HVIDOVRE KOMMUNE

TEMAANALYSE – BUDGET 2022

Hjemmehjælp

Indhold

Indledning 3
Sammenfattende konklusion 3
Analysedesign 4
Eksterne rammebetingelser 5
Det nære sundhedsvæsen 5
Sundhedsprofil og kommunesocialgruppe 5
Lovgivning: Rehabiliteringsforløb, personlig pleje, praktisk hjælp, madservice og sygepleje 5
Ændringer i opgaven – øget kompleksitet 6
Befolkningsprognose Hvidovre Kommune 2021-2035, for 80 år + ... 7
Figur 1 Befolkningsprognose Hvidovre Kommune 2021-2035, for 65 år+ og 80 år + ... 7
Interne rammebetingelser 8
Organiseringen af hjemmehjælpsområdet i Hvidovre Kommune 8
Figur 2 BUM-modellen med leverandører 8
Visitation til rehabiliteringsforløb, personlig pleje og praktisk hjælp og madservice 9
Figur 3 Antal visiterede og leverede borgere og timer til hjemmehjælp fra 2015 til og med 2020 for modtagere fra 65 år og derover 9
Figur 4 Antal hjemmehjælpsmodtagere visiteret i forhold til borgere i befolkningsgruppen (pr. 1.000 borgere) 10
Figur 5 Leverede timer (SEL § 83) pr. uge og andel modtagere pr. 1.000 indbyggere fra 2015 til 2020 11
Tabel 1 Antal aftaler, antal timer planlagt og gennemsnitligt antal minutter pr. aftale 11
Human Care – privat leverandør af hjemmehjælp i Hvidovre Kommune 12
Figur 6 Fordelingen af leverede ydelser og leverede borgere på §83 (SEL) eller §138 (SUL) kommunal hjemmehjælpsleverandør og Human Care i 2020 (timer) 12
Tøjvask 13
Figur 7 Tøjvaskeordningen – udviklingen i antal borgere fra opstart til og med marts 2021 14
Madservice med levering 14
Figur 8 Madservice – udviklingen i antal borgere fra januar 2019 til og med marts 2020 14
Indkøbsordning 15
Figur 9 Indkøbsordning – udviklingen i antal borgere fra januar 2019 til og med marts 2020 15
Delegation og videredelegation 15
Figur 10 Delegeringsgrad af sundhedslovsydelser, leverede timer i pct. fra februar 2020 til og med marts 2021, fordelt på leverandører 16
Figur 11 Delegeringsgrad på de 10 sundhedsydelser med flest timer i 2020 17
Udredning og rehabilitering 18
Figur 12 Antal borgere visiteret til udrednings- og rehabiliteringsforløb pr. måned 18
Tabel 2 Antal nyhenvendere og andel der visiteres til et udrednings- og rehabliteringsforløb (U&R forløb) 19
Hvidovre Kommunes udgifter til hjemmehjælpsområdet 20
Figur 13 Udgiftsniveau (mio. kr.) fra 2015-2020 pr. 65+ årige hhv. 80+ årige borgere i kommunen 20
Personalesammensætning 20
Personalerekruttering 20
Sygefravær 21
Tabel 3: Sygefravær i Hjemmeplejen fra 2015-2020, fraværs % er sammenlignet med Center for Sundhed og Ældre (2020 mangler pt.) 21
Den Gode Plan 22
Konklusion 22

Indledning

I forbindelse med Økonomiudvalgets behandling den 1. marts 2021 af budgetprocessen for 2022-2025 blev det besluttet at gennemføre en temaanalyse af hjemmehjælpsområdet.

Formålet med denne temaanalyse er at belyse hjemmehjælpsområdet og herunder redegøre for de udfordringer, som hjemmehjælpsområdet står overfor og analysere mulige løsningsforslag.

Hjemmehjælpsområdet består af kommunal leverandør af personlig og praktisk hjælp og madservice og private leverandører af personlig og praktisk hjælp, madservice, tøjvaskeordning og indkøbsordning. Det vil fremgå eksplicit af analysen, hvis redegørelse eller konklusioner kun vedrører den kommunale hjemmehjælpsleverandør og ikke hele hjemmehjælpsområdet.

Hjemmehjælpsområdet i Hvidovre Kommune omfatter både leveringen af hjemmehjælp efter servicelovens § 83 og leveringen af sygeplejeydelser, som delegeres efter sundhedsloven § 138. Der har siden "Det nære sundhedsvæsen", været et stigende antal sygeplejeydelser, der leveres af social- og sundhedsassistenter eller hjemmehjælpere i stedet for sygeplejersker.

Befolkningsfremskrivningen for Hvidovre Kommune viser, at antallet af ældre fra 65 år og derover vil stige med knap 1.575 borgere fra 2021 til 2035. Heraf vil de godt 900 være fra 80 år og derover. Vi ved at behovet for hjemmehjælp og sygepleje stiger med alderen, og flere ældre vil således øge udgiftspresset. Derudover er der rekrutteringsvanskeligheder af social- og sundhedsassister bl.a. som følge af små årgange. En konsekvens heraf er blandt andet et stigende forbrug af vikarer. Et forbrug som i 2020 udgjorde 25,5 mio. kr. hos kommunal hjemmehjælpsleverandør.

Den kommunale hjemmehjælpsleverandør har gennem en årrække haft vanskeligheder med at holde budgettet, og som konsekvens heraf har området fået tilført tillægsbevillinger: 6 mio. kr. i 2019 og 4,3 mio. kr. i 2020.

For at imødegå disse udfordringer har Hvidovre Kommune i 2018 etableret Udredning- og Rehabiliteringsenheden med henblik på at øge borgernes funktionsevne og dermed udskyde eller nedsætte behovet for hjemmehjælp. I 2020 blev hjemmehjælp udbudt til én privat leverandør, og tøjvask blev udbudt til to private vaskeleverandører. Derudover har den kommunale hjemmepleje ved blandt andet at lave en ny og mere sammenhængende organisering, arbejdet med at effektivisere og kvalitetssikre hjemmehjælp. Aktuelt er den kommunale hjemmepleje i gang med at udrulle et stort organisatorisk projekt kaldet Den Gode Plan, som er et systematisk arbejde med at optimere den daglige planlægning med henblik på at udnytte de knappe medarbejderressourcer bedre og dermed reducere behovet for vikarer.

I analysen er først en beskrivelse af analysedesignet, som er bygget op om en række eksterne og interne rammevilkår, som hjemmehjælpsområdet agerer indenfor, og som påvirker kommunens handlemuligheder i forhold til økonomistyring og ressourceudnyttelse.

Sammenfattende konklusion

Temaanalysen viser bl.a., at hjemmehjælpsområdet nu oplever konsekvensen af, at der er blevet flere ældre, og at ungdomsårgangene er blevet mindre. Det nære sundhedsvæsen er et forsøg på at imødegå denne udvikling ved at nytænke og udvikle sundhedsvæsenet. Et omdrejningspunkt for det nære sundhedsvæsen er, at der skal være langt mere fokus på tidlig opsporing, forebyggelse, træning og egenomsorg. Imidlertid har det nære sundhedsvæsen medført et stort pres på sygeplejen og hjemmehjælpsområdet. Flere ældre betyder et større behov for sygepleje og hjemmehjælp, hvilket øger behovet for flere medarbejdere, som der er mangel på. Tidlig opsporing, forebyggelse, træning og egenomsorg kan mindske presset, men ikke så det modsvarer stigningen i antal ældre.

Temaanalysen viser, hvordan udviklingen har været i antallet af visiterede borgere, fordelingen af leveret tid på hjemmehjælpsydelser og sundhedslovsydelser, og hvor stor en andel af sundhedslovsydelserne, der delegeres til hjemmehjælpsleverandørerne.

I afsnittet udredning og rehabilitering er der bl.a. en analyse af forbruget på leverede timer før og efter rehabiliteringsindsatsen.

Opsummerende viser temaanalysen

1. At de delegerede sundhedslovsydelser i perioden februar 2020 til og med marts 2021 udgjorde 21 pct. af de to hjemmehjælpsleverandørers samlede leverede ydelser, og at to ydelser medicinadministration og -dispensering tilsammen fylder 61,5 pct. af de samlede delegerede sundhedsydelser. Der bør ses nærmere på dette område i forhold til bedre planlægning og effektivisering.
2. At antallet af leverede timer pr. borger til hjemmehjælp efter servicelovens § 83 pr. 1.000 borger i befolkningsgruppen er reduceret. Men da vi ved, at der kommer en stigning i antallet af ældre i de kommende år, bør der være endnu flere borgere, der får et udrednings- og rehabiliteringsforløb, med henblik på, at de skal kunne klare sig selv, så de kan få et selvstændigt og aktivt liv.
3. At det er en stor udfordring at rekruttere social- og sundhedshjælpere og -assistenter, hvilket blandt andet har medført en stigende anvendelse af vikarer gennem årene. Men med fokus på styrket rekruttering, nærvær og nedbringelse af sygefravær samt effektiv udnyttelse af eksisterende ressourcer, bl.a. med hjælp fra værktøjet i Den Gode Plan, er det forventningen at vikarforbruget kan nedbringes.

Analysedesign

I mange sammenhænge sættes lighedstegn mellem udgiftsniveau og serviceniveau, men eksterne og interne rammebetingelser påvirker muligheden for at realisere de politisk fastsatte målsætninger og dermed serviceniveauet.

Temaanalysen er bygget op omkring de eksterne og interne rammebetingelser, der belyser kompleksiteten på hjemmehjælpsområdet.

De eksterne rammebetingelser på hjemmehjælpsområdet er defineret som de rammer, som Hvidovre Kommune ikke har mulighed for at ændre dvs. lovgivningen, den kommunale økonomiaftale, hvor det hvert år mellem regeringen og KL, aftales hvor meget kommunerne må bruge på serviceudgifter det kommende år, befolkningens alderssammensætning og uddannelsesniveau, antallet og indholdet af lægehenvisninger, som tilgår sygeplejen, hvoraf 85 pct. bliver videredelegeret til de to hjemmehjælpsleverandører, de nationale kliniske retningslinjer og "opgaveglidning" fra region til kommune.[1]

De interne rammebetingelser på hjemmehjælpsområdet er defineret som den kommunalpolitisk besluttede økonomiske ramme og øvrige kommunalpolitiske beslutninger, såsom styringen af hjemmehjælpsområdet i en Bestiller-Udfører-Modtager-model[2], den interne organisering af den kommunale leverandør af hjemmehjælp, personalerekruttering og –sammensætning og ledelsesstruktur. Herunder leveringsgrad af ydelserne, dvs. hvor stor en andel af personalets fremmødetid der bruges hos borgeren.

Denne temaanalyse omhandler ud over personlig pleje og praktisk hjælp jf. serviceloven også de sundhedslovsydelser, som er delegeret fra sygeplejen i Hvidovre Kommune til hjemmehjælpsleverandørerne. Disse begreber bliver forklaret nærmere på side 15.

Der er – som vanligt - udarbejdet en afdækning for Hjemmehjælpsområdet, hvor der er foretaget en benchmarking med sammenlignelige kommuner. Temaanalysen – Hjemmehjælpsområdet og Afdækning Hjemmehjælp komplementerer hinanden og bør ses i sammenhæng.

[1] 85 pct. blev videredelegeret pr. marts 2021
[2] Beskrevet på s. 8

Eksterne rammebetingelser

Det nære sundhedsvæsen

I 2012 kom KL med udspillet om "Det nære sundhedsvæsen", som handler om at løse opgaver på lavest effektive omkostningsniveau, og om hvordan borgeren kan hjælpes hjemme i det nære og omprioritering af ressourcerne[3]. Samarbejdet og koordinationen i sundhedsvæsenet skal styrkes, og flere digitale og teknologiske løsninger skal sikre tilgængelighed og nærhed for borgerne og samtidig understøtte borgerne i egenomsorg.

Fra 2013 og 2014 er der i hvert af årene afsat 300 mio. kr. om året til at udbygge det nære sundhedsvæsen. Desuden har kommunerne i forbindelse med økonomiaftalerne fået midler til forskellige målrettede indsatser som: Kompetenceløft til den ældre medicinske patient, Forløbsplaner for borgere med kronisk sygdom, Udmøntning af det nationale lungesatsningsprogram, Handlingsplan for demens og Kræftplan.

Det Nære Sundhedsvæsen vil have en naturlig afsmitning på opgaveløsningen på hjemmehjælpsområdet. Særligt koordination af indsatser, antallet af borgere med behov for hjemmehjælp samt opgavekompleksitet vil udfordre hjemmehjælpsområdet. I henhold til lovgivningen har borgerne, der er i målgruppe for hjælp et retskrav på at kommunen træffer en afgørelse, der fokuserer på deres muligheder for gennem en målrettet indsats for at blive selvhjulpen. Alle former for hjælp tager udgangspunkt i borgerens tab af funktionsevne samt borgernes ressourcer. Det kan være på baggrund af sygdom eller almindelig aldring. Derfor er der et tæt samspil mellem kommunen, egen læge og hospitalerne. Herunder skal kommunen, i højere grad end tidligere, kunne modtage særdeles plejekrævende og sårbare borgere, som udskrives, hvor der ikke er en lægefaglige problemstilling. Derfor skal kommunen dels kunne mønstre flere pleje- og træningsfaglige kompetencer end tidligere og dels kunne tilbyde midlertidige ophold, hvis borgeren ikke kan være i egen bolig. Dette kræver tæt samarbejde med regionen, men også en høj fleksibilitet hos kommunens forskellige leverandører.

Sundhedsprofil og kommunesocialgruppe[4]

For at anskueliggøre omfanget af sociale forskelle i sundhed på tværs af kommuner og bydele i Region Hovedstaden, er de 29 kommuner og 10 københavnske bydele inddelt i fire kommunesocialgrupper i sundhedsprofilen. Kommunesocialgruppe 1 indeholder kommuner og bydele, hvis borgere er socialt bedst stillet, mens kommunesocialgruppe 4 indeholder kommuner og bydele, hvis borgere er socialt dårligst stillet. Hvidovre Kommune er i gruppe 3 sammen med bl.a. Rødovre, Ballerup og Herlev.

Kommuner og bydele er inddelt i kommunesocialgrupper, opgjort blandt borgere på 25 år og derover på baggrund af følgende kategorier: Andel af borgere med grundskole- eller gymnasial uddannelse, andel af borgere i den erhvervsaktive alder (ml. 25-64 år) uden for arbejdsmarkedet, herunder arbejdsløse (i mindst et halvt år), førtidspensionister, modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge, uddannelsesgodtgørelse og orlovsydelse og gennemsnitlig årlig indkomst.

Lovgivning: Rehabiliteringsforløb, personlig pleje, praktisk hjælp, madservice og sygepleje

Serviceloven § 83

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde personlig hjælp og pleje, hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og madservice.

Tilbuddene 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.

[3] https://www.kl.dk/media/10485/kl-udspil_det_n-re_sundhedsv-sen_-2012.pdf
[4] Sundhedsprofil for region og kommuner 2017, Region Hovedstaden, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, s. 51

Forud for vurderingen af personens behov for hjælp efter § 83, er kommunalbestyrelsen forpligtet til at foretage en vurdering af, om personen vil kunne forbedre sin funktionsevne via et korterevarende, tidsafgrænset rehabiliteringsforløb, jf. 83 a, og dermed nedsætte behovet for hjemmehjælp jf. § 83, stk. 1. Forpligtelsen gælder både i forhold til personer, der anmoder om hjælp efter § 83, og personer, der allerede modtager hjælp efter § 83.

Når en person tilbydes et rehabiliteringsforløb, er det som hovedregel først efter afslutningen af dette forløb, at kommunalbestyrelsen skal tage endeligt stilling til den pågældende persons behov for hjælp efter § 83.

Vurderingen af om en person vil kunne forbedre sin funktionsevne, skal efter § 83 a ske på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den pågældende persons funktionsnedsættelse og det afledte behov for hjælp i forhold til at klare sig selv i hverdagen. Kommunalbestyrelsen skal se på den pågældende persons funktionsevne i bred forstand, så der ses på den samlede funktionsevne – hvor både den fysiske, psykiske og sociale funktionsevne indgår.

Når kommunalbestyrelsen træffer afgørelse om et rehabiliteringsforløb skal kommunen gå i dialog med borgeren i forhold til om borgeren er eller kan blive motiveret for at indgå aktivt i rehabiliteringsforløbet.

Kommunalbestyrelsens pligt til at vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83 og til at træffe afgørelse om tildeling af hjælpen ud fra borgerens individuelle og konkrete behov gælder uanset, hvad der er årsag til, at borgeren ikke gennemfører rehabiliteringsforløbet.

Der kan være flere årsager til, at en borger ikke gennemfører et rehabiliteringsforløb. For eksempel kan borgeren blive syg under rehabiliteringsforløbet og dermed ikke være i stand til at gennemføre rehabiliteringsforløbet, eller borgeren kan have svært ved at finde motivationen. Det kan også skyldes, at borgeren ikke magter at gennemføre et rehabiliteringsforløb eller at borgeren modsætter sig. Det er dermed borgerens aktuelle behov, der er afgørende ved kommunalbestyrelsens vurdering af borgerens behov for hjælp efter § 83 og ikke årsagen til, at borgeren ikke gennemførte rehabiliteringsforløbet.

Sundhedsloven § 138

Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvisning til personer med ophold i kommunen.

Ændringer i opgaven – øget kompleksitet

Opgaverne og måden at arbejde på har ændret sig løbende siden udspillet om Det nære sundhedsvæsen, så der er langt mere fokus på den rehabiliterende og patientrettede forebyggelse og på at styrke den specialiserede sygeplejeindsats.

Udviklingen i opgavemængden og -karakteren skyldes dels udviklingen i det regionale sundhedsvæsen, og dels at der er tale om en betydelig opgaveglidning, fordi patientforløbene på hospitalerne er accelererede, og patienter udskrives med stadig flere komplekse behov for pleje og behandling, hvilket giver et øget opgavepres i kommunerne.

Det er vanskeligt entydigt at vurdere, i hvilket omfang ovenstående udvikling i efterspørgslen efter sygepleje alene er et udtryk for opgaveglidning mellem det regionale sundhedsvæsen og kommunerne, eller om der også er sket andre enten tilsigtede ændringer i opgaveportefølje og kvalitetsstandarder eller utilsigtede ændringer i visitationspraksis. F.eks. skyldes udviklingen mod flere, nye og mere komplekse opgaver også forbedrede behandlingsmuligheder, som betyder, at flere behandlingsopgaver kan varetages i hjemmet.

Der bliver leveret væsentlig flere timer til sundhedslovsydelser/sygepleje i Hvidovre Kommune end tidligere. Den generelle demografiske udvikling har indvirkning på behovet for sygeplejeindsatser og særligt i kombination med den generelle sundhedsprofil for Hvidovre Kommune, hvor der kommer flere ældre og flere borgere med kroniske sygdomme.

Opgaveglidning fra hospital til kommune har været kendt og problematiseret i flere år af kommunerne og KL. I modsætning til opgaveflytning, hvor hjemmesygeplejen systematisk klædes på til opgaverne, og

hvor pengene følger med opgaven, så er opgaveglidning ikke aftalt, og der er ikke fulgt ikke penge med. Senest afdækket i Temaanalyse Sygepleje 2020 i forbindelse med budget 2021.

Sundheds- og plejeudgifter i regioner og i kommuner er procentuelt steget ens siden strukturreformen. Stigningen i regionerne er finansieret af øgede statslige bevillinger og stigende kommunal medfinansiering. Kommunernes sundhedsvækst er finansieret ved nedprioritering af anden velfærd (hjemmehjælp, daginstitutioner, folkeskole m.v.) suppleret af få, mindre løft i økonomiaftalerne, men rammen har været næsten konstant i 11 år.[5]

Statens Institut for Folkesundhed har beregnet, at behovet for KOL- og diabetesbehandlinger på hospitalerne vil fordobles inden 2030.[6] Behandlinger som i stigende grad skal foretages i kommunerne.

Samlet set kan der forventes flere udgifter til sundhedslovsopgaverne, end det Hvidovre Kommune oplever pt.

Derudover skal nævnes, at visitatorerne i Visitationen i gennemsnit får knap 2.000 henvendelser pr. måned. Oplevelsen er, at sagerne er blevet mere komplekse over tid.

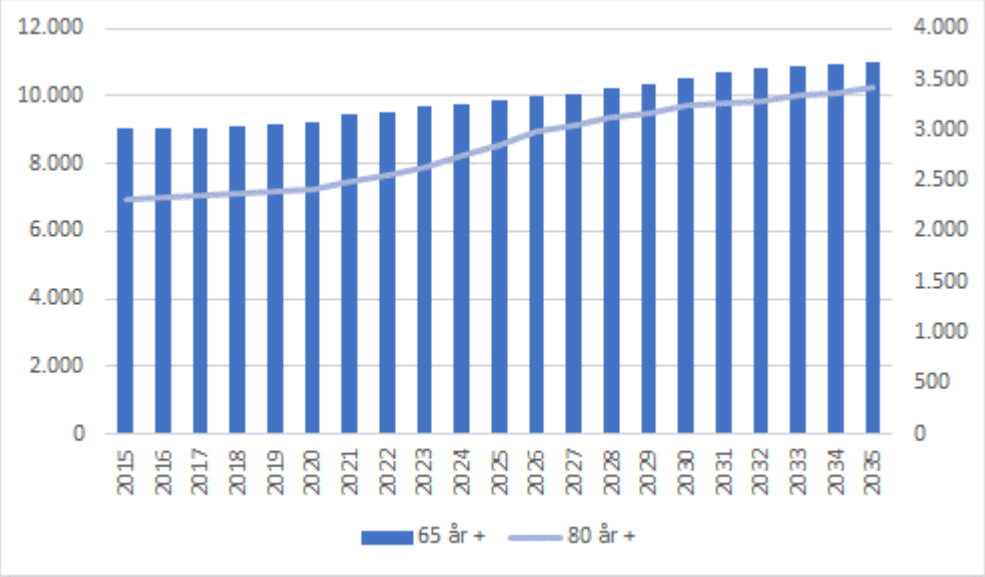
Befolkningsprognose Hvidovre Kommune 2021-2035, for 80 år +

I perioden 2015 til 2021 er antallet af 65 år og derover øget med 420 borgere, hvoraf 173 borgere er 80 år og derover.

Befolkningsfremskrivningen for Hvidovre Kommune viser, at antallet af ældre fra 65 år og derover vil stige med 1.575 borgere fra 2021 til 2035. Heraf vil de godt 900 være fra 80 år og derover. Vi ved at behovet for hjemmehjælp og sygepleje stiger med alderen, og at udgiftspresset derfor alt andet lige vil blive øget.

Figur 1 viser indbyggertallet fra 2015 til 2020 og prognosen fra 2021 til 2035 for 65 år hhv. 80 år og derover.

Figur 1 Befolkningsprognose Hvidovre Kommune 2021-2035, for 65 år+ og 80 år +



Kilde: Hvidovre Kommunens befolkningsfremskrivning

[5]Jes Søgaard: Den ufinansierede og uplanlagte opgaveglidning til kommunerne kan ikke fortsætte, Politiken Sundhed

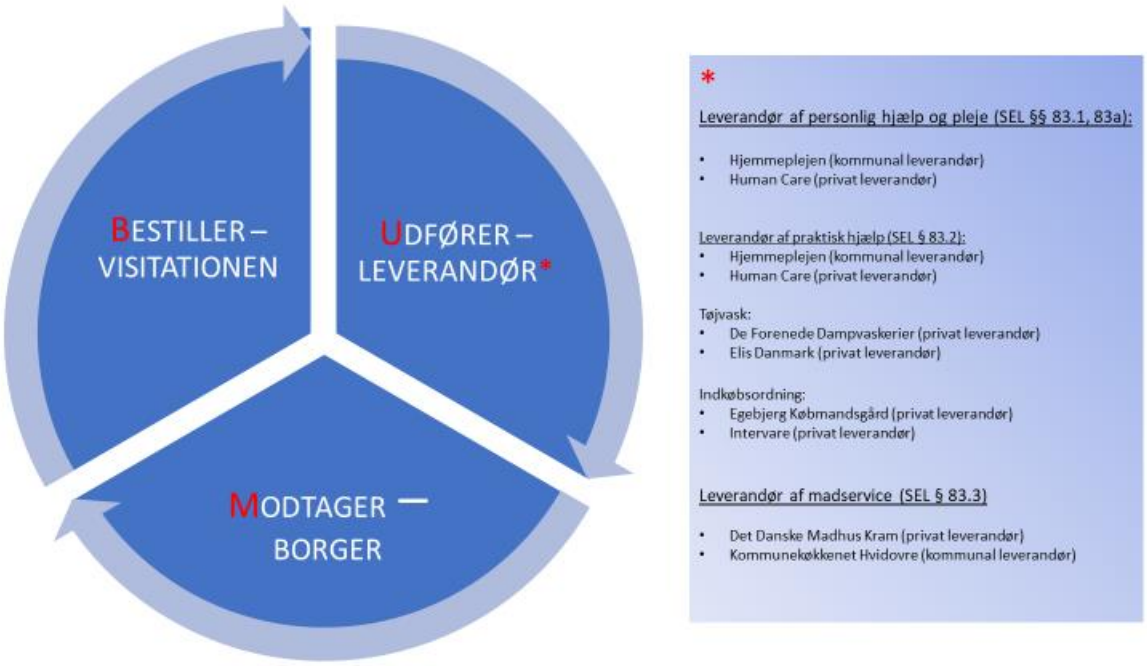
[6] Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030, KOL og type 2-diabetes, STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED, 2017, Heidi Amalie Rosendahl Jensen Lau Caspar Thygesen Michael Davidsen

Interne rammebetingelser

De interne rammebetingelser på hjemmehjælpsområdet er defineret som den kommunalpolitiske besluttede økonomiske ramme og øvrige kommunalpolitiske beslutninger, såsom styringen af hjemmehjælpsområdet i en BUM-model, den interne organisering af den kommunale leverandør af hjemmehjælp, personalerekruttering og –sammensætning og ledelsesstruktur.

Organiseringen af hjemmehjælpsområdet i Hvidovre Kommune

Figur 2 BUM-modellen med leverandører



BUM-modellen er et redskab til styring af offentlige ydelser bl.a. på ældreområdet. Modellen udfordrer det, der traditionelt betegnes som kommunernes dobbeltrolle, dvs. rollen som både bestiller og udfører.

I BUM-modellen sættes der fokus på henholdsvis myndighedsrollen og leverandørrollen og på adskillelsen af de to roller.

- B - (bestilleren/myndigheden/Visitationen) gives ansvaret for at sætte fokus på brugernes behov og for at udmønte kommunens serviceniveau gennem beskrivelse af ydelser og gennem visitation. Bestilleren har et købsbudget, og bestiller og betaler udføreren for at levere ydelsen hos brugeren.
- U - (udføreren; offentlig eller privat udfører/leverandør) gives ansvaret for at levere og dokumentere ydelser til modtagere. Udføreren ansætter medarbejdere, der modsvarer de bestilte ydelser i antal timer. Udfordringen for udføreren ligger i hurtigt at kunne tilpasse sig ændringer i de bestilte eller aflyste ydelser. Dvs. er der det rette antal medarbejdere på arbejde, eller er det nødvendigt at hyre vikarer.
- M - (modtageren/brugeren) er den, der modtager ydelsen

Modellen er en visitations- og økonomistyringsmodel, der har fundet fodfæste i den offentlige sektor op gennem 1990'erne. Implementeringen af BUM-modellen som styringsmodel på det sociale område er en del af den modernisering af den offentlige sektor, som Schlüter-regeringen startede i 1982. En

modernisering, der er båret af New Public Management-strategier og markedsgørelse af den offentlige sektor gennem udlicitering og privatisering af opgavevaretagelsen.[7]

Den traditionelle BUM-model er styrende for organiseringen i Hvidovre Kommune. Bestilleren er Visitationen og Udførerne er den kommunale Hjemmehjælpsleverandør og Human Care, som er privat hjemmehjælpsleverandør. Visitationen og den kommunale hjemmehjælpsleverandør har separate ledelser, som er samlet under den samme centerledelse i Center for Sundhed og Ældre.

Styringsmodellen har gode intentioner bl.a. at lette styringen af udgifterne, men den er samtidig med til at holde forskellige faggrupper adskilte og kritiseret for den manglende tillid til medarbejderen, som kender borgeren bedst. Denne problematik har der været en stigende fokus på gennem årene, f.eks. kan nævnes tillidsbaserede styringsrelationer. [8]

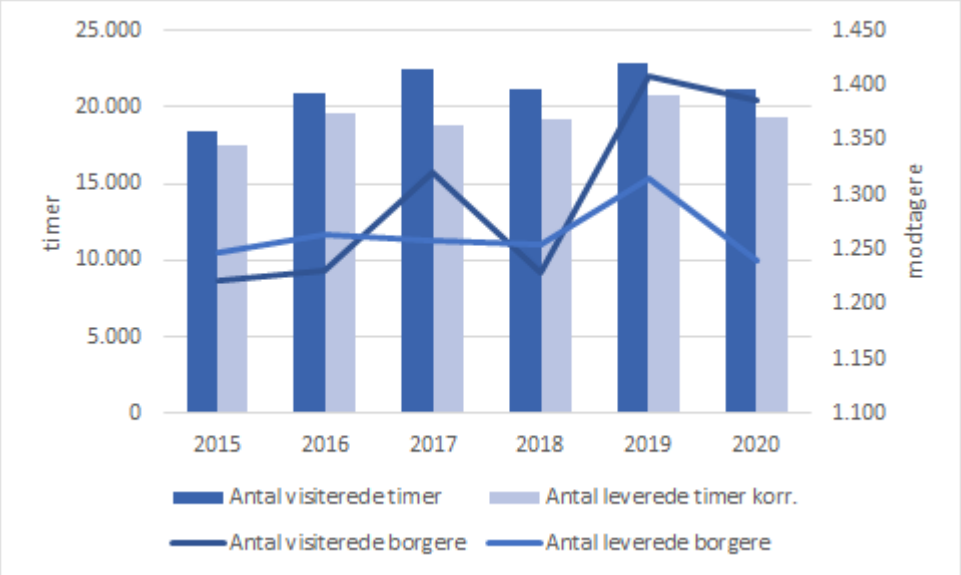
Visitation til rehabiliteringsforløb, personlig pleje og praktisk hjælp og madservice

Kommunalbestyrelsen fastsætter årligt kommunens serviceniveau, som beskrives i en kvalitetsstandard.

I 2020 var der i Hvidovre Kommune i gennemsnit visiteret 1.604 borgere til personlig og praktisk hjælp og madservice pr. måned.

Gennemsnitsalderen for de personer over 65 år, som er visiteret til hjemmehjælp for første gang, var 79,8 i 2019 og 79,9 år i 2020. [9]

Figur 3 Antal visiterede og leverede borgere og timer til hjemmehjælp fra 2015 til og med 2020 for modtagere fra 65 år og derover



Kilde: Statistikbanken AED01, AED02, AED22, AED23 for 2015-2018, Cura BI 2019-2020

Figur 3 viser det gennemsnitlige antal visiterede og leverede hjemmehjælpsmodtagere og – timer pr. måned fra 2015 til og med 2020 fra 65 år og derover.

Leveringsprocenten, dvs. den andel af de visiterede timer, der er blevet leveret hos borgerne var 95 pct. i 2015, 78 pct. i 2019 og 82 pct. i 2020. Det er vurderingen, at en leveringsprocent ml. 90-95 pct. er et forventeligt niveau på grund af aflysninger på selve dagen, der ikke kan nå at blive registreret som aflyste. Det kan f.eks. skyldes akutte indlæggelser. Leveringsprocenterne for 2019 og 2020 vurderes at

[7] https://denstoredanske.lex.dk/BUM-modellen
[8]https://www.kk.dk/artikel/tillid-p%C3%A5-dagsordenen, //www.kk.dk/artikel/besoegsblokke-fra-kontrol-til-tillid
[9] SEL § 83, 1 og 83,2. Kend din kommune: 2017: 79,6 og 2018: 78,7 år. Det er muligt at tallene fra KØF har en anden opgørelsesmetode.

være for lave på grund af manglende registreringer i omsorgssystemet Cura. Det er derfor valgt teknisk at korrigere til 2018 niveau, der var 90 pct. for januar til april.

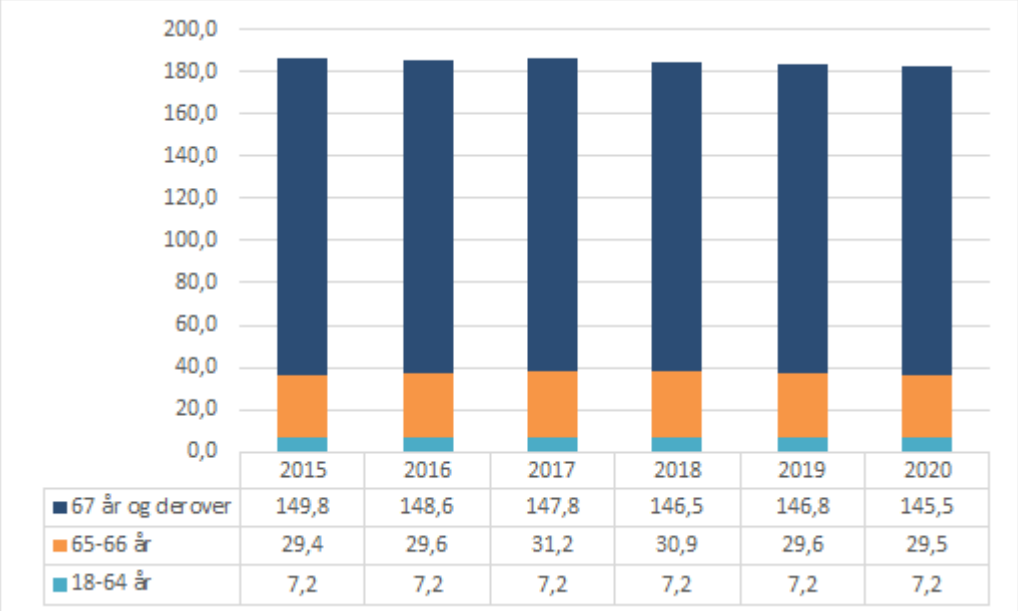
Det er vurderingen, at det er et mere retvisende niveau og kan være med til at forklare budgetoverskridelserne i 2019 og 2020, da hjemmehjælpsleverandørerne afregnes på baggrund af leverede timer. Det bemærkes, at de private leverandører i samme periode har fremsendt opkrævninger baseret på deres "manuelle" registreringer.

I 2015 var der i gennemsnit visiteret 1.221 borgere på 65 år og derover pr. måned sammenlignet med 1.386 borgere i 2020, dvs. en stigning på 14 pct. Visiterede timer steg i samme periode fra 18.412 til 21.167 timer, dvs. en stigning på 15 pct. Med korrektionen for 2019 og 2020 er der leveret 9 pct. flere timer i 2020 sammenlignet med 2015.

Ses der på det gennemsnitlige antal visiterede timer pr. måned pr. hjemmehjælpsmodtager på 65 år og derover, var det 15,1 timer i 2015 sammenlignet med 15,3 timer i 2020. Og det gennemsnitligt leverede timer er på 14 timer i 2015 sammenlignet med 15,4 timer i 2020. I leverede timer indgår akutbesøg og ekstrabesøg, der ikke er visiterede. Stigningen i antal leverede timer pr. borger kan formentlig forklares med, at hjemmehjælpsmodtagernes funktionsevne er blevet dårligere i perioden.

Som nævnt i ovenstående visiterede Hvidovre Kommune i 2020 i gennemsnit 1.386 borgere fra 65 år og over til hjemmehjælp. Det svarer til 15,1 procent af borgerne over 65 år. Med de samme forudsætninger vil stigningen i antal ældre betyde, at der vil være 300 flere hjemmehjælpsmodtagere i 2035. Den tilsvarende udgift vil være ca. 20 mio. kr. i 2035 (2020 priser).

Figur 4 Antal hjemmehjælpsmodtagere visiteret i forhold til borgere i befolkningsgruppen (pr. 1.000 borgere)

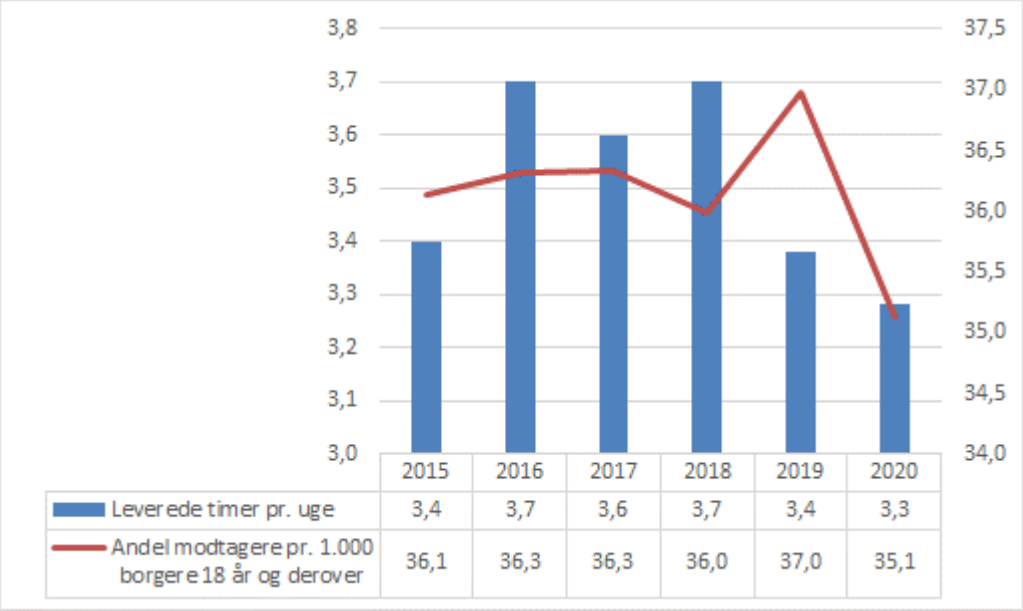


	2015	2016	2017	2018	2019	2020
67 år og derover	149,8	148,6	147,8	146,5	146,8	145,5
65-66 år	29,4	29,6	31,2	30,9	29,6	29,5
18-64 år	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2

Kilde: Statistikbanken, AED06, FOLK1

Figur 4 viser, at gruppen af 18-64 år, der visiteres til hjemmehjælp, har været konstant i perioden. Gruppen af 67 år og derover har en svag faldende tendens. Da §83a tæller med i data kan dette ikke forklare faldet.

Figur 5 Leverede timer (SEL § 83) pr. uge og andel modtagere pr. 1.000 indbyggere fra 2015 til 2020



Kilde: Statistikbanken AED02, FOLK1a, 2019 og 2020 egen beregning fra Cura BI

Figur 5 viser, at antallet af leverede timer pr. uge pr. 1.000 indbyggere er faldet fra 2018. I de seneste par år har der særligt været en reduktion for de under 66-årige og de 85 + årige mens de 67-69-årige er steget.[10]

I 2020 var der i gennemsnit 569 borgere pr. måned, der fik leveret personlig hjælp jf. servicelovens § 83,1 og 1.249 borgere, der i gennemsnit fik leveret praktisk hjælp jf. servicelovens § 83,2.

I timer er fordelingen 64 pct. til § 83,1, 32 pct. til § 83,2 og 4 pct. til § 83a.

Tabel 1 Antal aftaler, antal timer planlagt og gennemsnitligt antal minutter pr. aftale[11]

	1. kvartal 2019			1. kvartal 2021		
	Antal aftaler	Antal timer planlagt	Minutter pr. aftale	Antal aftaler	Antal timer planlagt	Minutter pr. aftale
§83.1	82.107	28.710	21	90.972	30.572	20
§83.2	46.866	14.376	18	66.762	15.662	14
§83a	12.603	3.569	17	9.643	2.076	13
Akut/ekstrabesøg	579	226	23	844	268	19

Kilde: Cura BI

Tabel 1 viser, at antal minutter pr. aftale (besøg) er faldet fra 1, kvartal 2019 i forhold til 1. kvartal 2021.

Tabel 1 viser, at der i 1. kvartal 2021 bliver leveret flere timer på § 83,1 og 83,2 men færre på § 83a. Kommunal hjemmehjælpsleverandør fik flere borgere i forbindelse med ændringen fra fire til én privat

[10] Data for særligt 2019 kan mangle leverede besøg grundet mangle registrering

[11] Populationen afgrænses til borgere, der havde kommunal hjemmehjælpsleverandør, som modtager hjælp efter servicelovens §§ 83,1, 83,2 og 83a. Dette skyldes, at der var flere private leverandører i 2019 og data ikke er tilstrækkelig valid. Endelig er valgt at bruge planlagt og leveret timer frasorteret annullerede timer. Der er ikke korrigeret for borgernes funktionsevne.

hjemmehjælpsleverandør pr. 30. januar 2020. Således var der 1.172 borgere i 1. kvartal 2019 og 1.243 borgere i 1. kvartal 2021.

Da der i perioden blev gennemført besparelse som konsekvens af tøjvaskeordningen, udbud af personlig og praktisk hjælp og nyt ydelseskatalog for kvalitetstandarder, kan det ikke konkluderes at reduktionen i antal minutter pr. aftale skyldes rehabilitering.

Human Care – privat leverandør af hjemmehjælp i Hvidovre Kommune

Fra d. 31. januar 2020 har borgere, der er visiteret til personlig pleje og/eller praktisk hjælp, kunnet vælge at bruge kommunens hjemmepleje eller Human Care, der er privat leverandør af hjemmehjælp i Hvidovre Kommune.

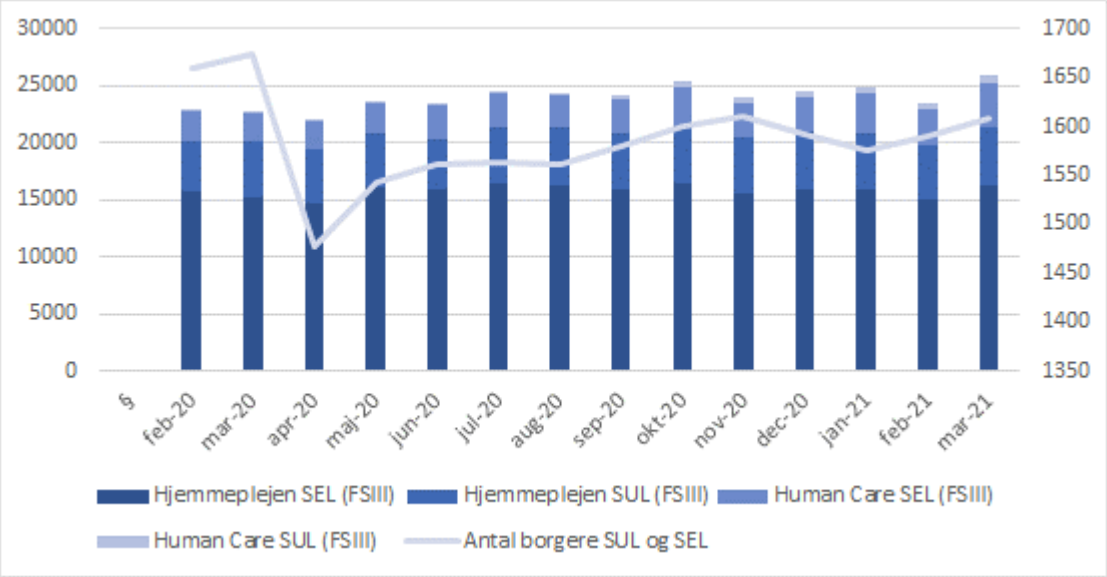
Før det har borgerne i en årrække haft tre forskellige private leverandører at vælge imellem, men for at sikre et mere smidigt og tættere fagligt samarbejde mellem kommunen og leverandøren, besluttede kommunalbestyrelsen i forbindelse med budget 2019, at der kun skal være en enkelt privat leverandør.

Den bagvedliggende årsag er, som det er nævnt i de indledende afsnit, at flere ældre, tidligere udskrivning fra hospitalerne og flere komplicerede forløb gør, at der er behov for et tættere samarbejde mellem fx hjemmepleje, den kommunale sygepleje, genoptræningen og hospitalet, og at ordningen med en enkelt privat leverandør vil styrke det tværfaglige samarbejde.

Human Care vandt udbuddet ved samlet set at score højest ud fra kriterier som bl.a. pris, færrest mulige hjælpere i borgerens hjem, efterlevelse af de visiterede indsatser, dokumentation og samarbejde med kommunens visitation, sygepleje, genoptræning og andre samarbejdspartnere.

I 2020 havde 268 hjemmehjælpsmodtagere valgt Human Care som leverandør, og af disse fik i gennemsnit 60 modtagere også sygeplejeydelser fra Human Care.

Figur 6 Fordelingen af leverede ydelser og leverede borgere på §83 (SEL) eller §138 (SUL) kommunal hjemmehjælpsleverandør og Human Care i 2020 (timer)



Kilde: Cura BI SEL § 83,1,2,a og SUL § 138

Figur 6 Viser de samlede leverede timer på § 83 og § 138 adskilt på leverandør. På højreaksen fremgår antal leverede borgere samlet for de to leverandører. I gennemsnit i perioden har 1.585 borgere fået leveret ydelser af de to hjemmehjælpsleverandører. Leverede ydelser og borgere har været svagt stigende i perioden.

I perioden blev der leveret timer svarende til 50 pct. til § 83,1, 25 pct. til § 83,2, 21 pct. til § 138 og 3 pct. til § 83a.

Tøjvask

Indtil den 31. januar 2020 har tøjvask været en del af den praktiske hjælp, som kommunens leverandører af personlig pleje og praktisk hjælp leverer til borgeren. I forbindelse med budget 2019 besluttede Kommunalbestyrelsen, at tøjvasken skulle konkurrenceudsættes til private vaskeleverandører. Efterfølgende blev det besluttet, at to private vaskeleverandører fik opgaven: De Forenede Dampvaskerier og Elis Danmark (tidligere Berendsen).

I 2020 udgjorde egenbetalingen pr. måned for tøjvaskeordningen hver anden uge 118 kr. for enlige og 200 kr. for par.

I perioden januar 2019 til og med januar 2020 havde den kommunale hjemmehjælpsleverandør 394 borgere i gennemsnit pr. måned, der fik ydelsen tøjvask. Human Care havde i gennemsnit 37 borgere pr. måned i samme periode. Samlet var der 430 borgere i gennemsnit pr. måned.

Samlet blev der i perioden leveret 89.000 timer i alt til tøjvask fordelt på 83.000 timer til den kommunale hjemmehjælpsleverandør og 606 timer til Human Care.

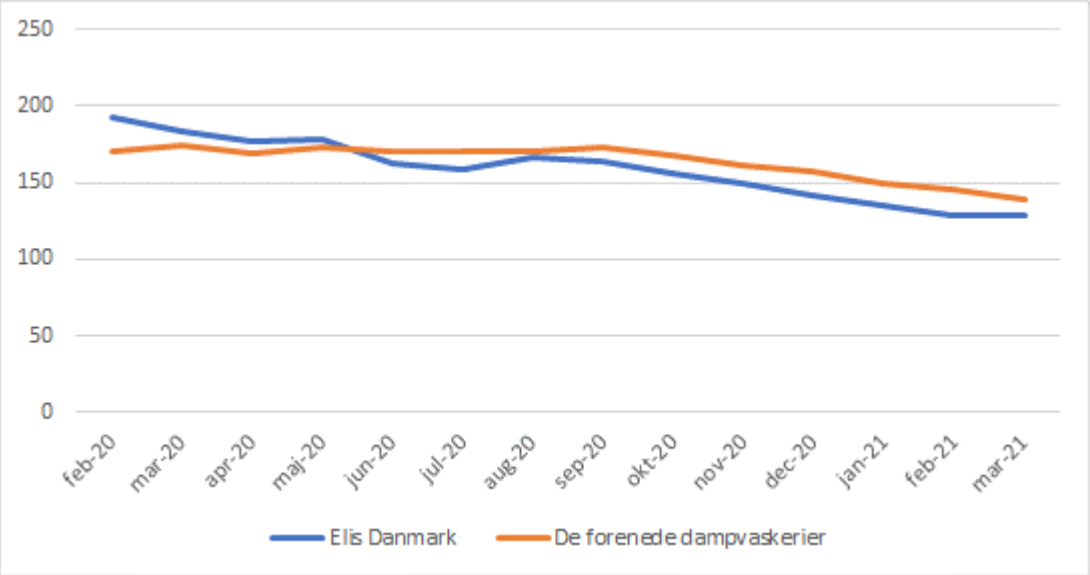
Omregnet svarer det til en samlet udgift på ca. 2,97 mio. kr. De leverede timer i den kommunale hjemmepleje svarer til 4,3 fuldtidsmedarbejdere, som er reduceret ved at tøjvask ikke længere leveres som hjemmehjælp.

Figur 7 viser, at der har været et faldende antal borgere på tøjvaskeordningen fra starten i februar 2020 til og marts 2021. Samlet set startede ordningen op med 362 borgere til at have 267 borgere i marts 2021.

Fra januar 2020 – hvor borgerne fik tøjvask som hjemmehjælp - til februar 2020, hvor tøjvaskeordning startede, var der en nedgang på 73 borgere, hvilket svarer til 17 pct. Og sammenlignet med marts 2021 var der en nedgang på 168 borgere, hvilket svarer til 39 pct.

Der er ikke foretaget en systematisk afdækning af årsager til nedgangen, men flere borgere har ytret, at de har fundet andre løsninger.

Figur 7 Tøjvaskeordningen – udviklingen i antal borgere fra opstart til og med marts 2021



Kilde: Cura BI

Madservice med levering

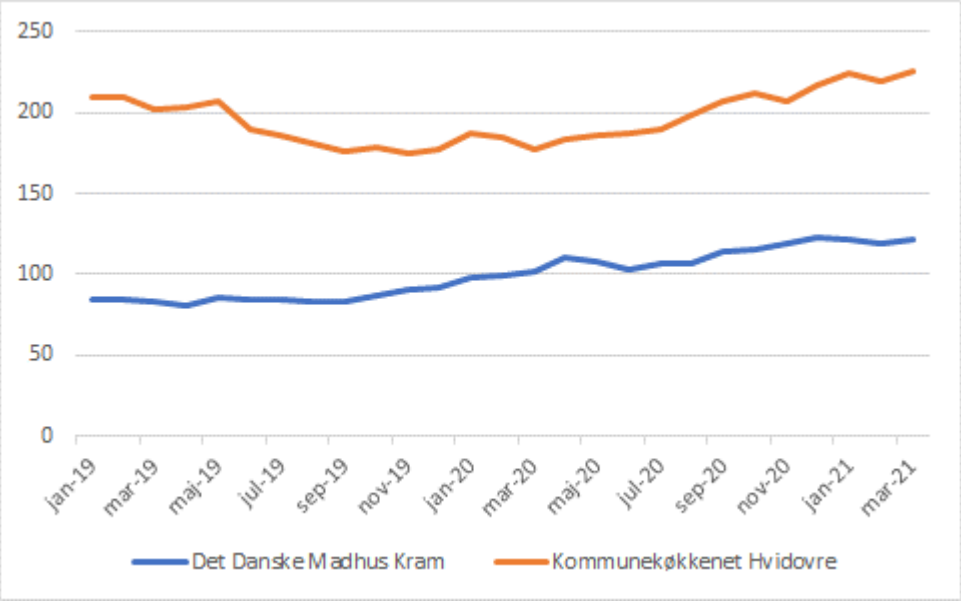
Det er muligt at få madservice med levering, hvis borgeren ikke er i stand til at lave mad. Dette vurderes efter en individuel konkret vurdering af om borgeren har:

- midlertidigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer
- eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer

Borgere kan vælge mellem Det Danske Madhus Kram og Kommunekøkkenet Hvidovre.

Egenbetalingen i 2021 er maksimalt 56 kr. for en hovedret.

Figur 8 Madservice – udviklingen i antal borgere fra januar 2019 til og med marts 2021



Kilde: Cura BI

Figur 8 viser, at der har været en svag stigning af borgere visiteret til ordningen.

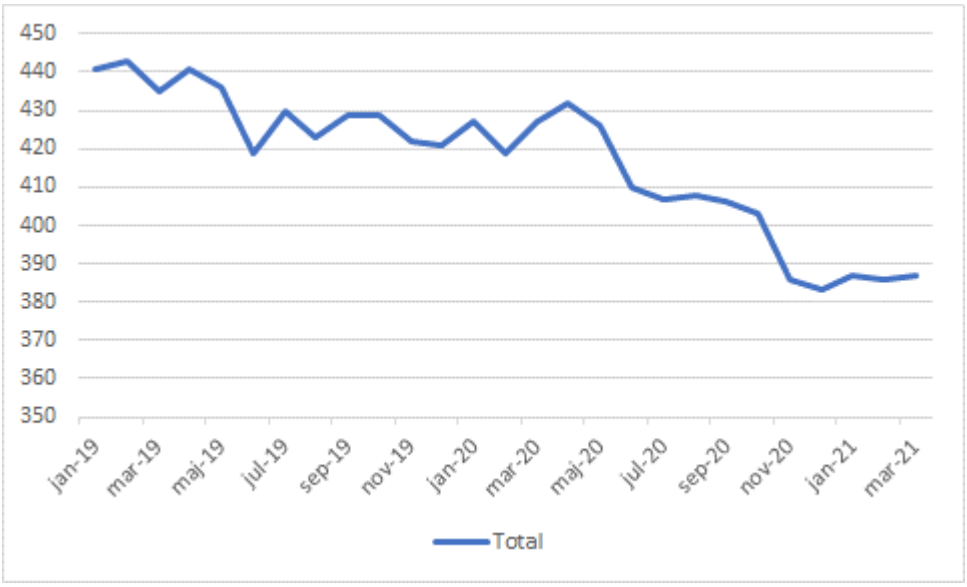
I 2020 var der i gennemsnit 109 borgere pr. måned, der fik leveret mad fra Madhuset Kram og 195 borgere i gennemsnit pr. måned, der fik leveret af Kommunekøkkenet Hvidovre. Samlet 302 borgere pr. måned. I 2021 er der i alt 342 borgere i gennemsnit de første tre måneder, der får madservice.

Der har således været en stigning på 13,3 pct. fra 2020 til 2021.

Indkøbsordning

Det er ligeledes muligt at blive tilmeldt en indkøbsordning. Varerne leveres en gang om ugen.
Behovet for ordningen vurderes efter en individuel konkret vurdering af om borgeren har:
midlertidigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer
eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer
Borgere kan vælge mellem Egebjerg Købmandsgård og Intervare.

Figur 9 Indkøbsordning – udviklingen i antal borgere fra januar 2019 til og med marts 2020



Kilde: Cura BI

Figur 9 viser et fald i borgere på indkøbsordningen fra januar 2019 til og med marts 2021 – et fald der svarer til 15 pct. Faldet er størst fra maj 2020.

Der er ikke foretaget en analyse af, hvorfor der har været et fald på indkøbsordningen. En mulig forklaring kan være afprøvning af andre leverandører evt. med hjælp fra pårørende.

Delegation og videredelegation

Videredelegation af sundhedslovsydelser fra sygeplejersker i Sygeplejen til social- og sundhedsassistenter og – hjælpere der arbejder hos kommunal eller privat hjemmehjælpsleverandør, er en intern rammebetingelse, som hjemmehjælpsleverandørerne skal agere inden for. Sundhedslovsydelserne er skal-opgaver, som ikke kan udsættes som f.eks. rengøring.

Alle opgaver, der er omfattet af reglerne om delegation, skal være delegeret af en læge eller en anden autoriseret sundhedsperson. En læge kan beslutte, at kun en bestemt faggruppe må udføre en opgave. Når en opgave overdrages til kommunen fra lægen, overtager ledelsen i kommunen ansvaret for denne. Der er således ikke tale om, at lægen er ansvarlig for hvilke medarbejdere, der løser opgaven.

Alle delegerede opgaver kan som udgangspunkt videredelegeres, men en autoriseret sundhedsperson kan ved overdragelse tilkendegive, at videredelegation ikke må finde sted.

Fordelene ved videredelegation er, at det er med til at sikre og udvikle fagligheden blandt sundhedspersonalet, idet der er fokus på, at medarbejderne får anvendt deres faglige kompetencer fuldt ud. Derudover er det også med til at sikre og højne patientsikkerheden, fordi specialistkompetencerne bliver brugt målrettet på opgaver, der kræver specialiserede kompetencer.

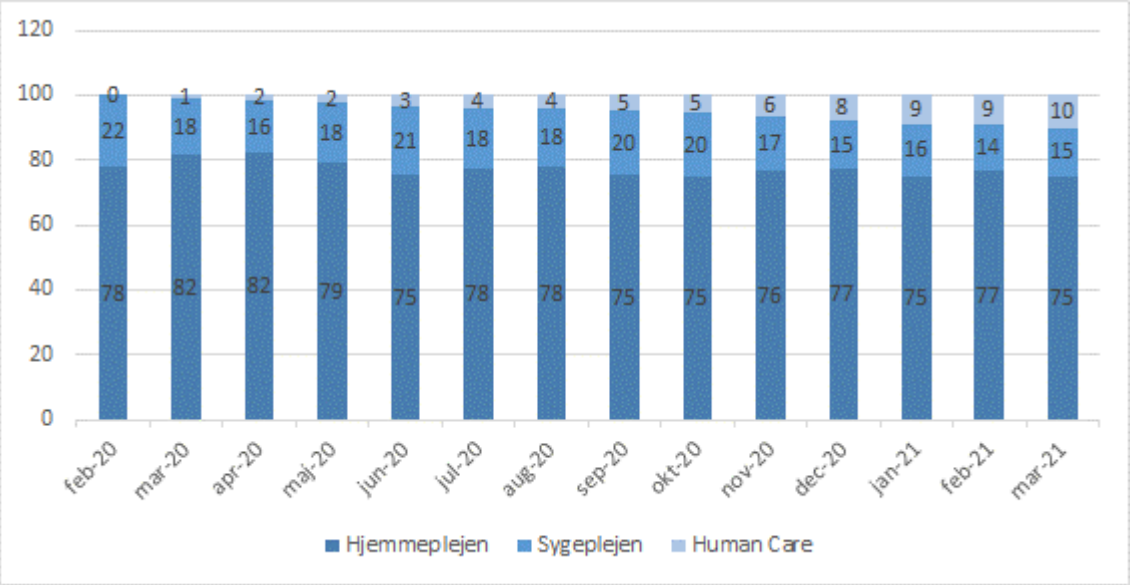
I kommunal praksis har ledelsen ansvaret for, at det tydeligt fremgår, hvilket personale, der kan udføre hvilke arbejdsopgaver, herunder delegerede opgaver. Det vil sige, at det er ledelsen, som fastlægger om hele personalet kan udføre alle de samme delegerede opgaver, eller at nogle delegerede opgaver alene må udføres af bestemte faggrupper eller bestemte personer, som har særlige kompetencer.

I 2019 skete der en organisationsændring i den kommunale hjemmepleje, hvor social- og sundhedsassistenter i Sygeplejen blev ansat hos kommunal hjemmehjælpsleverandør til at udføre videredelegerede sundhedslovsydelser. Derudover bliver der også udført videredelegerede sundhedslovsydelser af social- og sundhedshjælpere.

I 2020 var der i gennemsnit 782 borgere pr. måned, der modtog hjemmesygepleje. Det svarer til ca. 8 pct. af alle borgere på 65 år og derover. Med demografiudviklingen vil det svare til 133 flere hjemmesygeplejemodtagere i 2035 til en samlet udgift på ca. 5 mio. kr. (2020 priser).

I april 2021 havde kommunal hjemmehjælpsleverandør og Human Care henholdsvis 966 og Human Care 110 hjemmesygeplejemodtagere.

Figur 10 Delegeringsgrad af sundhedslovsydelser, leverede timer i pct. fra februar 2020 til og med marts 2021, fordelt på leverandører

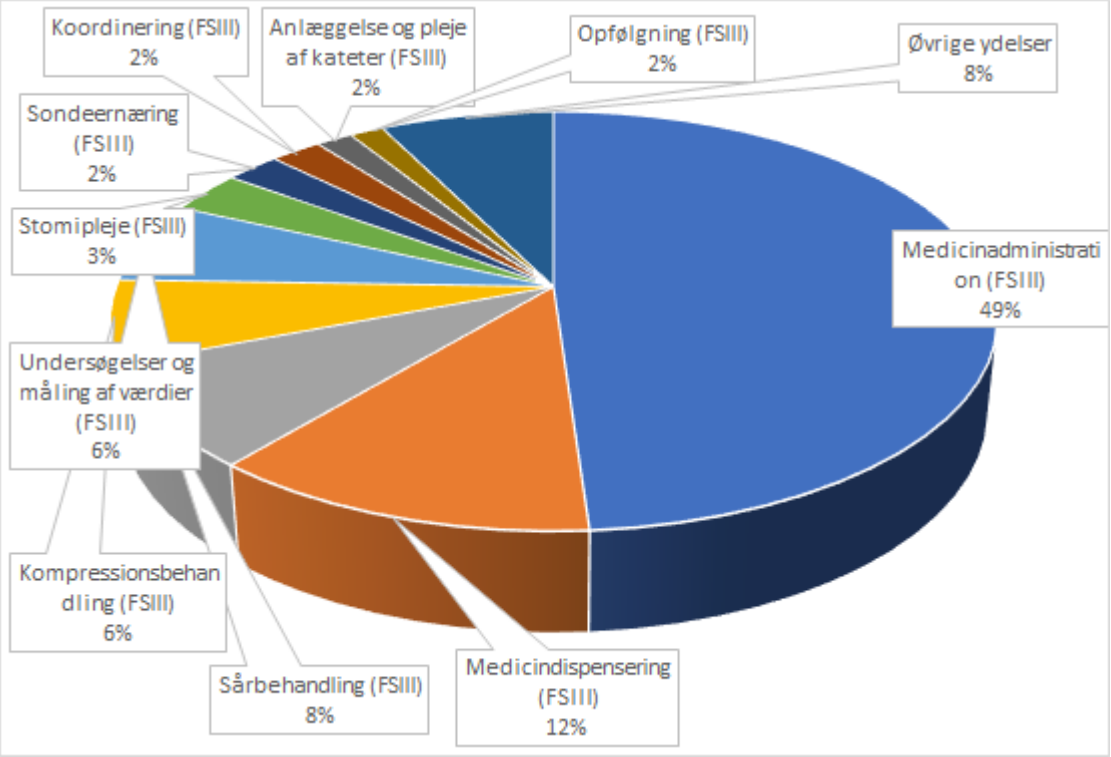


Kilde: Cura BI – Ydelserne er sorteret i forhold til leverede timer, der er delegeret i alt.

Figur 10 viser, at Sygeplejen i stigende omfang har videredelegeret sundhedslovsydelser til den kommunale hjemmehjælpsleverandør og Human Care. Fra 78 pct. i februar 2020 til 85 pct. i marts 2021.

Det skal tilføjes, at den kommunale hjemmehjælpsleverandør pr. marts 2021 havde en fordeling på leverede timer til servicelov på 77 pct. og 23 pct. på sundhedslov. Human Care havde på samme tid en fordeling på 85 pct. hhv. 15 pct.

Figur 11 Delegeringsgrad på de 10 sundhedsydelser med flest timer i 2020



Kilde: Cura BI

Figur 11 viser de 10 sundhedsydelser med størst timeforbrug. Den altoverskyggende ydelse er medicinadministration, som er uddelegeret med 75.500 timer i 2020, og som Sygeplejen har videredelegeret med 79 pct.

Medicinadministration betyder, at det er personalet, som udleverer (administrerer) og hjælper borgeren med at indtage medicinen. Hos kommunal hjemmehjælpsleverandør svarer en omregning i leverede timer til 17,2 fuldtidsmedarbejdere.

Medicindispensering med 12 pct. er den ydelse, der fylder næstmest. Medicindispensering betyder, at personalet doserer medicinen for borgeren i medicinbokse.

I dag findes der adskillige løsninger til teknologisk medicinadministration, og det bør undersøges om der kan hentes en økonomisk besparelse ved en systematisk indsats.[12]

Desuden bør der gøres et nyt forsøg på at indgå en aftale med de privat praktiserende læger i forhold til dosisdispenseret medicin. Dosisdispenseret medicin er medicin, som er pakket på apotek, i doseringsposer til borgeren. Lægen vurderer, om en borger er egnet til at få dosisdispenseret medicin, og kan ordinere dosisdispenseret medicin. For at forløse det potentiale, der findes på medicindoseringsområdet, er det en forudsætning, at der ændres i områdets kvalitetsstandarder således at opgaven omkring dosering af medicin i udgangspunktet varetages via almen praksis og apoteker.

Endelig bør der ses på arbejdsgangene, så medarbejderne ikke går forgæves til borgere pga., at de ikke har fået hentet medicin.

[12] https://www.teknologisk.dk/ydelser/elektroniske-pilleaesker-kan-give-millionbesparelser/40116

Udredning og rehabilitering

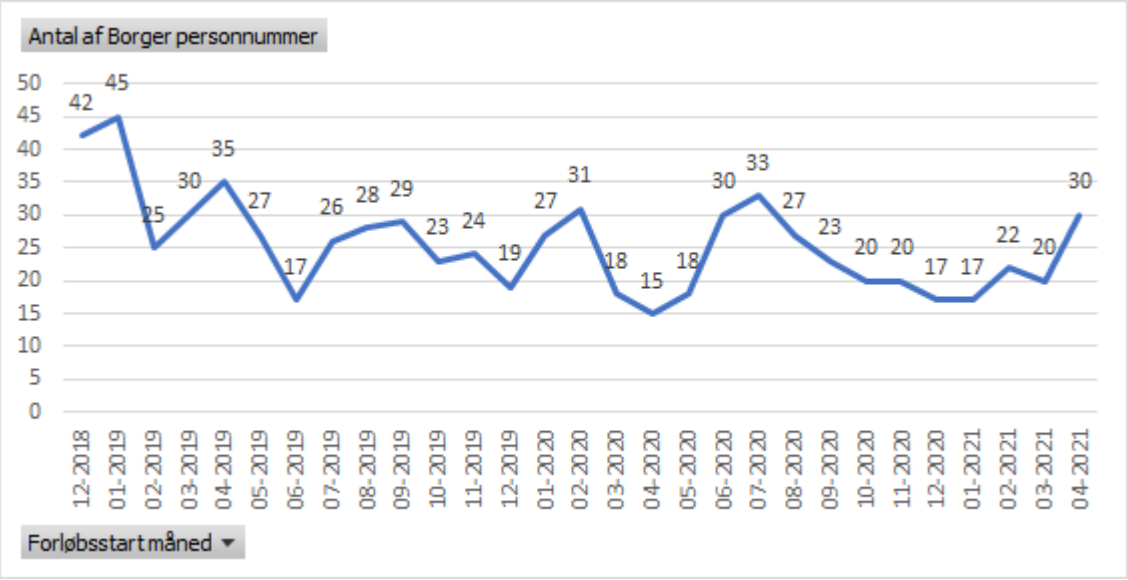
Servicelovens § 83 a fastsætter de lovgivningsmæssige rammer for rehabiliteringsforløb på hjemmehjælpsområdet. Formålet med rehabiliteringsforløb er at bidrage til at gøre de borgere, hvor et rehabiliteringsforløb vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1. Kommunalbestyrelsens forpligtelse til at tilbyde borgeren et rehabiliteringsforløb relaterer sig således til hjælpebehovet, idet forbedringen i personens funktionsevne skal vurderes at kunne nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1.

Alle borgere, der henvender sig til Visitationen og anmoder om hjælp efter § 83 skal således vurderes i forhold til relevansen af et udrednings- og rehabiliteringsforløb. Målet er, at 80 pct. af alle nyhenvendere henvises til et udrednings- og rehabiliteringsforløb.

Den styrkede rehabiliteringsindsats medfører, at flere borgere over 65 år er helt eller delvist selvhjulpne og dermed har mindre behov for varige ydelser og derfor besluttede kommunalbestyrelsen at reducere budgettet til hjemmehjælp med 3 mio. kr. fra 2019.

Figur 12 viser antal borgere visiteret til et udrednings- og rehabiliteringsforløb pr. måned fra opstarten i december 2018. Efter opstartsperioden med ca. 45 borgere, har der været en variation på ml. 15 til 35 borgere pr. måned.

Figur 12 Antal borgere visiteret til udrednings- og rehabiliteringsforløb pr. måned



Kilde: Cura BI

Tabel 2 Antal nyhenvendere og andel der visiteres til et udrednings- og rehabliteringsforløb (U&R forløb)

Borgere visiteret til U&R:	Ny i 2018	Ny i 2019	Ny i 2020	Ny i 2021
2018	32	0	0	0
2019	76	188	0	0
2020	29	32	124	0
2021	5	6	7	13
I alt	142	226	131	13
Ikke visiteret til U&R	574	617	562	139
I alt	716	843	693	152
% andel nyhendere til U&R	20%	27%	19%	9%
Nyhenvender pr. måned	59,7	70,3	57,8	12,7

Kilde: Cura-BI

Tabel 2 viser, at kun godt 20 pct. af alle nyhenvendere er blevet visiteret til et U&R forløb.[13]

Målet om, at 80 pct. af alle nyhenvendere skal henvises til U&R enheden er således ikke opfyldt. Årsagen hertil er, at det kun er borgere, hvor det efter en individuel vurdering bliver vurderet, at der vil være en positiv effekt, bliver visiteret.

Borgere med psykiske lidelser, demens, og borgere, der er uhelbredeligt syge, bliver ofte vurderet til ikke at kunne opnå positiv effekt ved et rehabiliteringsforløb. Dertil har borgeren mulighed for at sige nej til tilbud om et rehabiliteringsforløb.

Hvidovre Kommune vil muligvis kunne høste en gevinst, hvis Hvidovre Kommune som udgangspunkt visiterer til § 83a, og afprøver det indtil det vurderes, at borgeren ikke kan forbedre sin funktionsevne. Dertil at borgere, der er i "eksklusionsgruppen" og som er visiteret til § 83,1 og §83,2 genvurderes. Dette vil kræve en ændring af de eksisterende kvalitetsstandarder, der er for området.

Der kunne med fordel også sættes et mål for, hvor mange allerede eksisterende hjemmehjælpsmodtagere, der skal henvises til U&R enheden, og dermed sikre at et eventuelt potentiale bliver udnyttet. Gevinsten ved rehabilitering af denne gruppe vil være aftagende over tid.

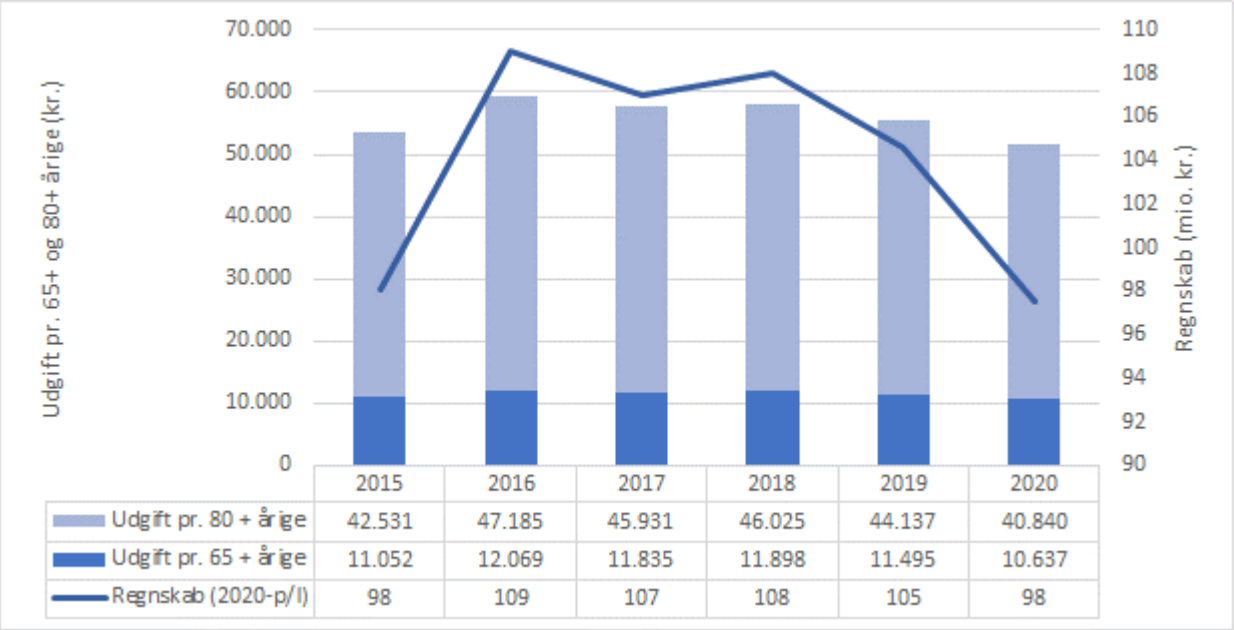
I den sammenhæng skal bemærkes, at i praksisundersøgelse af servicelovens § 83a svarer 47 pct. af kommunerne, at nyvisiteringer og re-visiteringer hver udgør halvdelen af forløbene. [14].

[13] Det kan diskuteres, om borgere der er visiteret i 2019 kan betegnes som nyhenvendere i 2020 og 2021. En analyse på månedsbasis er imidlertid ressourcetung.
[14] Praksisundersøgelse af servicelovens § 83a, juni 2017, udarbejdet af Rambøll for Sundheds- og Ældreministeriet

Hvidovre Kommunes udgifter til hjemmehjælpsområdet

Nedenfor i figur 13 ses Hvidovre Kommunes udgifter til Hjemmehjælpsområdet fra og med 2015 opgjort samlet og pr. 65+årig og 80+årig.

Figur 13 Udgiftsniveau (mio. kr.) fra 2015-2020 pr. 65+ årige hhv. 80+ årige borgere i kommunen



	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Udgift pr. 80 + årige	42.531	47.185	45.931	46.025	44.137	40.840
Udgift pr. 65 + årige	11.052	12.069	11.835	11.898	11.495	10.637
Regnskab (2020-p/l)	98	109	107	108	105	98

Kilde: Økonomisystemet, Statistikbanken, FOLK1a. I udgifterne i figur 1 indgår personlig og praktisk hjælp jf. SEL §§ 83,1 og 2, madservice jf. SEL § 83,3, rehabilitering jf. SEL § 83a og Tøjvaskeordning.

Udgifterne til hjemmehjælp er i perioden 2018-2020 faldet med ca. 10 mio. kr. I samme periode er budgettet reduceret med i alt 12 mio. kr., hvoraf 4 mio. kr. er som følge af demografiregulering, 3 mio. kr. er budgetbeslutning fra budget 2020 om rehabilitering af borgere. De resterende 5 mio. kr. er overflyttet til sygeplejen til imødegåelse af merudgifter som følge af øgede ydelser (det nære sundhedsvæsen).

Nedgangen i udgifterne kan således ikke alene forklares med demografisk udvikling og virkning af øget rehabiliterende indsats.

Personalesammensætning

Det er Kommunalbestyrelsens ansvar at sikre, at hjemmesygepleje udføres af autoriserede sygeplejersker og andre personalegrupper med de nødvendige uddannelsesmæssige kvalifikationer. Det er en afgørende forudsætning for kvaliteten af opgavevaretagelsen og patientsikkerheden, at social- og sundhedspersonalet har de rette kvalifikationer og kompetencer til at løse opgaverne inden for de beskrevne funktionsområder.

Det anbefales således, at personalet efter endt grunduddannelse kontinuerligt erhverver viden og kompetence inden for relevante områder, og at personalet får mulighed for at arbejde fleksibelt og selvstændigt ved udførelse af opgaverne.

Personalerekruttering

Hjemmehjælpsområdet har rekrutteringsvanskeligheder. Vikarforbruget hos kommunal hjemmehjælpsleverandør har været stigende i en årrække. Det er desværre ikke en udvikling, som Hvidovre Kommune står alene med, og derfor forventes løsningsmulighederne også at være begrænsede.

Udfordringen i forhold til at rekruttere social- og sundhedshjælpere og -assistenter er ikke længere bare et vedvarende problem, det er måske den største udfordring for den offentlige sektor lige nu. Frem mod 2040 vil der komme knapt 260.000 flere ældre over 80 år i Danmark. Samtidig er hver tredje social- og sundhedsansatte i dag over 55 år, og har derfor snart mulighed for at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet. FOA's fremskrivning viser, at der i 2028 kommer til at mangle over 41.000 ansatte inden for SOSU-området i landets kommuner. FOA's fremskrivning bygger alene på, hvor mange SOSU'er, der går af på grund af alder, og hvor mange der bliver behov for på grund af et stigende antal ældre i befolkningen.

Hvidovre Kommune rangerer som nummer 78 på listen over kommuner, der har sværest ved at rekruttere ud fra fire faktorer: fremskrivning af behovet for sosu'er frem mod 2028, ledighedsprocenten, antal stillingsopslag og andelen af ikke-uddannede. [15]

Desuden er der flere, der i stigende grad bliver ansat i vikarbureauer, fordi de kan få en højere timeløn samtidig med mere fleksible arbejdstider. Stigningen i vikarforbruget gør ældreplejen dyrere.

De fastansatte medarbejdere skal bruge ekstra tid på at oplære vikarerne, men selv med en indføring i opgaverne, kan det ikke undgås, at det øgede vikarforbrug går ud over kvaliteten. Dertil kender vikarerne måske heller ikke borgerne, og dermed falder den kontinuitet i både den personlige pleje og sygeplejen, som er nødvendig for at undgå unødvendige indlæggelser.

Alle ledere har i efteråret 2020 været på uddannelse i rekruttering med henblik på at styrke rekrutteringsindsatsen med henblik på at blive bedre på at håndtere udfordringerne på området.

Det skal bemærkes, at der vedvarende gennem de senere år har været arbejdet politisk såvel som administrativt med rekruttering til velfærdsuddannelserne. Senest er det i regi af kommunaldirektør-kredsen besluttet at tiltræde ambitionen om af den enkelte kommune senest ved udgangen af februar 2022 skal have udarbejdet lokal uddannelsesstrategi. Tilmed er det besluttet, at der nedsættes tværkommunal task force på uddannelsesområdet. Det er forventningen at disse tiltag vil løfte udfordringer anderledes, og forventeligt vil det kaste nye muligheder for handling af sig.

Sygefravær

Nedbringelse af sygefraværet på offentlige arbejdspladser rummer et stort potentiale både for den enkelte medarbejder, arbejdspladsen og samfundsøkonomien. Fastholdelse af sygemeldte medarbejdere er, ud over at være til gavn for den enkelte, samtidigt afgørende ikke mindst i arbejdsområder, hvor udfordringerne med rekruttering stiger.

Den målrettede indsats mod nedbringelse af sygefraværet er derfor et andet eksempel på, hvor den kommunale hjemmepleje arbejder på at adressere sine udfordringer.

Som det fremgår af tabel 3, havde hver fuldtidsansat medarbejder i Hjemmeplejen i 2019 i gennemsnit 14 sygedage, hvilket er en stigning på 1,4 dage sammenlignet med 2018.

Fraværsprocenten var i 2019 6,2 til sammenligning var den 6,6 for hele Center for Sundhed og Ældre.

Tabel 3: Sygefravær i Hjemmeplejen fra 2015-2020, fraværs % er sammenlignet med Center for Sundhed og Ældre (2020 mangler pt.)

	Antal fuldtids-beskæf-tigede	Fravær pr fuldtids-besk. Dagsværk	Fraværs-% i hjemmeplej en	Fraværs-% i SOÆ
2017	104	15,0	6,6%	6,1%
2018	106	12,6	5,5%	6,1%
2019	139	14,0	6,2%	6,6%

[15] https://www.foa.dk/forbund/presse/seneste-pressemeddelelser/global/news/pressemeddelelser/2019/oktober/kommunerne-kaemper-med-kommende-sosu-mangel

Kilde: Krl – Kommunernes og regionernes løndatakontor. Opgørelsen er uden ledere, og opgjort for egen sygdom og arbejdsskade.

Med en ambition om at arbejde mere strategisk og kunne reducere sygefraværet yderligere, besluttede ledelsen i Center for Sundhed og Ældre at ansøge Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR) om puljemidler til udvikling, implementering og evaluering af en strategi for øget nærvær og lavere fravær på ældreområdet i 2019-2021. Dette med et særligt fokus på at sammentænke forebyggelse og beskæftigelsesområdet ind i indsatsen for at nedbringe fraværet.

Hvidovre Kommune har modtaget tilskud fra Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR) til projekt Strategi for øget nærvær og lavere fravær i ældreplejen i Hvidovre Kommune fra den 01-08-2018 til den 31-12-2021.

Et af indsatsområderne i STAR-projektets forandringsstrategi handler om at en task forcegruppe tager ud til arbejdspladser med et særligt højt sygefravær og et lavt sygefravær for at afdække, hvad det handler om og hvordan task forcegruppen kan støtte op om en proces lokalt, som kan være hjælpsomt ift. at nedbringe sygefraværet og omvendt tage gode erfaringer med tilbage i de områder, hvor sygefraværet er særligt lavt.

Den Gode Plan

Endelig skal nævnes udrulningen af projektet "Den Gode Plan", som et eksempel på, hvordan Hvidovre Kommune arbejder med at styrke organisationen, så den kan imødegå det fortsatte økonomiske pres, der er på ældreområdet på grund af et stigende antal ældre sammenkædet med vanskeligheder med at rekruttere personale.

Formålet med Den Gode Plan er at forbedre planlægningsopgaven på hjemmeplejeområdet med henblik på at opnå målbare forbedringer. Overordnet set er der tre gevinster:

- at få øget leveringsgraden, som kan anvendes til en markant nedbringelse af vikarforbrug og/eller tilpasning af medarbejderstaben. Øget leveringsgrad skal bruges på styring af personaleressourcer og væsentligt reduceret brug af eksterne vikarer.
- at skabe gennemsigtighed i planlægning og produktion, hvor der bliver mulighed for at arbejde med forskellige nøgletal, tracke resultater fra strategiske valg, øge borgerkontinuiteten osv.
- at modne organisationen, så der er færre flaskehalse i planlægningsprocessen, et ensartet metodegrundlag og overblik.

Der arbejdes på, at der bliver etableret et fælles planlægningsværktøj, der kan tilgås på ledelsesinformationsportalen, hvor ledelsen får et dagligt overblik over leveringsgrad, fremmødetid og de bestilte ydelser.

Konklusion

Temaanalysen viser, at hjemmehjælpsområdet er underlagt en række eksterne rammebetingelser, som begrænser kommunens handlemuligheder i forhold til økonomi- og ressourcestyring. Her kan fx nævnes, at Hvidovre Kommune har set en stigning i antallet af ældre over 65 år på 420 borgere fra 2015 til 2021, og at befolkningsprognosen viser, at der vil være en stigning på 1.575 borgere på 65 år og derover. Med alderen stiger forekomsten af kroniske sygdomme. Analysen viser, at der bliver visiteret og leveret flere timer pr. hjemmehjælpsmodtager i 2020 end i 2015, men at antallet af leverede timer pr. uge pr. 1.000 indbyggere fra 18 år og derover er reduceret. Sagt med andre ord, så er der sket en stigning i antallet af timer, men stigningen er ikke så høj som befolkningsstigningen.

Ud over at der kommer flere ældre er der kommet væsentligt flere opgaver i takt med udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Der har der været en ufinansieret "opgaveglidning" fra region til kommune. Denne kan overordnet dokumenteres med, at borgerne udskrives tidligere, og at de dermed også er mere plejekrævende end tidligere.

Konsekvensen af sidstnævnte viser sig ved, at der bliver der leveret væsentlig flere timer til sundhedslovsydelser i Hvidovre Kommune end tidligere. Og hvor Sygeplejen i 2020 har videredelegeret 79 pct. af timerne til hjemmehjælpsleverandørerne. To af ydelserne: medicinadministration og –dispensering udgør tilsammen 61,5 pct. af de samlede leverede sundhedslovsydelser. Samlet set har der været en svag stigning af leverede borgere og timer på § 83 og § 138, som dog er lavere i forhold til befolkningsstigningen.

De interne rammebetingelser på hjemmehjælpsområdet er defineret som den kommunalpolitisk besluttede økonomiske ramme og øvrige kommunalpolitiske beslutninger, såsom styringen af hjemmehjælpsområdet i en BUM-model, den interne organisering af den kommunale leverandør af hjemmehjælp, personalerekruttering og –sammensætning og ledelsesstruktur.

I BUM-modellen har Visitationen ansvaret for at udmønte kommunens serviceniveau gennem beskrivelse af ydelser og gennem visitation. Visitationen har et købsbudget, og bestiller og betaler hjemmehjælpsleverandørerne for at levere servicelovsydelser hos hjemmehjælpsmodtageren. Sygeplejevisitationen har bl.a. ansvaret for at overholde lovgivningen inden for sundhedslovens § 138, og videredelegerer i stort omfang ydelserne til de to hjemmehjælpsleverandører.

Hjemmehjælpsleverandørerne har ansvaret for at levere og dokumentere ydelser til modtagere. De ansætter medarbejdere, der modsvarer de bestilte ydelser i timer. Udfordringen for udføreren ligger i hurtigt at kunne tilpasse sig ændringer i de bestilte eller aflyste ydelser. Dvs. er der det rette antal medarbejdere på arbejde, eller er det nødvendigt at hyre vikarer. Det er bl.a. denne udfordring, som Den Gode Plan forsøger at afhjælpe.

Desuden kan nævnes organiseringen af udrednings- og rehabiliteringsindsatsen. Stigningen på leverede timer til hjemmehjælpsmodtagere, dækker over en stigning på både § 83,1 og 83,2, men et fald på § 83a. For at imødegå stigningen i antallet af ældre, samtidig med, at der er rekrutteringsvanskeligheder af social- og sundhedsassistenter, bør der være flere ældre, der kan profitere af et rehabiliteringsforløb.

Temaanalysen viser, at det er muligt at foretage en målrettet indsats med henblik på at få en bedre ressourceudnyttelse på følgende områder: Forbedret planlægning, herunder mere effektiv medicinadministration, frigivelse af tid og reduktion af overtid og vikarforbrug ved bl.a. at styrke rekruttering, nærvær og sygefravær og bedre anvendelse af udrednings- og rehabiliteringsforløb.