende personale. Der er tale om et redskab til beregningen af den kommunale leverandørs brugertidsprocent (BTP).

Hensigten er, at give kommunerne et redskab til fastsættelse af tidsforbruget i hjemmeplejen, der både er fleksibelt og tager højde for lovens krav til en korrekt opgørelse af tidsforbruget som led i beregningen af timepriser i hjemmeplejen. Et fælles redskab kan samtidig bidrage til mere gennemsigtighed i hjemmeplejen til gavn for både kommunerne og det omgivende samfund, da det i større grad end hidtil vil være muligt, at sammenligne brugertidsprocenten på tværs af kommuner, da kommunerne nu har adgang til samme platform til beregning af den brugerrettede tid.

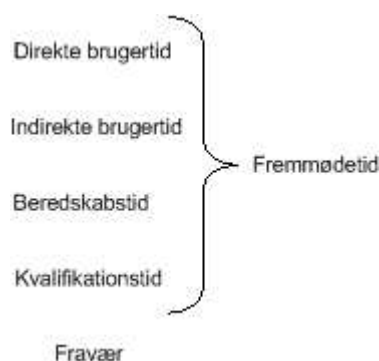
Hvad er BTP?

Brugertidsprocenten eller BTP er den "direkte brugertid" udtrykt som procent af det samlede løntimeforbrug blandt det udførende personale, dvs. den tid personalet bruger i relation til borgerne med løn. Den "direkte brugertid" er defineret som:

Den tid, som anvendes i brugerens hjem eller med udgangspunkt i brugerens hjem. Det omfatter tid anvendt sammen med brugeren eller for brugeren i forbindelse med tøjvask eller indkøb.

BTP modellen omfatter alene "personlig hjælp" og "praktisk hjælp" omfattet af servicelovens § 83, men modellen er så fleksibel, at den kan udvides til at omfatte andre områder.

Registreringen af tid



BTP modellen består grundlæggende af følgende tidsopgørelser:

Den direkte brugertid

Omfatter som udgangspunkt den tid, som anvendes i brugerens hjem eller med udgangspunkt i brugerens hjem. Dette omfatter tid anvendt sammen med brugeren eller for brugeren i forbindelse med tøjvask eller indkøb. I kategorien indgår blandt andet:

- Samtaler ansigt til ansigt med brugeren
- Telefonsamtaler fra brugerens hjem fx med brugerens pårørende eller læge
- Samtaler ansigt til ansigt med fx brugerens pårørende eller læge i brugerens hjem
- Dokumentation, som finder sted i brugerens hjem.

Den indirekte brugertid

Omfatter de ydelser, som relaterer sig til én eller flere brugere, men som ikke finder sted i eller har udgangspunkt i brugerens hjem. Dette omfatter eksempelvis vejtid (tiden brugt på transport til og fra brugernes hjem). Men også faglig koordinering, dokumentationsopgaver og telefonsamtaler med brugeren.

Kvalifikationstid

Omfatter opgaver, der er en nødvendig del af det udførende personales arbejde, men som hverken direkte eller indirekte knytter sig til brugerne. Opgaverne er relateret til udvikling, uddannelse, organisering og planlægning.

Beredskabstid

Den tid, som (planlagt eller ikke planlagt) anvendes til at stå til rådighed for brugerne på arbejdspladsen. Dvs. at kategorien bl.a. omfatter:

- Den tid, hvor nattevagten står til rådighed i tilfælde af nødopkald. Denne form for "beredskabstid" er planlagt og begrundet i et behov for backup.
- Den tid, som er til rådighed, fordi en bruger eksempelvis har aflyst et besøg i sidste øjeblik
- Den tid hvor medarbejderen går forgæves, fordi brugeren ikke er hjemme.

Fravær

er den del af "de betalte timer", hvor personen ikke er på arbejde og ikke foretager arbejdsrelaterede opgaver. Dvs. at kategorien ikke rummer fx møder uden for arbejdstiden eller uddannelse, der helt eller delvist foregår i arbejdstiden. Disse aktiviteter skal i stedet registreres under "kvalifikationstid". Kun "fravær", som leverandørvirksomheden betaler for, skal indgå i opgørelsen. Dvs. de udgifter kommunerne har til fravær, som kommunerne får refunderet skal trækkes ud af fraværet.

Betalte timer og fremmødetid

Tilsammen udgør tidsforbruget det antal timer, som leverandøren udbetaler løn for. Dette gælder både det fastansatte personale samt vikarer. Da en del af leverandørens lønudgifter refunderes, eller at kommunen modtager tilskud til ansættelse af medarbejdere, skal disse indtægter trækkes fra. Sagt med andre ord skal timerne, som leverandøren modtager refusion eller tilskud til, trækkes fra timeforbruget. Det resterende antal timer betegnes "betalte timer".

Fratrækkes fraværet fra de "betalte timer" fås medarbejdernes fremmødetid.

Sammenhængen mellem "direkte brugertid" og "visiteret tid"

Tidsopgørelsen til BTP modellen vil ikke altid svare til de ydelser, den enkelte kommune visiterer til. Det betyder, at der ikke vil være overensstemmelse mellem den "direkte brugertid" og det forventede tidsforbrug ved levering af ydelserne.

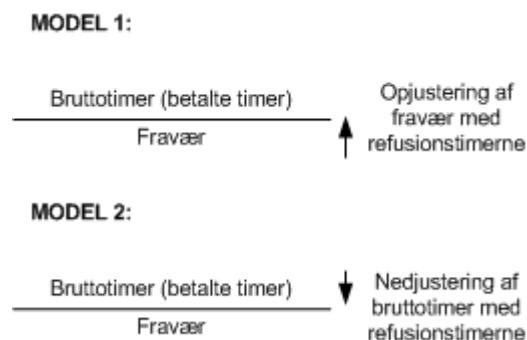
Forskellen kan dels skyldes, at der rent faktisk leveres flere/færre ydelser, end der visiteres til. Dels kan der være tale om forskel på de visiterede ydelser, som det forventede tidsforbrug er fastsat ud fra, på den ene side, og definitionen på den "direkte brugertid" på den anden side. Det kan eksempelvis skyldes, at den tid der anvendes til kontakt med pårørende og læge fra brugerens hjem, ikke er en del af de hjemmehjælpsydelser, der visiteres til.

Opgørelse af fravær og refusioner

Fraværet er den tid medarbejderne ikke står til rådighed for leverandøren i forhold til levering af ydelser eller i forhold til opkvalificering og planlægning. Det bedst mulige grundlag for opgørelsen af fravær er en opgørelse baseret på et år, da der er væsentlige forskelle i eksempelvis sygefravær i løbet af et år. Dernæst kan det være vanskeligt at opgøre fravær pga. barsel ud fra en stikprøve foretaget i en begrænset periode. I vejledningen til opgørelsen af BTP anbefales netop, at man anvender fraværet for ét år.

Den del af fraværet, som leverandøren modtager refusion for, som eksempelvis barselorlov, langtidssygdom og personer i fleksjob mv., skal trækkes fra det samlede "fravær". Dette skyldes, at leverandøren reelt set kun har en mindre udgift til medarbejderne, da refusionen er en indtægt for leverandøren.

Andelen af de refusionsberettigede timer opgøres og trækkes fra. Dette kan i princippet ske på to måder:



Kvalitetssikring

Et vigtigt element i arbejdet med BTP er at sikre kvaliteten i data og beregninger. Således bør man i opgørelsen af BTP forholde sig kritisk til såvel data, model som analysens resultater. Det er derfor vigtigt at se på de enkelte delelementer i modellen og undersøge eventuelle mulige fejlkilder. Således er det fx i beregningerne antaget, at det er lettere for respondenterne, at huske mødetid og gå-hjem-tid, end fordelingen af arbejdsdagen på de forskellige kategorier. Derfor er fordelingen på de enkelte kategorier justeret op eller ned ved forskelle ift. møde- og gå-hjem-tid.

3. BTP i hjemmeplejen i Socialforvaltningen

Socialforvaltningen har foretaget en stikprøve i ugerne 12 og 13 med henblik på indsamling af data til opgørelse af BTP.

Således er der hovedsageligt foretaget stikprøver i følgende enheder:

- Socialcenter Amager
- Socialcenter Bispebjerg
- Socialcenter Brønshøj
- Socialcenter City
- Socialcenter Valby
- Socialcenter Vesterbro
- Socialcenter Nørrebro
- Socialcenter Østerbro
- Handicapcenter Syd
- Handicapcenter Vest
- Handicapcenter Øst
- Handicapcenter Nord.

Stikprøven er foretaget i samtlige enheder på de enkelte ydelser. Således indeholder stikprøven oplysninger om:

- Hvilket center medarbejderne tilhører
- Hvilken faggruppe medarbejderen tilhører
- Tidspunktet for levering af hjælp (dagtimer eller øvrig tid)
- Hvilken ydelse, der er leveret (personlig pleje eller praktisk hjælp)
- Indirekte brugertid (kontakt, fællesopgaver og vejtid)
- Kvalifikationstid (udvikling og uddannelse, møder og planlægning)
- Beredskabstid
- Opgaver udenfor fritvalgsområdet.
- Hvor mange besøg den enkelte medarbejder dagligt udfører.

Stikprøven danner grundlaget for beregning af BTP for hvert center og inden for hver type leveret ydelse. Disse beregninger danner igen grundlaget for opgørelse af en samlet BTP for hele Københavns Kommunes Socialforvaltning.

Opgørelsen af fravær

I forhold til beregningen af fravær og antallet af refusionsberettigede timer er anvendt registeroplysninger på årsbasis for de respektive centre, som er leveret af Socialforvaltningen. En opgørelse af fraværet indebærer, at både ferie, afspadsring, søn- og helligdage, sygdom, uddannelse, barsel mm. opgøres. Det samlede fravær er opgjort til 27,1 pct. af det samlede betalte antal timer, men varierer fra 21,8 og helt op til 50,0 pct. blandt centrene.

Tabel 3.1: Betalte timer og fravær i 2006

	Betalte timer i 2006	Timer til fravær i 2006	Fraværspct.
Socialcenter Amager	57.470	17.384	30,2%
Socialcenter Bispebjerg	25.047	5.667	22,6%
Socialcenter Brønshøj	41.927	12.076	28,8%
Socialcenter City	12.656	6.326	50,0%
Socialcenter Nørrebro	47.286	16.719	35,4%
Socialcenter Valby	20.711	5.509	26,6%
Socialcenter Vesterbro	27.097	10.713	39,5%
Socialcenter Østerbro	32.968	11.597	35,2%
Handicapcenter Nord	219.458	47.847	21,8%
Handicapcenter Øst	119.021	28.596	24,0%
Handicapcenter Vest	98.607	33.424	33,9%
Handicapcenter Syd	171.228	40.895	23,9%
I alt	873.474	236.753	27,1%

Sammensætningen af fraværet i de enkelte centre er vist i tabellen nedenfor. Af de enkelte fraværskategorier er det klart sygdom og langtidssygd², der forklarer mest af variationen i den samlede fraværsprocent for de enkelte centre. Sygdom udgør samlet set 11,5 pct. af det samlede antal betalte timer i 2006, og varierer fra 7,8 og helt op til 23,5 pct. for de enkelte centre. Langtidssygdom udgør samlet set 3,3 pct. af de betalte timer, og varierer fra 0,7 til 9,5 pct. Tilsammen forklarer sygdom og langtidssygdom ca. $\frac{3}{4}$ af variationen mellem det center, der har det højeste fravær og det center, der har det laveste.

² Langtidssygdom er her i overensstemmelse med BTP-modellen defineret som refusionsberettiget langtidssygdom, hvilket kan afvige fra kommunens egne definitioner.

Tabel 3.2: Fravær fordelt på forskellige fraværskategorier i procent af det samlede antal betalte timer i 2006

	Ferie og helligdg.	Sygdom (inkl. barns 1. syged.)	Langtids-sygdom	Afspadsering	Barsel, omsorgsd. mv.	I alt
SC Amager	10,2	12,8	3,2	2,6	1,5	30,2
SC Bispebjerg	9,5	7,8	0,7	2,9	1,7	22,6
SC Brønshøj	9,0	10,8	3,9	4,6	0,6	28,8
SC City	8,8	23,5	9,5	2,3	5,9	50,0
SC Nørrebro	9,9	13,6	4,8	4,2	3,0	35,4
SC Valby	9,5	11,6	3,6	1,9	0,1	26,6
SC Vesterbro	7,5	20,9	7,6	3,3	0,3	39,5
SC Østerbro	10,7	12,0	3,2	5,0	4,3	35,2
HC Nord	6,5	9,4	3,1	1,6	1,2	21,8
HC Øst	8,0	10,4	1,6	2,9	1,2	24,0
HC Vest	7,6	16,2	5,2	2,6	2,3	33,9
HC Syd	7,8	9,6	2,2	2,7	1,5	23,9
I alt	8,0	11,5	3,3	2,7	1,6	27,1

Fravær grundet barsel ses også at variere en del fra center til center, men da barselsorlov jo oftest afholdes i længere perioder ad gangen er dette ikke overraskende.

Afspadsering varierer fra 1,6 til 5,0 pct. af det samlede antal timer. Et højt fravær grundet afspadsering er dog ikke nødvendigvis et problem i sig selv, da det kan være udtryk for, at man i højere grad dækker andet fravær ind ved, at nogle af de faste medarbejdere tager overarbejde, i stedet for at der tilkaldes vikarer. De centre, som har et relativt højt fravær på grund af afspadsering, har således ikke et markant stort fravær på grund af sygdom og langtids sygdom.

Fravær på grund af ferie og helligdage udgør samlet set 8,0 pct. og varierer fra 6,5 til 10,7 pct. for centrene. Variationen kan umiddelbart synes høj, da antallet af helligdage og overenskomstbestemt ferie er nogle relativt faste størrelser. Nyansatte, som modtager feriepenge under ferie, samt timelønnede vil dog ikke fremgå af en oversigt over betalt fravær grundet ferie, og dette er formentlig en del af forklaringen på variationen.

Det bemærkes, at i BTP modellen indgår elevs skoleophold også i opgørelsen af fravær. Socialforvaltningen har imidlertid ikke afholdt udgifter til elever i 2006, da disse afholdes andetsteds i kommunen. Det er derfor ikke muligt at opgøre hverken udgifter, fravær eller refusion for eleverne. Der er derfor set bort fra elever i undersøgelsen, som primært har til formål at belyse forskelle mellem de centre, som leverer den personlige pleje og praktiske hjælp. Samlet set anvendes dog kun få elever i Socialforvaltningens hjemmepleje.

Den samlede BTP for Socialforvaltningen

Tabellen neden for viser den samlede opgørelse af BTP for hele Socialforvaltningen. Udgangspunktet er den samlede fremmødetid inkl. korrektioner samt det samlede antal fraværstimer inkl. refusionskorrektioner.

Stikprøven viser, at den direkte brugertid udgør 50,0 pct. af fremmødetiden. Det vil sige, at halvdelen af den tid, hvor medarbejderne er på arbejde, bliver anvendt på opgaver hjemme hos brugerne eller med udgangspunkt i brugernes hjem. For at sætte andelen af brugertid i forhold til det samlede betalte antal timer, skal der tages højde for fraværet. Med et gennemsnitligt fravær på 27,1 pct. bliver den samlede BTP 36,5 pct.

Der er endvidere beregnet en BTP for ydelseskategorierne personlig pleje i dagtimer og øvrig tid samt praktisk hjælp. BTP'en for personlig pleje i dagtimerne udgør 31,4 og ligger noget under BTP'en for personlig pleje øvrig tid, som udgør 39,6. BTP'en for praktisk hjælp er den højeste for de tre underkategorier og svarer til 41,2.

Samlet BTP for Socialforvaltningen i København

Sædvanligvis vurderes BTP'er nær 40-45 at være lave, mens BTP'er over 50 er høje. Disse tommelfingerregler stammer dog primært fra undersøgelser af ældreplejen, hvor modtagerne er over 65 år. I et efterfølgende kapitel vurderes mulighederne for at sammenligne BTP på tværs af de forskellige målgrupper, og konklusionen er, at det med enkelte forbehold er muligt at sammenligne BTP på trods af forskelle i målgrupper.

Mønsteret med, at BTP for personlig pleje ligger lavere end BTP for praktisk hjælp, kendes dog også fra andre undersøgelser, hvilket afspejler en højere grad af specialisering i praktisk hjælp til rene rengøringsydelse.

Det ses også ofte, at BTP'en for personlig pleje ligger højere i øvrig tid end i dagtimerne. Kursus- og uddannelsesvirksomhed, møder og kontakt med læger og andre samarbejdspartnere ligger for eksempel typisk i dagtimerne og "stjæler" derfor ikke tid fra den direkte brugertid i den øvrige tid.

BTP for de enkelte socialcentre i hjemmeplejen

I tabellen nedenfor er vist tidsanvendelsen ifølge stikprøven i de forskellige centre i Socialforvaltningen i København.

Tabel 3.3: Tidsforbruget for de enkelte centre

	BTP	Indirekte brugertid	Kvalitativt onstid	Beredskabstid	Fravær	Betalte timer i alt
Socialcenter Amager	40,3	12,9	13,6	2,9	30,2	100,0
Socialcenter Bispebjerg	39,7	16,7	19,5	1,5	22,6	100,0
Socialcenter Brønshøj	35,2	16,8	18,0	1,2	28,8	100,0
Socialcenter City	18,3	11,5	17,9	2,3	50,0	100,0
Socialcenter Nørrebro	33,6	10,8	16,7	3,5	35,4	100,0
Socialcenter Valby	38,0	15,1	18,6	1,7	26,6	100,0
Socialcenter Vesterbro	33,8	13,6	11,8	1,2	39,5	100,0
Socialcenter Østerbro	31,6	13,6	16,5	3,1	35,2	100,0
Handicapcenter Nord	37,7	18,7	17,5	4,3	21,8	100,0
Handicapcenter Syd	35,1	18,5	17,5	5,0	23,9	100,0
Handicapcenter Vest	36,0	13,2	13,8	3,2	33,9	100,0
Handicapcenter Øst	37,9	13,1	19,1	5,9	24,0	100,0
I alt	36,5	15,7	17,0	3,7	27,1	100,0

Det fremgår af tabellen, at Socialcenter Amager er det center, der har den højeste BTP, mens Socialcenter City har den laveste BTP. Spredningen mellem de forskellige centre er på 22,0 procentpoint, hvilket er en ret stor forskel.

Som nævnt ovenfor varierer fraværet en hel del fra center til center, og der er ingen tvivl om, at fraværet er den enkeltfaktor, der bidrager mest til forskellene. Ifølge oplysningerne fra Københavns Kommune om antallet af betalte timer og fravær i 2006 har Socialcenter City således en fraværsprocent på ikke mindre end 50,0, hvilket er en væsentlig del af forklaringen på, at centeret kun når op på en brugertidsprocent på 18,3.

Den enkeltkategori af registreret tid, som varierer mest i stikprøven er vejtid. Målt i procent af fremmødetiden – altså den betalte tid, som ikke er fravær – varierer vejtiden med 6,9 procentpoint fra 9,9 pct. til 16,8 pct. Herefter kommer planlægning, som varierer med 4,7 procentpoint, dokumentation med 4,5 procentpoint og ventetid, som varierer med 4,1 procentpoint.

Også indenfor kategorierne egen uddannelse samt tillids- og sikkerhedsrepræsentantarbejde viser stikprøven store udsving, men denne variation skyldes primært enkeltudsving i stikprøven. Arbejdsmængden indenfor disse kategorier falder ujævnt henover året og på enkeltpersoner, og alt afhængigt af, hvornår man foretager sin stikprøve, vil man få udsving i enkeltobservationer forskellige steder. I det hele taget gælder det for de "mindre" tidskategorier, at jo mindre en organisatorisk enhed, som man måler på, jo mere følsom bliver stikprøven for ekstreme udsving.

Tidsforbruget på de fire tidskategorier, som forklarer mest af variationen i stikprøven, er vist som andel af fremmødetiden i tabellen nedenfor. Til sammenligning er den direkte brugertids andel af stikprøven også vist i tabellen. Denne andel svarer med andre ord til BTP'en, hvor der ikke er medregnet fravær.

Tablet 3.4: Tidsforbruget for direkte brugertid, vejtid, planlægning, dokumentation og ventetid i de enkelte centre i pct. af den korrigerede fremmødetid

	Direkte brugertid	Vejtid	Planlægning	Dokumentation	Ventetid
Socialcenter Amager	57,8	9,9	2,6	0,9	2,0
Socialcenter Bispebjerg	51,2	11,5	5,7	2,4	0,6
Socialcenter Brønshøj	49,4	12,6	2,2	2,6	0,4
Socialcenter City	36,6	10,9	1,9	4,7	3,3
Socialcenter Nørrebro	52,0	11,7	2,3	0,6	3,0
Socialcenter Valby	51,7	11,7	1,0	0,2	0,8
Socialcenter Vesterbro	55,9	11,2	3,1	2,1	0,8
Socialcenter Østerbro	48,8	10,6	3,6	2,2	1,0
Handicapcenter Nord	48,2	16,8	1,9	1,5	3,6
Handicapcenter Syd	46,2	15,7	1,4	3,0	4,5
Handicapcenter Vest	54,5	13,3	1,7	1,0	2,8
Handicapcenter Øst	49,9	12,5	4,1	0,5	4,6
I alt	50,0	13,9	2,4	1,6	3,0

Vejtiden hænger i vidt omfang sammen med, hvordan modtagerne af hjælp og pleje bor i forhold til hinanden. Hvor stort forbedringspotentialet for vejtiden er i de enkelte centre bør derfor ses ud fra beboelsesmønstret, men kan også være et udtryk for evnen til effektiv ruteplanlægning. Vejtiden udgør 13,9 pct. af fremmødetiden, hvilket svarer til 10,1 pct. af det samlede antal betalte timer, når der medregnes fravær. Det typiske interval for vejtidens andel af løntimerne ligger erfaringsmæssigt på mellem 6-12 pct., og derfor vurderes vejtiden for hjemmeplejen i Københavns Kommunes Socialforvaltning at ligge i den højere ende. Dette er umiddelbart overraskende, da brugerne i et byområde må forventes at bo tættere end brugerne gør det i landområder. Forklaringen herpå er formentlig ikke alene forgæves gang, idet det faktiske antal besøg pr. dag, jf. senere, er meget lavt. Det lave antal besøg pr. dag kan dog til dels skyldes forgæves gang, idet få besøg pr. vagt normalt medfører lav vejtid som procent af den samlede tid.

Variationen i tidsforbruget på planlægning, dokumentation og ventetid antyder relativt store forskelle på praksis centrene i mellem. Dette indebærer, at der er muligheder for at effektivisere på udvalgte områder i de enkelte centre. Som det ses af tabellen, er der dog ikke nogen klar sammenhæng mellem at de centre, som har et lavt tidsforbrug på netop disse tre katego-

rier, også er de centre, hvor den direkte brugertid udgør en stor andel af fremmødetiden.

Stikprøven for tidsforbruget tegner derved et sammensat billede, hvor der ud over fraværet ikke er få, tydelige enkeltfaktorer, som forklarer forskellene i BTP for de enkelte centre. Der er altså tale om 12 meget forskellige centre og ikke én samlet organisation med ens praktisk organisering og tilrettelæggelse af arbejdet.

BTP for socialcentre hhv. handicapcentre

I tabellen nedenfor er vist BTP og øvrigt tidsforbrug for handicapcentre og socialcentre for hhv. den betalte tid og for fremmødetiden. Det er muligt at se forskelle på handicapcentrene under ét og socialcentrene under ét. Men forskellene dækker over stor spredning indenfor hver af grupperne, så konklusionerne skal tages med et gran salt.

Tablet 3.5: BTP for socialcentre og handicapcentre

	Betalt tid			Fremmødetid		
	Handicapc	Socialcentr	Gns.	Handicapc	Socialcentr	Gns.
Direkte brugertid	37,0	34,9	36,5	49,2	51,7	50,0
Indirekte brugertid	16,7	13,9	15,7	22,1	20,5	21,6
Kontakt	1,4	2,0	1,7	1,9	3,0	2,3
Fællesopgaver	3,8	4,2	4,0	5,0	6,3	5,4
Vejtid	11,5	7,6	10,1	15,2	11,3	13,9
Kvalifikationstid	17,1	16,5	17,0	22,7	24,4	23,3
Udvikling og uddannelse	1,5	2,1	1,7	1,9	3,1	2,3
Møder	11,4	10,2	11,0	15,1	15,2	15,1
Organisering	4,3	4,1	4,2	5,7	6,1	5,8
Beredskabstid	4,5	2,3	3,7	6,0	3,5	5,1
Planlagt	3,6	1,7	2,9	4,8	2,5	4,0
Ikke planlagt	0,9	0,7	0,8	1,2	1,0	1,1
Fravær	24,8	32,4	27,1	-	-	-
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Den betalte tid egner sig til at analysere forskelle i fravær. Det fremgår tydeligt heraf, at handicapcentrene har et betydeligt lavere fravær end socialcentrene, hvilket hovedsageligt kan henføres til forskelle i sygefraværet mellem de to grupper.

Analyse af fremmødetiden egner sig til, at analysere forskelle i adfærd i den tid medarbejderne er på arbejde. Her er den direkte brugertid 2,5 procentpoint højere på socialcentrene end på handicapcentrene. Denne forskel skyldes, at handicapcentrene har betydeligt længere vejtid og planlagt beredskabstid end socialcentrene. Den øgede vejtid kan muligvis forklares med længere afstand mellem base og bruger på handicapcentrene end på socialcentrene. At handicapcentrene har en højre andel af beredskabstid hænger formentlig blandt andet sammen med, at to af handicapcentrenes

har flere vagteri øvrig tid end det er tilfældet for resten af centrene. Flere vagter i øvrig tid kan således ikke forklare den forøgede beredskabstid på de to sidste handicapcentre. Det er konsulenternes indtryk fra interviews og følvagter, at der planlægges med en højere daglig normering i handicapcentre end i socialcentre, hvilket kan medføre øget beredskabstid.

Anvendelse af BTP til timeberegning

Ønsker man at anvende ovenstående BTP opgørelse til at vurdere det eksisterende grundlag for beregning af timepriser skal man være opmærksom på, at elever ikke er medtaget i beregningen.

Det har imidlertid ikke vist sig muligt at opgøre refusionen for elever fordelt på de enkelte centre i hjemmeplejen i Københavns Kommunes Socialforvaltning. Der er derfor set bort fra elever i undersøgelsen, som primært har haft til formål at belyse forskelle mellem de centre, som leverer den personlige pleje og praktiske hjælp.

Det påvirker dog kun BTP marginalt, at eleverne ikke er medtaget i undersøgelsen, så alle øvrige konklusioner og sammenligninger påvirkes ikke.

Opsamling på BTP- analyse

- Stikprøven viser, at den direkte brugertid udgør 50,0 pct. af fremmødetiden. Det vil sige, at halvdelen af den tid, hvor medarbejderne er på arbejde, bliver anvendt på opgaver hjemme hos brugerne eller med udgangspunkt i brugernes hjem.
- Tages der højde for fravær kan der beregnes en samlet BTP for Socialforvaltningen i Københavns Kommune på 36,5. Dette er relativt lavt i forhold til undersøgelser af BTP på ældreområdet, hvor BTP'en typisk ligger i intervallet 45-55. Det er imidlertid vanskeligt at vurdere, i hvor høj grad resultater fra ældreområdet kan sammenlignes med personlig pleje og praktisk hjælp for de under 67 årige
- Den samlede BTP varierer på ydelseskategorierne: For personlig pleje i dagtimerne er den på 31,4 pct., mens den er på 39,6 pct. for personlig pleje på øvrige tidspunkter. BTP'en er højere for den praktiske bistand, hvor den er på 41,2 pct., hvilket er typisk i BTP-analyser
- Spredningen i BTP'er mellem centrene ligger på 22 procentpoint, hvilket er relativt meget. Centret med den højeste BTP er Socialcenter Amager med en procent på 40,3, mens centret med den laveste BTP er Socialcenter City, med en procent på 18,3³

³ Socialcenter Citys BTP er 18,3 procent, hvilket i høj grad kan henføres til sygefravær på 50 procent og meget få ansatte. Der er i 2007 taget særskilte initiativer til nedbringelse af sygefraværet i Socialcenter City. Det center med den næstlaveste BTP er Socialcenter Østerbro med BTP på 31,6

- Fraværet varierer forholdsvis meget mellem de forskellige centre fra 21,8 til 50,0 pct. af det samlede antal betalte timer. Fraværet er den enkeltfaktor, som forklarer den største del af variationen i BTP'er mellem centre
- Vejtiden varierer med 6,9 procentpoint mellem centrene i forhold til fremmødetiden. Den samlede vejtid på 10,1 pct. af det samlede antal betalte timer vurderes at være relativt høj
- Også andelen af tid anvendt på planlægning, dokumentation og ventetid varierer en del i mellem de forskellige centre, hvilket antyder effektiviseringsmuligheder på disse områder. Ud over fraværet er der dog ikke få, tydelige enkeltfaktorer, som forklarer forskellene i BTP for de enkelte centre
- BTP er set under ét højere for handicapcentre end for socialcentre. Den største enkeltfaktor i forskellen er sygefraværet, der er markant lavere på handicapcentre end på socialcentre
- Det har ikke været muligt at tage højde for elever i undersøgelsen af centrenes BTP. Såfremt uddannelse af elever indgår i de private leverandørers forpligtelser, skal der tages højde for refusion for elever, hvis BTP beregningen skal kunne danne grundlag for en timeprisberegning for hjemmeplejen i Socialforvaltningen i København.

4. Effektiviseringspotentialer for BTP

Som en naturlig opfølgning på den allerede beskrevne BTP analyse samler interessen sig naturligt om, hvor høj en BTP kommunen realistisk vil kunne opnå ved at sætte målet ind på de største tidslugere som sygdom og vejtid samt ved at lære af best practice indenfor Socialforvaltningens hjemmepleje. Dette afsnit har til opgave at følge op på dette spørgsmål, og ud fra de resultater som BTP analysen gav beregne potentialer for Socialforvaltningens hjemmepleje. Det efterfølgende afsnit som handler om benchmark mellem hjemmeplejer vil gennem eksempler illustrere hvilke metoder der har medvirket til en høj brugertid i andre kommuner og vil der- ved kunne fungere som et idékatalog for Socialforvaltningens hjemmepleje i det videre arbejde med at højne brugertidsprocenten.

Svaret på spørgsmålet om de mulige potentialer afhænger i vidt omfang af, hvilke forudsætninger der lægges til grund for vurderingen. En af tilgangsvinklerne kan være at tage udgangspunkt i centervariationen.

I tabellen nedenfor er vist tidsanvendelsen i Socialforvaltningen fordelt på hoved- og underkategorier dels for alle centre i opgørelsen og dels det center, der har den højeste samlede BTP (Socialcenter Amager).

Herudover er det vist i tabellen hvor høj en BTP, der samlet set vil kunne opnås, hvis alle centrene kun anvendte den laveste tidsandel på de forskellige underkategorier, som kan konstateres i stikprøven. I givet fald ville der kunne opnås en samlet BTP på 53,4. Kolonneoverskriften "bedste" praksis henviser dog kun til, at den ikke-direkte brugertid er så lav som muligt. For eksempel er der ét af centrene, som i opgørelsesperioden ikke har brugt noget tid på udvikling og uddannelse, men det siger sig selv, at denne praksis over en længere periode ikke vil være bæredygtig og dermed heller ikke den "bedste" set i dette lys.

Tabel 4.1: Potentialeberegning for BTP

	Betalt tid			Fremmødetid		
	Alle centre	Højeste BTP	”Bedste” praksis på enkeltkat.	Alle centre	Højeste BTP	”Bedste” praksis på enkeltkat.
Direkte brugertid	36,5	40,3	53,4	50,0	57,8	68,2
Indirekte brugertid	15,7	12,9	10,6	21,6	18,5	13,6
Heraf:						
- Kontakt	1,7	2,4	1,0	2,3	3,5	1,3
- Fællesopgaver	4,0	3,6	1,9	5,4	5,1	2,4
- Vejtid	10,1	6,9	7,7	13,9	9,9	9,9
Kvalifikationstid	17,0	13,6	13,2	23,3	19,5	16,9
Heraf:						
- Udvikling og uddannelse	1,7	1,2	0,0	2,3	1,8	0,0
- Møder	11,0	9,0	10,0	15,1	12,8	12,8
- Organisering	4,2	3,4	3,2	5,8	4,9	4,1
Beredskabstid	3,7	2,9	1,0	5,1	4,2	1,3
Heraf:						
- Planlagt	2,9	2,4	0,8	4,0	3,4	1,0
- Ikke planlagt	0,8	0,6	0,2	1,1	0,8	0,2
Fravær	27,1	30,2	21,8	-	-	-
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabellen giver dog et indtryk af, hvor centrene med det laveste tidsforbrug afviger mest fra gennemsnittet. Det ses umiddelbart, at variationen for *vejtid* som tidligere nævnt er forholdsvis stor. For at adskille den del af variationen, som forklares af fravær fra den del, som forklares af forskelle i praksis i opgørelsesperioden er opgørelsen både vist som andele af henholdsvis betalt tid og fremmødetid. Vejtiden er således i gennemsnit 13,9 pct. af fremmødetiden med 9,9 pct. af fremmødetiden som den lavest observerede andel.

Fællesopgaver vedr. borgerne er også en tidskategori, hvor der kan konstateres en forholdsvis stor forskel på gennemsnittet og den lavest observerede andel. I gennemsnit bruger centrene 5,4 pct. af fremmødetiden på fællesopgaver, medens man i ét af centrene kun bruger 2,4 pct. Fællesopgaver omfatter intern faglig koordinering, dokumentation samt tidsforbrug ved tidsregistrering mv.

Centeret med den laveste andel af tid anvendt på *møder* afviger også en hel del fra gennemsnittet, nemlig med 12,8 pct. af fremmødetiden mod 15,1 pct. Møder omfatter personalemøder, planlægningsmøder (fx morgenmøder), ledelsesmøder (inkl. dialogmøder med ledelsen), øvrige møder samt frokost og pauser. Den største variation ses indenfor kategorien planlægningsmøder.

For tidskategorien *planlagt beredskabstid* viser der også ses en ret stor forskel på den gennemsnitlige andel på 4,0 pct. og den lavest observerede andel på 1,0 pct. Planlagt beredskabstid omfatter både decideret ventetid samt tid anvendt på andre opgaver. Samlet set udgør ventetiden ca. $\frac{3}{4}$ af den samlede planlagte beredskabstid, og det er også indenfor denne kategori, at der kan ses den største variation mellem centrene.

Det bemærkes, at den variation, som man kan se i tabellen, ikke ændres markant, hvis man ser bort fra de øvrige vagter og udelukkende kigger på dagvagterne. Forskellen på gennemsnittet og de centre, som har den laveste tidsanvendelse på enkeltkategorier af ikke-brugertid kan således ikke overvejende forklares ud fra, at disse centre har en relativt høj eller relativt lav andel af aften- og weekendvagter. For planlagt beredskabstid, gælder det for eksempel, at den gennemsnitlige tidsanvendelse udgør 2,9 pct. af fremmødetiden og den laveste observerede andel udgør 0,9 pct., hvis man kun ser på dagvagter. Spændet mellem gennemsnittet og den laveste tidsanvendelse indsnævres dermed noget, men forskellen forsvinder ikke. For andre kategorier, fx møder, gælder det, at spændet mellem gennemsnittet og laveste tidsanvendelse faktisk øges, hvis man kigger på dagvagterne isoleret set.

De centre, som har den laveste tidsanvendelse på de enkelte kategorier, er som tidligere nævnt ikke i alle tilfælde de centre, som har den højeste BTP. Tiden "sparet" på en enkelt tidskategori kan være brugt på en anden, uden at BTP'en er forbedret nævneværdigt. Det er dog rimeligt at antage, at dér, hvor man kan finde den største spredning mellem den gennemsnitlige og den lavest observerede tidsanvendelse, ofte også vil være dér, hvor man samlet set vil kunne mindske tidsforbruget mest. Spredningen for tidsanvendelsen på enkeltkategorier kan dermed være med til at udpege et potentiale for effektiviseringsforbedringer.

Det økonomiske forbedringspotentiale

Hvor meget en forbedret BTP vil kunne indebære af økonomiske besparelser afhænger dels af, hvor mange timer, der skal leveres hos brugerne og dels af, hvad omkostningerne er for de betalte timer i Socialforvaltningen.

I forhold til det sidstnævnte skal der tages hensyn til, at ikke alle betalte timer koster det samme. Især for de ydelser, der leveres udenfor normal arbejdstid vil den gennemsnitlige timeomkostning være højere, end den er for de ydelser, der leveres i dagtimerne. Den følgende beregning af det økonomiske forbedringspotentiale tager derfor udgangspunkt i den til timeprisberegninger lovpligtige opdeling af ydelserne i *pleje i dagtimerne*, *pleje i øvrig tid* samt *praktisk hjælp*.

Gennemsnitsomkostningerne for betalte timer tager udgangspunkt i data fra Københavns Kommune fra 2006 vedrørende udbetalt løn og antal arbejdstimer for fast personale i hjemmeplejen. Derudover anvendes antallet af leverede timer i dagtimer på hverdage og leverede timer øvrig tid fordelt på de enkelte grupper. Socialforvaltningen har oplyst, at der ikke findes belæg for at antage forskelle i personalesammensætning afhængigt af typen af ydelser der leveres til brugerne.

For de otte socialcentre og de to handicapcentre der ikke har aften- og nattevagt er fordelingen af leverede timer i dagtimer og på øvrigt tid 90:10. For de to handicapcentre med aften/nat funktion er forholdet 70:30. Disse forholdstal ganges på antallet af betalte timer på centrene, og resultatet bliver at for de otte plus to er antallet af timer i dagvagt på hverdage 472.000 timer og øvrig tid 71.500 timer med en samlet lønudgift på 71,5 mio. kr. Resultatet for de to handicapcentre bliver 228.000 timer i dagvagt på hverdage og 98.000 timer på øvrige tider med en samlet lønudgift på 57,1 mio. kr. Det giver en timepris i 2006 niveau på 140 kr./t hhv. 258 kr./t, hvilket fremskrevet med 3,9% til 2007 niveau giver 145 kr./t. i dagvagt på hverdage 269 kr./t på øvrige tider.

I tabellen nedenfor er vist, hvordan man kan skønne over det samlede antal leverede timer på baggrund af oplysningerne fra stikprøven. Det samlede betalte antal timer – fraregnet refusion for fravær (fx langtidssygdom) og fratrukket stikprøvens andel på ca. 10,7 pct. for opgaver udenfor udførelsen – svarer til ca. 873.000 timer. I stikprøven er der registreret ca. 21.000 timer, og korrigeret for en fraværsprocent på 27,1 svarer det til ca. 29.000 timer. Der er leveret omkring 11.000 timer i stikprøven, hvilket giver en BTP på 36,5.

36,5 procent af det samlede antal betalte timer på omkring 873.000 svarer til lidt over 318.000 leverede timer. 555.000 timer er med andre ord brugt på andet end direkte brugertid, dvs. indirekte brugertid, kvalifikationstid, beredskabstid og fravær. Det samlede antal leverede timer fordeles på de tre ydelseskategorier ud fra fremmødetiden. Der er leveret ca. 125.000 timers pleje i hverdagen, 63.000 timers pleje i øvrig tid og ca. 131.000 timers praktisk hjælp.

Tabel 4.2: Opgørelse af brugertidsprocenter og antal leverede timer fordelt på ydelseskategorier

	Pleje, hverdag	Pleje, øvrig tid	Praktisk hjælp	I alt
Bruttotimeforbrug i timer pr. år (betalte timer på årsplan)	397.363	158.909	317.202	873.474
Betalt fravær på årsplan (timer)	107.704	43.072	85.977	236.753
Fremmødetid i stikprøven korrigeret for opgaver udenfor udførelsen	9.551	3.819	7.624	20.994
Bruttotimeforbrug (fremmødetid korrigeret for fravær)	13.102	5.240	10.459	28.800
Direkte brugertid i opgørelsesperioden (timer)	4.119	2.076	4.306	10.501
Brugertidsprocent (BTP)	31,4	39,6	41,2	36,5
Årligt leverede timer (direkte brugertid)	124.927	62.964	130.596	318.487
Ikke-direkte brugertid	272.436	95.945	186.606	554.987
<i>Bruttotimer i alt</i>	<i>397.363</i>	<i>158.909</i>	<i>317.202</i>	<i>873.474</i>

Med udgangspunkt i antallet af leverede timer kan det økonomiske forbedringspotentiale beregnes. Hvis der for eksempel leveres 125.000 timers pleje i dagtimerne med en BTP på 31,4, så er der brugt ca. 272.000 timer på andre ting indenfor denne ydelseskategori, jf. tabellen ovenfor.

Svarede BTP'en for pleje i dagtimerne i hele Socialforvaltningen imidlertid til den højeste BTP, som et center har opnået i stikprøven, så ville BTP'en være på 35,7. Hvis der leveres 125.000 timers pleje med en BTP på 35,7, så ville der kun skulle bruges ca. 225.000 timer til øvrige aktiviteter indenfor ydelseskategorien, en forskel på ca. 47.000 timer i forhold til situationen i dag. Med en gennemsnitlig timeomkostning på 145 kr. kan besparelespotentialet i dette tilfælde beregnes til 6,9 mio. kr.

I tabellen nedenfor er besparelespotentialet for de tre ydelseskategorier vist, hvis den højest observerede BTP for de enkelte ydelseskategorier kunne opnås for hele kommunen. Der er ikke ét center, som har opnået den højeste BTP for alle tre kategorier, men der er tale om tal fra tre forskellige centre. I dette scenario ville der i alt kunne opnås en besparelse på ca. 131.000 timer svarende til 23,1 mio. kr. Hvis de tre højest observerede BTP kunne opnås for hele kommunen, ville den samlede BTP svare til 42,9.

Tabel 4.3: Scenario 1: Bedste BTP i stikprøven

	Pleje, hver- dag	Pleje, øvrig tid	Praktisk hjælp	I alt
BTP ved scenario 1	35,7	50,1	48,9	42,9
Leverede timer	124.927	62.964	130.596	318.487
Ikke direkte brugertid ved scenario 1	225.008	62.713	136.472	424.193
<i>Bruttotimer i alt ved scenario 1</i>	<i>349.935</i>	<i>125.677</i>	<i>267.068</i>	<i>742.680</i>
Besparelsespotentiale (timer)	47.428	33.232	50.134	130.794
Gns. timeomkostning (kr.)	145	269	145	
Besparelsespotentiale (mio. kr.)	6,9	8,9	7,3	23,1

Ovenstående scenario beskriver med andre ord, hvilke besparelser, der ville kunne opnås, hvis centrenes BTP på de forskellige ydelseskategorier blev harmoniseret på de laveste niveauer.

En anden tilgangsvinkel kan være over en bred kam at reducere i tidsforbruget for de mest betydende enkeltfaktorer. Som nævnt er fravær og vejtid de to faktorer, som forklarer mest af variationen mellem centrene, og der er samtidig tale om to faktorer, som samlet set udgør næsten to femtedele af den samlede betalte tid. Socialforvaltningen har et ganske højt sygefravær både hvad angår langtids- og korterevarende sygdom. Den samlede vejtid er som nævnt i den højere ende af, hvad man typisk har konstateret i lignende undersøgelser på ældreområdet, og det på trods af, at brugerne i en storby må forventes at bo relativt tæt på hinanden.

I tabellen nedenfor er vist et scenario, hvor det gennemsnitlige fravær er nedbragt fra 27,1 til 24,0 pct. og den gennemsnitlige andel vejtid er nedbragt fra 10,1 til 8,0 pct. af de betalte timer. Besparelsespotentialet er beregnet ud fra, hvad den gennemsnitlige BTP i dette tilfælde alt andet lige vil være – dvs. med det tidsforbrug, som ellers kan konstateres i de enkelte centre. I dette scenario, vil der samlet set kunne opnås en besparelse på ca. 67.000 timer svarende til 11,5 mio. kr.

Tabel 4.4: Scenario 2: Lavere fravær (24 pct.) og vejtid (8 pct.)

	Pleje, hver- dag	Pleje, øvrig tid	Praktisk hjælp	I alt
BTP ved scenario 2	34,1	43,6	44,2	39,5
Leverede timer	124.927	62.964	130.596	318.487
Ikke direkte brugertid ved scenario 2	241.692	81.562	164.645	487.899
<i>Bruttotimer i alt ved scenario 2</i>	<i>366.619</i>	<i>144.526</i>	<i>295.241</i>	<i>806.386</i>
Besparelsespotentiale (timer)	30.744	14.383	21.961	67.088
Gns. timeomkostning (kr.)	145	269	145	
Besparelsespotentiale (mio. kr.)	4,5	3,9	3,2	11,5

I tabellen nedenfor er vist en kombination af de to ovenstående scenarier: Der er taget udgangspunkt i et lavere fravær og en lavere vejtid som i scenario 2, men herudover er der taget udgangspunkt i de højeste observerede BTP'er for de enkelte centre. Det vil sige, at det antages, at hele Socialforvaltningen får BTP svarende til BTP for de centre, som har den "bedste praksis" i de øvrige tidskategorier.

I dette scenario – måske ret ambitiøse scenario – vil der kunne opnås en samlet besparelse på ikke mindre end ca. 164.000 timer eller godt 19 pct. af antallet af betalte timer i 2006. Den økonomiske besparelse kan beregnes til 27,9 mio. kr.

Tabel 4.5: Scenario 3: Bedste praksis samt lavere fravær og vejtid (~scenario 1 og 2)

	Pleje, hver- dag	Pleje, øvrig tid	Praktisk hjælp	I alt
BTP ved scenario 3	37,5	50,1	52,2	44,1
Leverede timer	124.927	62.964	130.596	318.487
Ikke direkte brugertid ved scenario 3	208.059	62.815	119.811	390.685
<i>Bruttotimer i alt ved scenario 3</i>	<i>332.985</i>	<i>125.779</i>	<i>250.408</i>	<i>709.172</i>
Besparelsespotentiale (timer)	64.378	33.130	66.794	164.302
Gns. timeomkostning (kr.)	145	269	145	
Besparelsespotentiale (mio. kr.)	9,3	8,9	9,7	27,9

Gennemførelsen af effektiviseringen i dette scenario kræver, at der dels sættes målrettet ind på læring på tværs centre og grupper i hjemmeplejen, dels at der målrettet fokuseres på at nedbringe sygefravær og vejtid.

Samlet set forekommer scenariet ikke urealistisk med en samlet BTP på ca. 44 procent, om end det er ambitiøst i forhold til det nuværende niveau. I de fleste øvrige kommuner ligger BTP i hjemmeplejen på 45-55 procent, hvilket inkluderer pleje af borgere både under og over 65 år.

Skitse til tiltag der skal tages for at realisere BTP på 44,1 procent og dermed besparelsen på de 27,9 mio. kr.

- Aktiv sygefraværspolitik. Det er kendetegnet ved kommuner der har et lavt fravær i hjemmeplejen at spørgsmålet om sygefravær ikke projekteres⁴, men er direkte indtænkt i ledelsesgerningen og de daglige ledelsesrutiner. Fx:
 - At man kun kan melder sig syg til en leder
 - At der systematisk følges op på alt fravær
 - At der ikke findes normer for, hvornår der skal følges op på fravær, men at lade det være op til en konkret individuel ledelsesmæssig vurdering
 - At lederne er klædt kompetencemæssigt på til opgaven med at håndtere sygefravær
- Anskaffelse af nyt omsorgssystem. Dels til bedre understøttelse af den daglige planlægning, dels til opfølgning på de centrale styringsvariable
- Afkorte vejtiden ved bedre ruteplanlægning. Det er nødvendigt med et stærkt ledelsesmæssigt fokus på denne opgave understøttet af et moderne planlægningsværktøj som fx et nyt og moderne omsorgssystem. Det nuværende omsorgssystem KOS understøtter ikke effektivt planlægning
- Systematisk indsats for at styrke læringen på tværs af grupper. Dette kan fx ske ved interne kurser, etablering af lederfora for gruppeledere på tværs af centre mv.
- Udvælgelse af de få men vigtigste tidsfaktorer, sætte mål for dem og følge op på udviklingen i dem. Som eksempel herpå kan nævnes: direkte brugertid, sygefravær, vejtid, beredskabstid, mødetid, dokumentation

Gennemførelse af disse tiltag kræver en stærk overordnet ledelsesmæssig fokus på både processen og de ønskede resultater. Det er samtidig vigtigt, at de opnåede gevinster hjemtages med det samme de opstår, så de ikke omsættes til slack andre steder i organisationen.

⁴ Det er ikke konsulenternes opfattelse, at Socialforvaltningens indsats for at nedbringe sygefraværet har projektkarakter, men er en beskrivelse af gode erfaringer fra andre kommuner.

Det er konsulenternes vurdering, at det vil kræve en stor målrettet indsats, at kunne opnå de beregnede potentialer. Samtidig er det KL's erfaringer fra andre store organisationsforandringsprojekter, at de i første omgang kan medføre yderligere produktivitetstab, før den økonomiske gevinst kan realiseres. Hvis Socialforvaltningen hurtigt sætter gang i en organisationsforandringsproces, kan de økonomiske potentialer formentlig realiseres tidligst i 2009, men det vil afhænge af flere faktorer som fx: tidspunkt for igangsættelse af forandringsprocessen, forandringernes omfang, processens tilrettelæggelse mv.

Opsamling

Opgørelsen af effektiviseringspotentialer på baggrund af best practice i BTP analysen viser at ved at forskellige scenarier af best practice vil besparelsespotentialer ligge mellem 11,5 mio. kr. i et scenario med en samlet BTP på 39,5 og 27,9 mio. kr. i et scenario med en samlet BTP på 44,1.

Selv det mest ambitiøse af de scenarierne forekommer med en BTP på 44,1 procent forekommer realistisk at opnå i løbet af 2009 ved en hurtig indsats og en stærk ledelsesmæssig fokusering på alle niveauer.

Analysen af best practice peger ikke decideret på bestemte parametre, hvor der særligt bør sættes ind, udover at en forholdsvis lille forbedring på fravær og vejtid alene vil kunne give en besparelse på næsten 12 mio. kr. De øvrige besparelser nås ved anvendelse af best practice i forhold til BTP analysen generelt, og metoderne til opnåelse af denne er angivet som anbefalinger af konkrete tiltag i de efterfølgende kapitler, der vil kunne øge BTP.

Det er en forudsætning for realisering af de beregnede potentialer, at der følges systematisk op på tidsanvendelsen på de parametre der fokuseres på at forbedre, samt på tidsanvendelsen generelt. Dette dels for at sikre fremskridt på udvalgte parametre, dels for at sikre, at den sparede tid omsættes i højere BTP og ikke i øget tidsforbrug til andre aktiviteter.

Det interessante ved synliggørelsen af disse markante potentialer er de spørgsmål som naturligt stilles i forlængelse af de dokumenterede potentialer. Hvordan opnås de dokumenterede potentialer bedst og på kortest tid. Det er et spørgsmål som den efterfølgende benchmark vil søge at besvare gennem inddragelse af eksempler som har fungeret i andre hjemmeplejer i danske kommuner i bestræbelserne på at højne brugertidsprocenten.

5. Læring fra ældreområdet – idékatalog til øget BTP

I dette afsnit følger en benchmark med udgangspunkt i en sammenligning mellem resultaterne af den BTP tidsregistrering som Socialforvaltningens hjemmepleje har foretaget og lignende registreringer foretaget i hjemmeplejer i andre danske kommuner der typisk ikke er opdelt på pleje af borgere under og over 65 år. For nemheds skyld, benævnes disse undersøgelser nedenfor som ældreområdet.

Formålet med kapitlet er, at tydeliggøre og i samlet form at beskrive en række muligheder for Socialforvaltningens hjemmepleje i bestræbelserne for at forbedre brugertidsprocenten med henvisning til erfaringerne fra hjemmeplejen på ældreområdet.

Denne del af rapporten er blevet til på baggrund af en række fokusgruppeinterviews, følvagter og gennem introduktionen af tidsregistreringen og er gennemført af KLK.

Metode for benchmarkanalysen

I forhold til en traditionel benchmarkanalyse er det en udfordring, at der ikke tidligere er foretaget lignende systematiske tidsregistreringer af medarbejdernes tidsanvendelse i en organisation som leverer ydelser svarende til den målgruppe som Socialforvaltningens hjemmepleje leverer til. Det vil sige, at der er ingen direkte sammenlignelige referencetal til Socialforvaltningens hjemmepleje i forhold til både organisation og målgruppe.

Til gengæld er Socialforvaltningens hjemmeplejes organisatoriske opbygning identisk med ældreområdets organisation⁵. Det vil sige en BUM-organisation (Bestiller Udfører Modtager), hvor hjemmeplejen samtidig er opdelt i distrikter eller centre svarende til et geografisk område. I hvert center er der en eller flere plejegrupper med en gruppeleder eller koordinator som er ansvarlig for gruppens kørelister, indkaldelse af vikarer mv. Denne gruppeleder eller koordinator refererer i Socialforvaltningen til en teamchef som refererer til centerchefen.

En markant afvigelse til ældreområdets organisering er dog gruppernes størrelse. På ældreområdet har man i én kommune meget ofte den samme gruppestørrelse eller tilstræber én gruppestørrelse. Hovedparten af kommunerne på ældreområdet arbejder med en gruppestørrelse mellem 20 og

⁵ Det skal bemærkes, at den fysiske samling af visitationen først skete pr. 1. marts 2007, og at ordningen stadig er under implementering.

30 udførere. Denne gruppestørrelse er erfaringsvist både fagligt og økonomisk tæt en ideel størrelse.

Fagligt har grupperne en størrelse der kan sikre en faglig kontinuitet i den enkelte gruppe på trods af udskiftninger i plejegruppen og plejegruppen kan også indeholde mindre specialistfunktioner (grupper i gruppen), der fastholder og udvikler kvaliteten. Økonomisk kan en gruppe af denne størrelse i meget vid udstrækning dække sig selv ind i forbindelse med sygdom, barsel, ferie, akutydelser mv.

I Socialforvaltningens hjemmepleje varierer gruppestørrelserne fra Handicapcentrenes meget store plejegrupper på over 30 personer til fx Socialcenter City og Valby hvor begge grupper er under 10 personer. Dette markerer de to yderpunkter i gruppestørrelsen og man må erkende, at gruppestørrelsen i Socialforvaltningens hjemmepleje ikke er entydigt fastsat ud fra den mest hensigtsmæssige gruppestørrelse, men mere afspejler den fysiske opdeling af distrikter i Københavns Kommune. En ændring af gruppestørrelserne til større og mere effektive grupper vil medføre, at den nuværende geografiske opdeling mellem plejegrupper må opgives. Hvis centerstrukturen fastholdes som den er nu, vil det betyde, at en plejegruppe skal dække klienter tilhørende flere centre.

Herudover er det de samme ydelser, personlig pleje og praktisk hjælp efter § 83 i serviceloven, Socialforvaltningens hjemmepleje og ældreområdet hjemmepleje leverer. Fra ældreområdet forefindes der samtidig en række analyser og direkte sammenlignelige referencetal fra sammenlignelige tidsregistreringer med henblik på en opgørelse af brugertidsprocenten sammenholdt med, at ældreområdet er det område, hvor det frie valg af leverandør er mest udbredt og derfor allerede har høstet en lang række organisatoriske erfaringer med en konkurrenceudsat hjemmepleje, som Københavns Kommunes Socialforvaltnings hjemmepleje er det.

På baggrund af dette er ældreområdets hjemmeplejeorganisation blevet udvalgt som det mest repræsentative at benchmarke Socialforvaltningens hjemmepleje med.

Et af de centrale elementer i en benchmarking af hjemmeplejen er en sammenligning af den andel af tid medarbejderne dels anvender ansigt til ansigt med brugerne (brugertidsprocenten) og dels den tid, der anvendes til forberedelse, vejtid, dokumentation mv. også kaldet arbejdstilrettelæggelse. Den nuværende brugertidsprocent er for hjemmeplejen samlet 3,5 pct.

En samlet brugertidsprocent på 36,5 pct. er i forhold til ældreområdets brugertidsprocent som typisk ligger mellem 45 og 55 pct. lav. Om dette skyl-

des organisatorisk ineffektivitet eller andre vilkår for at levere ydelserne til en anden målgruppe end ældre eller noget helt tredje, er et af de spørgsmål vi skal søge at besvare i dette kapitel. Som potentialeberegningerne i forrige kapitel peger på, vil det være muligt ved at nedsætte sygefravær og vejtid samt lære af de bedste erfaringer på tværs af centre være muligt at opnå en BTP på 44,1 procent. Dette vurderes som værende realistisk men ambitiøst.

Sammenligning af tidsanvendelsen på en række parametre

Generelt om arbejdstilrettelæggelsen eller praksis i Socialforvaltningens hjemmepleje er, at den er stærkt præget af 12 selvstændige enheder – 4 handicapcentre og 8 socialcentre. Den største ensartethed findes i de 4 handicapcentre som også er meget identiske i størrelse og i de geografiske områder de dækker. De 8 socialcentre er meget forskellige i størrelse og variationen i arbejdstilrettelæggelsen er tilsvarende større. Men deres kerneopgaver er på tværs af centrene og er stadig den samme, og de grundlæggende mekanismer er stadig ens – det er alene udførelsen af disse der varierer meget.

Herudover er organiseringen af hjemmeplejen meget forskellig mellem handicapcentre og socialcentre. På socialcentrene er hjemmeplejen en del af et voksenteam uden egen leder og grupperne er meget små. Hjemmeplejen på handicapcentrene minder meget mere om en ældrehjemmepleje. Der er en temachef med det overordnede ansvar på hvert center og derunder er der en gruppeleder for hver gruppe.

Der er også en forskel i målgruppe mellem de to typer af centre. Målgruppen på socialcentrene er mere komplekse og ustabile, mens målgruppen for handicapcentrene minder mere om ældreområdet. Der er stadig på handicapcentre en del misbrugere og psykisk ustabile blandt deres brugere - men det er der jo også traditionelt på ældreområdet om end i mindre grad. At målgruppen for Socialforvaltningens hjemmepleje evt. har et aktivt arbejdsliv end de typiske modtagere af hjemmehjælp ældreområdet medfører ikke i sig selv en lavere BTP for området, men sætter større fokus på planlægningsopgaven og præcision i den tidsmæssige udførelse.

Der er derfor ikke helt forkert at snakke om to hjemmeplejer i Socialforvaltningen. Én på handicapcentrene og én på socialcentrene på trods af, at de i dag er en samlet organisation og har en fælles timepris for de ydelser de leverer.

Et af de centrale elementer i en benchmarking af en samlet hjemmepleje er en sammenligning af den andel af tid medarbejderne dels anvender ansigt

til ansigt med brugerne (brugertidsprocenten), og ”den anden tid” der anvendes til forberedelse, vejtid, dokumentation mv.

De referencetal som anvendes til benchmarking af Socialforvaltningens hjemmepleje er taget fra publikationen ”Organisering og effektivitet på hjemmehjælpsområdet” – også kaldet SOS-analysen. Publikationen er udarbejdet af KL og Finansministeriet og havde til hensigt at fokusere på effektiviseringer af de afgørende ”produktionsprocesser” i en hjemmeplejeorganisation.

Fælles for disse tal er, at det er hjemmeplejeorganisationerne der leverer personlig og praktisk hjælp efter § 83 i Lov om social service. Deres organisation er højst sandsynlig forskellig, hvilket er en af pointerne i denne benchmarkanalyse og anvendelse af den samme metode til tidsregistrering. Med denne metode kan man måle og sammenligne en given organisations ressourceudnyttelse.

Tabel 5.1: Benchmark af direkte brugertid

Benchmark - Direkte brugertid i procent	Procent
Socialforvaltningens hjemmepleje	36,5
Højeste i SOS-analysen	55,2
Laveste i SOS-analysen	40,3

En samlet brugertidsprocent på 36,5 pct. er i forhold til SOS-analysens hjemmeplejer lav. Om dette skyldes organisatorisk ineffektivitet eller andre vilkår for at leverer ydelserne til en anden målgruppe end ældre eller noget tredje er et af de spørgsmål vi skal søge at besvare i dette afsnit gennem en gennemgang af de betydende ikke brugerrettede faktorer.

Faktorerne er:

- Indirekte brugertid, herunder vejtid og fællesopgaver vedrørende brugeren
- Kvalifikationstid, herunder møder og planlægningstid
- Beredskabstid
- Fravær.

Nedenfor følger en gennemgang af hver enkel faktor.

Indirekte brugertid

Den indirekte brugertid består af underkategorier som vejtid, som er den tid hjælperne bruger på vejen mellem brugere og mellem brugere og centret. Herudover er der fællesopgaver vedr. flere brugere som drejer sig om intern faglig koordinering om en bruger eller skriftlig dokumentation vedr. en bruger. Med Socialforvaltningens komplekse målgruppe var det forventnin-

gen, at specielt kontakten til brugerne og dokumentation var to parametre der blev anvendt forholdsmæssigt mere tid på end på ældreområdet.

Tabel 5.2: Benchmark af indirekte brugertid

Benchmark - Inddirekte brugertid i procent	Procent
Socialforvaltningens hjemmepleje	15,7
Højeste i SOS-analysen	11
Laveste i SOS-analysen	10,26

Tabellen viser, at Socialforvaltningens hjemmepleje anvender mere tid til indirekte brugertid end den kommune i SOS-analysen som bruger mest tid på indirekte brugertid. Hvilke elementer i den indirekte brugertid det er, som Socialforvaltningens hjemmepleje bruger mere tid på, er bl.a. vejtiden.

Tabel 5.3: Benchmark af vejtid

Benchmark - vejtid i procent	Procent
Socialforvaltningens hjemmepleje	10,1
Højeste i SOS-analysen	11,6
Laveste i SOS-analysen	8,6

Tabellen viser, at Socialforvaltningens hjemmepleje har en vejtid på 10,1 pct. 1,5 pct. mindre tid på vejen end den kommune som anvender mest tid i SOS-analysen og 1,5 pct. mere end de kommuner der anvender mindst på vejtid.

De kommuner som anvender mindst tid på vejen er kommuner som meget bevidst inddrager brugernes adresse (geografisk ruteoptimering) i deres planlægning af kørelisterne, så hjælperne minimerer deres tid på vejen. Dette er en metode som primært anvendes ved kendte og stabile brugere.

Ved de brugere hvor der vurderes, at det er afgørende, at det er den samme hjælper eller at brugeren alene åbner døren, hvis det er den samme hjælper, kan dette ikke anvendes og har derfor en negativ konsekvens for vejtiden.

Socialforvaltningens hjemmepleje har mange ustabile og komplekse brugere som kræver, at det er den samme hjælper eller samme gruppe af hjælpere som kommer i hjemmet. Dette kan være én af forklaringerne på, at Socialforvaltningens hjemmepleje ligger lidt højere end den kommune der anvender mindst tid på vejtid. Men ikke hele forklaringen. For alle hjemmeplejer har ustabile og komplekse brugere som kræver særlig opmærksomhed. Andelen af ustabile og komplekse brugere er dog større i Socialforvaltningen end i ældreområdets hjemmeplejer, men en større opmærksom-

hed omkring planlægningen af hjælpernes "ruter" ved hjælp af adresser vil måske kunne nedbringe vejtiden yderligere.

Det er samtidig overraskende, at vejtiden ligger på 10,1 pct. når man ser på antallet af gennemsnitlige brugerbesøg pr. dag. På en dagvagt besøges i gennemsnit 3,98 brugere over den 14 dage lange tidsregistrering. Sammenlignet med ældreområdet hjemmeplejer har en dagvagt typisk mellem 6 og 10 besøg i løbet af en dagvagt og har derfor markant flere ture i løbet af vagt og burde derfor have en tilsvarende højere vejtid. Men dette er ikke tilfældet.

På en aften- og nattevagt har man gennemsnitligt 5,98 brugerbesøg, hvilket igen er markant lavere end ældreområdet, som på en aftenvagt typisk har mellem 15 og 20 brugerbesøg og dermed igen markant flere ture mellem brugerne. Sammenfattende om antal brugerbesøg og vejtiden kan man sige, at Socialforvaltningens hjemmepleje bruger en lige så stor andel af deres tid på vejen på trods af markant færre brugerbesøg pr. vagt. Når man tænker på antallet af brugerbesøg pr. vagt er en vejtid på 10,1 pct. meget høj.

Denne store forskel kan heller ikke forklares med et angiveligt stort antal forgæves besøg i forhold til ældreområdet, idet den meget høje vejtid skulle indikere, at op mod 40 procent af alle besøg er forgæves gang. Der findes ikke systematiske opgørelser over antallet af forgæves besøg på ældreområdet, ligesom det heller ikke indgår eksplicit i denne undersøgelse.

At København er en storby har ikke den store indvirkning på sammenligningen, da kommunerne i SOS-analysen både tæller større bykommuner og landkommuner, og dermed omfatter de samme problemstillinger som København har, og selvom den geografisk koncentration af klienter i Socialforvaltningens hjemmepleje er mindre end på ældreområdet, er koncentrationen alligevel forholdsvis stor i forhold til ældreområdet i land og forstadskommuner

Det der er kendetegnende for kommuner med en lav vejtid er:

- Afsat en fast vejtid pr. km. Flere kommuner anvender ca. 3 minutter pr. km. som nøgletal
- Den planlagte rute sammenlignes løbende med en optimeret rute givet de geografiske forhold. Dette kan give anledning til ændringer uden kvalitative tab.

Et andet element i Socialforvaltningens lidt høje vejtid kan være et element som er observeret på flere morgenmøder. Planlægningen og koordineringen af de sidste detaljer omkring dagens kørelister sker på selve morgen-

mødet. Det er tydeligvis en kollektiv proces frem for en ledelsesbeslutning om den mest hensigtsmæssige ressourceudnyttelse. Derfor er den direkte ledelse af gruppen i skikkelse af en stærk gruppeleder afgørende for at holde de ikke-brugerrettede aktiviteter nede på et minimum. Denne stærke og direkte gruppeledelse er fraværende i flere grupper.

I forhold til andre interessante elementer af den indirekte brugertid er kontakt til brugerne. Det er defineret som kommunikation med brugeren uden for eget hjem fx telefonsamtaler med brugeren eller kommunikation for brugeren, fx til læge, sygehus eller til pårørende. I samme kategori finder vi den interne faglige koordinering om en bruger i hjemmeplejen. Det kan være møder i gruppen eller blandt en mindre gruppe af hjælpere om en specifik bruger eller den faglige dokumentation i journal om en bruger.

Tabel 5.4: Benchmark af kontakt og fællesopgaver

Benchmark - kontakt og fællesopgaver herunder dokumentation	Procent
Socialforvaltningens hjemmepleje	3,6
Højeste i SOS-analysen	2,20
Laveste i SOS-analysen	0,95

Af tabellen kan vi se, at Socialforvaltningens hjemmepleje bruger 3,6 pct. af deres tid på kontakt og fællesopgaver herunder dokumentation. Det højeste i SOS-analysen er 2,2. pct. og det laveste er 0,95 pct. Som forventet anvendes der mere tid i Socialforvaltningens hjemmepleje til kontakt og fællesopgaver end i hjemmeplejen på ældreområdet. Andelen af ustabile og meget komplekse brugere er større end på ældreområdet og derfor er det et større behov for koordinering om den enkelte bruger og større behov for en mere udførlig dokumentation. Forskellen er dog ikke så markant som man kunne have ventet og forventningen om at Socialforvaltningens komplekse målgruppe ville være meget tydelig i disse tidskategorier skinner ikke igennem. En forskel på 1,4 pct. er ikke særlig stor, målgruppen taget i betragtning.

I forhold til prioriteringen af eksempelvis dokumentation er det også blevet observeret, at der er forskel imellem de 4 handicapcentre og 8 socialcentre i hvor meget tid der afsættes ugentligt til dokumentation. Nogle centre afsætter 30 minutter ugentligt, hvor andre centre afsætter op til en time. Såfremt der skal etableres et fælles elektronisk omsorgssystem skal der være fælles retningslinier for den skriftlige dokumentation. Både i forhold til mængden af afsatte personaleressourcer og hvilke personalegrupper der skal dokumentere hvad.

Kvalifikationstid

Kvalifikationstiden er den tid der anvendes på uddannelse og udvikling, møder og på selve koordineringen og organiseringen af hjemmeplejen. Kvalifikationstiden er en af de mest afgørende på en hjemmeplejes effektivitet for det er selve hjertet af maskinrummet, hvor disponeringen af kørelisterne produceres og det er her effektiviteten og ledelsen af de enkelte plejegrupper skal slå igennem. Dette kan måles på varigheden af morgenmøder og antallet af møder i de enkelte grupper og den enkelte koordinators eller gruppeleders tidsanvendelse på planlægning og koordinering af plejegruppen.

Tabel 5.5: Benchmark af kvalifikationstid

Benchmark - Kvalifikationstid i procent	Procent
Socialforvaltningens hjemmepleje	17
Højeste i SOS-analysen	13
Laveste i SOS-analysen	10,54

Tabellen viser, at Socialforvaltningens hjemmepleje anvender 4 pct. mere tid på møde og kvalifikationstid end den kommune der bruger mest tid i SOS-analysen og næsten 6,5 pct. mere end den kommune der anvender mindst tid. Det vil sige, at Socialforvaltningens hjemmepleje bruger betragteligt mere tid på kvalifikationstid end alle kommuner i SOS-analysen.

Her kommer vi ind på et andet og vigtigt element i benchmarkingen. For det er forventeligt at Socialforvaltningens hjemmepleje bruger mere tid end andre hjemmeplejer på kvalifikationstiden. Man kan forvente en større uddannelsesaktivitet samt en større kompleksitet i planlægningen grundet de komplekse og til tider ustabile brugere. Hjemmeplejen i Socialforvaltningen oplever nemlig meget ofte at brugerne aflyser besøg med så kort varsel, at der ikke er muligt at inddrage det i planlægningsarbejdet.

Tabel 5.6: Benchmark af uddannelse og udvikling

Benchmark - Uddannelse og udvikling	Procent
Socialforvaltningens hjemmepleje	3,3
Højeste i SOS-analysen	4,8
Laveste i SOS-analysen	0,7

Men som vi kan se i tabellen afviger uddannelses- og udviklingsaktiviteterne i Socialforvaltningens hjemmepleje ikke i forhold til uddannelse og udvikling på ældreområdet. I forhold til SOS-analysen ligger de i mellemgruppen i forhold til ressourcer anvendt på uddannelse og aktivitet. Dette er overraskende og meget lavt i forhold til det forventede. Med den målgruppe kunne man forvente en større fokus på uddannelse og udvikling, herunder supervision som flere grupper allerede arbejder med – men ikke i

supervision som flere grupper allerede arbejder med – men ikke i et særligt betydeligt omfang.

I forhold til mødeaktivitet, som er personalemøder, morgenmøder og andre planlagte møder ser vi:

Tabel 5.7: Benchmark af møder

Benchmark - Møder	Procent
Socialforvaltningens hjemmepleje	11
Højeste i SOS-analysen	12,8
Laveste i SOS-analysen	5,21

Der er én kommune i SOS-analysen som bruger mere tid på møder end Socialforvaltningens hjemmepleje på 12,8 pct. Mens den kommune der bruger mindst tid på møder kun anvender 5,21 pct. på møder. I forhold til andre kommuner i SOS-analysen ligger Socialforvaltningens hjemmepleje i den højere ende af tidsanvendelsen på møder med 11 pct.

Rammerne for mødestrukturen i Socialforvaltningens hjemmepleje er relativ ensartet. Alle daggrupper har et morgenmøde, og størstedelen af daggrupperne har yderligere et koordinerende møde i løbet af dagen. Dette møde kan enten være placeret før frokost eller umiddelbart før vagten afsluttes. Herudover har de fleste daggrupper et ugentligt møde samt møder med resten af temaet. Dette er den samlede mødetid for hjemmeplejen.

Selve morgenmødets afholdelse og længde varierer meget fra center til center. På nogle centre er morgenmødet relativt kort og alle medarbejdere er på vej til den første bruger efter en halv times tid, hvor andre centre har en målsætning om, at vikaren skal være ude af døren og på vej til den første bruger inden for en halv times tid, mens det faste personale er på vej til den første bruger efter 40 minutter og op til en god times tid.

Dette er også en forskel til ældreområdet. På ældreområdet har de fleste morgenmøder en varighed af 15 minutter til en halv time og i de kommuner der anvender håndholdte computere er morgenmødet delvist afskaffet idet de håndholdte computere erstatter meget af den koordinering der finder sted på et traditionelt morgenmøde. De kommuner der har afskaffet morgenmødet har kun et planlagt møde om dagen, hvilket typisk er et 15 minutters møde omkring frokosten.

For at holde et morgenmøde på 15 minutter til 30 minutter kræver det at disponeringen (planlægningen af kørelisterne) fungerer effektivt og er afsluttet af gruppelederen før resten af gruppen møder om morgenen.

I Socialforvaltningen er der to overvejende og sammenhængende årsager til, at morgenmødet ofte varer længere tid. Den første er TOP⁶, som kræver en del ressourcer ved sidste øjeblik ændringer som følge af aflysninger fra borgerens side eller pludselig sygdom blandt personalet. Det andet er, at koordinering og planlægning flere steder opfattes som en kollektiv proces frem for en fast forankret og klart defineret gruppelederrolle, som sørger for en effektiv ressourceudnyttelse af gruppens tid på morgenmødet og i løbet af vagten.

De kommuner der har en lav mødetid er kendetegnet ved:

- Kun et planlagt møde om dagen
- Udleverer kørelister på forhånd
- Opsætter nøglebokse hos brugerne med en universalnøgle
- Opdaterer kørelister pr. telefon frem for morgenmøder eller alternativt opdatere kørelister online på hjælpere håndholdte computer.

Planlægningstid

I flere centre i Socialforvaltningens hjemmepleje møder der en person tidligere ind for at planlægge og koordinere kørebøger og lister i TOP. Dette arbejde er indledt den foregående eftermiddag, men på baggrund af borgers sidste øjeblik aflysninger, sygdom blandt personalet mv. er der behov for justeringer den samme morgen. Det er samtidig mere reglen end undtagelsen, at der med korrektioner eller ændringer af nye brugere i TOP sker fejl i eksisterende kørelister eller, at borgere der skal modtage besøg bliver taget af kørelisten i TOP uden nogle umiddelbare forklaringer.

Derfor bruges der også mange personaleressourcer på, at koordinere og kontrollere kørelisterne fra TOP. På grund af de begrænsede disponeringsfaciliteter i TOP medfører sidste øjeblik ændringer, at man ikke hurtigt kan generere nye kørelister. Derfor er personalet nødsaget til hver morgen bogstaveligt at sidde og klippe og klistre kørelisterne sammen så de passer med dagens personale og de brugere der skal modtage besøg. Det er en meget uhensigtsmæssig arbejdsgang, der både sluger personaleressourcer og åbner op for fejl som kan medføre udeblevne besøg eller ydelser der ikke bliver leveret på den aftalte dag.

Et tidssvarende elektronisk omsorgssystem som anvendes på ældreområdet i samtlige kommuner er et decideret disponeringsmodul. Et disponeringsmodul er et elektronisk vagtplanlægningsmodul, hvor disponenter eller gruppelederen let og effektivt kan disponere over personaleressourcer-

⁶ TOP er det system hjemmeplejen i Socialforvaltningen aktuelt bruger til disponering og indtastning af leverede timer mv. TOP er et ældre system og har meget begrænsede faciliteter i forhold til en moderne omsorgssystem som er opdateret i forhold til praksis i dag. TOP vurderes at være en væsentlig barriere i forhold til en effektiv ressourceudnyttelse og dokumentation af hjemmeplejens aktuelle praksis.

ne, redigere og tilpasse kørelister. Modulet medvirker samtidig til en bedre dokumentation af hjemmeplejens aktiviteter alene på baggrund af et bedre overblik og dermed bedre mulighed for tilbagemelding.

Med TOP som det aktuelle planlægnings- og disponeringsværktøj må man derfor forvente en højere planlægningstid end hos kommuner med et moderne disponeringsværktøj.

Der findes ikke kommuner der har direkte sammenlignelige nøgletal på planlægningstiden alene. Socialforvaltningens hjemmepleje anvender 4,2 pct. af deres tid på planlægning. Dette vurderes af konsulenterne som ikke alarmerende højt, men i den højere ende. Det vurderes, at TOP er en væsentlig årsag til dette samt, at planlægningen ofte ikke er forankret ved en klart defineret gruppeleder. En indsats på disse to områder ville kunne forbedre aktuel praksis og dermed andelen af den tid der anvendes på planlægningstid.

Det er blevet oplyst konsulenterne, at en praksis, der er under udfasning, i disponeringen ved blandede besøg er, at lægge ydelsens tid i forlængelse af hinanden. Fx blev 1 time til tøjvask, 30 minutter til personlig pleje samt 45 minutter til rengøring til et besøg på sammenlagt 2 timer og 15 minutter uagtet at flere ydelser blev udført parallelt og afsluttet på under 2 timer og 15 minutter. Dette er en klar forskel til den dominerende praksis mht. til disponering på ældreområdet.

På ældreområdet tages der i disponeringen en konkret vurdering af de ydelser der skal leveres samt den bruger de skal leveres til. På baggrund af denne vurdering disponeres der efter den tid de forventes at kunne udføre ydelserne på. Denne disponeringspraksis sikrer en mere effektiv resourceudnyttelse og prioritering af den faglige indsats.

Det er erfaringen, at kommuner med en lav planlægningstid er kendetegnet ved:

- En stærk gruppelederrolle som planlægger, disponerer og er ansvarlig for udnyttelse af plejegruppens ressourcer
- Et moderne og effektivt disponeringsmodul
- En stram disponeringspraksis i planlægningen af de enkelte besøg.

Fravær

BTP-tidens fravær består af såkaldt planlagt og uplanlagt fravær. Det planlagte fravær omhandler ferier, afspadseringer, barsel m.v. og er dermed ganske vanskeligt at påvirke. Derimod viser erfaringerne på området, at kommunerne har mulighed for at påvirke det uplanlagte fravær, der i det væsentligste er det sygdomsrelaterede fravær.

For at sammenligne Socialforvaltningens sygefravær med kommunerne i SOS-analysen er det sygdomsrelaterede fravær sat ind i nedenstående tabel sammen med resultater fra højeste hhv. laveste fravær fra SOS-analysen.

Det samlede fravær for Socialforvaltningens hjemmepleje er opgjort til 27,1 pct. af det samlede betalte antal timer, men varierer fra 21,8 og helt op til 50,0 pct. blandt centrene.

Tabel 5.8: Benchmark af fravær

Benchmark - Fravær i procent	Procent
Socialforvaltningens hjemmepleje	27,1
Højeste i SOS-analysen	25,7
Laveste i SOS-analysen	18,8

Tabellen viser, at Socialforvaltningens hjemmepleje har en lidt højere fraværspcent end den højeste i SOS-analysen. 2 pct. højere og 8,3 pct. højere end den laveste fraværspcent i SOS-analysen.

Fraværet i Socialforvaltningens hjemmepleje er højt og i forhold til kommuner med en højere brugertidsprocent er det her en af de mest markante forskelle skal findes. Kommuner med en høj brugertidsprocent har samlet et lavt sygefravær.

I SOS-analysen kunne det konstateres, at de kommuner der havde det laveste sygefravær, havde iværksat en række initiativer:

- Kommunen etablerede en konsekvent sygdomspolitik med indkaldelse til en medarbejdersamtale efter tre sygdomstilfælde inden for to måneder
- Endvidere fokuserede kommunen på nedbringelse af langtidssygefravær bl.a. gennem fastholdelse via personalemøder, langsom tilbagemøden m.v.

Vikardækning

Hjemmeplejens håndtering af vikarer har ikke været omfattet af denne analyse, men KL vil pege på en række generelle erfaringer mht. hensigtsmæssig tilrettelæggelse af brugen af vikarer.

Det er vigtigt, at der kun indkaldes vikarer, når der er brug for. Det betyder, at der først indkaldes vikarer, når der er et overblik over dagens opgaver samt det fremmødte personale. Ved at bruge faste kørelister og lave de endelige kørelister dagen inden fås et godt plangrundlag. Samtidig er det

vigtigt, at der i planlægningen af personalets vagtplaner tages hensyn til det konkrete personalebehov, dvs. at der tages hensyn til "kendt fravær" - fx ferie eller langvarig sygdom.

I vurderingen af indkaldelse af eksterne vikarer kan også indgå overvejelser om indkaldelse af eget personale på planlagte fridage. Jo tidligere der varsles, jo mindre bliver ekstraomkostningerne til tillæg pga. ændret vagtplan mv. Konkret vil det i nogle tilfælde på hverdage være dyrere at indkalde egne medarbejdere på mistet fridag end det er at indkalde eksterne vikarer. Til gengæld vil det som hovedregel være betydeligt dyrere at indkalde eksterne vikarer i vagter i weekenden end det er at udbetale overarbejdspenge til egne medarbejdere

Jo større plejegrupperne er, jo bedre er mulighederne for at dække hinanden ind ved fravær. De nuværende ret små grupper giver kun ringe mulighed herfor. Samtidig er der ikke tradition for at bistå med aflastning på tværs af plejegrupper, selv ikke mellem grupper med samme fysiske base.

For at undgå at have faste vikarer er det vigtigt, at der laves præcise beregninger over personalebehovet, så normeringerne og dermed antallet af ansatte tilpasses det aktuelle behov. I forlængelse heraf, er også dyrt at have langvarige vakancer, så der skal gøres en stor indsats for at få besat vakante stillinger.

En del plejegrupper har faste aftaler om tilkald af timelønnet personale, fx studerende, eller personer, der af andre årsager ikke er interesseret i fast ansættelse. Der er forskellig praksis grupperne imellem på dette område, ligesom erfaringerne for indkaldelse af vikarer i sommermånederne er forskellige. Nogle grupper har gode erfaringer med tidligt at tage kontakt til de, der vikarierede sidste år, ligesom det kan være en god ide, at holde kontakt i løbet af året.

Erfaringerne inden for det seneste år viser, at en effektiv vikardækning kræver at den enkelte leder har en vifte af løsningsmuligheder, der kan anvendes alt efter det konkrete behov. Herudover kræver det, at lederne klædes godt på i forhold til opgaven - stor viden om: effektiv arbejdstilrettelæggelse og arbejdstidsplanlægning, overenskomstforhold, aktuelle muligheder i form af interne vikarkorps, timeansatte vikarer, eksterne vikarer, og hjælp fra naboplejegrupper.

Opsamling

Benchmarkingen mellem Socialforvaltningens hjemmepleje og ældreområdet viser ikke et entydigt billede. Det er åbenlyst, at fraværet i Socialfor-

valtningens hjemmepleje er en meget afgørende faktor i den relativt lave brugertidsprocent sammenlignet med ældreområdet, men dette er ikke hele forklaringen.

Flere af de parametre, hvor man kunne have forventet, at Socialforvaltningens hjemmeplejes målgruppe ville afvige fra ældreområdet har vist sig ikke at være rigtige. De parametre er ikke markant anderledes fra ældreområdet. Det drejer sig bl.a. om kontakt og fællesopgaver vedr. brugere som bl.a. dækker dokumentation og intern faglig koordinering. Dette var parametre, der var en forventning om, at de kunne dokumentere forskellen i effektivitet mellem Socialforvaltningens hjemmepleje og ældreområdet på grund af Socialforvaltningens mere ustabile og komplekse målgruppe, men dette er ikke tilfældet.

På de fleste betydende parametre ligger Socialforvaltningens hjemmepleje højt eller højere i tidsanvendelse end den højeste kommune i SOS-analysen. Dette sammenlagt med fraværet skaber den relativt lave brugertidsprocent.

I sammenligning med ældreområdet er vejtiden den mest markante afvigelse. Med det lave antal gennemsnitlige besøg er 10,1 pct. af tidsanvendelsen meget højt også selvom man tager Socialforvaltningens hjemmeplejes målgruppe i betragtning.

Sammenligningen med ældreområdet giver ikke nogen tydelige indikationer af, at den særlige målgruppe for Socialforvaltningens hjemmepleje, skulle give sig udslag i lavere BTP. Undtagelser herfra kan være vejtid pga. evt. flere forgæves gang end på ældreområdet.

Samtidig kan sammenligningen med ældreområdet opfattes som et idékatalog til indsatser der vil kunne medføre forøget BTP samt centrale styringsvariable.

6. Organiseringsanalyse

Denne del af analysen har til hensigt at afdække de organisatoriske rammers betydning for muligheden for at øge brugertidsprocenten (BTP) i Socialforvaltningens hjemmeplejes udførervirksomhed. Analysen vil udelukkende fokusere på udførervirksomheden og forholdet til visitationen vil kun blive berørt i de tilfælde, hvor det kan have betydning for BTP.

Denne del af rapporten er blevet til på baggrund af en række fokusgruppeinterviews, følvagter og gennem introduktionen af tidsregistreringen og er gennemført af KLK. Derudover har KLK fra Københavns Kommune modtaget skriftligt materiale om organisering af indsatsen i hjemmeplejen, stillingsbeskrivelser mv.

Den overordnede organisering af hjemmeplejen – struktur og ledelse

Hjemmeplejen i Socialforvaltningen henvender sig til borgere i aldersgruppen 18 til 65 år, som har brug for hjælp til praktiske opgaver eller personlig pleje på grund af fysiske og psykiske handicap, sindslidelser eller misbrug.

Hjemmeplejen er for så vidt angår hjemmeplejeydelser jf. servicelovens § 83 organiseret i en Bestiller-Udører-Modtager (BUM) model, med central visitationsenhed og en blanding af kommunale og private udførere.

Frem til foråret 2007 var der tilknyttet én eller flere visitatorer til hvert social- og handicapcenter. Visitatorerne var organisatorisk placeret i et myndighedsteam, men med stærk daglig kontakt til udførerteamet. Fra foråret 2007 er visitationen blevet samlet i en fælles enhed på tværs af centrene med to grupper for hhv. social- og handicapområdet men med fælles ledelse og administrativ stab.

Socialforvaltningens udførende hjemmepleje er organisatorisk placeret i hhv. handicap- og socialcentre, med hver sin målgruppe.

Handicapcentrene er ansvarlige for levering af hjemmepleje til:

- Fysisk og psykisk handicappede
- Personer med kroniske eller langvarige lidelser.

Socialcentrene er ansvarlige for levering af hjemmepleje til:

- Psykisk syge
- Misbrugere
- Andre socialt udsatte borgere.

Hjemmeplejen er organiseret som en BUM model, hvor visitationen varetager bestillerfunktionen og social- og handicapcentrene varetager hjemmeplejens kommunale udførervirksomhed. Visitation til sygepleje og socialpædagogisk bistand varetages selv af social- og handicapcentrene. Der er forskellig praksis mht. visitation til sygeplejeydelser, men tendensen er, at der også på dette område indføres en form for BUM styring med adskillelse af visitation og udfører. Generelt anbefaler KL en modificeret BUM model til borgere med mere komplekse behov som fx sygepleje. Den modificerede BUM model er beskrevet i kapitel 8 om organisering af hjemmehjælp og socialpædagogisk støtte i eget hjem.

Der er fire handicapcentre med i alt 11 plejegrupper og 227 pleje- og omsorgsmedarbejdere og otte socialcentre med i alt 10 plejegrupper og 136 pleje- og omsorgsmedarbejdere. Distrikterne for hhv. socialcentrene og handicapcentrene er geografisk opdelt

Social- hhv. handicapcentrene ledes af en centerchef og er opdelt efter funktion i en række teams.

På **socialcentrene** er hjemmeplejen placeret som en del af voksenteamet, som ledes af en teamchef. Voksenteamet yder støtte til voksne med særlige behov. Da indsatsen som udgangspunkt er tværfaglig, både med hensyn til personale og ydelser, er teamet tænkt som en samlet enhed i forhold til brugerne.

Interviews og følvagter giver dog det indtryk, at på de fleste socialcentre er hjemmeplejen en selvstændig gruppe uden megen kontakt til resten af voksenteamet i det daglige arbejde med brugerne.

Der er ikke en særlig leder for hjemmeplejegruppen, men i nogle socialcentre er der en koordinator i hjemmeplejegruppen. Koordinatoren står typisk for en del af det koordinerende og administrative arbejde i gruppen, og varetager dermed også en vis form for ledelsesfunktion. Koordinatorerne kan også have et mindre antal brugere, som de udfører ydelser overfor, udover de administrative opgaver. Det er chefen for voksenteamet der er den ansvarlige leder for personalet i hjemmeplejegruppen, som afholder udviklings- og fraværssamtaler, står for personaleudvikling, ansætter personale osv.

Chefen for voksenteamet deltager typisk kun i møder med hjemmeplejegruppen en gang om måneden, og den daglige kontakt til gruppen går via koordinatoren.

Den daglige tilrettelæggelse af arbejdet, brugen af administrativt personale, integrationen mellem hjemmeplejegruppen og resten af voksenteamet, teamkoordinatorens rolle mv. varierer en del mellem socialcentre. Det betyder, at der ikke er tale om én fælles måde at lede og tilrettelægge arbejdet i hjemmeplejen på socialcentre.

På **handicapcentre** er hjemmeplejen organiseret i sit eget team med egen teamchef. Herunder er hjemmeplejen opdelt i grupper med egen gruppeleder. Det er konsulenternes opfattelse, at organiseringen af arbejdet i hjemmeplejen er forholdsvis ens på de fire handicapcentre.

Der er ikke noget tæt samarbejde mellem myndighedsteam og hjemmeplejeteam på handicapcentre. Den fysiske nærhed til myndighedsdelen opfattes som hensigtsmæssig, hvis man har behov for at tale sammen om en bruger, men det kan også gøres pr. telefon. De forskellige team i handicapcentre modtager supervision uafhængigt af hinanden. Interview og føl-vagter giver således ikke indtryk af en stærk sammenhæng mellem de forskellige team i handicapcentre.

Det er konsulenternes opfattelse, at der er tale om meget stor forskel i organisering og daglig arbejdstilrettelæggelse mellem hjemmeplejen i hhv. social- og handicapcentre, og i en styringsmæssig sammenhæng er der reelt tale om to helt adskilte organisationer.

I den store forskel internt mellem grupperne i organisering og arbejdstilrettelæggelse som er beskrevet nedenfor, gemmer sig mange gode og hensigtsmæssige arbejdsgange og metoder. Det er konsulenternes opfattelse, at der ikke sker nogen systematisk læring på tværs af centre og grupper, hvorfor de bedste ideer ikke kommer organisationen som helhed til gode. Det anbefales derfor, at der igangsættes initiativer der kan styrke den organisatoriske læring på tværs af centre og grupper, med henblik på at lære af andres gode erfaringer og i fællesskab skabe de gode rutiner og arbejdsgange som kan føre til øget effektivitet i hjemmeplejen.

Daglig ledelse

Flere af de interviewede giver udtryk for, at personalet i hjemmeplejen har et stort behov for nærhed i den daglige ledelse. Der er tale om en særlig personalegruppe, der i deres arbejde kommer meget tæt på de på svageste i samfundet og hvor en stor del af dem har private problemer. Begge dele giver behov for en tilstedeværende leder, som de kan tale med.

Både på social- og handicapcentre er det praksis, at personalet selv står for tilrettelæggelsen af dagen og afholdelse af morgenmøde. Det opleves både positivt og negativt. Det positive er, at medarbejderne selv har stor indflydelse på, hvilke brugere de har hvilket øger tilfredsheden med arbej-

det. Det negative er, at medarbejderne kan føle, at brugere ikke fordeles retfærdigt mellem medarbejderne, hvilket har negativ indflydelse på arbejdstilfredsheden.

Der er tættere kontakt mellem ledere og personale på handicapcentrene end på socialcentrene, idet der på handicapcentrene er en gruppeleder for hver plejegruppe, mens der på socialcentrene ikke er en dagligt tilstedeværende personaleleder. Dette kan være en medvirkende årsag til, at sygefraværet på handicapcentrene under ét er væsentligt lavere end på socialcentrene, jf. kapitel 3.

Det anbefales, at Københavns Kommune sætter fokus på initiativer, der forøger den direkte personalemæssige ledelse og giver lederne de nødvendige kompetencer til at varetage ledelsesopgaven.

Det anbefales, at der er en gruppeleder tilknyttet hver plejegruppe med kompetence til at lede personalet, det vil fx sige den daglige ledelse og planlægning men også MUS samtaler, opfølgning på fravær mv.

Socialforvaltningen må sikre, at det står klart for lederne, hvilke opgaver de skal løse samt hvilke kompetencer dette i givet fald forudsætter. Socialforvaltningen må desuden sikre sig, at lederne får mulighed for at kompetenceudvikle sig på de ledelsesfaglige områder, hvor de har behov for det. Dette kan fx ske via kursusvirksomhed, mentorordninger, indgåelse af netværk mv.

Det er KLKs erfaring, at der normalt er 4-6 temaer, der er relevante at se på i forbindelse med kompetenceudvikling af ledere. Det er:

- Strategisk ledelse
- Faglig ledelse
- Personaleledelse
- Styring og administration
- Kommunikative kompetencer
- Relationelle kompetencer

Det anbefales at der igangsættes et udviklingsforløb, der dels skal afdække de ledelsesmæssige kompetencer der er brug for i de forskellige lederstillinger, dels skal sikre at lederne i disse stillinger har eller får de nødvendige kompetencer.

Gruppestørrelse

Plejegrupperne i hjemmeplejen består af mellem 8 og 35 udførende medarbejdere, med et gennemsnitligt antal for plejegrupper i socialcentrene på 14 og handicapcentrene på 21. Kun 5 ud af de 20 grupper er på 20 udførende medarbejdere eller derover.

Den gruppestørrelse der erfaringsmæssigt både fagligt og økonomisk er bedst består af mellem 20 og 30 udførende medarbejdere jf. kapitel 4 om benchmarking med ældreområdet.

I forhold til optimal udnyttelse af ledelsesressourcen og sikre optimal planlægning peger erfaringer på, at grupper på op til 50 medarbejdere kan være økonomisk fordelagtige. Der kræver klare opgave- og kompetencebeskrivelser, der sikrer adskillelse af ledelsesmæssige og planlægningsrelaterede opgaver. En sådan opdeling kan skabe gode rammer for såvel ledelse som planlægning og koordinering. Det er samtidigt vigtigt at sikre, at lederne har de nødvendige kompetencer til ledelsesopgaverne, herunder personaleledelse og overordnet koordinering. Samtidig skal planlæggerne have de nødvendige kompetencer til at udføre alle planlægningsopgaver i forbindelse med kørelisterne.

På baggrund af ovenstående vurderer konsulenterne, at plejegrupperne er for små. Både i forhold til at sikre det faglige niveau og i forhold til at sikre økonomisk bæredygtighed og høj BTP i plejegrupperne.

På socialcentrene, hvor hjemmeplejen er en del af det større voksteam, udnyttes nærheden til andre personalegrupper i voksteamet ikke til at dække levering af ydelser i hjemmeplejegruppen ind, ved at de andre personalegrupper tager over ved fravær og akut opståede plejebestanden. På det faglige plan er der visse steder en vis udnyttelse af de bredere kompetencer i voksteamet i forhold til målgruppen i form af fælles personalemøder og fælles supervision for hele teamet.

Interviewene giver ikke entydig opbakning til større plejegrupper, selvom der er forståelse for, at det formentlig vil kunne øge BTP og styrke fagligheden. Til gengæld peges der på, at specialiseringen i forhold til målgruppen og den lokale teamånd vil forsvinde ved sammenlægning af plejegrupperne til større enhed på tværs af de nuværende centre. De lokale erfaringer fra sammenlægningen af grupperne i forbindelse med reduktion i antallet af socialcentre er, at det tager lang tid at få to grupper, der er slået sammen til en, til at fungere hensigtsmæssigt og effektivt. Blandt andet peges der på ledelsesmæssige problemer og gamle kulturer fra de sammenlagte grupper kan virke som en hæmsko for integrationen til en ny samlet plejegruppe.

Der er tilknyttet administrativt personale til de fleste hjemmeplejegrupper. De administrative opgaver der løses af det administrative personale, er forskellige fra gruppe til gruppe men er typisk telefonpasning, indtastning af data i TOP, udtræk af kørelister, lave kørelister mv. Derudover laver gruppeledere og koordinatorene nogle af de samme opgaver.

På handicapcentrene med fælles base sidder det administrative personale sammen, og kan derfor afløse hinanden. På socialcentrene er der administrative medarbejdere direkte knyttet til de fleste plejegrupper. Ved større grupper vil der kunne ske en reduktion i antallet af administrative medarbejdere, da én næsten lige så vel kan betjene en stor plejegruppe som en lille. Det kan dog være en forudsætning herfor, at der anskaffes et planlægnings/plejesystem der er mindre tidskrævende at anvende end det nuværende TOP system.

Større plejegrupper kan betyde forøget vejtid, hvis der ikke gøres en målrettet indsats for at optimere planlægningen af køreruterne mellem klienterne. Dette vil kræve en professionalisering af planlægningen, ligesom det er vigtigt at inddrage personalets erfaringer med den faktiske vejtid og de praktiske forhold på vejnettet.

Det anbefales, at den gennemsnitlige gruppestørrelse øges, så der ikke findes plejegrupper på under 20 udgående medarbejdere. Som alternativ hertil kan der skabes øget fokus på tværgående samarbejde mellem grupperne på samme base og mellem de forskellige faggrupper i voksenteam på socialcentrene.

Sammenhæng mellem hjemmeplejen og de øvrige indsatser overfor brugerne

Københavns Kommunen har valgt en model for indsatsen for psykisk syge og handicappede under 65 år, hvor hele indsatsen for hver af målgrupperne formelt er samlet i én organisation. Som nævnt i kapitlet om mulighederne for ændret organisering af hjemmeplejen, er der nogle klare fordele ved en sådan organisering, og interviewene peger i retning af, at modellen med den specialiserede hjemmepleje opfattes som unik og god for brugerne.

Fordelen ved modellen er, at for borgere med stærkt sammensatte behov eller behov for specialiserede ydelser er det en fordel med en helhedsvurdering af borgeren og sammenhæng i indsatsen. Samtidig opfattes det som vigtigt for brugerne med så få kontaktpersoner i kommunen og så få personer i borgernes hjem som muligt.

Som nævnt ovenfor, er den daglige sammenhæng mellem medarbejdergrupperne og dermed indsatsen indenfor hjemmepleje og de øvrige områder svag de fleste steder.

På socialcentrene er der de fleste steder ikke nogen daglig kontakt mellem de ansatte i hjemmeplejen og de øvrige ansatte i voksenteamet. Hjemmeplejen opfattes som en særlig enhed med afgrænsede opgaver i fht. brugerne. Kontakten mellem de forskellige faggrupper foregår evt. ved fælles møder eller fælles supervision. Det skal nævnes, at der er forskel på socialcentrenes praksis på dette område. Således er det konsulenternes indtryk, at der fx i Socialcenter City arbejdes mere systematisk med samarbejde mellem personalegrupperne, mens sammenhængen andre steder er nærmest ikke eksisterende.

På handicapcentrene er der en klar organisatorisk adskillelse af indsatsen. Hjemmeplejen har sin helt egen organisation med særligt hjemmeplejeteam, og hvor blandt andet daglige møder om borgerne og supervision foregår adskilt fra centrets øvrige team.

En organisering efter BUM princippet for hjemmeplejeydelser og en skarp adskillelse af hjemmeplejens økonomi fra de øvrige indsatser er med til at forstærke udskillelsen af hjemmeplejen fra de øvrige medarbejdergrupper og svække samarbejdet om klienterne. Dette er også opfattelsen i centrene, idet der i interviewene peges på, at BUM organiseringen, med dens stærke økonomiske fokus, har svækket det tværfaglige arbejde om brugerne, og samtidig har givet flere forskellige kontaktpersoner i kommunen for brugerne.

Dette er en tendens der også kan genkendes fra ældreområdet, hvor fokus på fritvalgsområdet i udførerdelen i høj grad er på den økonomiske effektivitet, og det derfor kan svække samarbejdet på tværs af faggrupper, hvis der er tale om, at det koster tid for hjælperne.

Det er konsulenternes vurdering, at Københavns Kommune i organisering af hjemmeplejen på handicapcentrene i et vist omfang har taget konsekvensen af BUM organiseringen ved at lave en organisation der retter sig særligt mod levering af hjemmeplejeydelser.

I organiseringen af indsatsen på socialcentrene har kommunen ikke taget den samme konsekvens, men har alligevel i praksis en særlig og adskilt hjemmeplejegruppe på de fleste socialcentre. Det har den konsekvens, at organiseringen af hjemmeplejen på den ene side ikke har en klar fokus på produktivitet i udførelsen, men på den anden side heller ikke har klar fokus på sammenhæng i indsatsen på tværs af faggrupper.

Benchmarkinganalysen mellem centrene jf. kapitlet herom viser da også en tendens til, at produktiviteten i hjemmeplejen er højere på handicapcentre-
ne end på socialcentre.

Det anbefales, at Københavns Kommune beslutter om hovedfokus for hjemmeplejen skal være den økonomiske effektivitet eller den nære kontakt til de øvrige personalegrupper på socialcentre og tilrettelægger og organiserer arbejdet herefter. Anbefalingerne om større plejegrupper og mere præcis fokus på den økonomiske effektivitet kan være i modstrid med den nuværende organisering, med otte socialcentre, med hver sin hjemmeplejegruppe.

Kulturens betydning

Det stærkeste fællestræk ved hjemmeplejen er selvforståelsen af at være noget særligt. At "vi har en særlig målgruppe med nogle særlige behov, og vi kan derfor ikke sammenlignes med andre". Dette understøttes af begrebet om den brugerrettede forvaltning. Det er ikke lykkedes konsulenterne at få konkretiseret dette begreb på en måde, så det kan forklare den lave BTP i hjemmeplejen i forhold til ældreområdet.

Den selvforståelse om den særlige målgruppe og den brugerrettede forvaltning er i den organisatoriske selvforståelse forklaring nok: "Vi er dyrere fordi vores målgruppe er særlig". Dette er en meget dyr holdning at have, idet den er afvisende overfor stort set alle argumenter om tiltag, der vil medføre øget fokus på effektivitet, idet de vil blive opfattet som undergravende i forhold til det brugerrettede og de særlige behov hos målgruppen.

Som det er nævnt ovenfor, har man i dag ikke de fordele som en stærk sammenhæng mellem den indsats der ydes af de forskellige faggrupper kan have overfor opfyldelse af brugernes behov. Man har heller ikke har de økonomiske fordele af en hjemmepleje styret efter højs mulig BTP og dermed økonomisk effektivitet.

Det er derfor en forudsætning for en øget BTP og dermed effektivitet i hjemmeplejen, at der sker en ændring af denne kultur. Det er KL's opfattelse, at der ikke er nogen skarp modsætning mellem brugernes behov, den faglige kvalitet og effektiv drift.

KL vil til borgere med stærkt sammensatte og komplekse behov anbefale, at organiseringen af bestillerenheden og udførerenheden ses i en sammenhæng. Principperne herfor er beskrevet i kapitel 8 om Organisering af hjemmehjælp og socialpædagogisk støtte i eget hjem.

En reorganisering af indsatsen efter disse principper, vil på den ene side betyde øget fokus på borgernes samlede behov, dels fokus på effektiv økonomisk drift.

En konsekvens heraf kan meget vel være, en udfordring for den nuværende organisering med fire handicapcentre og otte socialcentre, men hver sin(e) plejegrupper. Konsekvensen kan fx være, at større plejegrupper o fremtiden tilknyttes mere end ét center, men samtidig, at der bliver et tættere samarbejde mellem visitation, hjælpere og de øvrige medarbejdere i voksenteam på socialcentrene eller myndighedsteam på handicapcentrene.

En anden mulighed er en større daglig sammenhæng mellem den socialpædagogiske indsats og pleje- & omsorgsopgaverne som skitseret i kapitel 8.

Den daglige anvendelse af plejesystemet TOP

Socialforvaltningen anvender it-systemet TOP som registreringsystem i uførerdelen af hjemmeplejen. Der anvendes et særligt system til visitation af ydelser. I princippet skal alle visitationer, planlagte besøg og aflagte besøg dokumenteres i TOP. Indtastningen i TOP foretages som hovedregel af særligt administrativt personale eller af gruppeleder/teamkoordinatorer.

Registreringen foregår ved, at de visiterede ydelser til en bruger tastes ind i TOP på baggrund af data fra visitationssystemet. Der er ikke nogen entydighed mellem plejegrupperne omkring, hvorvidt en bruger tildeles en fast hjælper eller ej. Princippet i anvendelsen af systemet er, at efter planlægning af dagens besøg indtastes disse i TOP og printes ud på kørelister til medarbejderne. Medarbejderne registrerer i løbet af dagen eventuelle afvigelser fra de planlagte besøg på kørelisterne og herefter indtastes de faktisk aflagte besøg i systemet.

Nogle af grupperne har fået at vide, at de skal indtaste alle visiterede timer for en dag i TOP, selvom de er klar over, at der kommer aflysninger. Hvis der i tilrettelæggelsen af behovet for personaleressourcer ikke tages højde for aflysninger, medfører denne fremgangsmåde at den daglige normering systematisk vil være for stor i forhold til det faktiske personalebehov. I forhold til BTP vil dette sig blandt andet give sig udslag i ventetid for personalet og dermed lavere BTP.

De fleste af grupperne er op til 14 dage eller mere bagud med indtastning af de faktisk leverede timer i TOP. Systemet med at der afregnes betaling til grupperne månedsvis efter de faktisk leverede timer lægger et vist pres på forholdsvis hurtig indtastning af de leverede timer.

Der er ikke i KL's analyser foretaget en kontrol af datakvaliteten i TOP, da dette ikke har været en del af projektet. Det er dog KL's erfaring fra andre analyser, at der er stor forskel i de manuelle registreringerne i it-systemer og de faktisk leverede timer. Dette understreges af, at Konkurrencestyrelsen udelukkende accepterer timeprisberegninger på frit-valgs-området baseret på manuelle registreringer af samtlige besøg også selvom besøget, er leveret til tiden i plejesystemer eller gennem repræsentative stikprøver som BTP tidsregistreringen. Det samlede antal leverede timer i 2006 jf. indtastninger i TOP var ca. 390.000 mens estimerer baseret på BTP analysen viser ca. 320.000 leverede timer.

Kvaliteten af aktivitetsdata fra TOP systemet er altså ikke tilstrækkelig til brug for planlægning, opfølgning og timeprisberegning.

Daglig arbejdstilrettelæggelse og planlægning

Der holdes morgenmøder i samtlige plejegrupper, hvor blandt andet dagens arbejde tilrettelægges. Der er stor forskel på mængden af planlægningsaktiviteter på morgenmødet. I nogle grupper, har administrator/gruppeleder lagt planer for den efterfølgende dag fx på baggrund af faste kørelister for medarbejderne, så der på morgenmødet kun træffes aftaler om ændringer som følge af akut opstået fravær og borgernes aflysninger af samme. Andre steder foretages der på morgenmødet betydeligt flere ændringer på baggrund af medarbejdernes vurdering af borgernes behov for hjælp den pågældende dag. På morgenmødet udveksles derudover informationer om borgerne på baggrund af forrige dags besøg, henvendelser fra borgere og pårørende, praktiske spørgsmål mv.

De fleste medarbejdere møder på basen om morgenen for at modtage kørelister, deltage i morgenmødet og hente nøgler, men der er dog enkelte medarbejdere der møder direkte hos brugerne. De fleste medarbejdere runder ligeledes basen efter det sidste besøg hos brugerne. Her afleveres køreliste & nøgler samt aflægges evt. kort rapport til gruppeleder/koordinator.

Beslutning om indkaldelse af vikarer foretages af teamchef eller gruppeleder dagen inden. Det er konsulenternes indtryk, at der på centre med flere grupper kun i ringe grad er udveksling af medarbejdere i tilfælde af sygdom og andet fravær. Denne manglende udveksling af medarbejdere skyldes interne behov for arbejdskraft i den enkelte gruppe, og der foretages dermed ikke nogen samlet koordinering af arbejdskraftressourcen på tværs af grupper efter det samlede behov på centret.

Den praktiske tilretning af kørelisterne foregår ved, at medarbejderne enten skriver tilføjelser på egne kørelister i hånden, eller klistrer løse flapper ind

på egne kørelister. Registreringen i TOP af disse ændringer i planlægningen foretages de fleste steder efter dagens afslutning samtidig med, at registreringen af de faktisk aflagte besøg foretages.

Fra følvagterne er det konsulenternes indtryk, at den typiske faktiske tid der anvendes fra medarbejderne møder på arbejde til de er ude af døren varierer fra 30-45 minutter, evt. lidt mere for nogle medarbejdere.

Meldinger om ændringer af kørelister i løbet af dagen klares fx ved, at medarbejderne er udstyret med mobiltelefoner, eller ved at de ringer ind til basen⁷.

I de fleste grupper mødes man til frokost på basen, men for nogle grupper er der dog frokoststuer tættere på klienterne, for at mindske vejtiden.

TOP systemet har ikke faciliteter der understøtter planlægningen af køreruter og besøg, ligesom den daglige planlægning i høj grad er overladt til medarbejderne selv.

En gruppeleder, der både har arbejdet med TOP og med et moderne plejesystem der understøtter planlægning, giver udtryk for, at der ved planlægningen af kørelister kan spares en del tid i et moderne system i forhold til at anvende TOP.

Det er KL's erfaring, at en professionalisering af planlægningsopgaven vil kunne øge effektiviteten i udførelsen, samtidig med, at det er vigtigt at stille krav til medarbejdernes selvstændighed og dømmekraft i forbindelse med prioritering af opgaver og disponering af vejtiden, så der så vidt muligt kan skabes plads til akutte besøg.

Det er ligeledes KL's erfaring, at morgenmødet kan fjernes og erstattes af møder på andre tider af dagen, så der dagligt kun afholdes ét møde, fx i forbindelse med frokost. Det vil først og fremmest frigive personale i morgentimerne, hvor der erfaringsmæssigt er mest travlt. Dernæst vil det, sammen med professionalisering af planlægningsopgaven, kunne skære mødetid til daglig planlægning bort. Derudover vil der kunne spares vejtid, ved at lade medarbejderne møde direkte hos borgerne. Det vil kræve, at medarbejderne får udleveret kørelister dagen i forvejen, at de opdateres pr. telefon og at der opstilles nøglebokse med universalnøgle hos brugerne. Håndholdte computere der kan fjernopdateres fx via mobiltelefonnettet vil også understøtte fjernelse af morgenmødet.

⁷ En gruppe har oprettet et gratisnummer medarbejderne kan ringe til, hvis de har behov for support mv.

Generelt er det dyrt at mødes. Dels koster selve mødet tid, men det koster også køretid mellem basen og klienterne, så jo færre forskellige møder der holdes, jo kortere vejtid vil der være. Det anbefales derfor, at det overvejes om mødestrukturen kan ændres, så der holdes færre møder i hjemmeplejegrupperne end nu.

De interviewede gruppeledere og centerchefer gav dog udtryk for betænkelighed ved helt at afskaffe morgenmødet, da det har en vigtig social funktion for medarbejderne.

Det anbefales ligeledes, at der i den daglige planlægning ses på personaleressourcerne på tværs af plejegrupper og personalegrupper for at optimere udnyttelsen af ressourcerne på tværs i stedet for bare inden for den enkelte gruppe.

Opsamling

Organiseringsanalysen viser, at der er meget store forskelle mellem organiseringen af hjemmeplejen på handicapcentre og på socialcentre. I mange sammenhænge, kan man tale om to helt uafhængige hjemmeplejer, der ikke har andet til fælles, end at de begge servicerer borgere under 65 år og begge er organisatorisk tilknyttet Socialforvaltningen. Der er ligeledes stor forskel i den daglige tilrettelæggelse og organisering af arbejdet mellem plejegrupperne, så det er ikke på ret mange områder muligt at sige, at denne eller hin rutine eller arbejdsgang er den der bruges alle steder.

Det fremgår ligeledes af organiseringsanalysen, at der ikke er nogen stærk kobling mellem hjemmeplejegrupperne og de øvrige faggrupper i centrene.

Organiseringsanalysen giver anledning til en række konklusioner og anbefalinger, der sammen eller hver især vil kunne bidrage til at øge BTP:

- Det anbefales derfor, at der igangsættes initiativer der kan styrke den organisatoriske læring på tværs af centre og grupper, med henblik på at lære af andres gode erfaringer og i fællesskab skabe de gode rutiner og arbejdsgange som kan føre til øget effektivitet i hjemmeplejen
- Det anbefales, at Københavns Kommune sætter fokus på initiativer, der forøger den direkte personalemæssige ledelse og giver lederne de nødvendige kompetencer til at varetage ledelsesopgaven
- Det anbefales, at der er en leder med de nødvendige kompetencer tilknyttet hver plejegruppe
- Det anbefales, at der igangsættes et udviklingsforløb for ledere i hjemmeplejen
- Det anbefales, at den gennemsnitlige gruppestørrelse øges, så der ikke findes plejegrupper på under 20 udgående medarbejdere. Som alterna-

tiv hertil kan der skabes øget fokus på tværgående samarbejde mellem grupperne på samme base og mellem de forskellige faggrupper i voksenteam på socialcentrene

- Det anbefales, at Københavns Kommune beslutter om hovedfokus for hjemmeplejen skal være den økonomiske effektivitet eller den nære kontakt til de øvrige personalegrupper på socialcentrene og tilrettelægger og organiserer arbejdet herefter
- Det anbefales, at hjemmeplejen organiseres efter den modificerede BUM model, som beskrevet i kapitel 8
- Kvaliteten af aktivitetsdata fra TOP systemet er ikke tilstrækkelig til brug for planlægning, opfølgning og timeprisberegning
- Det anbefales, at det overvejes om mødestrukturen kan ændres, så der holdes færre møder i plejegrupperne end nu
- Det anbefales ligeledes, at der i den daglige planlægning ses på personaleressourcerne på tværs af plejegrupper og personalegrupper for at optimere udnyttelsen af ressourcerne på tværs i stedet for bare inden for den enkelte gruppe.

7. Effektivitetspotentiale ved indførelse af elektronisk omsorgssystem

Baggrund og forudsætninger

Som et tillæg til BTP-analysen har Københavns Kommune ønsket at gennemføre en række analyser af centrale arbejdsgange til brug for at bidrage til en kvantificeret estimering af potentielle gevinster ved indførelse af en samlet IT-understøttelse af Socialforvaltningens hjemmepleje.

I modsætning til BTP-analysen er der kun indsamlet en mindre stikprøve på tidsdata på udvalgte arbejdsgange. På baggrund af de kvantitative oplysninger og de mere kvalitativt indsamlede data er målet, at forsøge at lave en vurdering/skøn over mulige potentialer for effektivisering, relateret til brugen af nye it-værktøjer.

I ovenstående BTP-analyse er det tydeligt, at der er basis for at forbedre arbejdsprocesserne på en række områder, men BTP-analysen synliggør som udgangspunkt kun forskellene internt i Socialforvaltningens centre. Hvis der skal opnås yderligere forbedringer i BTP, er det nødvendigt med nogle mere strukturelle omlægninger i de administrative og planlægningsmæssige funktioner.

En af de helt oplagte initiativer til yderligere at forbedre BTP er, at få optimeret de administrative og planlægningsmæssige opgaver i form af en bedre it-understøttelse. Disse systemer er i høj grad en medvirkende årsag til, at den samlede kommunale hjemmepleje i Danmark har opnået betydelige effektiviseringsgevinster gennem de seneste 10 år, på trods af stigende lov- og dokumentationskrav fra centralt hold de senere år.

En af opgaverne i projektet har derfor været at analysere og vurdere hvilke potentialer en bedre it-anvendelse vil kunne medføre for en række udvalgte arbejdsgange i Socialforvaltningen. Konsulenterne har identificeret, at der er forskelle på arbejdsgange og organisering af arbejdet på centrene, der vanskeliggør at lave en valid sammenligning på tværs af Socialforvaltningens centre. Der er derfor kun udvalgt en række få men fælles centrale arbejdsgange der vurderes at have potentialer ved indførelse af ny it, og som samtidig er forholdsvis generiske på tværs af centrene. Disse arbejdsgange kan til dels udgøre en basis for en kvantificeret potentiale-vurdering på tværs af hjemmeplejen. Der kan uden tvivl findes yderligere arbejdsgange og papirbaserede rutiner, der ved ibrugtagning af et fælles omsorgssystem kan optimeres og standardiseres.

Det skal derfor understreges igen, at det kun er få og centrale udvalgte arbejds gange der er blevet tidsmålt. Det er ikke en fuldstændig kortlægning af samtlige arbejds gange i hjemmeplejen. De arbejds gange der er udvalgt, og som vurderes til at give potentielle gevinster vil KLK anbefale Københavns Kommune at gå målrettet efter.

Det skal endvidere bemærkes, at indførelsen af et moderne omsorgssystem også kan have som målsætning at hæve kvaliteten og mængden af den faglige og ledelsesmæssige dokumentation!

Hver gang mængden og detaljeringen i registreringskravene vokser vil det uundgåeligt have betydning for BTP i en negativ retning. Det er derfor alt afgørende at have den rette balance mellem behovet for styringsdokumentation, faglig dokumentation og den tid der medgår til at producere informationen i et nyt omsorgssystem. Det fastlægger man i vid udstrækning selv i systemet. Hele diskussionen om minuttyranni i ældreplejen er da heller ikke kommet af ingenting. Der findes eksempler på kommuner hvor man valgte at detaljere ydelser og kvalitetsstandarder i omsorgssystemerne i en sådan grad at man druknede sig selv i dokumentation.

KLK vil selvfølgelig ikke anbefale Københavns Kommune at gå samme vej. Det er muligt både at få ønsket om bedre ledelsesinformation og en effektiv og rationel dokumentation i myndighed og udførelsen til at gå hånd i hånd. Dette kan lade sig gøre ved dels at visitere i større blokke.

Mange af de kommuner der er gået fra papirbaseret ældrepleje til digital forvaltning af området har således oplevet at der er gået tid fra leveringen af service til mere administrativ tid dels pga. ledelseskrav om mere styring, men også fra de centrale myndigheder. De mobile løsninger der siden hen er blevet indført har i flere tilfælde dog hentet dette tilbage igen. Så hele vurderingen af potentialerne i nedenstående hviler også på den antagelse, at et moderne omsorgssystem i årgang 2008 er inklusiv den mobile adgang. Det er efter KL's opfattelse en integreret del af en samlet it-løsning til hjemmeplejen i dag.

At fravælge denne mulighed ville være at afskære sig selv muligheden for at få en bedre business case ud af investeringen af de transaktionsomkostninger det koster at indføre.

Metode for mikro-analysen

Til brug for mikro-analysen af effektiviseringspotentialet er der blevet udvalgt en række få, men centrale arbejds gange der alle i større eller mindre

grad forventes at kunne udføres enklere ved indførelsen af et moderne omsorgssystem, med fuld mobil funktionalitet.⁸

KLK udarbejdede forslag til arbejdsgange baseret på observationer fra en følvtugt med fokus på arbejdsgange relateret til it-anvendelsen.

Oprindeligt var det målet at anvende flest muligt af de arbejdsgange som også blev anvendt i Caremobil-projektet (se senere), for at have mulighed for at anvende referencetal fra andre kommuner. Det viste sig dog at det var ganske kompliceret at finde fælles registreringsmetoder, dels fordi organiseringen og ansvarsfordelingen af udførelsen af de relevante arbejdsgange varierede en del mellem centrene, og dels fordi medarbejderne på dette tidspunkt allerede havde været igennem BTP-analysen og en næsten tilsvarende proces i forbindelse med itprojektet internt i Socialforvaltningen. Endelig gav anvendelsen af TOP-systemet anledning til at sætte en større fokus ind på det administrative tidsforbrug som brugen af Københavns Kommunes TOP-system medfører, især for det administrative personale (se senere om TOP-systemet).

Konsulenterne afholdt en heldagsworkshop med de centrale medarbejdere, der alle har bidraget til at kvalificere de arbejdsgange der blev foreslået. På baggrund af workshoppen udarbejdede konsulenterne i samarbejde med Københavns Kommune de endelige skemaer der blev præsenteret for den gruppe af medarbejdere, der indgik i selve målingen. Resultatet blev, at man lagde sig fast på følgende skemaer⁹:

- Tidsforbrug i forbindelse med visitation og revisitation
- Tidsforbrug i forbindelse med indtastning i TOP
- Tidsforbrug i forbindelse med dokumentation (eksklusiv medicin)
- Tidsforbrug i forbindelse med bestilling af medicin.

Der er ikke valgt at lave nogle arbejdsgange relateret til hjælpergruppen. Derfor er der kun nogle kvalitative anbefalinger der vil kunne blive brugt til at vurdere mulige effektiviseringsanbefalinger. Det er dog på denne gruppe at bare en lille besparelse på tid giver relativt store gevinster.

Skemaerne er således ikke en totalmåling, men blot et antal stikprøver på 5 udvalgte centre. Ideen er at finde nogle gennemsnitstider på nogle centrale processer.

⁸ Med fuld funktionalitet tænkes her på, at de mobile enheder har mulighed for at modtage og sende data, sms og telefonopkald.

⁹ For de mere detaljerede beskrivelser, se bilag med skemamaterialet.

De 3 af skemaerne er udformet på den måde at man har fastlagt 3 trin i arbejdsgangene:

- forberedelse
- gennemførelse og
- efterbehandling.

Denne opdeling er ikke anvendt for TOP-skemaet, da dette ikke vil give mening.

Begrundelsen for opdelingen på de øvrige skemaer er, at de mobile løsninger åbner mulighed for at flytte en del af tidsforbruget fra især efterbehandlingen ud i borgerens hjem.¹⁰ Samtidig giver det mulighed for at sammenligne tallene med andre kommuners tal, særligt fra caremobil-projektet, evt. også på et senere tidspunkt, hvis man ønsker at gentage målingen med en eftermåling.

Data fra mikro-analysen indgår i nedenstående som input til vurderinger for effektiviseringspotentiale, så vidt muligt som kvantificeret skøn

Generelt om omsorgssystemer til hjemmeplejen

Der er i dag 4 leverandører af moderne IT-systemer til ældreområdet. De 4 leverandører er CSC Scandihealth med Vitae omsorg (=KOS), Rambøll Informatik med Rambøll Care, Uniq omsorg fra Zealand Care og endelig Lyngsoe systems med Lyngsø omsorgssystem. Ældreområdet er it-mæssigt på mange måder unik indenfor den offentlige digitale forvaltning, fordi der er et konkurrencepræget marked, der har medført stærkt faldende priser, samtidig med at der arbejdes med en forholdsvis moderne it-arkitektur, baseret på en høj grad af "frivillig" standardisering af fælles offentlige snitflader og kommunikationsstandarder (Medcom, medicinprofil, vagtplan, fælles sprog-begreber mv.). Systemerne er endvidere udbygget med moderne mobile løsninger til frontpersonalet i marken. Alle kommuner på ældreområdet på nær en nabokommune til København og Socialforvaltningen i Københavns Kommune anvender i dag et af disse systemer.

De 2 største leverandører er p.t. CSC og Rambøll. Sundheds- og omsorgsforvaltningen anvender CSC's system, der i Københavns Kommune er om-døbt til KOS.

¹⁰ En af fordelene ved at have en mobil adgang til sit omsorgssystem er, at flere administrative opgaver kan flyttes fra efterbehandling til gennemførelse. Det ændrer positivt på den samlede BTP, idet man er i borgerens hjem, samtidig med at man ordner noget dokumentation i journalen, og at dette betragtes som BTP-tid.

Systemerne er alle kendetegnet ved at være modul-opdelt i 3 hovedfunktioner, og at de kan tilpasses indholdsmæssigt til den enkeltes kommunes behov (fx serviceniveau, lokale ydelsestyper, statistik mv.).

- En journaldel (visitation og faglig journaldokumentation)
- En driftsplanlægningsdel
- En vagtplansdel.

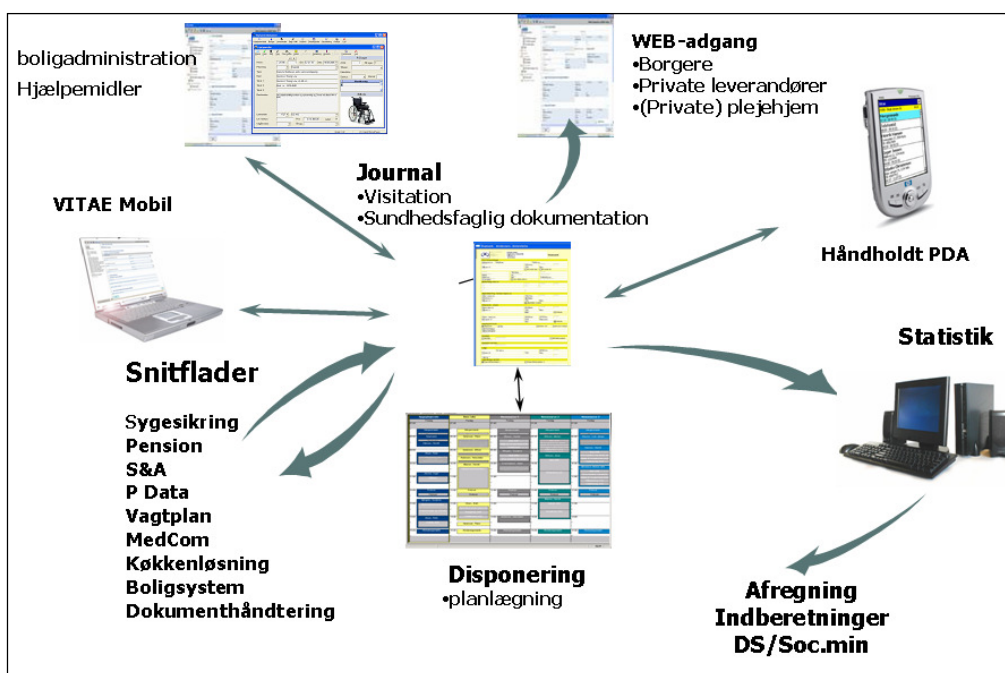
Journaldelen og driftsplanlægningsdelen er begge mobilt understøttet.

Driftsplanlægningsmodulerne er tæt integreret med både visitation/journalmodulerne og vagtplansdelen der oftest leveres af 2 underleverandører, KMD vagtplan og PDC vagtplan. I Københavns Kommune anvendes et eget udviklet vagtplanssystem, hvoraf kun én leverandør p.t. har integration til (CSC).

Vagtplanssystemerne er tæt integreret med de kommunale lønsystemer (herunder OPUS løn fra KMD).

Neden for ses en skitse af de hovedfunktioner som et samlet omsorgssystem består af i dag, her med eksempel fra CSC's løsning, der bl.a. anvendes i Københavns Kommune i Sundheds- og omsorgsforvaltningen.

Figur 7.1: Skitsediagram af omsorgssystem



CSC's løsning er særligt ved, at det som det eneste er bygget efter rent en BUM-model, hvor journaldelen (visitation og faglig dokumentation) er et

helt selvstændigt modul, mens udførerdelen disponering/vagtplanlægningssystemer er selvstændige applikationer.

Systemet vil til årsskiftet blive opgraderet til en ny platform og it-arkitektur, baseret på Service Orienteret Arkitektur (SOA).

De andre systemer på markedet er baseret på en mere klassisk klient-server arkitektur i Windows-miljøet. Alle systemer understøtter dog de centrale arbejdsgange som er skitseret ovenfor.

CSC-systemet har dog den fordel at en række af de specifikke snitflader til andre systemer der kører i Københavns Kommune ville være på plads fra starten. Dette er ofte en forsinkende proces i IT-projekter, og særligt i Københavns Kommune, der adskiller sig ved at have en række særlige centrale it-løsninger, der ikke er standard i øvrige kommuner.

Endelig er det værd at bemærke, at det vil være betydeligt lettere at få nyt personale til at anvende et standard omsorgssystem da det vil være bekendt blandt en række medarbejdere i hjemmeplejen.

Omsorgssystemerne understøtter som nævnt en lang række af de centrale arbejdsgange på ældreområdet.

Visitation - centrale arbejdsgange

- Visitationen understøttes primært med relativt standardiserede journalark til at foretage, gennemføre og dokumentere visitation. Systemet henter automatisk ud fra CPR-opslag relevante stamdata i andre systemer
- Visitator har adgang til elektronisk kommunikation med læger og sygehuse (adviser + korrespondance)
- Der er indbygget snitflader til hjælpemidler og boligadministration (som dog er mindre relevant i forhold til socialforvaltningen)
- Der er standardbreve/skabeloner for afgørelse der kan understøtte retssikkerheden.
- Der er mulighed for at give adgang til hele journalen ved aktindsigts anmodninger
- Der er planlægningsfaciliteter til fx revisitation
- Der er mulighed for at dele journaloplysninger med udfører, som baggrund for revisitationer
- Udarbejdelse af statistik/ledelsesinformation er tilgængeligt automatisk via statistikmodul
- Arbejdsgangene er mobilt understøttet

Udførerenheden – centrale arbejdsgange

Planlægning/disponering:

- Data fra visitationen overføres automatisk til disponeringssystemet
- Flextavle/T-kort forbindes med medarbejderdata fra vagtplansystemet
- Grundplaner/rulleplaner oprettes nemt i vagtplansystem
- Fraværsregistrering/ændringer for medarbejdere sker enkelt og nemt via integration mellem vagtplan og disponering
- Lønadministrationen kan forenkles betydeligt via integrationen mellem vagtplan og Opus løn
- Arbejdsgange omkring flytninger /aflysninger/erstatningsbesøg mv. opsamles og flyttes enkelt i disponering uden større tastearbejde
- Ændringer i planlagte besøg opgøres hurtigt via grafisk brugerflade (digital flextavle /drag and drop)
- Statistik/indberetninger dannes automatisk i ledelsesinformationssystem, der har indbyggede standardrapporter

Udførelse

- Medicin-data vil komme automatisk fra en kommende elektroniske medicinprofil
- Genbestilling/receptfornyelse vil ske automatisk til egen læge
- Kommunikation med læger, apoteker og sygehuse sker digitalt
- Dokumentation i journalen kan ske digitalt og minimere behov for dokumentation i samarbejdsbog
- Registrering af f.eks. leverede ydelser/afvigelser kan ske via mobilt udstyr
- Kommunikation mellem base og medarbejdere og mellem medarbejdere styres via mobile enheder/advisssystem i journal
- Statistik/indberetninger dannes automatisk i ledelsesinformationssystem, der har indbyggede standardrapporter
- Ledig tid kan deles mellem flere plejegrupper/centre på tværs

Anvendelsen af TOP i Socialforvaltningen

Det er konsulenternes vurdering, at en væsentlig kilde til en række besværlige og tidskrævende administrative procedurer er anvendelsen af TOP-systemet.

TOP-systemet var allerede teknologisk forældet da det blev udviklet i midten af 90'erne. Odense Kommune valgte da også dengang ikke at tage det i anvendelse, selv om de havde samarbejdet og medfinansieret TOP-systemet sammen med Københavns Kommune.

Den forældede platform medfører tilsyneladende, at systemet langt fra er driftsstabil, og det er yderst vanskeligt, hvis ikke umuligt, at lave ændringer og nye snitflader til systemet.

Det er en smule bekymrende at man på et missionskritisk område som hjemmeplejen, hvor man som et af de få områder i den kommunale digitale forvaltning har et såkaldt 24/7-system, der bør være i drift døgnet rundt, ledelsesmæssigt har kunnet acceptere at et centralt driftsmodul er nede jævnligt og i længere perioder (december 2006). Sådanne nedbrud kan i værste fald medføre fejl og svigt overfor brugerne, ligesom det skaber en unødigt hård belastning på det administrative personale at skulle operere med manuelle nødsystemer over længere perioder.

TOP-systemet er hovedkilde til en række dobbelt-indtastninger, eksempelvis ved at man ikke automatisk får overført data fra visitationssystemet ind i TOP. Herudover er der hele tasteopgaven i forbindelse med opfølgningen på udførelsen, der stort ville overflødiggøres med et moderne omsorgssystem, jfr. tidligere.

I og med at TOP-systemet kun anvendes af Københavns Kommune betyder det, at det ikke er muligt at sammenligne tidsforbruget i forbindelse med TOP-systemet med andre kommuner. Den eneste kilde kunne have været Sundheds- og omsorgsforvaltningens overgang fra TOP til KOS, men så vidt det vides er der ikke lavet nogle systematiske tidsmålinger eller andre evalueringer som er konsulenterne bekendt.

TOP-systemet er derfor en særlig arbejdsgang der måles på i analysen

Analyse af potentialer

Vurdering af potentiale for visitatorgruppen

KLK vurderer at der i hovedtræk ikke er noget potentiale for effektiviseringsbesparelser i visitatorgruppen ved indførelse af et nyt omsorgssystem

Det skyldes at:

- der er kun 16 visitatorer (iflg. tal fra Københavns Kommune)
- der allerede dokumenteres digitalt i et visitationssystem
- der allerede anvendes en mobil løsning
- den tid der bruges på indtastning af redundante data forekommer marginal

Jfr. tabellen nedenfor er den bærbare løsning anvendt i ca. 1/3 af visitations og revisitationsbesøgene. At det ikke er alle der anvender det kan til dels skyldes, at der på følvagter er oplevet eksempler på datatab ved over-

førsel, og at borgergruppen ikke altid vil føle sig trygge ved at man anvender en bærbar ved interviewet/dataindsamlingen.

Effektivreringen fra Caremobil-kommunerne viser, at mobil digital understøttelse af revisitationsprocessen kan give tidsmæssige besparelser på i størrelsesordenen ca. 9 % til ca. 25 % af det samlede tidsforbrug forbundet med revisitation. Den faktiske tidsmæssige besparelse ligger fra ca. 7 minutter til ca. 34 minutter pr. revisitation. Tidsbesparelsen ligger især i efterbehandlingen. (Det skal dog bemærkes at der kun var data fra 3 kommuner, og at der udelukkende var tale om revisitationer.)

Da man i visitatorgruppen allerede har en relativ funktionsduelig bærbar understøttelse af visitatorernes arbejde, og at der i forbindelse med det nye system også er mulighed for at anvende lignende, er basis for at beregne en større effektivisering ikke til stede.

Det sandsynlige scenario er måske i højere grad, at der skal ske en målrettet indsats på at kvalitetssikre og udvikle den dokumentation, som visitatorerne foretager i et evt. nyt omsorgssystem. Visitationen skaber basis for den videre sagsgang i udførerleddet, så evt. mere dokumentation i visitatorgruppen vil skabe værdi hele vejen igennem til udførerleddet, men også til ledelsen, der vil kunne få bedre og mere fagligt relevant ledelsesinformation på sigt.

Konklusion

Der vurderes således ikke at være nogle effektiviseringspotentialer idet visitatorgruppen allerede i dag har en funktionsduelig bærbar understøttelse af deres arbejde.

Vurdering af effektiviseringspotentiale for arbejdsgange relateret til brugen af TOP-systemet

Anvendelsen af TOP-systemet til brug for logistik og vagtplanlægning er som tidligere nævnt årsag til en række u hensigtsmæssige arbejdsgange og dobbelt indtastning af data. Herudover er selve systemet konstrueret på en meget ufleksibel måde, at det vurderes at medføre en række unødige tunge arbejdsprocesser for det administrative personale. Det er meget positivt, at der er ganske mange målinger medtaget, hvilket giver dette skema en relativ stor validitet. Der er dog på enkelte områder større udsving i fordelingen af tidsforbrug, som kan henføres til at ikke alle arbejder fuld tid med arbejdsgangene, eller har lavet en anden organisering af opgaverne.

Konsulenterne har på baggrund af kendskabet til arbejdsgangene via følvagterne, og via kendskabet til den funktionalitet som omsorgssystemer-

ne indeholder, forsøgt at estimere et konservativt skøn på omfanget af effektiviseringspotentialer.

Det fremgår af nedenstående tabel hvordan dette er vurderet.

Tabel 7.1: Tidsforbrug på arbejdsgange

Arbejdsgang	Gns. tidsforbrug (decimer pr. arbejdsgang, normalt)	Antal målinger	Kommentar	Skønnet effektiviseringspotentiale ved ny IT%
Trækker lister, medarbejdere	0,54	96	Erstattes af automatisk generering fra disponeringsmodulet og med mobil teknologi	75%
Bestille vikar/oprette vikar i TOP	0,33	68	Er sat til 25%, da oprettelsen i TOP er væsentligt enklere i et omsorgssystem	25%
Indhentning af visitations skema + indtastning af visitationer	0,40	39	Denne opgave bortfalder stort set	90%
Tastning af borgeropgaver, inkl. ændringer (flytning, aflysning mv.)	0,61	94	Der vil stadig skulle bruges tid på at registrere ændringer, men stort set det meste af tasteopgaven forenkles, da det registreres automatisk ved selve planlægningen	75%
Tlf.-opkald til medarbejder vedr. ændringer til kørebøger	0,36	68	Det kan ikke fuldt erstattes, men kan med mobil løsning planlægges fra basen, og sendes ud til medarbejderen på ruten med en ny opdateret køreliste	50%
Lave ugeplaner/faste kørelister	1,74	40	Opgaven forenkles ved at omsorgssystemets grundplaner og ugeplaner er betydelig enklere at oprette	50%
Fordeling af uløste opgaver, fx ifbm. sygdommeldinger	0,37	33	Kan klares via fx. SMS-kald og ved muligheden for at kunne se alle gruppers "ledige tid"	50%
Tastning af kørebøger i TOP (rokering/opdatering)	1,99	94	Denne opgave vil også blive betydelig mindre, da man med de mobile enheder får en nem registrering af udført arbejde og ændringer/opdateringer er betydeligt enklere	75%

Forudsætninger for kvantificeringen af effektiviseringspotentialet

På baggrund af ovenstående skønnede effektiviseringspotentiale er det muligt at beregne det skønnede antal timer pr. år, som det vurderes at kunne reducere, ved at anvende et moderne omsorgssystem med fuld mobil funktionalitet.

Som det fremgår, har vi valgt at sætte andelen af det administrative personale der er beskæftiget fuld tid med de identificerede arbejdsprocesser i skemaet til 30 ud af i alt 52 administrative medarbejdere (se tabel nedenfor), der iflg. data fra Københavns Kommune arbejder med administrative og planlægningsmæssige opgaver.

Tabel 7.2: Antal personaler med administrative opgaver

Basisoplysninger	Antal	Kilde
Administrativt personale	16	Oplyst fra Københavns Kommune
Gruppeledere/koordinatorer	36	jfr. telefonliste
Antal administrative medarbejdere i alt	52	
Skønnet andel der er omfattet af arbejdsgangene i skemaet dagligt	30	

Dette skøn på 30 fuldtidsstillinger er det mest udslagsgivende for, hvor stor en effektivisering der vil kunne opnås, når det omregnes til lønudgifter. Konsulenterne har skønnet dette på baggrund af de følvagter og de data som er modtaget. Det har ikke været muligt at få en mere præcis kvalitets-sikring af denne vurdering.

Endvidere har vi også vurderet hvor ofte den enkelte arbejdsgang løses på en normal arbejdsuge. Det er ligeledes baseret på et skøn der er anlagt fra konsulenternes side.

Tabel 7.3: Potentialeberegning

Arbejdsgang	Anslået antal gange pr. uge pr. "TOP-medarbejder"	Omregnet til timer pr. år	Skønnet effektiviseringsgrad i timer	Omregnet til lønudgift (timepris =175 kr.)
Trækker lister, medarbejdere	5	3.712	2.784	487.245
Bestille vikar/oprette vikar i TOP	5	2.246	561	98.257
Indhentning af visitations skema + indtastning af visitationer	2,5	1.381	1.243	217.582
Tastning af borgeropgaver, inkl. ændringer (flytning, aflysning mv.)	5	4.215	3.161	553.170
Tlf.-opkald til medarbejder vedr. ændringer til kørebøgen	5	2.461	1.230	215.308
Lave ugeplaner/faste kørelister	2	4.793	2.397	419.405
Fordeling af uløste opgaver, fx ifbm. Sygemeldinger	5	2.575	1.288	225.339
Tastning af kørebøger i TOP (rokering/opdatering)	5	13.733	10.300	1.802.419
I alt		35.116	22.964	4.018.725

Konklusion

Med disse forudsætninger for beregningen vil et forsigtigt skøn lyde på, at TOP-relaterede arbejdsgange vil kunne give en årlig besparelse på ca. 4 mio. kr. årligt i den administrative planlægning og administration ved, at Københavns Kommune overgår til at anvende et moderne driftsplanlægningssystem med mobil funktionalitet til udførerdelen.

Effektivitetsanalyse vedrørende medicin-arbejdsgange og dokumentation

Der er foretaget beregning af, hvor store de daglige tidsmæssige besparelser for de enkelte medarbejdere der udfører opgaverne ved indførelse af et moderne omsorgssystem vil være. Beregningerne er dokumenteret i bilag 3. Da det ikke fremgår af registreringerne, hvor mange medarbejdere der udfører disse opgaver, og da praksis og personalesammensætning mellem centrene er meget forskellig, har det ikke været muligt at lave en beregning af det økonomiske potentiale på medicinadministration og dokumentation.

Der er lavet en estimeret besparelse pr. dag, men det skal igen understreges, at der kan være betydelige usikkerhedsfaktorer i beregningerne.

Tallene viser, at der på medicin-arbejdsgangene kan være et effektivitetspotentiale på ca. 1 time for de medarbejdere der arbejder med medicinering.

Det kan virke som et forholdsvis højt tal, og dertil skal det kraftigt understreges, at Københavns Kommune ikke selv har indflydelse på om det fulde potentiale kan indhentes. Dette afhænger af den endelige udformning og integration mellem omsorgssystemerne og medicinprofilen. Men selv med en reduceret udbredelse af medicinprofilen hos disse parter, vil medicinprofilen stadig indeholde en række forbedrede muligheder for at hente gevinster.

I modsætning til medicinering, er potentialet for dokumentation primært vurderet ud fra de funktionaliteter som der ligger i at dokumentere i omsorgssystem med en mobil løsning. En af ulemperne ved den papirbaserede faglige journaldokumentation, er især at den er svær at dele mellem flere vagter. Derfor vil der både blive registreret i samarbejdsbog og i de elektroniske og papirbaserede journaler, samt formodentlig også en række gule sedler.

Med den anlagte vurdering for dokumentations-arbejdsgangene, vil man kunne opnå en effektivisering på ca. 42 min. pr. dag for de berørte arbejdsgange.

Det skal dog understreges, at da hjemmeplejen på §83 området i dag ikke anvender ret megen tid på dokumentation vil øgede krav til dokumentation ved indførelse af et nyt omsorgssystem højst sandsynligt medføre øget tidssanvendelse til denne opgave og dermed et fald i BTP.

Det er ikke medtaget i analysen, hvor mange medarbejdere der dagligt er involveret i disse arbejds gange, og det skal nævnes at et lignende potentiale formodentlig også vil kunne opnås for hjemmesygeplejeopgaverne.

Det er især her en forudsætning at man for de medarbejdere der har meget faglig dokumentation vælger hardware til de mobile løsninger der egner sig til data indtastning.

Opsamling og konklusion på potentialeanalysen ved implementering af nyt omsorgssystem

Effektivitetsanalysen viser at det på de TOP-relaterede arbejds gange, medicin-arbejds gange og dokumentations-arbejds gange er muligt at realisere betydelige gevinster, hvis man tager et elektronisk omsorgssystem med en fuld mobil løsning i anvendelse. Udsiftningen af visitationssystemet og grafisk journal til et omsorgssystem vurderes dog ikke at indeholde nogle betydelige effektiviseringsmuligheder.

Alle kommuner, på nær én, anvender da også i dag et moderne omsorgssystem.

Analysen af de TOP-relaterede arbejds gange viste ved et konservativt skøn, at kunne kvantificeres en estimeret **besparelse på ca. 4 mio kr. årligt.**

På arbejds gangene vedr. medicin, var det muligt at skønne en effektiviseringsgevinst **på ca. 1 time pr. dag** for de medarbejdere der arbejder med disse opgaver. Det har ikke været muligt at kvantificere disse data yderligere, og det forudsætter til dels at det nationale projekt om medicinprofilen forløber planmæssigt.

Endelig viste analysen, at man på de arbejds gange der vedrører journalføring og dokumentation kunne opnå **på ca. 42 min. pr. dag.**

En forudsætning for at indhente gevinsterne er dog, at man får implementeret den fulde funktionalitet i et omsorgssystem, og at man vælger en mobil løsning med fuld data, telefoni og sms funktionalitet. Fravælger man dette bør potentialeberegninger revurderes ud fra den manglende funktionalitet.

Analysen har ikke inddraget hjælpernes og hjemmesygeplejerskernes arbejds gange, men det må forventes at disse medarbejdergrupper ligeledes vil kunne opnå lignende effektiviseringspotentialer på udvalgte områder, som støttes af de erfaringer der er gjort i andre kommuner, og i Caremobil projektet på enkelte områder.

8. Organisering af hjemmehjælp og socialpædagogisk støtte i eget hjem.

Baggrund:

I forbindelse med projekt "genopretning af hjemmeplejen i Socialforvaltningen i Københavns Kommune" overvejes det, om der i højere grad end i dag skal være en adskillelse mellem den socialpædagogiske indsats og den sundhedsfaglige indsats i borgernes hjem.

Dette projekt indeholder ikke en konkret vurdering af forholdene i Socialforvaltningens hjemmepleje. Dette afsnit beskriver alene de lovgivningsmæssige forhold samt generelle faglige og ledelsesmæssige udfordringer og overvejelser i forbindelse med tilrettelæggelsen af hjælp efter lov om social service til borgere i eget hjem.

Om lovgivningen

Den sundhedsfaglige og socialpædagogiske hjælp til borgere i eget hjem er langt overvejende reguleret i lov om social service gennem §§ 83 og 85 i daglig tale kaldet hjemmehjælp og socialpædagogisk støtte.

Lovtekst – hjemmehjælp

§ 83. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde

1) personlig hjælp og pleje og

2) hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet.

Stk. 2. Tilbuddene efter stk. 1 gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver.

Stk. 3. Tilbuddene efter stk. 1 kan ikke gives som generelle tilbud efter § 79.

Stk. 4. Kommunen skal ved tilrettelæggelsen af pleje og omsorg m.v. for en person med en demensdiagnose så vidt muligt respektere dennes vejledende tilkendegivelser for fremtiden med hensyn til bolig, pleje og omsorg (plejetestamenter).

Målgruppen af borgere er karakteriseret ved at have behov for hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp og hjælpen tildeles ud fra en vurdering af borgernes funktionstab og egne ressourcer til at udføre personlig pleje og praktisk hjælp, og der skeles ikke til årsagen til borgerens funktionstab. Det skal bemærkes, at ydelserne alene retter sig mod personlig pleje og praktisk hjælp og altså ikke mod omsorg, træning og aktivitet i og uden for hjemmet.

Af vejledningen fremgår det, at ydelser efter § 83 skal gives efter principperne om hjælp til selvhjælp med størst mulig inddragelse af borgeren. Ydelserne skal endvidere koordineres med andre bevillinger eksempelvis socialpædagogisk støtte og træning.

Det er langt overvejende ældre borgere med behov for hjælp til personlig hjælp og pleje samt praktisk hjælp, der på landsplan modtager hjemme-

hjælp. Yngre borgere (18-65 år) kan naturligvis også modtage hjælp efter denne paragraf og på landsplan anvendes ca. 15 procent af de samlede ressourcer på hjemmehjælpsområdet til borgere under 65 år. Endelig kan også børn bevilges hjælp efter § 83.

Det er væsentligt at bemærke, at borgernes behov er meget forskellige, hvilket afspejles i store forskelle på omfanget af den bevilgede hjælp, der kan variere fra hjælp en time hver anden uge til hjælp 24 timer i døgnet.

Hjælpen efter § 83 tilbydes borgere i egen bolig uanset boform og skal jf. lovgivningen kunne leveres 24 timer i døgnet.

Lovtekst – socialpædagogisk støtte

§ 85. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

§ 85 omtales også som den socialpædagogiske indsats, og den retter sig mod voksne med en betydelig og varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Den socialpædagogiske indsats retter sig altså mod borgere, som har behov for en særlig indsats og støtte for at få hverdagen til at fungere.

Socialministeriet anfører i sin vejledning: ”Socialpædagogisk bistand kan bestå af hjælp, omsorg eller støtte til, at den pågældende kan leve et liv på egne præmisser. Socialpædagogisk bistand kan også bestå af oplæring eller genoptræning i en række færdigheder, som sætter den pågældende i stand til at leve et så selvstændigt liv, som muligt.”

Den socialpædagogiske støtte baserer sig på et ”udviklingssyn” med hensyn til borgerens funktionsevne. En typisk forudsætning for bevilling af socialpædagogisk støtte er således en forventning om, at borgeren kan optrænes til en større egenomsorg, fx selv at varetage dele af eller hele opgaven. Dette kriterium gælder ikke for reglerne om hjemmehjælp.

Den socialpædagogiske indsats kan rette sig mod hverdagens opgaver i hjemmet eksempelvis personlig pleje, rengøring, tøjvask, indkøb og madlavning, men også mere udadrettede aktiviteter som brug af offentlige transportmidler, kommunikation og sociale aktiviteter. Den socialpædagogiske støtte kan således anvendes bredere i borgerens hverdagsliv end hjemmehjælpsydelserne.

Socialpædagogisk bistand ydes således også uafhængigt af boformen. Den socialpædagogiske bistand vil således blandt andet kunne ydes til be-

boere i de særlige boformer efter servicelovens kapitel 20 samt til beboere i handicapegnede boliger efter lov om almene boliger mv. Hvis det ud fra en konkret vurdering af formålet med hjælpen skønnes tilfredsstillende, at hjælpen ydes i pågældendes eget hjem, vil dette også være muligt.

I målgruppen til socialpædagogisk støtte er ofte borgere, som er sent udviklede, borgere med medfødte- eller senhjerneskader, psykiatriske borgere og borgere med særlige sociale problemstillinger herunder misbrugere. § 85 vil dog også ofte være relevant for fx personer, der som følge af en sygdom eller en ulykke har behov for et rehabiliteringsforløb af længere varighed og ofte i forskellige faser, der også kan omfatte fx støtte i forbindelse med selvstændig bolig, når dette ikke kan opnås gennem tilbud efter anden lovgivning.

Den socialpædagogiske indsats skal kommunen tilbyde i dagtimerne. Der stilles således ikke specifikke krav om, at ydelsen skal kunne leveres i hele døgnet.

Anden relevant lovgivning

Hertil kommer en række ydelsesparagraffer, der understøtter og udvider støttemulighederne som eksempelvis træning, personlige hjælperordninger, støtte- og kontaktpersonordningen og ledsagerordningen. Mere komplicerede sundhedsfaglige problemstillinger varetages gennem sundhedsloven og reglerne om hjemmesygepleje.

For begge ydelser gælder endvidere, at der er fastlagt lovgivningsmæssige rammer for, hvorledes de to paragraffer skal administreres, særligt på hjemmehjælpsområdet er der en række rammevilkår, som er givet af lovgivningen. Der skal eksempelvis fastlægges kvalitetsstandarder, som skal følges op én gang årligt, krav om BUM model og særlige krav til timeprisberegning.

Om organisering af hjemmehjælp og socialpædagogisk støtte

Fælles for de to ydelser gælder, at de skal leveres til borgere i eget hjem, og at der før en bevilling skal foretages en helhedsvurdering af borgerens situation, herunder afdækning af funktionstab og ressourcer samt fastlægges et overordnet mål for indsatsen.

Ydelserne er karakteriseret ved at have fokus på at støtte borgerens hverdagsliv og skabe gode rammer for kontinuitet og sammenhæng.

I overvejelser om organisering af de to ydelsesområder skal der altså være fokus på, hvordan organiseringen bedst muligt kan understøtte kontinuitet i

hjælpen til den enkelte borger og samtidig sikre høj faglighed i opgavevaretagelsen.

Også for medarbejderne har det stor betydning for trivsel på arbejdspladsen, at organiseringen understøtter medarbejdernes faglighed og kontinuiteten i den daglige opgavevaretagelse.

Endelig er der særligt på hjemmehjælpsområdet en række lovningsmæssige krav til organiseringen, herunder frit-valgs-regler, krav om central visitation samt krav om døgndækning.

I overvejelser om organisering skal der altså være særligt fokus på følgende tre områder: borgernes behov, medarbejdernes behov samt hensyn til organisatorisk effektivitet og styring af opgaveudførelsen. Rammerne for dette sættes bl.a. af de lovgivningsmæssige muligheder og begrænsninger.

Organisering af såvel bestiller- som udførerdelen har betydning

Uanset om der er en formaliseret BUM organisering med klar ledelses- og opgavefordeling af visitation, tilsyn og udførelse af service eller ej, så er der lovgivningsmæssigt tale om en reel forskel mellem myndighedsopgaverne, som "bestiller" og "tilsyn" varetager, og så den faktiske forvaltningsvirksomhed, som "udfører" forestår.

Organiseringen af indsatsen drejer sig således ikke kun om, hvordan udførerdelen organiseres. Faktisk er det helt grundlæggende for indsatsen, at organiseringen af bestillerdelen og udførerdelen ses i sammenhæng. Det har ikke kun betydning for det praktiske daglige samarbejde mellem bestiller og udfører, men i høj grad for den service der sammensættes og bevilliges til borgeren.

Hvis bestillerfunktionen er opsplittet på mange enheder med hver sin faglighed og hver sin bevillingskompetence, så giver det som udgangspunkt vanskelige vilkår med henblik på at foretage en samlet vurdering af borgerens situation og en aktuel prioritering af den konkrete indsats.

Her kan henvises til KL's vejledningsnotat "Modificeret BUM-model" som omhandler hensyn ved organiseringen af indsatsen på det sociale område. Notatet findes på KL's hjemmeside (<http://www.kl.dk/ncms.aspx?id=aab7a035-8f34-4f08-bb47-ad4052066ea4>).

Fra dette notat skal her kort gengives nogle enkelte ting:

Med opgave- og strukturreformen er der med "borgeren i centrum" sat ekstra fokus på helhedsvurdering af borgerens situation og sammenhæng i indsatsen.

Vi organiserer ud fra, hvordan vi mener, at vi bedst kan nå de mål, der er sat. Nogle centrale mål på det sociale område kan være:

- "Én indgang for borgeren"
- "Helhedsvurdering af borgeren og sammenhæng i indsatsen"
- "Faglig bæredygtighed"
- "Modvirke unødigt eksklusion"
- "Styring af service og økonomi".

Når der anbefales at tage afsæt i BUM-princippet, så skyldes det, at dens styrker bl.a. ligger i styring af service og økonomi, styrkelse af kompetencerne hos bestiller- og udførerdelen samt en klar rollefordeling. På grund af de særlige forhold med borgere, der har specialiserede behov og hvor der er behov for inddragelse af medarbejdere, der har særlig indsigt i disse, samt borgere, hvis behov kan være svingende over korte perioder, så er BUM-princippet her udformet i en særlig "Modificeret BUM-model".

Mange kommuner arbejder nu ud fra ideen med den modificerede BUM-model, også uden nødvendigvis at kalde modellen sådan, mens andre kommuner bruger elementer af den i andre sammenhænge. Det er vigtigt at huske, at udgangspunktet stadig er, at de borgere med behov for enkeltstående og/eller "enkle" ydelser ikke er i fokus i denne sammenhæng. Dette sker ud fra den prioritering, at disse borgersager ikke udgør de største faglige og organisatoriske vanskeligheder. Men de er tilgodeset på den måde, at deres sagsbehandling og hjælp kan klares hurtigt, enkelt og professionelt.

Fokus er derimod på de borgere, der har sammensatte behov og/eller behov for specialiserede ydelser, fx personer med erhvervet hjerneskade, multihandicappede, døvblinde, sindslidende med misbrugsproblemer og lignende, og hvor sagsbehandlingen både omfatter en længere sagsproces med inddragelse af fx personer med specialviden inden for et eller flere områder – og måske endda fra serviceområder som traditionelt kan ligge i forskellige afdelinger (og forvaltninger).

Dette udgangspunkt i hensynet til de komplicerede borgersager er selvfølgelig et valg, der må foretages, og som har betydning for hele organiseringen af området.

I den modificerede BUM-model anbefales brede visitationsenheder og brug af koordinerende sagsbehandlere. "Helhedsvurdering af borgerens situation og sammenhæng i indsatsen" er vigtige fokuseringer. Og tilsvarende, at borgeren med behov for en bredere vifte af ydelser (praktisk hjælp i hjem-

met, træning, hjælpemiddel, aktivitet el.lign.) ikke bliver genstand for "suboptimerede" betragtninger fra fx eksperter, der kun ser på deres lille del af borgerens situation (og kun med deres faglige løsningsstilgang). Eller alene ud fra deres "udgifts-ansvar". Dette er hverken til fordel for borgeren eller for kommunens økonomi.

Det centrale er dog, at vi her taler om en visitations-enhed, som er udtryk for en tværfaglig tilgang til borgeren, og som både kan være én organisatorisk enhed, men også være en tværgående (ad-hoc)funktion som overbygning på de mere klassiske afdelingsstrukturer på socialområdet.

Der er, og vil være, variationer over, hvor "bred" en ydelsesvifte man råder over i visitationsenheden. Det være den meget brede vifte af ydelser på det sociale område (som i eksemplet nedenfor) eller det kan være en mere afdelings-baseret ydelsesvifte. Blot man erkender, at jo flere opgavemæssige og økonomiske snitflader, man laver, jo sværere bliver den reelle tværgående helhed og sammenhæng.

BUM-modellen bygger ideelt set på hensynet til adskillelse mellem "bestiller"-funktionen og "udfører-niveauet". Det vil sige, at sagsbehandlerne principielt skal være adskilt fra "udfører-niveauet" og de specialister, der arbejder her.

Det er bl.a. her, at den "modificerede" version af BUM-modellen kommer ind. For at sikre fx inddragelse af nødvendig specialviden i sagsforberedelsen, så kan det være nødvendigt at indhente rådgivning fra kompetente personer uden for visitationsenheden, fx blandt specialister hos udførere. Dette vil måske kun ske i 10 procent af borgersagerne (det kan man sætte sig som bevidst mål for at fremme indsatser hen imod øget normalisering og mindre eksklusion), og det er her "modifikationen" kommer ind.

Den "eksterne rådgiver" bliver ikke sagsbehandler men alene rådgiver, og det er op til sagsbehandleren at vurdere, hvordan denne rådgivning indgår sammen med de øvrige rådgivninger, som også kan være i "sagen" – og de oplysninger som i øvrigt må være. Det er sagsbehandleren, der har ansvaret for at sikre denne helhedsvurdering og sammenhæng. samt foretage de afvejninger der må foretages.

Den koordinerende sagsbehandler kommer således ind som en organisatorisk metode for at kompensere for de ulemper, der vil være ved en arbejdsdeling baseret på afgrænsede fagområder. Funktionen som koordinerende sagsbehandlere er ved at vinde indpas i kommunerne, men selve betegnelsen og den konkrete udformning af funktionen kan være lidt forskellig, men

formålet er det samme: at sikre sammenhæng i indsatsen på tværs af ydelsesområder.

Som koordinerende sagsbehandler får den enkelte sagsbehandler et større og mere forpligtende ansvar, end der normalt forventes, for at skabe sammenhæng i sagsbehandlingen og indsatsen i forhold til den enkelte borger. I det tværgående samarbejde er den koordinerende sagsbehandler ansvarlig for, at de nødvendige oplysninger fra andre fagpersoner indhentes, at der foreligger samtykke, samt træffe den samlede beslutning (afgørelse) m.v. Så (også) den koordinerende sagsbehandler skal have den fornødne kompetence til at træffe beslutninger.

Der er ikke nødvendigvis tale om en funktion, som en fast medarbejder varetager. Det kan aftales i de konkrete tilfælde, hvem der mest hensigtsmæssigt bør være koordinerende i forhold til borgeren og de forskellige ydelser, der kan være i spil.

Hensynet til borgerens oplevelse af god kvalitet i ydelsen

Vi ved, at når borgernes skal vurdere kvaliteten af indsatsen i eget hjem, så er der særligt to væsentlige parametre: at det i størst muligt omfang er den samme hjælper, der kommer i hjemmet, og at aftaler om hjælp overholdes.

Særligt antallet af medarbejdere hos den enkelte borger er et emne, der optager mange og ofte danner baggrund i den offentlige debat om hjælp i borgernes hjem. Det er væsentligt at bemærke at selvom hovedparten af borgerne udtrykker ønske om færrest mulig forskellige medarbejdere, så er der dog også borgere som sætter pris på at møde forskellige medarbejdere. Det er også interessant, at vi kan konstatere, at en del borgere, som er omfattet af fritvalgs reglerne på hjemmehjælpsområdet faktisk selv aktivt vælger forskellige leverandører.

Det må derfor konstateres at få forskellige medarbejdere ikke er et entydigt ønske hos alle borgere, men at borgerne i overvejende grad ønsker så få som muligt.

Ud fra et ledelsesmæssigt og fagligt synspunkt kan kontinuitet i, hvem og hvor mange der kommer i borgernes hjem være en særdeles stor logistikudfordring, når det samtidig skal sikres, at borgeren får hjælp af en medarbejder, der fagligt matcher de behov som borgeren har.

En nærmere præcisering af brugernes vigtigste kvalitetsparametre kan fås ved en analyse af kommunens brugerundersøgelser og tilsynsrapporter.

Hensyn til personalets faglighed

Som beskrevet i afsnittet om lovgivningen, definerer juraen ikke ensidigt målgruppen af borgere til de to ydelsesparagraffer. Der skelnes alene ud fra om behovene er varige eller midlertidige og om behovene er betydelige. Juraen definerer heller ikke hvilke faglige krav, der stilles til de medarbejdere som skal løse opgaverne, men siger alene, at der i § 85 skal ske optræning af færdigheder – borgeren skal altså have et funktionstab, hvor det forventes at optræning/oplæring kan gøre borgeren i stand til helt eller delvist selv at varetage behovet.

Netop den optrænende og lærende indsats kombineret med et betydeligt behov hos borgeren indikerer, at der efterspørges en række af de kompetencer, der karakteriserer den socialpædagogiske faglighed. Hvor behovene for personlig pleje og praktisk hjælp i § 83 i højere grad karakteriserer de social- og sundhedsfaglige kompetencer, der findes hos social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter.

I Socialministeriets vejledning er der således fundet anledning til at skrive: "Ved tilrettelæggelsen af den socialpædagogiske bistand, kan det indgå som et moment, at man søger at fastholde mulighederne for, at der kan bevares et kollegialt fagligt miljø, hvor der kan ske faglig udvikling og erfaringsopsamling, supervision samt mulighed for løbende efteruddannelse. Selvom serviceloven baseres på et sammensat tilbud af separate ydelser, bør dette ikke stille sig i vejen for, at fx den socialpædagogiske bistand organiseres på en måde, hvor personalet, der udfører denne bistand, får mulighed for at udveksle erfaringer og støtte hinanden i det daglige arbejde og på denne måde sikre et højt fagligt niveau."

I praksis viser erfaringerne, at kommunerne har valgt at organisere området, så der er en "ren" hjemmeplejeorganisation, hvor medarbejderne typisk har en social- og sundhedsfaglig baggrund, og hvortil borgere med behov for pleje og praktisk hjælp visiteres.

Praksis viser også, at den socialpædagogiske indsats efter § 85 anvendes og organiseres meget forskelligt fra kommune til kommune. I nogle kommuner anvendes § 85 ydelser alene i tilknytning til bofællesskaber og væresteds-/dagtilbud, og alle ydelser i borgernes hjem varetages gennem hjemmeplejen.

I andre kommuner, er der oprettet socialpædagogiske korps, der på mange områder fungerer som en hjemmeplejeorganisation, hvor borgernes daglige behov for pleje, praktisk hjælp og aktiviteter dækkes gennem den socialpædagogiske indsats.

Der findes endvidere eksempler på mange forskellige variationer inden for de to yderområder som ovenfor beskrevet. Nogle kommuner har eksempelvis valgt at have ganske få pædagoger ansat, som i begrænset omfang kan yde pædagogisk rådgivning og vejledning til borgerne og hjemmeplejens medarbejdere.

I de kommuner, der har valgt både at have en hjemmepleje og en socialpædagogisk enhed, er der mulighed for en rimelig klar definition af målgruppen til de to enheder, hvorimod de kommuner, der kun i meget begrænset omfang anvender den socialpædagogiske støtte har mere vanskeligt ved klart at definere målgrupperne.

Ud fra et fagligt perspektiv ved vi fra en række undersøgelser af arbejdsmiljøet, at medarbejdere trives godt i faglige fora, hvor der er gode faglige udviklingsmuligheder, mulighed for kollegial sparring og hvor opgaverne matcher de kompetencer medarbejderne har. I praksis giver det anledning til at organisere opgaveløsningen på en måde, hvor der skabes gode muligheder for faglige fællesskaber. Dermed ikke sagt, at en tværfaglig opgaveløsning ikke skal prioriteres meget højt, men afsættet for den tværfaglige opgaveløsning bør ske ud fra en stærk faglighed.

Netop brugergrupper inden for handicap, socialpsykiatri og udsatte områder har ofte sammensatte behov, hvor der er brug for forskellige fagligheder i indsatsen. Så det er vigtigt, at de forskellige fagligheder både får udmøntet deres faglige kompetencer hver især, men også formår at gøre det i den helhed og sammenhæng, som er borgerens hverdag.

Erfaringer har vist, at i kommuner, hvor man eksempelvis har valgt at ansætte én eller to socialpædagoger i en sundhedsfaglig plejegruppe, har det været meget vanskeligt at få rum til at udføre og udvikle den pædagogiske indsats. Til gengæld er der gode erfaringer med at arbejde tværfagligt i en borgers hjem, når medarbejderne har rod i egen faglig enhed.

Vedligeholdelse og udvikling af faglige kompetence sker bedst i jobs, hvor disse kompetencer kommer i anvendelse så meget som muligt. Tilrettelæggelse af jobs, hvor der kun sporadisk arbejdes med bestemte opgaver, der kræver særlige kompetencer, vil ikke fremme en vedligeholdelse og slet ikke en udvikling af disse kompetencer.

Dermed ikke sagt, at medarbejdere alene skal udføre et meget snævert opgavefelt, idet hensyn til borgerens oplevelse af den leverede hjælp taler for at medarbejderen kan yde hjælp over en vis opgavevifte, således at borgeren ikke bliver mødt med mange forskellige "specialister".

I forhold til borgernes behov for kontinuitet og sammenhæng i indsatsen vil opgaven være at sikre en organisering, der i størst muligt omfang kan tilgodese dette behov.

Et andet emne om fordeling af arbejdsopgaver og udnyttelse af kompetencer kan være aktuelt i situationer, hvor der er mangel på medarbejdere med bestemte kompetencer. Hvis der således er større mangel på socialpædagogiske kompetencer frem for "hjemmehjælps"-kompetencer, så kan det være hensigtsmæssigt, at medarbejdere med de socialpædagogiske kompetencer får udnyttet deres arbejdstid på de opgaver, der kræver disse kompetencer – og ikke bruger de knappe arbejdstimer på opgaver, som andre også kan udføre.

Hensyn til organisatorisk effektivitet og styring af opgaveudførelsen

Særligt på hjemmehjælpsområdet er der i lovgivningen fastlagt en række rammer for tilrettelæggelse og styring af indsatsen. Fælles for de fastlagte rammer er, at de skal medvirke til at sikre en effektiv styring af driften samt skabe gennemsigtighed på sammenhængen mellem det fastlagte serviceniveau, den ønskede kvalitet, den leverede hjælp og de afsatte ressourcer.

Reglerne om kvalitetsstandarder er reguleret i "bekendtgørelse om kvalitetsstandarder og frit valg af leverandør af personlig pleje og praktisk hjælp".

Bekendtgørelse om kvalitetsstandarder og frit valg af leverandør af personlig og praktisk hjælp:

§ 1. Kommunalbestyrelsen skal mindst én gang årligt udarbejde en kvalitetsstandard for personlig og praktisk hjælp samt kommunal genoptræning og vedligeholdelses-træning efter lovens §§ 83 og 86.

Stk. 2. Kvalitetsstandarden skal indeholde generel service-information til borgerne om den hjælp, de kan forvente fra kommunen, hvis de får behov for personlig og praktisk hjælp eller kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning efter lovens §§ 83 og 86.

Stk. 3. Kvalitetsstandarden skal indeholde en beskrivelse af det serviceniveau, kommunalbestyrelsen har fastsat for ydelser efter §§ 83 og 86. Beskrivelsen af indholdet, omfanget og udførelsen af hjælpen skal være præcis, og skal danne grundlag for, at der sikres sammenhæng mellem serviceniveau, de afsatte ressourcer, afgørelserne og leveringen af hjælpen. Kvalitetsstandarden skal endvidere indeholde operationelle mål for, hvordan dette sikres, og en beskrivelse af hvordan der følges op på de fastsatte mål, jf. § 2.

§ 2.

Stk. 4. Af kvalitetsstandarden skal det fremgå, hvilke kvalitetskrav, jf. § 7-11, kommunalbestyrelsen stiller til leverandører af hjælp efter lovens § 83, herunder krav til personalets kompetencer, arbejdsmiljø m.v.

§ 2. Mindst én gang årligt skal kommunalbestyrelsen følge op på de i § 1, stk. 3, fastsatte mål for kvaliteten og styringen af hjælpen efter lovens §§ 83 og 86, samt på de i § 1, stk. 4, fastlagte kvalitetskrav til leverandører af hjælp efter lovens § 83.

Kvalitetsstandarder er et godt værktøj til at skabe synlighed på sammenhæng i opgaveløsning, kvalitet og styring og ikke mindst i den løbende dia-

log mellem bestiller, udfører, ledelse og politikere. Kvalitetsstandarder kan derfor med fordel også anvendes på områder, der ikke er omfattet af bekendtgørelsen som eksempelvis det socialpædagogiske område.

Udarbejdelse af kvalitetsstandarder skal tage afsæt i målgruppens behov og karakteristika således, at de beskrevne ydelser kan dække målgruppens mangfoldige behov og samtidig være afsæt for ensartethed i afgørelserne og systematik i opfølgning som eksempelvis ledelsesinformation.

Ved fastlæggelse af kvalitetsstandarder på det socialpædagogiske område skal man være særlig opmærksom på at borgernes behov, i væsentlig højere grad end hos målgruppen for hjemmehjælp, kan variere med kort varsel. Særligt hos gruppen af socialpsykiatriske borgere, vil der være markant forskel på borgerens behov for hjælp på henholdsvis en god og en dårlig dag.

Kvalitetsstandarder på det socialpædagogiske område bør i videst muligt omfang formuleres, så de beskrevne ydelser er meget rummelige og dermed afspejler målgruppens særlige karakteristika og behov for høj grad af fleksibilitet.

Frit-valgs reglerne på hjemmehjælpsområdet er et andet væsentligt styringsværktøj i den løbende drift og udvikling af området.

I dette notat vil vi alene omtale reglerne for timeprisberegning, da de som styringsværktøj også med fordel kan anvendes på det socialpædagogiske område.

Erfaringerne fra hjemmehjælpsområdets arbejde med timeprisfastsættelse er, at fokus på de enkelte elementer i timeprisen alt andet lige har skabt synlighed på muligheder for at optimere en effektiv drift. Til gengæld har erfaringerne også vist, at de nuværende og meget rigide regler særligt for dokumentation af elementerne i timeprisen kan være særdeles administrativt belastende.

Det er dog væsentligt at fastholde, at en timeprisberegning med afdækning af den egentlige brugertid, tid til administration, vejtid og fraværsopgørelse, alt andet lige vil synliggøre og medvirke til bedre styring også på det socialpædagogiske område.

Det skal særligt bemærkes, at der må forventes en lidt lavere brugertidsprocent på det socialpædagogiske område end på hjemmehjælpsområdet. Medarbejdergruppen må forventes at have større behov for ikke direkte brugerrelateret tid. Dels vil der være flere koordinerende opgaver i for-

hold til den enkelte borger og dels har opgaverne en karakter som gør, at det gennemsnitlige behov for supervision, ledelse og mødeaktivitet vil være større end på det traditionelle hjemmehjælpsområde.

Konklusion

Som beskrevet i afsnittet om organiseringen rummer såvel lovgivningen som den faglige indsats muligheder for mange forskellige modeller for organisering af hjemmepleje og den socialpædagogiske indsats.

I en kommune af Københavns størrelse vurderes opgavemængden inden for såvel hjemmehjælp som socialpædagogisk støtte at være så stor, at der er gode muligheder for at organisere de to indsatsområder i hver sin enhed og forsat have mulighed for høj faglighed og effektiv drift. En redefinering af den faglige indsats er dog ikke ensbetydende med, at Socialforvaltningens driftseffektivitet forbedres. For en forbedring af driftseffektiviteten kræves en række særskilte organisatoriske tiltag som beskrives andetsteds i rapporten.

Hvis der vælges en model, hvor de to områder organiseres i selvstændige enheder bør der være fokus på at sikre et tæt samarbejde og god koordinering i forhold til de borgere, som vil have behov for hjælp fra begge områder.

Dernæst er det især vigtigt, at der skabes sammenhæng i indsatsen for de borgere, der har komplekse og sammensatte behov. I visitationen (bestillerdelen) kræver det en organisatorisk afstemning mellem antal involverede fagenheder med særlig viden og en organisatorisk ramme for koordinering, der er nødvendig for at foretage en helhedsvurdering af borgerens situation og behov. En helhedsvurdering der ikke kun afspejler en særlig delfaglig tilgang til indsats eller faglig uddannelsesbaggrund men afspejler organisationens helhedsvurdering af den aktuelle bruger.

9. Bilag 1 - Aktuelle udviklingstiltag på omsorgssystemmarkedet og opmærksomhedspunkter ved implementering

KL har for nylig offentliggjort en it-strategi for social- og sundhedsområdet, der er meget konkret i forhold til den udvikling, der vil ske området ift. it-understøttelsen de kommende 3 år.

De vigtigste digitaliseringsprojekter med relevans for Socialforvaltningens områder er flg.:

1. Fælles medicinkort - integration med Lægemiddelstyrelsens elektroniske medicinprofil
2. Udbygning af den elektroniske kommunikation med sundhedsvæsenets parter
3. Udbygning af systemerne til at varetage myndighedsfunktionen på handicap- og socialpsykiatri-området
4. Indberetningssnitflade af individdata til Danmarks Statistik (1/1-2008).

1. Fælles medicinkort - Den elektroniske medicinprofil

Fra medio 2008 forventes det, at omsorgssystemerne vil have fuld digital adgang/integration til et opdateret ordinationsskema fra Lægemiddelstyrelsens personlige elektroniske medicinprofil (PEM), der kan betragtes som et nyt fælles-offentligt register. Med integrationen til PEM vil man samtidig få standardiseret genbestilling/receptfornyelsesstandarderne til de praktiserende læger og kommunikationen med apotekerne, der allerede i dag anvender medicinprofilen ved alle ekspeditioner.

Fra 1. december 2006 er alle recepter sendt via den centrale receptserver. Løsningen muliggør at hjemmesygeplejen kan få adgang til et opdateret ordinationsbillede på hver borger, der er visiteret til medicin-givning af den kommunale hjemmesygepleje.

FAME-projektet, i regi af MedCom og Lægemiddelstyrelsen, arbejder på at skabe integration og adgang for sygehuse og praktiserende læger via deres EPJ-systemer, således at alle 4 parter i medicineringsforløbet arbejder på samme medicin-kort. Dette vil medføre et markant kvalitetsløft i forhold til at minimere de betydelige antal fejlmedicineringer som sker i dag. Samtidig vil et fælles medicinkort uden tvivl frigøre ressourcer under hjemmesygeplejens opgaveområde, og dermed også for Københavns Kommune, for de arbejdsgange, der vedrører medicingivning og medicinadministration. Derfor er medicinområdet også medtaget, som en af de centrale og generiske arbejdsgange, der er indsamlet tidsdata på i forbindelse med udvælgelsen af arbejdsgange.

Nedenfor er vist et af de tidlige skærbilleder, der p.t. er ved at blive udviklet til KOS-systemet, hvor man via integration med Lægemeddelstyrelsens medicinprofil, får vist et aktuelt opdateret medicinkort. Det forventes, at der iværksættes pilottest af overgangen fra et lokalt medicinkort til et fælles centralt medicinkort primo 2008.

The screenshot shows the VITAE Journal Arbejdsplads interface. The patient is Thomas Skovfoged (ID: 0306011HF6). The 'Ordineret medicin' section lists the following:

Medicin	Dato	Udlevering	Medicin	Dato	Udlevering	Klokkeslæt	10:00	18:00
Fast (26-05-2007 -) Paracetamol, Tabletter, 50 mg, 2 tabletter, 2 gange dagligt	21-05-2007	2	2	Kur (25-05-2007 -) Paracetamol, Tabletter, 25 mg, 2 tabletter dagligt i en uge, herefter 1 tablet dagligt	21-05-2007	2	2	
	23-05-2007	2	2		24-05-2007	3	3	
PN (26-05-2007 -) Paracetamol, Tabletter, 25 mg, 2 tabletter, 2 gange dagligt	21-05-2007	4	4	PN (26-05-2007 -) Paracetamol, Tabletter, 25 mg, 2 tabletter, 2 gange dagligt	22-05-2007	2	2	
	21-05-2007	2	2		24-05-2007	2	2	

Det er ikke muligt at vurdere og beregne de økonomiske konsekvenser af ibrugtagningen af medicinprofilen, der forventes at nedbringe fejlmedicinering og dermed ofte også genindlæggelser mv. Adskillige undersøgelser har vist, at det særligt er blandt hjemmeplejens brugere (over og under 65 år) der sker flest fejl. Det formodes at være ca. halvdelen af alle medicinkort, der ikke stemmer overens mellem praktiserende læger og hjemmeplejen (Rødekrø-undersøgelsen 2005). Det mest opdaterede og korrekte er ofte hjemmeplejens medicinkort.

På den kommunikationsmæssige front kan der uden tvivl hentes betydelige besparelser, da man ikke længere behøver at stå i telefonkø eller sende telefaxer mv. til lægen. Samtidig vil medicinkortet automatisk ajourføres når der indgår nye ordinationer. Ligeledes vil der kunne deles Cave-oplysninger på borgeren.

Medicinrådet har potentiale for mere effektive arbejdsgange og kvalitetsforbedringer. Derfor indgår dette område også i effektivitetsanalysen.

2. Kommunikation med sundhedsvæsenet

Omsorgssystemerne har allerede i dag etablerede snitflader (MedCom) til at kommunikere med læger, sygehuse og apoteker. I Københavns Kom-

Hertil kobles nye funktionaliteter inden for planlægnings- og driftsmodulerne, der er udvidet med bookingfunktionalitet (til holdtræning), plejehjem/handicap, beboermodul osv.

Denne udvikling er i fuld gang, dels i regi af KL's aktiviteter og dels i samarbejde med Socialministeriet.

Det er derfor konsulenternes vurdering, at et evt. nyt omsorgssystem der tages i brug i hjemmeplejen på sigt vil kunne anvendes bredere inden for Socialforvaltningens øvrige ressortområder. KLK vurderer, at der inden for en 3-årig tidshorisont vil være muligt at lave en mere samlet myndighedsvaretagelse og et markant forbedret styringsgrundlag for den samlede sociale myndighedsvaretagelse. Samtidig gør denne udvikling, at der er basis for at tænke i mere sammenhængende systemløsninger til hele Socialforvaltningens it-systemer til myndighedsvaretagelsen.

4. Individdata til Danmarks statistik på ældreområdet

Dette tiltag er centralt, da indberetningen til Danmarks statistik fra 1/1-2008, skal foregå på individniveau, som erstatning for den sociale ressourceopgørelses skema 74 & 75, med en række detaljerede individdata om ydelser og besøgsstatistik. Det vil i praksis ikke kunne lade sig gøre at overholde de nye indberetningskrav uden et it-system. DATA vil dog i første omgang være for brugere over 65 år. Men det må forventes at indberetningen på et senere tidspunkt også vil omfatte borgere under 65 år der modtager ydelser i hjemmeplejen i Socialforvaltningen.

Implementering af KOS-systemet i Sundheds- og omsorgsforvaltningen

Sundheds- og omsorgsforvaltningen har allerede et betydeligt erfaringsgrundlag i at IT-understøtte deres hjemmepleje-funktioner. Det har ikke været muligt at inddrage erfaringerne fra SUF i den nedenstående analyse, men der hersker ikke tvivl om at man via implementeringen af KOS-systemet har opnået et markant bedre styringsgrundlag og optimering af en række administrative arbejdsgange i SUF. Særligt udskiftningen af TOP-systemet med KOS har været en lettelse der har kunnet mærkes, hvilket tidligere SUF-medarbejdere jo bl.a. har bekræftet i interviews og på de føl-vagter, som konsulenterne har været på.

Endelig har anvendelsen af mobile løsninger i SUF også bidraget til at skabe en mere driftssikker og effektiv kommunikation. SUF har ikke medvirket i CareMobil-projektet, men der er lavet en grundig evaluering af erfaringerne med de mobile løsninger af konsulentfirmaet Devoteam A/S

Det må anbefales at trække på SUF's erfaringer og på de erfaringer, der er gjort med anvendelsen af mobile løsninger i andre kommuner i regi af CareMobil-projektet.

CareMobil Projektet

Dette projekt er relevant at inddrage, da det stort set er det eneste projekt, hvori der indgår referencer på en række centrale generiske arbejdsgange i flere kommuner der til dels kan overføres på hjemmeplejen i Socialforvaltningen.

Følgende er et redigeret sammendrag af projektets konklusioner til brug for Københavns Kommunes Socialforvaltning:

Caremobilprojektet blev gennemført i seks kommuner og omhandlede et nationalt projekt om at udvikle, kravspecifisere, implementere og af-teste mobilt udstyr i ældreområdet. Et af produkterne i projektet var en evaluering af de gevinster, der kunne opnås ved indføring af denne teknologi, baseret på en række før og efter tidsmålinger af udvalgte arbejdsgange der blev understøttet af de mobile løsninger. På nær opgaver af planlægningsmæssig karakter og større dokumentationsopgaver, var det stort set alle de centrale arbejdsfunktioner for det udførende personale, der kunne udføres via en mobil enhed (PDA).

Planlægningsmæssige gevinster

En af effektiviseringsgevinsterne er, at indførelsen af mobile, digitale løsninger kan bidrage til en bedre planlægning og disponering af tid i hjemmeplejen. Det har i projektet ikke været muligt at opstille nogle målbare indikatorer for disse gevinster, men det kan dog konstateres, at én kommune anvender indførelsen af mobilteknologi som anledning til at flytte morgenmødet til midt på dagen og reducere det fra 30 til 15 minutter. I øvrigt bedømmes denne gevinst at have form som forøget fleksibilitet frem for egentlig tidsbesparende.

Kommunerne sparer tid på registrering af udført arbejde og journalføring ved praktisk hjælp og personlig pleje

Effektiviseringsgevinsterne viser, at hjælpere og assistenters anvendelse af mobile IT-løsninger giver anledning til, at der kan spares tid i forbindelse med registrering af ændringer for udført arbejde vedr. praktisk hjælp og personlig pleje. Effektiviseringsgevinsten er målt af tre kommuner, og resultatet viser, at tidsforbruget kan reduceres med 8,7 – 13,2 minutter pr. medarbejder pr. dag svarende til en procentvis reduktion på 74 – 93 pct. og gennemsnitligt 11,6 minutter pr. medarbejder pr. dag.

Effektvurderingen viser ligeledes, at hjælpere og assistenters anvendelse af mobile it-løsninger giver anledning til, at tidsforbruget i forbindelse med journalføring kan reduceres. Målingerne viser, at tidsforbruget kan reduceres med 2,1 – 9,1 minutter pr. medarbejder pr. dag svarende til en procentvis reduktion på 20 - 78 pct. og gennemsnitligt 6,4 minutter pr. medarbejder pr. dag.

Hertil kommer, at alle kommunerne oplever, at de har øget kvaliteten af dokumentationen i forbindelse med journalføring.

Kommunerne sparer tid på medicinenbestilling

For hjemmesygeplejen giver teknologien en mulighed for mere effektiv medicin-genbestilling. To kommuner har kunne, måle en tidsbesparelse fra før- til efter-målingerne. Den faktiske reduktion ligger imellem 1,2 og 4,1 minutter, mens den procentvise reduktion ligger imellem 12,6 og 70,7 pct. Reduktionen ses især i efterbehandlingen, men også i gennemførelsen. Det har ligeledes været vurderingen i forbindelse med fokusgruppeinterview, at medarbejderen, som genbestiller medicin, sparer tid.

Kommunerne sparer tid på sygeplejerskernes dokumentation

Målingen af tidsforbruget i forbindelse med sygeplejebesøg før og efter indføring af mobil teknologi viser, at det er muligt at reducere det samlede tidsforbrug ved, at tidsforbruget til dokumentation reduceres. To ud af tre kommuner, som har gennemført før- og eftermålinger på dette område kan dokumentere effektiviseringsgevinster på henholdsvis 6,4 min (18 pct.) og 22,8 minutter (34,9 pct.). Én kommune kan ikke dokumentere en effektiviseringsgevinst og tilskriver dette, at man i perioden har arbejdet med dokumentationen og i "efter-situationen" dokumenterer mere end i dag.

Kommunerne sparer tid på re-visitation

Effektvurderingen viser, at mobil digital understøttelse af re-visitationsprocessen kan give tidsmæssige besparelser i størrelsesordenen ca. 9% til ca. 25% af det samlede tidsforbrug forbundet med re-visitation. Den faktiske tidsmæssige besparelse ligger fra ca. 7 minutter til ca. 34 minutter pr. re-visitation. Tidsbesparelsen ligger især i efterbehandlingen.

Tidsbesparelsen pr. dag afhænger af antallet af besøg pr. dag og ligger imellem 27 minutter og 102 minutter pr. medarbejder pr. dag i de tre kommuner med et gennemsnit på 57 minutter pr. medarbejder pr. dag.

Erfaring med brug af mobile løsninger i hjemmeplejen i Hørsholm Kommune

KLK har gennemført et interview med Hørsholm Kommune vedrørende brugen af PDA'er i hjemmeplejen. Fokus i interviewet er at finde de gevinster denne teknologi har medført. Interviewets hovedpointer fremgår nedenfor.

Information

Ansatte i hjemmeplejen i Hørsholm Kommune har fået udleveret en Nokia Communicator (PDA), som både kan bruges til telefonisk og SMS kontakt. Ydermere har disse telefoner et tastatur, og der kan uploades køreplaner på dem.

Øget fleksibilitet

En af de vigtigste gevinster var den øgede fleksibilitet som PDA'erne medførte. Koordinatorerne kunne let få fat på medarbejderne, og dette gjorde det nemmere at tilpasse kørselsplanerne til de udfordringerne, man stødte på.

Medarbejderne benyttede også i vid udstrækning muligheden for at kommunikere internt. Denne kommunikation gjaldt både videndeling omkring borgerne, og muligheden for internt at bede om eller tilbyde hjælp, såfremt der var problemer med tids- og køreplanen.

Øget kvalitet i opgaveløsningen

I Hørsholm har man oplevet en øget BTP-tid, som skyldtes muligheden for at opdatere journalen eller bestille medicin i borgerens hjem. Det havde i øvrigt medført et løft i kvaliteten af journaliseringen, da flere detaljer blev journaliseret.

Medarbejderne havde også udtrykt stor tilfreds ved altid at være helt opdaterede på borgernes tilstand og udvikling. Tidligere havde det været tidskrævende for medarbejderne at holde sig ajour med borgernes tilstand, men adgangen til borgerens journal gennem PDA'en havde medført, at medarbejderne følte sig bedre rustet til at udføre deres opgaver.

Generelt må det konstateres at en række kommuner har haft gavn af at kunne anvende mobile løsninger til et område, hvor medarbejderne ikke i hverdagen befinder sig på et kontor men ude hos borgeren i deres hjem.

Forudsætninger for CareMobil-tallene

De kommuner der målrettet er gået efter at indhøste gevinsterne, har for en stor dels vedkommende også fået det hjem igen. Én af kommunerne (en lille landkommune) der deltog i CareMobil-projektet havde dog ikke en positiv

business case. Det skyldtes især det faktum, at de i modsætning til de andre kommuner ikke havde været igennem processen med at implementere et omsorgssystem forud for før-analysen. Når man indfører et omsorgssystem er et af målene også at få styrket kvaliteten af både den faglige og driftsmæssige dokumentation. Det koster administrativ tid og medfører en faldende BTP.

Man skal derfor være opmærksom på at gevinsten ved en mobil løsning forudsætter en god og konsistent kvalitet i den dokumentation der danner basis for den mobile løsning. Det er dog konsulenternes vurdering, på basis af følvagterne, at der i hjemmeplejen allerede bruges en del tid på både faglig og driftsmæssig dokumentation allerede i de eksisterende digitale løsninger (visitationssystemet, TOP) og manuelt i fx medicinskemaer.

Jf. tidligere har SUF valgt at anvende håndholdte enheder, der kun fungerer off-line til hjælpergruppen uden mulighed for online mobil data adgang, sms og telefon-funktionalitet. Det vil KLK ikke anbefale til Socialforvaltningen, dels fordi priserne på enhederne siden da er faldet drastisk, men i endnu højere grad fordi målgruppen af borgere virker noget mere ustabile i forhold til fx borgerfravær (afbud, indlæggelser, ikke hjemme mv.), dels fordi der blandt personalet er en relativ stor sygdomsfraværsprocent. Dette medfører betydelige behov for ændringer og flytninger af ydelser. Der vil kunne hentes betydelige effektiviseringsgevinster (fx. i form af kortere møder) ved at foretage ændringer (ekstra tid, nye eftermiddagskøreliste mv.), gruppeSMS forespørgsler om ekstra vagter mm. via den mobile enhed.

Det anbefales at mobilt udstyr anskaffes med mulighed for online mobil datakommunikation til alle medarbejdere for at kunne opnå de fulde effektiviseringsgevinster

10. Bilag 2 - Effektivitetsanalyse vedrørende medicinarbejdsgange og dokumentation

Målingen vedrørende medicin-arbejdsgangen blev valgt, fordi der som tidligere nævnt, vil være nogle nye potentielle muligheder for at effektivisere dele af arbejdsgangen, bl.a. på grund af de nationale projekter omkring medicinprofilen og ved anvendelsen af mobil teknologi. I vurderingen af effektivitetspotentialet er der i høj grad lagt vægt på de gevinster, som dette medfører for hjemmeplejen.

Da det kun er hjemmeplejens medicinadministration, der indgår i analysen, skal det bemærkes at der formodentlig vil være endnu større gevinster ved, at man i et samlet projekt for hjemmeplejen også inddrager hjemmesygeplejens gevinster. Medicinopgaven fylder jf. tidligere tidsstudier typisk ca. 40% af de udførende sygeplejerskers tidsforbrug. Hjemmesygeplejen er ikke medtaget i denne analyse.

Det er mere usikkert hvorvidt det er samme forhold vedr. SOSU-assistenterne. Organisationsanalysen og følvagterne indikerer at der er relativt store forskelle på, hvordan man har organiseret og uddelegeret ansvaret for de "sygeplejefaglige" opgaver på de forskellige centre i Socialforvaltningen. Det skønnes dog, at en relativ stor del af SOSU-assistenternes tid går med de medicinadministrative opgaver. Der er dog ikke i analysen blevet samlet data ind omkring dette, der gør, at det kan forsvares at beregne en årlig timegevinst på medicin-arbejdsgangene.

Det er dog muligt at lave en estimeret besparelse pr. dag, men det skal igen understreges, at der kan være betydelige usikkerhedsfaktorer i beregningerne.

Der er indtastet 117 besøg, hvor en eller flere af arbejdsgangene er blevet registreret med en gennemsnitlig besøgsfrekvens på 4,88

Gennemsnitlig tidsforbrug for medicin-arbejdsgange

Forberedelse	Gns.tidsforbrug (minutter)	Antal målinger
Behov eller henvendelse om medicinering konstateres	4,5	20
Indhente information for borgere udskrevet fra sygehus	15,0	1
Kontrollerer information - opdaterer og udarbejder medicinliste i journal. Nye og gamle brugere	4,6	16
Faxe/ringe medicinliste til læge	10,8	13

Faxe/ringe medicinliste til DPC eller privat psykiater	9,3	4
Faxe/ringe medicinliste til apotek	5,0	1
Forgæves kontakt til samarbejdsparter	9,9	11
Modtager/afhenter medicin	12,5	25
Andet 1:	4,5	2
Andet 2:		0
Gennemførelse	Gns. tidsforbrug (minutter)	Antal målinger
Kontrollerer bestilt medicin	6,4	17
Dispenserer medicin	14,6	43
Administrerer medicin	21,3	93
Kontrollere indtag af medicin	5,4	39
Dokumentation af medicinadministration	5,0	90
Andet 1:	5,0	4
Andet 2:		0
Efterbehandling	Gns. tidsforbrug (minutter)	Antal målinger
Dokumentation af medicinadministration	3,7	50
Andet:		0

Det er især værd at bemærke, at der er registreret 11 forgæves forsøg på at kontakte en samarbejdspart, som i gennemsnit tager ca. 10 min. pr. gang. Samtidig med at det også er tidskrævende at faxe, er det især her at gevinsterne ved omsorgssystemerne, medicinprofilen og de mobile løsninger vurderes at have en stor effektiviseringsgrad. De er således sat højt i vurderingen nedenfor.

Skønnet effektiviseringspotentiale for medicineringsarbejdsgange

Forberedelse	Skønnet Effektiviserings-potentiale	Kommentar
Behov eller henvendelse om medicinering konstateres	25%	Fremover vil medicinprofilen automatisk vil advisere omsorgssystemet ved ændringer i ordinationer fra egen læge eller sygehus.
Indhente information for borgere udskrevet fra sygehus	0%	For få målinger, men sygehusenes medicinmoduler vil også skulle indberette data til Medicinprofilen
Kontrollerer information - opdaterer udarbejder medicinliste i journal. Nye og gamle brugere	50%	Opgaven vil blive markant reduceret, da medicinkortet fremover vil være et fælles offentligt register, der automatisk opdateres ved nye ordinationer.
Faxe/ringe medicinliste til læge	90%	Denne opgave vil stort set kunne elimineres når medicinprofilen er i drift
Faxe/ringe medicinliste til DPC eller private psykiater	90%	Samme som ovenstående
Faxe/ringe medicinliste til apotek	0	For få målinger, men ellers samme som ovenstående
Forgæves kontakt til samarbejdsparter	90%	Ved at anvende hhv. medicinprofilen og MedCom-korrespondancemeddelser til sygehuse, apoteker og praktiserende læger vil denne opgave forsvinde eller flytte delvis ned til gennemførelsesfasen
Modtager/afhenter medicin	0%	
Gennemførelse		
Kontrollerer bestilt medicin	0%	Kontrolopgaven kan ikke effektiviseres via IT
Dispenserer medicin	0%	Dosisdispensering til de stabile brugere kunne overvejes, men det er ikke en it-mæssig effektivisering
Administrere medicin	25%	Denne opgave kan muligvis have større potentiale, men det er svært at vurdere sammenhængen til selve dokumentationsarbejdet ift. til administrationsdelen
Kontrollere indtag af medicin	0%	
Dokumentation af medicinadministration	50%	Der bør kunne hentes en større grad af effektivisering, hvis bl.a dokumentationen i medicinskemaet i samarbejdsbogen kan reduceres
Efterbehandling		
Dokumentation af medicinadministration	75%	Denne del vil kunne delvis flyttes til gennemførelsen og effektiviseres via de mobile løsninger

De skønnede effektiviseringsprocenter anvendes i den næste tabel som forudsætninger for at kunne beregne skønnet daglig tidsbesparelse.

Beregningen er foretaget på den måde, at det gennemsnitlige tidsforbrug pr. arbejdsgang er vægtet således, at ikke alle arbejds gange udføres ved hvert besøg hos en borger. Derfor er det en procentsats af den hovedyd-

se der optræder flest gange (som er administration af medicin). Det er ikke en præcis vægtning, men det en enkel metode til at få distribueret et dagligt gennemsnit. Det ganges så med den gennemsnitlige daglige besøgsfrekvens, der er registreret til 4,88.

Hermed kan det endelige daglige potentiale beregnes.

Beregning af skønnede effektiviseringsgevinster for medicin-arbejdsgange

Forberedelse	Gns. tidsforbrug (minutter)	Antal målinger	Effektiviseringspotentiale	Vægtning / udført pr besøg * besøgsfrekvens/N=93	Skønnet daglig gns. minutforbrug pr. medarbejder	Beregnet dagspotentiale for medicin-arbejdsgange (minutter)
Behov eller henvendelse om medicinering konstateres	4,5	20	25%	22%	4,67	1,17
Indhente information for borgere udskrevet fra sygehus	15,0	1	0%	1%	0,79	0,00
Kontrollerer information - opdaterer udarbejder medicinliste i journal. Nye og gamle brugere	4,6	16	50%	17%	3,88	1,94
Faxe/ringe medicinliste til læge	10,8	13	90%	14%	7,35	6,61
Faxe/ringe medicinliste til DPC eller private psykiater	9,3	4	90%	4%	1,94	1,75
Faxer/ringe medicinliste til apotek	5,0	1		1%	0,26	0,00
Forgæves kontakt til samarbejdspartner	9,9	11	90%	12%	5,72	5,15
Modtager/afhenter medicin	12,5	25	0%	27%	16,42	0,00
I alt forberedelse:						16,62
Gennemførelse	Gns. tidsforbrug (minutter)	Antal målinger	Effektiviseringspotentiale	Vægtning / udført pr besøg / N=93	Skønnet daglig gns. minutforbrug pr. medarbejder	Beregnet dagspotentiale for medicin-arbejdsgange
Kontrollerer bestilt medicin	6,4	17	0%	18%	5,72	0,00
Dispenserer medicin	14,6	43	0%	46%	32,85	0,00
Administrere medicin	21,3	93	25%	100%	104,11	26,03
Kontrollere indtag af medicin	5,4	39	0%	42%	11,12	0,00
Dokumentation af medicin-administration	5,0	90	50%	97%	23,51	11,75
Andet 1:	5,0	4	0%	4%	1,05	0,00
I alt gennemførelse:						37,78
Efterbehandling	Gns. tidsforbrug (minutter)	Antal målinger	Effektiviseringspotentiale	Vægtning / udført pr besøg / N=93	Skønnet daglig gns. Minutforbrug pr. medarbejder	Beregnet dagspotentiale for medicin-arbejdsgange
Dokumentation af medicin-administration	3,7	50	75%	54%	9,81	7,36
I alt beregnet effektiviseringspotentiale pr. dag						61,76

Tallene viser, at der på medicin-arbejdsgangene kan være et effektivitetspotentiale på ca. 1 time for de medarbejdere, der arbejder med medicinering, som typisk vil være de 127 SOSU-assistenten, der har hovedparten af disse opgaver i dag.

Det kan virke som et forholdsvis højt tal, og dertil skal det kraftigt understreges, at Københavns Kommune ikke selv har indflydelse på om det fulde potentiale kan indhentes. Dette afhænger af den endelige udformning og integration mellem omsorgssystemerne og medicinprofilen. Men selv med en reduceret udbredelse af medicinprofilen hos disse parter, vil medicinprofilen stadig indeholde en række forbedrede muligheder for at hente gevinster.

Vurdering ved dokumentations-arbejdsgange

Der er indtastet i alt 140 besøg med en gennemsnitlig besøgsfrekvens på 5,54, hvor der er registreret tid på en eller flere af arbejdsgangene.

I modsætning til medicinering, er potentialet primært vurderet ud fra de funktionaliteter, der ligger i at dokumentere i omsorgssystem med en mobil løsning. En af ulemperne ved den papirbaserede faglige journaldokumentation, er især, at den er svær at dele mellem flere vagter. Derfor vil der både blive registreret i samarbejdsbog og i de elektroniske og papirbaserede journaler, samt formodentlig også en række gule sedler.

Samme beregningsmetode som ved medicineringsarbejdsgangene er anvendt på dokumentationsarbejdsgangene.

Forberedelse	Gns.tidsforbrug (minutter)	Antal målinger
Modtager henvendelse vedr. borger	5,4	21
Orienterer sig i journal	4,7	81
Indhenter information	5,3	50
Opretter ny journal	0,0	0
Opdaterer journal	4,1	16
Planlægger besøg/kontakter borger	3,8	37
Andet 1:	0,0	0
Gennemførelse	Gns.tidsforbrug (minutter)	Antal målinger
Behandler/observerer borger	19,2	82
Indhenter information	9,0	13
Dokumenterer behandling/pleje og observationer	6,8	63
Dokumenterer i borgers samarbejdsbog	4,1	73
Andet 1:		
Efterbehandling	Gns.tidsforbrug (minutter)	Antal målinger
Indhenter information	7,3	7
Opdaterer journal	5,1	44
Kommunikerer observationer og behov for yderligere aktivitet	4,7	42
Andet 1:	30,0	1

Det er ikke vurderet, at der vil være nogen gevinster umiddelbart i forbindelse med selve forberedelsen af besøget, der kan relateres til brugen af et omsorgssystem. Arbejdsgangene vurderes at være de samme blot med den bemærkning, at evt. vil kunne flyttes til gennemførelsen men ikke erstattes. Det vil dog ofte være hurtigere at sidde ved en traditionel PC, hvis der skal dokumenteres i en journal.

Skønnet effektiviseringspotentiale for dokumentationsarbejdsgange

Gennemførelse		
Behandler/observerer borger	0%	
Indhenter information	0%	
Dokumenterer behandling/pleje og observationer	25%	Vil kunne reduceres ved brug af mobile løsninger
Dokumenterer i borgers samarbejdsbog	75%	Vil kunne reduceres ved brug af mobile løsninger
Efterbehandling		
Indhenter information	50%	Vil flyttes til gennemførelsen, da dokumentationen er tilgængelig for øvrigt personale via omsorgssystemet
Opdaterer journal	50%	Vil flyttes til gennemførelsen, da dokumentationen er tilgængelig for øvrigt personale via omsorgssystemet
Kommunikerer observationer og behov for yderligere aktivitet	75%	Vil flyttes til gennemførelsen, da dokumentationen er tilgængelig for øvrigt personale via omsorgssystemet

Som det fremgår ligger de store potentielle besparelser på, at man via den digitale adgang til opdaterede journaloplysninger vil kunne enten flytte eller reducere den tid der bruges på efterbehandlingen. Med en mobil løsning vil det især være muligt at gå efter disse potentialer.

Beregning af skønnede effektiviseringsgevinster for dokumentationsarbejdsgange

Forberedelse	Gns.tidsforbrug (minutter)	Antal målinger	Skønnet effektiviseringspotentiale	Vægtning / udført pr besøg /N=82	Skønnet daglig gns. minutforbrug pr. medarbejder	Beregnet dagspotentiale for dokumentationsarbejdsgange
Modtager henvendelse vedr. borger	5,4	21	0%	26%	7,70	0,00
Orienterer sig i journal	4,7	81	0%	99%	25,53	0,00
Indhenter information	5,3	50	0%	61%	17,90	0,00
Opretter ny journal	0,0	0	0%	0%	0,00	0,00
Opdaterer journal	4,1	16	0%	20%	4,39	0,00
Planlægger besøg/kontakter borger	3,8	37	0%	45%	9,52	0,00
						0,00
Gennemførelse						
Behandler/observerer borger	19,2	82	0%	100%	106,24	0,00
Indhenter information	9,0	13	0%	16%	7,90	0,00
Dokumenterer behandling/pleje og observationer	6,8	63	25%	77%	28,77	7,19
Dokumenterer i borgers samarbejdsbog	4,1	73	75%	89%	20,33	15,25
						22,44
Efterbehandling						
Indhenter information	7,3	7	50%	9%	3,44	1,72
Opdaterer journal	5,1	44	50%	54%	15,13	7,56
Kommunikerer observationer og behov for yderligere aktivitet	4,7	42	75%	51%	13,24	9,93
						19
						41,66

Med den anlagte vurdering for dokumentationsarbejdsgangene, vil man ca. kunne opnå en effektivisering på 42 min. pr. dag for de berørte arbejdsgange.

Det er ikke medtaget i analysen, hvor mange medarbejdere der dagligt er involveret i disse arbejdsgange, og det skal nævnes, at et lignende potentielt formodentlig også vil kunne opnås for hjemmesygepleje-opgaverne.

Det er især her en forudsætning at man for de medarbejdere der har meget faglig dokumentation vælger hardware til de mobile løsninger, der egner sig til data indtastning.

11. Bilag 3 - Registreringskemaer til effektivitetsanalyse

Tidsforbrug i forbindelse med visitation og revisitation		
<p>Praktisk fremgangsmåde: I en 14-dages periode indsamles data vedrørende tidsforbrug i forbindelse med visitation og revisitation. Registrerer i forbindelse med hver sag tidsforbruget i forbindelse med forberedelse, gennemførelse og efterbehandling fordelt på de enkelte aktiviteter i skemaet nedenfor. Det gælder alle administrative opgaver f.eks. oprette besøg i TOP, APV, hjælpemidler, notere i journal mv. Start med den sag du har igang. Læg € skema på hver sag. Alle tidsangivelser i min.</p>		
Medarbejder: _____		Område: _____
Forberedelse (inden besøg)	Antal min	I alt
Modtager henvendelse		
Indhenter information/orienterer sig i tidligere sag/journal, kontakt med pårørende, læge, sygehus (ved revisitation)		
Opretter ny sag (ved ny visitation)		
Kopierer gammel sag til bærbar pc (ved revisitation)		
Planlægger besøg/kontakter borger, telefonisk el. brev, herunder taster besøg i outlook og TOP,		
Andet:		
Gennemførelse (under besøg)	Antal min	I alt
Interviewer borger og noter observationer		
Indhente data til udfyldelse af APV		
Andet:		
Efterbehandling (efter besøg)	Antal min	I alt
Overfører sag fra bærbar til visitationssystemet		
Indhenter yderligere information		
skriver sag og afgørelse i visitationssystemet		
Skriver sag og afgørelse i Grafisk journal		
Indtaster besøget i TOP som afviklet		
Evt. taster i TOP til private lev.		
Færdiggøre APV		
sender afgørelse til borger, herunder klagevejledning (udskriver og kuverterer)		
Videregiver/kommunikerer afgørelse til leverandør		
Andet:		
Stamdata		
Sagsnr		
Hjælpenavn:		
Dato for henvendelse		
Aftalt besøgsdato:		
Anvendes bærbar under visitationsbesøg (sæt x)		
Visitation (sæt x)		
Revisitation (sæt x)		
Hvilke opgaver mangler du at afslutte efter visitationsbesøg hos borger? (sæt gerne flere krydser):		
		(X)
Intet:		
Funktionsvurdering:		
Journalføring/resumé:		
Ydelsestildeling:		
Afgørelse til borger (herunder klagevejledning):		
Ordre til leverandør:		
Videreformidling til interne parter:		
Videreformidling til eksterne parter:		
APV:		
Indhente supplerende information:		
Andet:		

Tidsforbrug i forbindelse med indtastning i TOP

Medarbejder navn: _____

Område: _____

Vagt (Dag/aften/nat): _____

Dato:	Antal min.	I alt
Trækker lister, medarbejdere		
Bestille vikar/oprette vikar i TOP		
Indhentning af visitations skema + indtastning af visitationer		
Tastning af borgeropgaver, inkl. ændringer (flytning, aflysning mv.)		
Tlf.-opkald til medarbejder vedr. ændringer til kørebøgen		
Lave ugeplaner/faste kørelister		
Fordeling af uløste opgaver, f.eks. ifbm. sygemeldinger		
Tastning af kørebøger i TOP (rotering/opdatering)		
Andet 1:		
Andet 2:		
Antal		
Antal nye/ændrede visitationer:		
Hvor mange kørebøger laves (antal)		
Evt. hvor mange vikar-oprettelser i TOP (antal)		
Akut fravær fra medarbejder		
Borgers fravær		

Praktisk fremgangsmåde:

Dette er ikke en fuldstændig dagsopgørelse, der skal laves. Ideen er at der skal registreres den tid det tager at foretage udvalgte arbejds gange, relateret til især brugen af TOP. Vi skal blot vide hvor lang man gennemsnitlig bruger på at løse de enkelte arbejds gange, samlet for alle medarbejdere.

Løser du kun enkelte opgaver af listen, udfylder du kun disse.

Når du løser en af de arbejds gange der er nævnt på skemaet, angiver du det antal minutter det har taget. Bliver du nødt til at afbryde kan du skrive f.eks. 7+ 12 og så udfylde i alt herefter.

Du skal udfylde et skema pr. arbejdsdag.

Laver du kun få af arbejds gangene, skal du overveje om du behøver udfylde "antal" på alle, eller kun del du har mulighed for at registrere. Der er kun brug for at få et samlet billede af hele vagtens antal ændringer i alt.

(Christian/Terese/Stella. Vi skal vel kun have skema med antal for hele (vagt)gruppen. ???

Tidsforbrug i forbindelse med dokumentation **EKSKLUSIV medicin**

Medarbejder navn: _____

Gruppe: _____

Praktisk fremgangsmåde:

I en 14-dages periode indsamles data vedrørende tidsforbrug i forbindelse med dokumentation. Medarbejderen registrerer i forbindelse med hvert besøg tidsforbruget i forbindelse med forberedelse, gennemførelse og efterbehandling fordelt på de enkelte aktiviteter i skemaet nedenfor. Antalsmæssigt ønskes i størrelsesordenen 40-50 registreringer, hvis dette er muligt. Dokumentationen er ekskl. dokumentation af medicin som finder sted i skemaet vedr. medicinbestilling

Besøgs nr. _____

Dato _____

Journalføring ved 1. besøg i hjemmet (x) _____

Journalføring efterfølgende besøg (x) _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Forberedelse

	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.
Modtager henvendelse vedr. borger												
Orienterer sig i journal												
Indhenter information												
Opretter ny journal												
Opdaterer journal												
Planlægger besøg/kontakter borger												
Andet 1:												

Gennemførelse

	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.
Behandler/observerer borger												
Indhenter information												
Dokumenterer behandling/pleje og observationer												
Dokumenterer i borgers samarbejdsbog												
Andet 1:												

Efterbehandling

	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.
Indhenter information												
Opdaterer journal												
Kommunikerer observationer og behov for yderligere aktivitet												
Andet 1:												

Tidsforbrug i forbindelse med bestilling af medicin

Medarbejder navn: _____ Gruppe: _____

Praktisk fremgangsmåde:

I en 14-dages periode indsamles data vedrørende tidsforbrug i forbindelse med medicinbestilling. Medarbejderen registrerer i forbindelse med hvert besøg tidsforbruget i forbindelse med forberedelse, gennemførelse og efterbehandling fordelt på de enkelte aktiviteter i skemaet nedenfor. Antalsmæssigt ønskes i størrelsesordenen 30-50 registreringer, hvis dette er muligt. *Bemærk*, at flere af nedenstående aktiviteter er alternativer i forbindelse med medicinbestilling og det er kun de relevante, der skal udfyldes. Alle tidsregistreringer i min.

Besøgs nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Dato													
Forberedelse	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min
Behov eller henvendelse om medicinering konstateres													
Indhente information for borgere udskrevet fra sygehus													
Kontrollerer information - opdaterer udarbejder medicinliste i journal. Nye og gamle brugere													
Faxer/ringe medicinliste til læge													
Faxer/ringe medicinliste til DPC eller private psykiater													
Faxer/ringe medicinliste til apotek													
Forgæves kontakt til samarbejdspartner													
Modtager/afhenter medicin													
Andet 1:													
Andet 2:													
Gennemførelse	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min
Kontrollerer bestilt medicin													
Dispenserer medicin													
Administrere medicin													
Kontrollere indtag af medicin													
Documentation af medicinadministration													
Andet 1:													
Andet 2:													
Efterbehandling	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min	Antal min
Dokumentation af medicinadministration													
Andet:													

12. Bilag 4: Registreringskema til BTP måling

Medarbejders navn: _____

Gruppe: _____ Faggruppe: _____

Dato: _____ Planlagt arbejdstid: _____

Arbejdstid : Mødt kl.: _____ Gået hjem kl.: _____ Samlet i min.: _____

		Antal minutter pr.besøg		Samlet pr. dag
Direkte brugertid (tid i borgerens hjem)	Personlig hjælp/pleje (dækker også tlf. opkald til læge apotek, pårørende mv. så længe det foretages i borgerens hjem)			
	Praktisk hjælp			
	Opgaver udenfor opgørelsen (eksempelvis på plejecenter mv.)			
Indirekte brugertid (borgerrettet tid der foregår andre steder end i hjemmet)	Kontakt (Til læge, apotek, pårørende, sygehus mv. som ikke foregår i borgerens hjem)			
	Fællesopgaver vedr. flere brugere	Intern faglig koordinering		
		Dokumentation		
		Tidsforbrug ved registrering mv.		
Vejtid (fra dør til dør)				

Kvalifikationstid	Udvikling og uddannelse	Undervisning/praktikvejledning			
		Projektdeltagelse			
		Egen uddannelse			
	Møder		Personalemøder		
			Planlægningsmøder		
			Ledelses-møder / dialog med ledelsen		
			Øvrige møder		
			Frokost og pauser		
	Organisering (disponering mv.)		Planlægning		
			Administration		
			Tillids- og sikkerhedsrepræsentantarbejde		
	Beredskabstid	Planlagt(ventetid)	Ventetid		
Tid anvendt til andre opgaver					
Ikke planlagt (aflysninger fra brugerens side, dødsfald, hospitals-indlæggelser mv.)					
Fravær (Grubeleder udfylder denne såfremt medarbejderen er fraværende)	Planlagt fravær (ferie, afspadsering mv.)	Omsorgsdag			
		Ferie, orlov m/u løn			
		Afspadsering			
		Andet			
	Ikke planlagt fravær - hvad sker der med medarbejderens arbejdsopgaver?	Dækkes af ekstern vikar			
		Flytning/aflysning			
		Fordeling blandt øvrige medarbejdere			
		Andet			
		Samlet antal minutter			