

Organisering og samarbejde i det kommunale sundhedsvæsen

Muligheder for effektiviseringer i hjemmepleje og sundhedsenheder i Aarhus Kommune



*Organisering og samarbejde i det kommunale sundhedsvæsen –
Muligheder for effektiviseringer i hjemmepleje og sundhedsenheder i
Aarhus Kommune*

© VIVE og forfatterne, 2020

e-ISBN: 978-87-7119-782-2

Arkivfoto: Sine Fiig/VIVE

Projekt: 301498

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Det kommunale sundhedsvæsen består ikke af institutioner i samme omfang som sygehusvæsenet. Derfor er det ikke på samme vis synligt, hvor stort det er, og hvor mange medarbejdere det egentlig tæller. Men der er tale om et område, der i mange kommuner tæller et firecifret antal medarbejdere. De tilhører forskellige faggrupper, er organiseret under forskellige ledere, og de arbejder i vidt omfang alene og i borgernes hjem. Størstedelen arbejder både under sundhedsloven og lov om social service og er dermed underlagt to meget forskellige styringsparadigmer.

Det er også et område, der de seneste år er kommet et stigende fokus på, fordi det er blevet tydeligt, at effektiv forebyggelse og tidlig opsporing starter med det frontpersonale, der kommer i borgernes hjem. Ligesom hverdagsrehabilitering gør.

I lyset af såvel faldende liggetider og en aldrende og mere multisyg befolkning er der kommet et voksende fokus på denne del af det kommunale sundhedsvæsen, der tæller langt de fleste medarbejdere.

Det stiller krav til kommunerne om tæt samarbejde mellem faggrupper, om anvendelse af systematik i forhold til observationer og handlinger og om effektiv kommunikation og koordination, så kommunerne kan levere en både sammenhængende og effektiv indsats over for borgerne.

Denne rapport stillet skarpt på samarbejde og organisering af området i landets næststørste kommune, Aarhus. Fokus er på de sosu-hjælpere og -assistenter, som udgør hjemmeplejen, og på de bachelorer, som kommunerne beskæftiger flest af: sygeplejersker og fysio- og ergoterapeuter. Aarhus har bedt VIVE komme med konkrete anbefalinger til, hvordan det nuværende samarbejde og koordinationen kan forbedres og blive mere effektiv, fordi kommunen har behov for at reducere budgettet på området med ca. 1 %. Det har ført til en proces over efteråret 2019, hvor flere hundrede medarbejdere har deltaget og bidraget med deres viden, perspektiver og ikke mindst ideer til forbedringer.

Rapporten indeholder en lang række specifikke og konkrete anbefalinger til, hvordan målet om budgetreduktion kan nås i netop Aarhus Kommunes magistrat for Sundhed og Omsorg. Imidlertid vil de organisatoriske og samarbejds-mæssige udfordringer og muligheder, som rapporten peger på, være genkendelige i mange andre kommuner.

VIVE takker både medarbejdere og ledere i Magistraten for Sundhed og Omsorg (MSO) for deres engagement i processen og for en stor åbenhed omkring organisering og samarbejde i hverdagen. Mange medarbejdere og ledere vil kunne genkende deres egne forslag og ideer i rapportens anbefalinger.

Ligeledes vil VIVE gerne takke rapportens eksterne reviewere, adjunkt Tilde Marie Bertelsen og tidligere kommunaldirektør Helene Bækmark, for grundige og indsigtfulde kommentarer.

Pia Kürstein Kjellberg

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed
2020

Indhold

Sammenfatning	5
Metode og data	5
Analyse og anbefalinger.....	6
1 Baggrund og formål	10
1.1 VIVEs præmisser for udarbejdelse af anbefalinger	10
1.2 Baggrund: En analyse af effektiviseringspotentialer.....	11
2 Metode.....	14
2.1 Projektets forløb.....	14
2.2 Diskussion af analysestrategi og valg af metode	17
2.3 Vurdering af ressourcemæssige konsekvenser af anbefalingerne	18
3 Præsentation af Sundhed og Omsorg	20
3.1 Organisering og ansatte i Sundhed og Omsorg	20
3.2 Sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter ansat i hjemmeplejen	22
3.3 Forløbsmodel i Sundhed og Omsorg.....	23
4 Analyse.....	32
4.1 Sygeplejersker og terapeuter i hjemmeplejen	32
4.2 Forløbsmodellen i praksis.....	50
4.3 Samarbejdet mellem sundhedsenhederne og hjemmeplejen	62
5 Anbefalinger.....	69
5.1 Anbefalinger vedrørende bachelorer i hjemmeplejen.....	69
5.2 Anbefalinger til samarbejde og organisering på tværs	84
5.3 Anbefalinger til forløbsmodellen	93
5.4 Samlede økonomiske konsekvenser af anbefalingerne	102
Bilag 1 Funktionsbeskrivelse for sygeplejersker og terapeuter ansat i hjemmeplejen	108

Sammenfatning

Denne rapport er udarbejdet til Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg (MSO) i Aarhus Kommune, som har bedt VIVE udarbejde anbefalinger til, hvordan der kan skabes bedre og mere effektiv organisering og samarbejde mellem hjemmepleje og sundhedsenheder (sygepleje og træningsområde), der kan muliggøre en budgetreduktion på ca. 1 %. Anbefalingerne skal fokusere på tre områder:

- Sundhed og Omsorg er opdelt i syv lokalområder med i alt 38 hjemmeplejeteam (ca. 40-45 medarbejdere i hvert) og en sundhedsenhed, hvor bl.a. sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter er ansat (op til 70 ansatte). Der er desuden ansat ca. 60 sygeplejersker og ergo- og fysioterapeuter i hjemmeplejen. Deres primære funktion er kompetenceudvikling af hjemmeplejens medarbejdere. *Sundhed og Omsorg ønsker konkrete anbefalinger til, hvordan der opnås størst mulig nytte af funktionerne som sygeplejerske, ergo-terapeut og fysioterapeut i hjemmeplejen.*
- Sundhed og Omsorg har siden 2016 arbejdet efter en forløbsmodel, som skal skabe en fælles systematik med fokus på rehabilitering i alle borgerforløb, og som skal sikre, at alle borgere har en kontaktperson, og langt hovedparten også har en forløbsansvarlig. *Sundhed og Omsorg ønsker konkrete anbefalinger til den fortsatte implementering af forløbsmodellen.*
- En ekstern konsulentrapport, der udgør grundlaget for at foretage en budgetreduktion på ca. 1 %, har peget på en række effektiviseringspotentialer, særligt i relation til et styrket og mere effektivt tværgående samarbejde, der kan reducere den tid, som medarbejderne bruger på planlægning og koordination i hverdagen. *Sundhed og Omsorg ønsker derfor anbefalinger til, hvordan samarbejdet mellem sundhedsenheder og hjemmepleje organiseres mest hensigtsmæssigt.*

Metode og data

Rapporten er baseret på tre typer data:

- *Interne dokumenter fra Sundhed og Omsorg.* Sundhed og Omsorg har udleveret en lang række interne dokumenter til brug for opgaveløsningen. Det drejer sig fx om beskrivelser af MSO's forløbsmodel, arbejdsgangsbeskrivelser, funktionsbeskrivelser, evalueringer mv.
- *Kvalitative data genereret af VIVE.* Data har primært været centreret omkring workshops og møder med ledere og medarbejdere samt i mindre omfang deltagerobservation af en tværgående konference. VIVE har således afholdt to workshops i hvert af de syv lokalområder, hvor der deltog ca. 12-20 i hver: primært medarbejdere fra hjemmeplejen og sundhedsenhederne, men også ledere. Formålet var at kortlægge, hvordan bachelorer i hjemmeplejen arbejder i dag, hvordan samarbejdet fungerer på tværs, og hvordan forløbsmodellen anvendes i praksis, men også at indsamle forskellige perspektiver på, hvad der fungerer godt eller mindre godt, og få input til, hvordan deltagerne mener, at samarbejde, planlægning og koordination kan gøres mere effektiv. Desuden har en bred kreds af ledere fra alle lokalområder og øvrige nøglemedarbejdere deltaget i såvel et opstartsmøde samt en halvdags workshop midt i processen, hvor resultaterne af de afholdte workshops i lokalområderne blev præsenteret og drøftet. Endelig er der

løbende afholdt en række møder med andre nøglemedarbejdere og ledere, herunder projektets interne styregruppe.

- *Kvantitative data leveret af Sundhed og Omsorg.* Rapporten anvender en lang række kvantitative data om drift, kapacitet, ydelser og økonomi. Disse er genereret af konsulenter i Sundhed og Omsorgs økonomiafdeling i samarbejde med VIVE.

Analyse og anbefalinger

Rapportens tre fokusområder – anvendelsen af bachelorer i hjemmeplejen, forløbsmodellen i praksis og samarbejdet mellem hjemmeplejen og sundhedsenhederne – er nært forbundne. Derfor udgør anbefalingerne et samlet hele, idet der er mange gensidige påvirkninger og afhængigheder mellem dem. De konkrete anbefalinger er omfattende og kræver et mere indgående kendskab til Sundhed og Omsorg. Denne sammenfatning gengiver de mest centrale anbefalinger og fokuserer på de overordnede tendenser og intentioner med anbefalingerne.

Den væsentligste ledetråd for anbefalingerne har været at reducere den organisatoriske kompleksitet for derigennem at reducere den tid, som medarbejderne skal bruge på at skabe sammenhængende, tværfaglige og velkoordinerede forløb. Det er bl.a. gjort ved at anbefale mere kontinuitet og samarbejde mellem mindre og faste grupper af medarbejdere samt en mere tydelig strukturel og ledelsesmæssig ramme omkring samarbejdet på tværs af enheder. Målet er således ikke at levere mindre planlægning, koordinering og samarbejde, eller at medarbejderne skal gøre det samme på kortere tid. Målet er at skabe en mindre kompleks organisering, som reelt letter og reducerer opgaven med at planlægge, koordinere og samarbejde i en stor organisation med en omskiftelig hverdag, hvor stadigt svagere og sygere borgere skal have et godt liv i eget hjem.

Analysen viser, at *bachelorer i hjemmeplejen* anvendes i meget forskelligt omfang, og at deres opgaver og roller varierer. Den peger dog også på, at ordningen har været en succes, idet hjemmeplejens medarbejdere hver dag oplever meget stor nytte af at have direkte adgang til bachelorer, de kender personligt. Bachelorerne er tilgængelige for sparring, problemløsning og i varierende omfang også aflastning af medarbejderne i hjemmeplejen.

VIVE anbefaler, at ordningen gøres ensartet, så der bliver én sygeplejerske og én terapeut i alle 38 hjemmeplejeteams, og at deres opgaveprofil ændres på to områder: På den ene side anbefales det i tråd med de oprindelige intentioner med ordningen, at der kommer et mere entydigt fokus på kompetenceudvikling, og at alle borgerrelaterede driftsopgaver reelt fjernes fra bachelorerne stillinger, herunder bl.a. løbende aflastning af hjemmeplejens medarbejdere, opfølgning på overdraget sygepleje og problemidentifikation hos borgere, der – jf. forløbsmodellen – ønskes skiftet til et korterevarende rehabiliteringsforløb (jf. SEL § 83a) med en forløbsansvarlig i sundhedsenheden. På den anden side anbefales det, at bachelorerne i hjemmeplejen får det fulde ansvar for al løbende implementering af nye arbejdsgange, fokusområder og faglige tiltag mv. i hjemmeplejen.

Hvis bachelorerne i hjemmeplejen – ud over kompetenceudvikling – også skal varetage løbende implementering og fastholdelse af tiltag, metoder, arbejdsgange mv. i hjemmeplejen, kræver det en tæt tværgående koordinering af ordningen som helhed – både af, hvordan implementeringsopgaverne håndteres og prioriteres, og for at sikre realisering af de stordriftsfordele, som en kommune af denne størrelse kan opnå på tværs af 38 teamledere fordelt på 7 lokalområder med hver sin direktion. VIVE anbefaler derfor, at der ansættes én person til denne tværgående styring af ordningen og sikring af stordriftsfordele.

De direkte økonomiske konsekvenser af at anbefale to bachelorer i alle hjemmeplejeteams er meromkostninger på ca. 2,0 mio. kr., og de direkte økonomiske konsekvenser af at anbefale en tværgående koordination af ordningen giver meromkostninger på ca. 0,7 mio. kr.

VIVE anbefaler, at denne flytning af implementeringsopgaverne samtidig fører til en reduktion i antallet af øvrige medarbejdere i Sundhed og Omsorg, svarende til en mindreomkostning på ca. 3,8 mio. kr., idet bachelorerne i hjemmeplejen skal overtage al implementering blandt frontpersonalet i hjemmeplejen.

Analysen viser, at *samarbejdet mellem medarbejderne i hjemmeplejen og sundhedsenhederne* fungerer meget forskelligartet. Der afholdes i forskelligt omfang og med forskellig frekvens (team)møder i hjemmeplejen med varierende deltagelse fra sundhedsenhederne. Det samme gælder interne møder i sundhedsenhederne. Medarbejderne i sundhedsenhederne er i forskelligt omfang tilknyttet teams i hjemmeplejen, og i hjemmeplejen arbejdes der i forskelligt omfang med underinddelinger, fx i form af såkaldte kontaktteams. Nogle steder er den tværgående teamstruktur relativt tydelig, og her er hjemmeplejens medarbejdere helt klar over, hvilke navngivne sygeplejersker og terapeuter der er knyttet til deres team. Andre steder er koblingen langt mere uformel og ad hoc-baseret og virker ikke nær så tydelig og klar for medarbejderne. Endelig er der også steder, hvor der ikke er denne type kobling mellem hjemmeplejeteams og medarbejdere fra sundhedsenheden.

VIVE anbefaler, at den nuværende, mere eller mindre etablerede kobling af medarbejdere på tværs i mindre teams, både formaliseres og gøres ensartet på tværs af alle lokalområder. Det anbefales, at hvert hjemmeplejeteam og et antal navngivne medarbejdere i sundhedsenheden udgør et *basisteam*, og at der etableres underinddelinger af medarbejderne i de enkelte teams i hjemmeplejen. Dette findes flere steder i forskellige varianter, bl.a. kaldet *kontaktteam*. Disse to typer af teams etableres inden for rammerne af den eksisterende organisering og ses i dag allerede i forskelligt omfang flere steder.

Teamstrukturen kræver, at teamet reelt har et stort opgavefællesskab i form af fælles borgere. Det kræver, at et basisteam er en gruppe navngivne medarbejdere på tværs af hjemmepleje og sundhedsenhed, der har fælles ansvar for borgerne i et geografisk område.

De største lokalområder dækker over 6-7 hjemmeplejeteams med ca. 40-45 medarbejdere i hver og en sundhedsenhed med op mod 70 ansatte. Det rummer et meget stort antal potentielle kontakter på tværs, som spreder og forøger koordinationsopgaverne på et stort antal medarbejdere. Målet er at udgå en organisering præget af mange "tynde" og spredte samarbejdsrelationer mellem et højt antal medarbejdere og i stedet skabe en mindre kompleks organisering med færre "tykke" samarbejdsrelationer og opgavefællesskaber inden for mindre grupper af navngivne medarbejdere i hvert (del)team.

Temaorganisering er en forudsætning for det andet bærende element i anbefalingerne vedrørende samarbejdet på tværs: at der skabes en effektiv *tværgående konferencestruktur*, som reelt kan lette, forbedre og reducere tiden brugt til problemløsning, problemidentifikation, forløbsskift, koordination og samarbejde omkring borgernes forløb. Det anbefales, at lederne af hjemmeplejen og sundhedsenhederne i fællesskab får ansvaret for at skabe en faglig konferencekultur, og at de leder konferencerne. VIVE anbefaler to ugentlige konferencer af maksimalt 30 minutters varighed.

Konferencerne skal erstatte en del af de møder, der holdes i dag, og kan være en arena, der løser en række behov. Konferencerne skal være en arena, som kan skabe relationer mellem

medarbejderne i hvert basis-/kontaktteam; en arena for effektiv koordination, der kan reducere behovet for øvrig kommunikation (skriftligt, telefonisk, spontant), en arena for en mindre ressourcekrævende håndtering af problemidentifikation i borgerforløb end den nuværende, hvor to sygeplejersker i hver sin enhed inddrages, en arena for dialog om alle forløbsskift, inden de foretages og en arena for faglige dialog om borgere uanset forløbstype (herunder på sigt en arena for systematisk arbejde med triagering af borgere og tidlig opsporing i Aarhus Kommune). Endelig skal konferencerne være en arena for tydelig, tværgående, faglig ledelse for ledere i hjemmeplejen og sundhedsenhederne tilsammen.

Forløbsmodellen skelner mellem to overordnede forløbstyper – *korterevarende* enkle og sammensatte forløb, hvor borgerne kan visiteres til rehabiliteringsforløb (jf. SEL § 83 a), og *varige* forløb, hvor borgerne enten har moderat eller betydelig funktionsnedsættelse. I korterevarende forløb er den forløbsansvarlige fra sundhedsenheden, mens kontaktpersonen er fra hjemmeplejen (hvis borgerne modtager hjemmepleje). Ved overgang til varige forløb overgår forløbsansvaret til hjemmeplejen (hvis der er betydelig funktionsnedsættelse). Kontaktpersonen skifter ikke, når borgerne skifter forløb.

Langt hovedparten af forløbene – 62 % – er varige forløb. 74 % af borgerne i de korterevarende forløb er kendte borgere. Det kan fx være borgere, som har været indlagt, eller borgere i varige forløb, der har haft et funktionsfald og derfor skifter til et korterevarende forløb.

Borgernes forløb går i vidt omfang på tværs af de to organisatoriske enheder: I ca. 45 % af alle korterevarende og ca. 30 % af alle varige forløb modtager borgerne ydelser fra både sundhedsenheden og hjemmeplejen. Det er dog ikke kun i de forløb, hvor borgerne får ydelser fra begge enheder, at der er behov for tæt samarbejde og koordination mellem medarbejderne i hjemmeplejen og sundhedsenhederne. I de varige forløb, hvor borgerne kun modtager hjemmepleje, kræver det også et tæt fagligt samarbejde mellem enhederne at forebygge funktionsfald, opspore begyndende sygdom og eventuelt forebygge forløbsskift eller indlæggelse.

I forløbsmodellen består den fælles systematik af fire milepælsmøder med borgerne:

- Milepæl 1 Første sundhedsfaglige kontakt afholdes af sundhedsenheden maksimalt 48 timer efter første henvendelse.
- Milepæl 2 Planlægningssamtale afholdes efter maksimalt 7 hverdage. Her planlægges forløbet, og der sættes mål for forløbet sammen med borgeren.
- Milepæl 3 Afslutningssamtale afholdes efter ca. 8-12 uger, hvor borgeren enten afsluttes uden hjælp eller overgår til et varigt forløb.
- Milepæl 4 Årlige eller halvårslige opfølgningssamtaler afholdes med borgere i varige forløb med henholdsvis moderat/betydelig funktionsnedsættelse.

Analysen peger på en række fordele ved forløbsmodellen, men også på, at der stadig er udfordringer:

- Milepælsmøderne holdes endnu ikke i det tiltænkte omfang. I rapporten er udarbejdet et estimat over omkostningerne ved en fuld implementering af alle milepælsmøder i deres nuværende form, hvilket beløber sig til 15-20 mio. kr. Det betyder, at den fortsatte implementering vil medføre et yderligere ressourcetræk.
- De syv lokalområder har ret forskellige tidsrammer for de enkelte delelementer af milepælsmøderne: planlægning, forberedelse, afholdelse og opfølgning. Det skaber en ikke tiltænkt variation i måden, hvorpå forløbsmodellen anvendes.

- Frontpersonalet bruger meget tid på planlægning af milepælsmøder med borgerne, bl.a. fordi der er meget forskellige måder at løse opgaven med at planlægge møderne i samarbejde med kollegaer, borgere og pårørende.
- Frontpersonalet oplever det som en stor fordel, når hjemmeplejen og sundhedsenheden begge deltager ved første borgerkontakt og *"kommer sammen helt fra start"*, som det kaldes. Dette skal bl.a. ses i lyset af, at 74 % af borgerne i de korterevarende forløb er kendte borgere.

VIVEs anbefalinger til forløbsmodellen adresserer disse udfordringer. Anbefalingerne går ikke på kompromis med intentionerne i forløbsmodellen, men reducerer samtidig tidsforbruget i modellen. Det sker bl.a. ved at udnytte de muligheder for effektiv koordination, som den anbefalede konferencestruktur giver, og ved at sikre forløbsansvar og kontaktperson inden for samme basisteam og dermed lette koordinationsopgaven.

Samlet set medfører VIVEs anbefalinger til de fire milepælsmøder et lavere ressourcetræk:

- Konkret anbefales det, at der arbejdes tværfagligt fra start, og at hjemmeplejen altid deltager i milepæl 1, men i mindre grad i milepæl 2.
- Det anbefales, at der mere systematisk gøres brug af muligheden for at afholde milepæl 1 og 2 samtidig.
- Det anbefales, at alle reelle afslutningssamtaler (milepæl 3A) afvikles monofagligt og helst som led i sidste besøg, men at hjemmeplejen til gengæld altid deltager, når borgeren overgår til et varigt forløb (milepæl 3B).
- Endelig anbefales det, at frekvensen for milepæl 4, opfølgningssamtaler i forløb med betydelig funktionsnedsættelse, sættes ned fra halvårligt til årligt ligesom i de øvrige varige forløb.

De *samlede økonomiske konsekvenser* af anbefalingerne indeholder både direkte og mere indirekte økonomiske konsekvenser. De beskrevne direkte økonomiske konsekvenser af at ændre ordningen med bachelorer i hjemmeplejen (herunder flytning af implementeringsopgaverne til bachelorerne) betyder sammenlagt mindreomkostninger svarende til 1,1 mio. kr. (der er merudgifter på 2,0 mio. kr. til bachelorer og 0,7 mio. kr. til ledelse af ordningen samt mindreudgifter på 3,8 mio. kr. til implementeringsmedarbejdere). Derudover vurderer VIVE, at anbefalingerne har en række indirekte økonomiske konsekvenser, idet en mindre kompleks organisering, et bedre samarbejde og en mindre ressourcetung forløbsmodel gør det muligt at reducere tiden til planlægning og koordination. Det gør det muligt at realisere de estimer, der er foretaget i den konsulentrapport, som var afsættet for denne rapport. I praksis betyder det, at hjemmeplejens medarbejdere skal reducere tiden til planlægning og koordinering, svarende til, at en fuldtidsansat bruger 10 minutter mindre om ugen på ikke-direkte borgertid – og dermed kan øge den direkte borgertid med 10 minutter om ugen. Sygeplejersker og terapeuter i sundhedsenhederne skal gøre det samme i 60 minutter mindre om ugen pr. fuldtidsansat. Forskellen skyldes, at sidstnævnte gruppe i udgangspunktet har en langt lavere direkte borgertid (og dermed langt højere andel af arbejdstid, der bruges på bl.a. planlægning og koordination) end hjemmeplejens medarbejdere. Dette giver sammenlagt mindreudgifter svarende til 6,3 mio. kr. I alt muliggør dette en budgetreduktion på ca. 7,4 mio. kr., svarende til ca. 1 % af budgettet til området.

1 Baggrund og formål

Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg i Aarhus Kommune (herefter Sundhed og Omsorg) har bedt VIVE udarbejde anbefalinger til, hvordan der kan skabes bedre og mere effektiv organisering og samarbejde mellem hjemmeplejen, sygeplejen og træningsområdet.

Sundhed og Omsorg er opdelt i syv lokalområder, alle ledet af en direktion bestående af en områdechef og en viceområdechef. Hvert område rummer et antal plejehjem, hjemmeplejeteams og en sundhedsenhed, hvor bl.a. sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter er ansat. Der er desuden ansat ca. 60 bachelorer (sygeplejersker samt ergo- og fysioterapeuter¹) i hjemmeplejen. Deres primære funktion er kompetenceudvikling af hjemmeplejens medarbejdere (se deres funktionsbeskrivelser i Bilag 1).

Sundhed og Omsorg har desuden siden 2016 arbejdet efter en forløbsmodel, som skal sikre, at alle borgere har en kontaktperson, og at langt hovedparten også har en forløbsansvarlig – begge dele inden for rammerne af en tværgående og ensartet systematik.

I 2018 fik Aarhus Kommune udarbejdet en ekstern konsulentrapport, der udpegede effektiviseringspotentialer inden for 10 temaer. Med afsæt i den har Aarhus Kommune bedt VIVE udarbejde en realistisk køreplan for tre af rapportens 10 temaer:

1. **Bachelorer i hjemmeplejen:** Konkrete anbefalinger til, hvordan Sundhed og Omsorg opnår den størst mulige nytte af funktionerne som sygeplejerske, ergoterapeut og fysioterapeut i hjemmeplejen.
2. **Samarbejde på tværs:** Anbefalinger til, hvordan samarbejdet mellem sundhedsenheder og hjemmepleje organiseres mest hensigtsmæssigt.
3. **Forløbsmodellen:** Identificere 'best practice' i forhold til den fortsatte implementering af centrale elementer i forløbsmodellen.

Inden for disse tre temaer vurderer konsulentrapporten, at der er et samlet effektiviseringspotentiale på 7,4 mio. kr., hvilket svarer til ca. 1 % af hjemmeplejens og sundhedsenhedernes samlede budget. Aarhus Kommune har dog ikke truffet afgørelse om nødvendigvis at foretage besparelser på præcis 7,4 mio. kr. inden for de tre temaer.

Denne rapport vedrører specifikke organisatoriske forhold i Sundhed og Omsorg. Derfor indeholder kapitel 3 en præsentation af Sundhed og Omsorgs organisering og forløbsmodel. Kapitlet er særligt målrettet eksterne læsere uden for Aarhus Kommune.

1.1 VIVEs præmisser for udarbejdelse af anbefalinger

Sundhed og Omsorg ønsker en realiserbar køreplan for, hvordan effektiviseringer svarende til 7,4 mio. kr. kan foretages mest hensigtsmæssigt inden for de tre temaer. VIVE lægger derfor vægt på følgende i såvel analysen som den efterfølgende udarbejdelse af anbefalinger:

Anbefalingerne skal være solidt funderet i frontmedarbejdernes hverdag og virkelighed. Det betyder, at der bl.a. skal tages højde for medarbejdernes forskellige uddannelsesniveauer og

¹ I denne rapport anvendes betegnelsen "terapeut", når der både er tale om ergo- og fysioterapeuter. Begrebet "bachelor i hjemmeplejen" anvendes om henholdsvis de sygeplejersker og terapeuter, som er ansat til kompetenceudvikling i hjemmeplejen.

deres perspektiver på koordination og samarbejde gennem henholdsvis skriftlighed og dialog. Men det betyder også, at anbefalingerne tager højde for, at virkeligheden kan afvige fra de officielle beskrivelser af arbejdsgange mv. Dette gælder i enhver organisation. Et citat fra en af de medvirkende medarbejdere kan illustrere dette:

Når vi skal implementere noget nyt, så synes jeg tit, vi laver en antagelse om, at organisationen er længere fremme og på et meget højere niveau, end det så viser sig at være tilfældet, når vi kommer ud og ser, hvordan man i virkeligheden arbejder. (Bachelor med erfaringer fra tre forskellige lokalområder)

Anbefalingerne skal give mening blandt de ledere, som i praksis skal realisere dem blandt de medarbejdere, som anbefalingerne berører. Det betyder, at anbefalingerne så vidt muligt skal hvile på en fælles forståelse blandt medarbejdere og ledere på tværs af Sundhed og Omsorgs syv lokalområder. Derfor har VIVE i vidt omfang inddraget en lang række ledere og medarbejdere fra alle lokalområder i processen. Formålet har været så vidt muligt at finde de bedste løsninger i samarbejdet med medarbejder og ledere for på den måde at sikre så bred en legitimitet omkring anbefalingerne som muligt.

Anbefalingerne skal sikre, at det samlet set bliver lettere for frontmedarbejderne at udføre deres arbejde, herunder særligt at det bliver lettere at koordinere, samarbejde og planlægge. Hvis organisationen som helhed skal blive mere effektiv, skal det være lettere for frontmedarbejderne at udføre deres arbejde. Det kræver, at anbefalingerne skal reducere den organisatoriske kompleksitet, som medarbejderne skal navigere i.

Anbefalingerne skal være konkrete: De skal have et sådant detaljeringsniveau, at implementering kan gå i gang uden yderligere analyser. En køreplan indeholder beskrivelser af, hvordan generelle handlemuligheder – beskrevet som fx "strømning" og "bedre samarbejde" – kan realiseres i praksis.

1.2 Baggrund: En analyse af effektiviseringspotentialer

Beregningerne af effektiviseringspotentialer i den eksterne konsulentrapport er forudsætninger for VIVEs opgaveløsning, og derfor gennemgås de kort i dette afsnit.

1.2.1 Bedre anvendelse af sygeplejersker og terapeuter i hjemmeplejen

Konsulentrapporten anbefaler, at den direkte borgertid² forøges for bachelorerne i hjemmeplejen. Denne gruppe udgjorde ca. 60 årsværk ultimo 2018. Som grundlag for konsulentrapporten blev der lavet tidsregistreringer nogle steder. De pegede på stor variation i bachelorerne direkte borgertid. Konsulentrapporten anbefaler at øge den direkte borgertid for bachelorer i hjemmeplejen fra i gennemsnit 13 % til 23 %.

Desuden anbefales det, at bachelorer i hjemmeplejen i højere grad deltager i leveringen af ydelser i hjemmeplejen som led i den løbende kompetenceudvikling i hjemmeplejen.

Den eksterne rapport påpegede, at bachelorer på følgeskab med medarbejdere fra hjemmeplejen i nogle tilfælde fungerede som observatører/instruktører, hvilket også er intentionen med ordningen. Men den eksterne rapport så et effektiviseringspotentiale i, at bachelorerne i stedet

² Den eksterne konsulentrapport anvender begreberne "direkte borgertid", "indirekte borgertid" og "øvrig tid". *Direkte borgertid* er den tid, som en medarbejder er sammen med borgerne Ansigt Til Ansigt (ofte kaldet ATA-tid). *Indirekte borgertid* er den tid, hvor medarbejderne udfører opgaver relateret til et specifikt borgerforløb uden at være sammen med borgeren. Det kan fx være koordinering eller dokumentation. *Øvrig tid* er som antydning en restkategori for al øvrig arbejdstid.

deltog i leveringen af ydelser ved disse besøg. Effektiviseringspotentialet i konsulentrapporten fremkommer ved, at bachelorer i hjemmeplejen øger den direkte borgertid fra 13 % til 23 %, og at denne forøgelse sker på borgerbesøg, som kræver mere end én sosu-medarbejder (også kaldet "besøg med 2. hjælper"). Hvis bachelorerne kan erstatte 2. hjælper i 10 % af deres arbejdstid, spares ressourcer i hjemmeplejen, fordi de ikke skal levere 2. hjælper på de besøg, hvor bachelorerne er med og leverer disse ydelser. Konsulentrapporten beregner, at det svarer til, at budgettet i hjemmeplejen samlet set kan reduceres med 2,7 mio. kr.

Alternativt peger konsulentrapporten på, at Sundhed og Omsorg i stedet kan vælge at reducere antallet af bachelorer i hjemmeplejen svarende til 2,7 mio. kr.

1.2.2 Anvendelsen af forløbsmodellen i praksis samt organisering, tidsanvendelse og samarbejde mellem sygeplejen og hjemmeplejen

Disse to temaer er nært beslægtede i opdraget: En væsentlig del af at strømline organiseringen er også at strømline anvendelsen af forløbsmodellen i praksis. Ligeledes er anvendelse af forløbsmodellen en væsentlig nøgle til nedbringelse af koordinations- og planlægningstid. Derfor behandles disse to temaer samlet i dette afsnit.

Konsulentrapporten anbefaler, at organiseringen gøres mere ensartet, herunder at samarbejdet mellem sundhedsenhederne og hjemmeplejen styrkes. Desuden peges der på, at tiden anvendt til planlægning og koordinering kan og bør nedbringes – og tiden anvendt til at løse borgerrelaterede opgaver tilsvarende skal forøges. Det er via denne mekanisme, at effektiviseringspotentialet fremkommer: Hvis der bruges mindre tid på planlægning og koordinering, bliver der mere tid til ydelser – og dermed mindre behov for medarbejdere, der leverer ydelser.

På basis af tidsregistreringer beregner den eksterne konsulentrapport, at sygeplejersker i sundhedsenheden i gennemsnit anvender 15 % af deres tid på planlægning og koordinering. Konsulentrapporten vurderer, at det er muligt at reducere dette til 12 %, hvorved der frigøres tid svarende til 2,7 mio. kr. i Sundhed og Omsorg.

I hjemmeplejen fandt man, at medarbejderne brugte mindre tid til planlægning og koordinering, nemlig 3,2 % i gennemsnit. Her vurderede man, at dette kan reduceres til i gennemsnit 2,75 % af medarbejdernes tid. Det vil frigøre tid svarende til 2,0 mio. kr. i Sundhed og Omsorg.

Konsulentrapporten peger desuden på relativt stor variation i implementeringen af forløbsmodellen, og at medarbejderne oplever uklarheder og uhensigtsmæssigheder i relation til rollefordeling og rolleforståelse, håndtering af ændringer i borgerforløb, allokering af ressourcer, udpegning af forløbsansvarlige, anvendelse af konkrete koordineringsmetoder (fx borgerkonferencer og det elektroniske dokumentationssystem CURA) samt redskaber til at give overblik over borgerforløb, forløbsansvarlige, kontaktpersoner, progression og status i borgerforløb. Det anbefales derfor, at der sker en afklaring og en mere ensartet implementering af forløbsmodellen, der sikrer en bedre opnåelse af formålet med modellen i praksis.

1.2.3 Beregning af det samlede effektiviseringspotentiale

I denne rapport er afsættet således en beregning af et samlet effektiviseringspotentiale på 7,4 mio. kr., der indeholder følgende virkningsmekanismer:

Hvis sygeplejersker i sundhedsenhederne og medarbejderne i hjemmeplejen bruger mindre tid til planlægning og koordinering, kan budgettet til henholdsvis sundhedsenheder og hjemmepleje reduceres, fordi der frigøres tid.

Konsulentrapporten beregner, at hvis sygeplejersker i sundhedsenheden kan nedsætte den tid, de bruger på planlægning og koordination, fra det gennemsnit på 15 %, som konsulentrapportens tidsregistreringer viste, til et gennemsnit på 12 %, så vil det være muligt at reducere budgettet til sundhedsenhederne med samlet set 2,7 mio. kr.

Konsulentrapporten beregner, at hvis medarbejderne i hjemmeplejen kan nedsætte den tid, de bruger på planlægning og koordination, fra det gennemsnit på 3,2 %, som konsulentrapportens tidsregistreringer viste, til et gennemsnit på 2,75 %, så vil det være muligt at reducere budgettet til sundhedsenhederne med samlet set 2 mio. kr.

Hvis bachelorer i hjemmeplejen i højere grad leverer ydelser til borgere og dermed substituerer andet personale i hjemmeplejen, kan budgettet i hjemmeplejen reduceres, fordi der frigøres tid.

Konsulentrapporten beregner, at hvis bachelorerne i hjemmeplejen kan øge den direkte borgertid fra det gennemsnit på 13 %, som konsulentrapportens tidsregistreringer viste, til et gennemsnit på 23 %, og de i den øgede direkte borgertid erstatter en anden medarbejder i hjemmeplejen (på besøg, hvor der kræves minimum to medarbejdere), så vil det være muligt at reducere budgettet til hjemmeplejen med samlet set 2,7 mio. kr.

Alternativt kan antallet af bachelorer i hjemmeplejen reduceres svarende til 2,7 mio. kr. Dette alternativ rummer ikke en effektiviseringsmekanisme som fx reduktion af planlægningstid e.l. Derfor er der her tale om et besparelsesforslag – ikke et effektiviseringsforslag.

Denne rapport skal præsentere anbefalinger til den mest hensigtsmæssige realiserbare køreplan for effektiviseringer (eller besparelser) svarende til 7,4 mio. kr. inden for de valgte områder. VIVEs anbefalinger skal dog ikke nødvendigvis basere sig på de samme virkningsmekanismer, som den eksterne konsulentrapport pegede på, hvis der kan findes andre og mere hensigtsmæssige handlemuligheder, som kan føre til det samme økonomiske resultat.

2 Metode

I dette afsnit beskrives projektets forløb, hvor en lang række aktører i Sundhed og Omsorg har været inddraget i processen – både med hensyn til generering af data, deltagelse i interview og drøftelser af delresultater undervejs i forskellige fora. Desuden beskrives de datakilder, der er anvendt som grundlag for rapportens analyser, samt de dilemmaer, der er forbundet med de anvendte metoder.

VIVEs tilgang har været, at anbefalingerne 1) skal være solidt funderet i frontmedarbejdernes hverdag og virkelighed, 2) skal give mening blandt ledere og medarbejdere, 3) skal gøre det lettere for frontmedarbejderne at koordinere, samarbejde og planlægge, bl.a. ved at reducere den organisatoriske kompleksitet, og 4) være konkrete. Det har på afgørende vis formet metode, data og analysestrategi, som beskrives herunder.

2.1 Projektets forløb

VIVE vurderede, at opgaveløsningen krævede et indgående kendskab til hele organisationen, herunder alle syv lokalområder, for at kunne udarbejde en realistisk køreplan for, hvordan effektiviseringspotentialet skal realiseres. Det kræver både tilstedeværelse i organisationen og en bred inddragelse af nøgleaktører og ledere på tværs af en stor organisation. Desuden var det væsentligt at designe en proces, hvor alt ikke var fastlagt fra start, og hvor der var plads til at dykke ned i de temaer, som måtte vise sig relevante undervejs i processen.

Ved projektstart i august 2019 var der planlagt en fase 1, der primært bestod af workshops med medarbejdere og ledere i alle områder, og en åben fase 2, hvis indhold afhang af resultatet af fase 1.

Projektets øverste ledelse – styregruppen – har bestået af henholdsvis Sundheds- og Omsorgschefen, Økonomichefen, kontorchefen i Fællesfunktionen, en område- og en viceområdechef fra forskellige lokalområder, HR-chefen samt en række konsulenter. Sundheds- og Omsorgschefen har været formand for styregruppen.

Processen har bestået af følgende hovedelementer:

Opstart (august 2019)

- *Kickoff-møde* med ledere og nøglemedarbejdere på tværs af områder med følgende deltagere: viceområdechefer, områdechefer, repræsentanter for lederne i de syv sundhedsenheder og for ledere af hjemmeplejegrupperne i hvert område. Desuden nøglemedarbejdere og ledere udpeget af Sundhed og Omsorg. Styregruppen deltog også. På mødet blev projektets baggrund, formål, tidsplan og indhold gennemgået og drøftet.
- *Styregruppemøde.*

Fase 1 (august-september 2019)

To 1,5 timers workshop i alle syv lokalområder. I begge workshops deltog viceområdechefen i hvert lokalområde for at sikre en gennemgående ledelsespersion i hele processen.

- *Workshop 1* fokuserede på anvendelsen af bachelorerne i hjemmeplejen. Her deltog ca. 12-20 fra hvert lokalområde. Ud over viceområdechefen deltog mindst én leder af bachelorer i hjemmeplejen, 2 sygeplejersker og 2 terapeuter i hjemmeplejen og 4 repræsentanter

for hjemmeplejen (ledere eller nøglemedarbejdere udpeget i lokalområdet). Formålet var at kortlægge, hvordan bachelorer i hjemmeplejen arbejder i dag, hvad der fungerer godt/mindre godt ved lokalrådets model, og drøfte mulighederne for, at bachelorer i hjemmeplejen kan få mere direkte borgertid. Desuden var formålet at komme med input til, hvordan medarbejdernes behov for overblik, samarbejde, klarhed og sikkerhed i forhold til arbejdsgange, rolle- og ansvarsfordeler kan forbedres.

- *Workshop 2* fokuserede på forløbsmodellens anvendelse, organisering, samarbejde og nedbringelse af planlægningstid. Her deltog igen 12-20 personer fra hvert lokalområde: Ud over viceområdechefen og en leder af sundhedsenheden deltog 4 medarbejdere, der kender rollen som forløbsansvarlig, en teamleder fra hjemmeplejen og 4 medarbejdere, der kender rollen som kontaktperson. Formålet var at kortlægge, hvordan organisering, samarbejde og forløbsmodel fungerer i dag, og hvad der fungerer godt/mindre godt. Herudover var formålet at komme med konkrete forslag til, hvordan organisering og samarbejde kan forbedres, herunder hvordan forløbsmodellen kan implementeres, så den kan bidrage til at nedbringe planlægnings- og koordinationstiden.

Disse to workshops havde karakter af gruppeinterview, i den forstand at de blev lydoptaget, og VIVE spurgte ind til lokalrådets organisering og til hverdagen i forhold til arbejdsopgaver, samarbejde og forløbsmodel i praksis. En konsulent fra MSO skrev desuden referat af alle workshops.

- *Halvdags workshop med tværgående ledergruppe* (samme deltagerkreds som på kickoff-mødet, inkl. styregruppen). Fase 1 blev afsluttet med et halvdagsmøde, hvor resultaterne af de afholdte workshops i lokalområderne blev præsenteret og drøftet. Formålet var at sikre inddragelse af en bred kreds af lokale aktører i delresultater, indsnævne og konkretisere spor for det videre arbejde i fase 2 og drøfte muligheder og scenarier for modeller, metoder, værktøjer og databehov inden for de tre analysetemaer.

På denne workshop indstillede deltagerne således til styregruppen (som også deltog i workshoppen), at VIVE ikke skulle arbejde videre med én af de muligheder for effektivisering, der var skitseret i den eksterne konsulentrapport: at bachelorerne i hjemmeplejen øgede deres direkte borgertid og i højere grad substituerede 2. hjælper i hjemmeplejen. Dette vedtog styregruppen på det efterfølgende møde (se afsnit 4.1.6).

- Styregruppemøde.

Fase 2: (september-oktober 2019)

I denne fase holdt VIVE en række møder med forskellige aktører, hvor VIVE (og de deltagende konsulenter fra Sundhed og Omsorg) fik viden om forskellige aspekter af den nuværende organisering: lokale forskelligheder, forskellige aktørers perspektiv på fordele og ulemper samt mulighederne for ændringer:

- Møde med leder af hjemmeplejen i *Skelager* og leder af sundhedsenheden i området (Christiansbjerg) samt deltagerobservation i tværgående konference mellem hjemmeplejen og sundhedsenheden, inkl. opfølgende spørgsmål til konferencedeltagerne.
- Møde med viceområdeledelsen samt udvalgte nøglepersoner i lokalområde *Nord* om anvendelsen af bachelorer i hjemmeplejen i særlig udvidet funktion.
- Møde med viceområdeledelsen samt udvalgte nøglepersoner i lokalområdet *Viby-Højbjerg* om håndteringen af sammensatte forløb i særligt etableret tværfagligt team.

- Møde med repræsentanter for *ressourcekoordinatorer* i henholdsvis hjemmepleje og sundhedsenheder samt ledere.
- Møde med to *digitaliseringskonsulenter*.

De tre første er enheder, som blev valgt, fordi der var tale om ordninger eller organiseringsformer, der var væsentligt anderledes end i det øvrige MSO og berørte de områder, som VIVE skulle komme med anbefalinger til. Udvælgelsen skete på baggrund af workshop-runden i fase 1 og blev forelagt styregruppen. De to sidste er aktører, som ikke var repræsenteret ved workshop-runderne, men har væsentlig viden om organisering og planlægning samt mulighederne for digital understøttelse af arbejdsprocesser.

I fase 2 har økonomifunktionen i MSO desuden leveret en lang række kvantitative data fra såvel personaleadministrative systemer som omsorgssystemer.

Desuden blev der afholdt to øvrige møder:

- Møde med *viceområdecheferne*: Formålet var at præsentere resultater af fase 2 og diskutere mulige scenarier.
- *Styregruppemøde*.

Afrapportering (november-december 2019)

Udarbejdelse af første og andet udkast til henholdsvis *formandsskabet for styregruppen* (Sundheds- og omsorgschefen samt økonomichefen) og til *styregruppemøde* til drøftelse og kommentering.

2.1.1 Projektets datakilder

Rapporten er baseret på en række forskellige datakilder:

Interne dokumenter fra Sundhed og Omsorg

Sundhed og Omsorg har løbende udleveret en lang række interne dokumenter til brug for opgaveløsningen. Det drejer sig fx om beskrivelser af Sundhed og Omsorgs forløbsmodel, arbejdsgangsbeskrivelser, funktionsbeskrivelser, evalueringer mv.

Kvalitative data genereret af VIVE

VIVEs generering af data har været centreret omkring workshops og møder med ledere og medarbejdere samt et enkelt tilfælde af deltagerobservation under en tværgående konference mellem hjemmepleje og sundhedsenhed.

Workshops og møder med informanter er optaget af VIVE. Til alle møder og workshops samt det ene tilfælde af deltagerobservation har mindst én (nogle gange tre) konsulenter fra Sundhed og Omsorg (henholdsvis Økonomi og Fællesstab) deltaget, primært som observatører. Dette har sikret, at viden er blevet delt på tværs af organisationen og ikke kun med VIVE i et lukket forum.

Kvantitative data genereret af Sundhed og Omsorg

Alle kvantitative data, der er anvendt i rapportens analyser om drift, kapacitet, ydelser og økonomi, er genereret af konsulenter i Sundhed og Omsorgs økonomiafdeling.

Ved den workshop, der afsluttede fase 1, fremkom deltagerne med et ønske om at kunne estimere ressourceforbruget ved en fuld implementering af forløbsmodellens fire milepæls møder. Derfor har VIVE har i samarbejde med konsulenter fra Sundhed og Omsorg tilrettelagt den indsamling af data, der har ligget til grund for udarbejdelsen af et estimat over dette (se eventuelt afsnit 4.2.2). Men det er konsulenterne i Sundhed og Omsorg, som har sikret indsamlingen af en lang række tids-, frekvens- og deltagerestimer i dialog med lokalområderne.

2.2 Diskussion af analysestrategi og valg af metode

Analysestrategien har været præget af ønsket om at sikre inddragelse og involvering gennem hele processen som grundlag for at sikre opbakning til anbefalingerne i den sidste ende. Det begrundes såvel den konsekvente inddragelse af kommunale konsulenter og al generering af kvalitative data (møder og workshops) som omfanget af inddragelse af medarbejdere og ledere i processen.

2.2.1 Inddragelse af kommunale konsulenter i processen

Som det fremgår, har der i hele processen været en høj grad af inddragelse af konsulenter fra Sundhed og Omsorg. Det gælder i forbindelse med generering af data og deltagelse i alle møder og workshops, men også en løbende dialog i forbindelse med udarbejdelsen af denne rapport og dens anbefalinger.

VIVE vurderer, at dette er en styrke, fordi konsulenter i Sundhed og Omsorg har fået en anden type af indsigt i organisationen og de leder- og medarbejderperspektiver, der ligger bag denne rapport. De mange input fra konsulenter, der har stor indsigt i organisationen, dens virkemåde i praksis og dens historik, har i høj grad kvalificeret rapporten og dens anbefalinger.

Rapporten, dens analyser og anbefalinger er alene VIVEs produkt og ansvar. Men samarbejdet med og bidragene fra konsulenter i Sundhed og Omsorg har været meget værdifuldt gennem hele processen.

2.2.2 Inddragelse af kommunale medarbejdere og ledere i processen

Inddragelsen af det store antal medarbejdere og ledere i processen har rummet to dilemmaer:

De oprindelige effektiviseringsforslag var kendt for både medarbejdere og ledere, herunder forslaget om enten at lade bachelorerne i hjemmeplejen levere ydelser til borgerne eller alternativt at reducere antallet af bachelorer i hjemmeplejen. Med den viden in mente har det nogle steder både genereret usikkerhed og ubehag blandt disse medarbejdere, fordi der var åbenhed om baggrunden for VIVEs rapport og den stillede opgave: at effektivisere for 7,4 mio. kr.

Heldigvis har medarbejderne flere steder givet direkte udtryk for dette – enten under eller efter workshops, og det har derfor været muligt at få en dialog omkring deres oplevelse, hvor også flere ledere har bidraget positivt til pege på "bagsiden" ved at have en proces, der inddrager medarbejderne. Men også peget på, at alternativet havde været en lukket proces, hvor medarbejderne og deres værdifulde viden om praksis, udfordringer og muligheder ikke blev inddraget direkte.

Det andet dilemma blev italesat af medarbejderne og omhandlede sammensætningen af workshopgrupperne, hvor der alle steder var forskellige ledere til stede, og hvor viceområdecheferne har været de gennemgående figurer i både fase 1 og fase 2. Nogle medarbejdere har peget på, at det måske ikke var befordrende for åbenheden, at der altid var ledere til stede. Det kunne

– måske – være en udfordring at italesætte alt, når der er en leder til stede. Desuden er ikke alle medarbejdere lige så trygge ved at tage ordet i en forsamling som lederne.

VIVE er bevidst om dette og har til alle workshops været meget fokuseret på at få alle medarbejdere i tale. Spillereglerne til workshops var desuden, at så længe en medarbejder ønskede ordet, blev ledere sprunget over i talerækken. Medarbejdernes perspektiver har haft forrang, idet lederne havde mange andre muligheder for at blive hørt i andre sammenhænge.

Der kan dog stadig være emner, som medarbejdere ikke ønsker at italesætte foran en leder. Processen har fokuseret på bachelorernes arbejde i hjemmeplejen og på, hvordan samarbejdet kan forbedres mellem enhederne, herunder hvordan planlægnings- og koordinationsopgaverne kan reduceres, og hvordan den fortsatte implementering af forløbsmodellen understøttes bedst muligt. Når emnerne i så høj grad handler om det tværgående samarbejde og arbejds-gange på tværs, er det væsentligt, at de observationer og forslag, der inddrages i processen, kan drøftes blandt medarbejdere og ledere. Kan de ikke det, er der udfordringer til stede, som ligger uden for VIVEs opgaveløsning. VIVE vurderer dog, at dialogen på workshops ikke var hæmmet af tværfaglig eller ledelsesmæssig tilstedeværelse. Mange medarbejdere pegede på udfordringer i relation til både samarbejdet på tværs, bachelorer i hjemmeplejen og forløbsmo-dellen. Og lederne accepterede fuldt ud, at deres taletid var begrænset, og at de kom i anden række – efter medarbejderne.

2.3 Vurdering af ressourcemæssige konsekvenser af anbefalingerne

Rapporten rummer en lang række forskellige anbefalinger. De har i varierende omfang både direkte ressourcemæssige konsekvenser som følge af ændringer i stillingsstrukturen samt in-direkte konsekvenser for opgaveløsning og tidsforbrug – og dermed også ressourcer.

De *direkte* ressourcemæssige konsekvenser, som berører stillingsstrukturen, kan relativt en-kelt estimeres med rimelig sikkerhed og opgøres derfor i beløb.

Anbefalingerne rummer dog også en lang række anbefalinger, som ikke direkte vedrører stil-lingsstrukturen, men som vil få *indirekte* ressourcemæssige konsekvenser: Opgaver anbefales ændret, flyttet, justeret og reduceret. De ressourcemæssige konsekvenser af disse mange an-befalinger kan ikke estimeres meningsfuldt. Det skyldes primært, at de hver især påvirker et større organisatorisk system, hvor det ikke er muligt at isolere effekten af den enkelte anbefa-ling, men skyldes også i høj grad, at praksis og dermed tidsforbruget til mange af opgaverne i dag er meget forskelligartet, og at baseline for det nuværende tidsforbrug til de mange enkelt-opgaver er ukendt.

Baseline er ukendt i den forstand, at der ikke findes opgørelser eller estimater over, hvor lang tid (og dermed hvor mange ressourcer) der i dag bruges på de enkelte opgaver, som anbefales ændret.

For eksempel vides det ikke i dag, hvor meget medarbejdertid der anvendes på opfølgning på delegeret sygepleje, opgaven ”problemidentifikation”; forløbsskifte, der nogle gange fører til en ”skreven frem og tilbage”, som det er formuleret under workshop-runderne, eller hvor lang tid der bruges på planlægning af milepælsmøder og blandt hvilke medarbejdere. Det samlede tidsforbrug til forskellige former for teammøder og tværgående møder er heller ikke kendt. Og ingen ved, hvor meget tid medarbejdere bruger på at finde frem til og få fat i hinanden for at kunne koordinere og samarbejde. Listen kunne fortsættes, men det er meningsløst, for i en

organisation med tusindvis af ansatte er det utopi, at man kan trække data om eller lave meningsfulde estimater over ressourcetrækket til alle tænkelige typer af enkeltopgaver. Der kan dog laves stikprøver, som det bl.a. blev gjort i forbindelse med den konsulentrapport, der lå til grund for dette projekt. Stikprøverne tydede på endog meget stor variation mellem enhederne, selvom der blev anvendt meget bredere kategorier som fx direkte og indirekte borgertid samt øvrig tid til koordination og planlægning. Men der findes ikke et datagrundlag, som gør det muligt meningsfuldt at regne sig frem til, hvad den nuværende organisering og opgavevaretagelse koster i timer og kroner på et så detaljeret niveau, at det er muligt at beregne, hvad den nuværende måde at håndtere enkeltopgaver på koster – hverken i Aarhus Kommune eller i nogen anden kommune.

Anbefalingerne har fokus på at konkrete tiltag, der kan nedbringe den organisatoriske kompleksitet, bl.a. ved at skabe klare rammer omkring mindre tværgående arbejdsfællesskaber, mere direkte og struktureret tværgående dialog om borgerne, og ved at reducere antallet af aktører involveret i opgaver, der kan klares mere effektivt ved inddragelse af færre aktører. Desuden har justeringerne i forløbsmodellen haft til hensigt at bevare den grundlæggende systematik og understøtte modellens formål, men samtidig anbefale mindre ændringer, som kan reducere ressourceforbruget ved en fuld implementering.

Hvad den samlede effekt af kombinationen af konferencer, tværgående teams, ændret samarbejde, justeret forløbsmodel, ændrede og flyttede opgaver osv. bliver, når alle tiltag interagerer, kan ikke estimeres. Det vil afhænge af mange faktorer, herunder at ledelser og medarbejdere oplever, at det er en meningsfuld måde at udvikle organiseringen og samarbejdet på. Hvis der ikke er massiv ledelsesmæssig opbakning til teamsamarbejdet på tværs, og hvis det ikke lykkes lederne at skabe en anden kultur og struktur omkring alt fra konferencer til tværgående samarbejde, så bliver effekten ikke som ønsket.

Men selvom de ressourcemæssige konsekvenser af alle anbefalinger ikke kan beregnes eller estimeres meningsfuldt, kan virkningsmekanismerne bag anbefalingerne gøres tydelige. Ikke mindst, fordi det er her, at lederne skal have deres fokus for at kunne lykkes med dem.

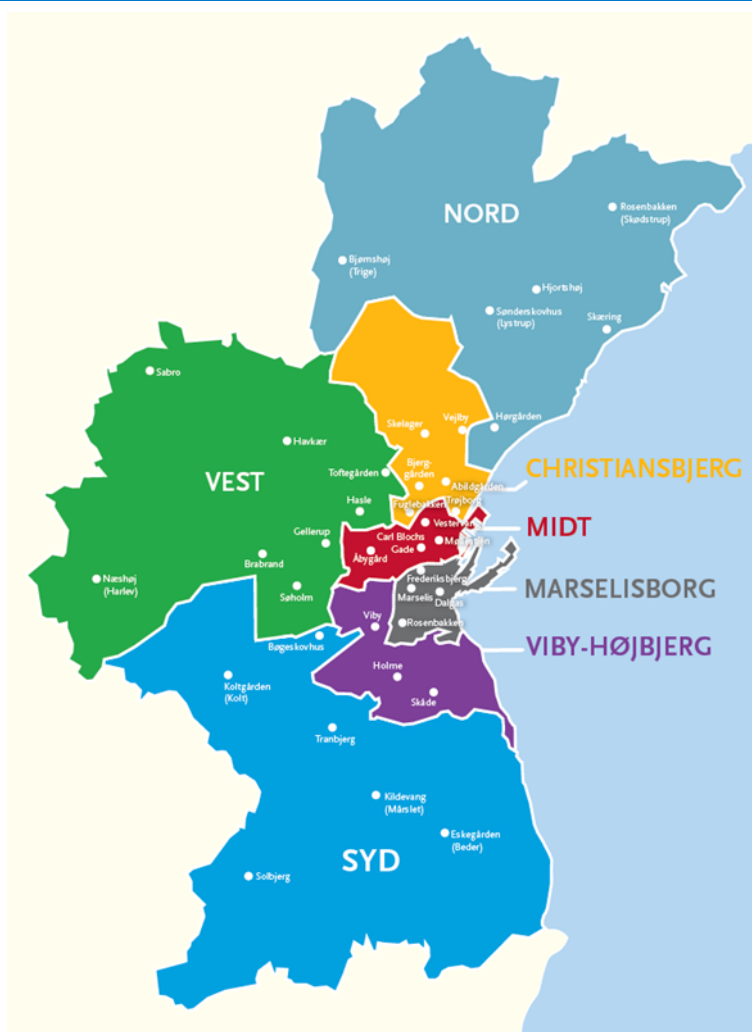
3 Præsentation af Sundhed og Omsorg

I dette kapitel beskrives organiseringen i Sundhed og Omsorg med fokus på analysens genstandsfelt: hjemmeplejen og sundhedsenhederne. I afsnit 3.1 beskrives organisering med fokus på hjemmeplejen og sundhedsenhederne, i afsnit 3.2 beskrives ordningen med bachelorer i hjemmeplejen, og i afsnit 3.3 præsenteres Sundhed og Omsorgs forløbsmodel.

3.1 Organisering og ansatte i Sundhed og Omsorg

Sundhed og Omsorgs drift er organiseret i syv lokalområder, som hver ledes af en direktion bestående af en områdechef og en viceområdechef. Hvert lokalområde rummer et antal hjemmeplejeteams, en sundhedsenhed og et antal plejehjem. Sundhedsenhederne består primært af sygeplejersker og terapeuter, men der er også ansat borgerkonsulenter (visiterende medarbejdere) samt en diætist og en demenskoordinator i hvert lokalområde.

Figur 3.1 Oversigt over de syv lokalområder i Sundhed og Omsorg



Note: De markerede enheder er lokalcentre, hvor borgerne kan komme. De fleste steder er der en café, og typisk er der aktiviteter, træningslokaler, mulighed for at frivillige kan lave forskellige aktiviteter m.m. Flere steder er der plejehjem, og mange fungerer også som base for hjemmeplejen.

Kilde: Magistratsafdelingen for Sundhed- og Omsorg, Aarhus Kommune 2019.

Denne rapport omhandler alene hjemmeplejen og sundhedsenhederne – ikke plejehjem, dag-centre, midlertidige pladser eller akutfunktioner. Sidstnævnte er organiseret parallelt med lokalområderne, og akutfunktionerne er således ikke en del af lokalområderne.

Tabel 3.1 Ansatte i Sundhed og Omsorg (gennemsnit af januar til september 2019)

Ansatte i lokalområderne	Fuldtidsstillinger		Medarbejdere	
	Antal	Andel af total	Antal	Andel af total
Direktioner i lokalområderne (område-/viceområdechef)	14	0,3 %	14	0,2 %
Plejehjem	1.719	33,8 %	2.673	36,9 %
Hjemmepleje	1.262	24,8 %	1.881	26,0 %
Sundhedsenhed	387	7,6 %	489	6,8 %
<i>Delsum: Ansatte i hjemmepleje/sundhedsenheder i alt</i>	<i>1.649</i>	<i>32,5 %</i>	<i>2.370</i>	<i>32,7 %</i>
Øvrige* (stab, service, administration mv.)	443	8,7 %	547	7,6 %
Ansatte i lokalområderne i alt	3.824	75,3 %	5.604	77,4 %
Øvrige ansatte				
Chefteam i Sundhed og Omsorg	3	0,1 %	3	0,0 %
Øvrige* (inkl. sosu-elever)	661	13,0 %	840	11,6 %
Center for Frihedsteknologi (Velfærdsteknologi)	39	0,8 %	51	0,7 %
Kvalitet og Borgersikkerhed	8	0,2 %	10	0,1 %
Akuttilbud og rehabilitering	237	4,7 %	298	4,1 %
Demens- og Hjernecenter	192	3,8 %	284	3,9 %
Sundhedsstrategi og Forebyggelse	115	2,3 %	149	2,1 %
Øvrige ansatte i alt	1.255	24,7 %	1.636	22,6 %
Alle ansatte i Sundhed og Omsorg				
Ansatte i lokalområder samt øvrige ansatte i alt	5.081	100,0 %	7.244	100,0 %

Anm.: Antallet af stillinger er opgjort som et gennemsnit af januar til september 2019.

Note: * Øvrige rummer en lang række medarbejdere i meget forskellige støtte- og stabsfunktioner, som ikke leverer ydelser direkte til borgerne, fx bygningsafdelingen, digitalisering, HR, fællesfunktioner, økonomi og regnskab. Vær særligt opmærksom på, at *sosu-eleverne indgår i denne kategori* med et ikke ubetydeligt antal.

Kilde: Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi og VIVEs beregninger.

Som det fremgår af Tabel 3.1, er der i alt ca. 5.080 fuldtidsstillinger i Sundhed og Omsorg, svarende til ca. 7.250 medarbejdere. Af disse er ca. 5.600 ansat i lokalområderne, svarende til 3.826 fuldtidsstillinger. Det betyder, at ca. 75 % af alle medarbejdere i Sundhed og Omsorg er ansat i lokalområderne.

En række funktioner, som både er borgerrettede og administrative, er ikke organiseret i lokalområderne, men er samlet centralt eller på tværs. Disse udgør tilsammen 1.255 fuldtidsstillinger fordelt på ca. 1.636 medarbejdere (dette tal inkluderer sosu-elever, der formelt er ansat i HR).

I lokalområderne er der ca. 1.880 medarbejdere i hjemmeplejen, svarende til ca. 26 % af alle ansatte i Sundhed og Omsorg, mens ca. 490 er ansat i sundhedsenhederne, hvilket udgør ca. 7 % af alle ansatte i Sundhed og Omsorg.

Samlet set udgør de ansatte i hjemmeplejen og sundhedsenhederne ca. 1.650 fuldtidsstillinger fordelt på 2.370 medarbejdere. Det betyder, at der er næsten fire gange så mange ansatte i hjemmeplejen som i sundhedsenhederne.

Sundhed og Omsorg har tilstræbt, at lokalområderne samlet set har en ensartet størrelse med hensyn til økonomi og antal medarbejdere. Da der hverken er lige mange plejehjem eller ældre i egen bolig i lokalområderne, er der også stor variation i antallet af hjemmeplejeteams³ og medarbejdere i sundhedsenhederne. Således varierer antallet af plejehjemspladser mellem 186 og 356 i hvert lokalområde, mens antallet af hjemmeplejeteams omvendt varierer fra 3 til 7 i hvert lokalområde. Samlet set er der 43 plejehjem og 38 hjemmeplejeteams.

Tabel 3.2 viser fordelingen af indbyggertallet på lokalområder samt fordelingen af plejeboliger. Antallet af ældre varierer områderne imellem: fra ca. 4.500 til 10.500 65+-årige og fra ca. 800 til 2100 80+-årige.

Tabel 3.2 Lokalområdernes indbyggertal fordelt på aldersgrupper (pr. 1. juli 2019) samt antal plejeboliger

	Antal borgere	Antal 65+-årige	Antal 80+-årige	Antal plejeboliger	Andel 65+-årige	Andel 80+-årige	Andel plejeboliger
Nord	55.982	10.457	2.092	262	21 %	20 %	14 %
Christiansbjerg	52.828	6.082	1.259	282	12 %	12 %	15 %
Midt	55.432	4.505	817	353	9 %	8 %	19 %
Vest	65.034	9.385	1.908	276	19 %	19 %	15 %
Marselisborg	34.708	4.507	1.183	219	9 %	12 %	12 %
Viby-Højbjerg	34.114	5.760	1.373	256	12 %	13 %	14 %
Syd	43.623	8.018	1.593	186	16 %	16 %	10 %
I alt	341.721	48.714	10.225	1.834	100 %	100 %	100 %

Anm.: Vær opmærksom på, at antallet borgere med behov for hjemmepleje og sundhedsenhed ikke kun er en funktion af antallet af ældre, men også af andre forhold, bl.a. sociale faktorer.

Ud over de almindelige plejeboliger i lokalområderne findes også specialiserede demensplejehjem, fire selvejende plejehjem samt et plejehjem udliciteret til Forenede Care og et friplejehjem. Her findes yderligere 376 pladser i alt.

Kilde: Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi.

Som det fremgår af tabellen, er der en vis sammenhæng mellem antallet af plejeboliger og lokalområdernes størrelse målt på antallet af ældre. Således er det lokalområde, som har flest plejehjemspladser (Midt), også det område, som har færrest ældre.

Hjemmeplejen i hvert lokalområde er geografisk opdelt i teams med hver sin leder, som refererer til direktionen i lokalområdet. Dog dækker nogle teams aften-/nattevagter på tværs af alle teams i et lokalområde. De fleste teams har til huse på én matrikel, men ikke alle. På nogle matrikler har flere teams kontor; andre teams har kontor på flere matrikler.

3.2 Sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter ansat i hjemmeplejen

I forbindelse med implementeringen af forløbsmodellen i foråret 2016 besluttede Sundhed og Omsorg at tilknytte gennemsnitligt 2 sygeplejersker og 2 ergoterapeuter til hjemmeplejen i hvert område, altså samlet set 28 stillinger. I hvert lokalområde blev antallet beregnet ud fra hjemmeplejens størrelse i det enkelte område.

³ Det er ligeledes tilstræbt, at ledelsesspændet i hjemmeplejens teams er ca. 40-45 (jf. Ledelseskommisionens anbefalinger om at mindske ledelsesspændet og sikre, at lederne reelt kan være i kontakt med det antal medarbejdere, de skal lede (se "Sæt borgerne først", Ledelseskommisionens rapport, 2018, https://ledelseskom.dk/files/media/documents/hovedpublikationer/saet_borgerne_foerst_-_ledelseskommisionens_rapport.pdf).

Formålet med at ansætte sygeplejersker i hjemmeplejen var at understøtte den løbende kompetenceudvikling i relation til stadigt mere komplekse borgerforløb. Desuden skulle ergoterapeuterne medvirke til at understøtte en rehabiliterende tilgang i hjemmeplejens arbejde.

Siden blev der tilført yderligere midler, både via værdighedsmilliarden og lokalområdernes øvrige budgetmidler, så der på tidspunktet for udarbejdelsen af den eksterne konsulentrapport var i alt 60,1 årsværk i disse stillinger. Flere forslag til effektivisering i den eksterne konsulentrapport omhandler anvendelsen og omfanget af disse stillinger. Derfor indeholder afsnit 4.1 en mere detaljeret gennemgang af ordningen og af økonomien bag.

3.3 Forløbsmodel i Sundhed og Omsorg

I 2016 startede implementeringen af en fælles og tværgående forløbsmodel for alle borgerforløb i Sundhed og Omsorg. Modellen er beskrevet i "*Forløbsmodellen – trin for trin*"⁴. Dette afsnit er baseret på den officielle beskrivelse af forløbsmodellen og tilhørende arbejdsgangsbeskrivelser. Hvordan modellen anvendes i praksis, behandles i analysen i kapitel 4.

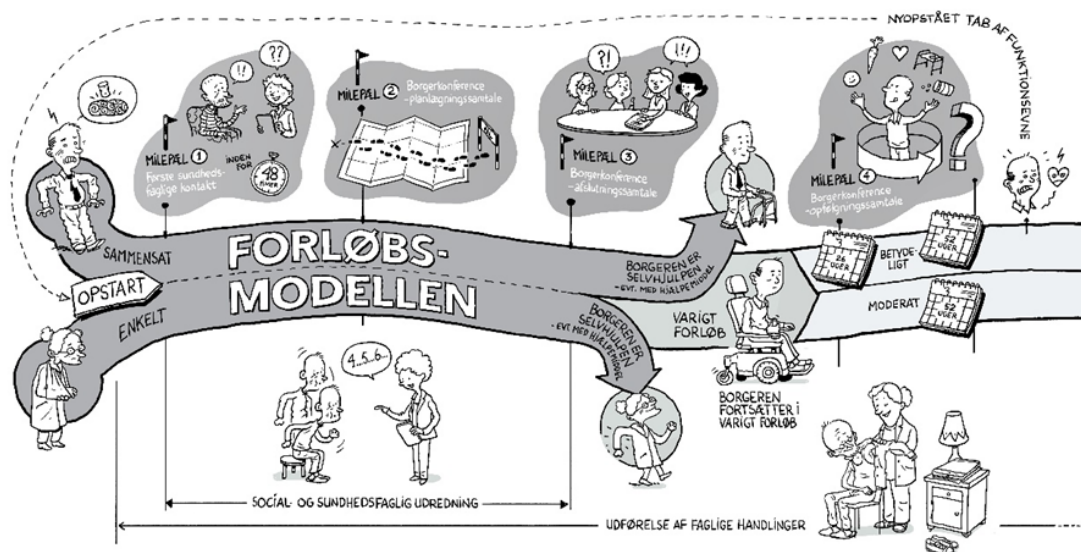
Forløbsmodellen består af tre elementer:

1. **Forløbstyper:** Alle borgere, der modtager indsatser fra Sundhed og Omsorg, kategoriseres ud fra tre forløbstyper – *enkelt*, *sammensat* eller *varigt* forløb. Borgerens funktionsevne afgør, hvilket forløb borgeren er i.
2. **Roller, opgave- og ansvarsfordeling:** Der er to vigtige roller i et borgerforløb – rollen som *forløbsansvarlig* og rollen som *kontaktperson*. Der knytter sig en række specifikke opgaver og ansvar til de to roller. Borgere, der er i enkelt, sammensat eller varigt forløb med betydeligt nedsat funktionsevne, har altid en forløbsansvarlig. Borgere, der er i varigt forløb og har moderat nedsat funktionsevne, har ikke en forløbsansvarlig. Og borgere, der modtager pleje og/eller praktisk hjælp, har altid en kontaktperson, uanset hvilket forløb borgeren er i.
3. **Fælles systematik:** Alle borgerforløb skal tilrettelægges ud fra en fælles systematik med *udredning*, *målsætning*, *planlægning*, *udførelse* af faglige handlinger og *opfølgning* på forløbet, som både foregår løbende og i forbindelse med afholdelse af borgerkonferencer, der afholdes sammen med borgeren – primært i dennes hjem.

Sundhed og Omsorg anvender denne illustration af den samlede forløbsmodel, som kan være et nyttigt referencepunkt i den efterfølgende gennemgang af modellens enkelte elementer:

⁴ Sundhed og Omsorgs præsentation af forløbsmodellen kan læses her: <http://reader.livedition.dk/aarhuskommune/860/>

Figur 3.2 Forløbsmodel i Sundhed og Omsorg – en oversigtsfigur



Kilde: Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, 2018.

3.3.1 Forløbstyper: Enkle, sammensatte og varige forløb

Nye borgere starter altid i enten et *enkelt* eller et *sammensat* forløb. Begge forløb er kendetegnet ved at være korterevarende forløb. De enkle forløb varer typisk op til 8 uger, mens de sammensatte forløb typisk varer op til 12 uger. Forløb efter SEL § 83a⁵ varetages i de enkle og sammensatte forløb.

Borgere i *enkle forløb* har moderat nedsat funktionsevne. Samtidig har de et potentiale for at udvikle deres funktionsevne. Der vil typisk være et mindre antal faggrupper involveret i de enkle forløb.

Borgere i *sammensatte forløb* har betydeligt nedsat funktionsevne og et potentiale for udvikling af deres funktionsevne. Da borgere i sammensatte forløb typisk har flere problemstillinger, vil der altid være flere faggrupper involveret i forløbet.

Begge typer af forløb rummer borgere i tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb (jf. SEL § 83a), mens enkle forløb også være uden rehabiliteringsydelse. Det kan fx være genoptræningsforløb (jf. SUL § 140) eller forløb med ren sygepleje (jf. SUL § 138). I denne rapport anvendes begrebet *korterevarende forløb* som en samlet betegnelse for disse to typer af forløb, som har det til fælles, at de er tidsafgrænsede.

Efter at have gennemgået et enkelt eller sammensat forløb vil nogle borgere have en varig nedsættelse af funktionsevnen, som skaber et varigt behov for støtte og hjælp. Disse borgere vil indgå i et *varigt forløb med moderat* eller *betydeligt nedsat funktionsevne*.

⁵ Servicelovens § 83a gennemgås i afsnit 3.3.4. Den vedrører tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb.

3.3.2 Roller, opgave- og ansvarsfordeling: Kontaktperson og forløbsansvarlig

Forløbsmodellen indeholder to centrale roller som borgerens henholdsvis kontaktperson og forløbsansvarlige. Der er udarbejdet opgavebeskrivelser for de to roller, men overordnet set kan de beskrives således:

Den **forløbsansvarlige** er en navngiven medarbejder, som har ansvaret for:

- At skabe *sammenhæng* og *fremdrift* i forløbet gennem et tæt samarbejde med borgeren, de pårørende, kollegaer og øvrige samarbejdspartnere. Forløbsansvarlige i de korterevarende forløb har en særlig opgave i at sikre, at de relevante faggrupper udreder borgerens problemstillinger og finder årsager til problemerne.
- At have *overblikket* over de forskellige faglige indsatser i borgerens forløb.
- At *koordinere* de sundhedsfaglige handlinger i borgerens forløb.
- At *planlægge* og *afholde borgerkonferencer* i samspil med relevante samarbejdspartnere.
- At sikre, at der bliver sat *mål* og lagt en *plan* for borgerens forløb i tæt samarbejde med borgeren og de relevante samarbejdspartnere. Målene skal tage udgangspunkt i borgerens ønsker og behov. I korterevarende forløb er der fokus på at understøtte udvikling af borgerens funktionsevne. I varige forløb skal den forløbsansvarlige sikre, at der i samarbejde med borgeren sættes mål, der understøtter borgeren i at vedligeholde sin funktionsevne.

I de korterevarende forløb er den forløbsansvarlige enten en sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut, borgerkonsulent eller sundhedskonsulent⁶. I varige forløb, hvor borgeren har betydeligt nedsat funktionsevne, er den forløbsansvarlige som udgangspunkt en sosu-assistent, men hvis borgeren har behov for det, kan rollen alternativt varetages af en sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut eller borgerkonsulent. I varige forløb, hvor borgeren har moderat nedsat funktionsevne, er der ikke en forløbsansvarlig, men udelukkende en kontaktperson.

Alle borgere, der modtager pleje og/eller praktisk hjælp, har en **kontaktperson**. Rollen varetages af en sosu-hjælper eller sosu-assistent. Det er en klar intention, at kontaktpersonen som oftest skal være den medarbejder, der kommer hyppigst hos borgeren og derfor har et godt indblik i dennes hverdagsliv. Kontaktpersonens opgave er for det første, at bidrage med løbende observationer om ændringer i borgerens tilstand og formidle det videre til den forløbsansvarlige, og for det andet at bidrage med sit kendskab til borgeren i forbindelse med udredningen, planlægningen og opfølgningen på borgerens forløb.

Mens rollen som forløbsansvarlig skifter, når en borger overgår fra et korterevarende forløb til et varigt forløb eller omvendt, så ændres kontaktpersonen ikke, og derfor er kontaktpersonen, som er en sosu-hjælper, ofte den gennemgående medarbejder i borgerens forløb.

⁶ Sundhedskonsulenter er ansat i Folkesundhed og arbejder bl.a. med forskellige sundhedsforløb vedrørende rygning, alkohol, depression, stress, kræft mv.

3.3.3 Fælles systematik i borgerforløb

Den fælles systematik i modellen indeholder elementerne udredning, målsætning, planlægning, udførelse af faglige handlinger og opfølgning. Desuden indeholder den en række konkrete milepæle i form af bestemte typer møder med borgeren (og eventuelt pårørende), oftest i borgerens hjem. Systematikken beskrives her kort.

Som det ses i Figur 3.2, er der fire milepæle i modellen, hvoraf de tre ligger i de korterevarende forløb. Milepælene er alle forskellige former for møder med borgerne (oftest også hos borgerne), hvor forløbsansvarlig og kontaktperson i varierende omfang skal deltage. Det første møde i modellen hedder *Første Sundhedsfaglige Kontakt*. De øvrige tre hedder borgerkonferencer og udgøres af: Planlægningssamtalen, Afslutningssamtalen og Opfølgningssamtalen. I denne rapport bruges betegnelsen *milepæls møder* om disse fire møder tilsammen. Mellem milepælene udføres faglige handlinger, og borgeren kan modtage forskellige typer af ydelser.

Initial borgerhenvendelse og opstart af forløb

Når kommunen modtager en henvendelse om en borger, og en medarbejder (i den centrale visitation eller en decentralt borgerkonsulent i et lokalområde) via telefonisk kontakt vurderer, at borgeren – i et eller andet omfang – har behov for eksempelvis pleje, praktisk hjælp, træning eller sygepleje, sættes borgeren enten i et enkelt eller et sammensat forløb.

Er der tale om en borger med akut behov for hjælp, fx en nylig udskrevet borger, som ikke kan klare sig i hjemmet, visiteres der til uopsættelig hjælp – det være sig både fra hjemmeplejen og fra sundhedsenheden. Men er der ikke behov for uopsættelig hjælp, starter forløbet med milepæl 1, Første sundhedsfaglige kontakt.

Milepæl 1: Første sundhedsfaglige kontakt

Inden for 48 timer efter henvendelsen skal borgerne have besøg⁷ af en medarbejder fra sundhedsenheden i form af en sygeplejerske eller terapeut og eventuelt borgerens kontaktperson. Den (eller de) bachelorer, som kommer ud på første sundhedsfaglige kontakt, er ikke nødvendigvis den medarbejder, som efterfølgende bliver forløbsansvarlig. Formålet med første sundhedsfaglige kontakt er både at identificere borgerens problemer, iværksætte sundhedsfaglige handlinger, følge op på eventuel pleje og praktisk hjælp samt tildele hjælpemidler. Desuden bliver det vurderet, hvilke udredninger der skal sættes i værk. I nogle forløb kan udredningen påbegyndes i forbindelse med første sundhedsfaglige kontakt, men det afhænger helt af borgerens situation.

Udredningsfasen

Som det fremgår af Figur 3.2, kan den social- og sundhedsfaglige udredning af borgeren foregå gennem hele forløbet i de korterevarende forløb. Gennem hele forløbet kan borgerens udvikling og nye oplysninger om borgeren medføre justeringer i målsætningen, planlægningen og de faglige indsatser.

Milepæl 2: Borgerkonference – Planlægningssamtale

Inden for syv hverdage efter forløbet er startet, skal der holdes en konference sammen med borgeren (og eventuelle pårørende) i borgerens hjem. Her skal både den forløbsansvarlige og kontaktpersonen samt eventuelt andre fagpersoner deltage. Formålet med mødet er at sætte

⁷ Første sundhedsfaglige kontakt kan i nogen tilfælde også ske via en opringning, eller ved at borgeren møder op til fx genoptræning på baggrund af en genoptræningsplan (GOP) udarbejdet på hospital (jf. sundhedslovens § 140).

mål for forløbet sammen med borgeren og lægge en plan for det. Målene skal tage afsæt i det, som borgeren ønsker at opnå.

Modellen åbner for, at det i nogle borgerforløb kan være relevant, at milepæl 1 (første sundhedsfaglige kontakt), den indledende del af udredningen, og milepæl 2 (Planlægningssamtalen) foregår ved ét og samme besøg.

Udførelse af faglige handlinger i enkelte og sammensatte forløb

I denne fase foretages de faglige handlinger. Det kan være fortsat udredning af borgerens problemer, koordinering med andre dele af sundhedsvæsenet, træning, (syge)pleje, praktisk hjælp, motivation, observation mv. De faglige handlinger skal udføres i henhold til den plan, der er lagt ved planlægningssamtalen sammen med borgeren. Handlingerne skal understøtte, at borgeren når de mål, der er sat i forløbet. Der lægges vægt på, at det er altafgørende, at de medarbejdere, der er involveret i borgerens forløb, kommunikerer, samarbejder og koordinerer deres opgaver. Sker der ændringer i borgerens situation, er det vigtigt, at medarbejderne omkring borgerne får det kommunikeret til hinanden og får koordineret, handlet og tilpasset planen løbende. Derfor er det vigtigt, at alle relevante fagpersoner deler deres observationer om ændringer i borgerens situation.

Milepæl 3: Borgerkonference – Afslutningssamtale

I de enkle forløb må der maksimalt gå 8 uger mellem afholdelse af planlægningssamtalen og afslutningssamtalen og i sammensatte forløb maksimalt 12 uger mellem de to milepælmøder. Afslutningssamtalen holdes også hos borgeren sammen med eventuelle pårørende, den forløbsansvarlige og kontaktpersonen samt eventuelt andre fagpersoner (med mindre der fx er tale om et rent genoptræningsforløb, hvor borgeren møder ind til træningen). Formålet med samtalen er at evaluere og afslutte forløbet. Hvis borgeren kan klare sig selv igen, afsluttes forløbet. Hvis borgeren ikke kan klare sig selv, overgår denne til et varigt forløb. I så fald skal afslutningssamtalen bruges til at sætte nye mål for det varige forløb sammen med borgeren om, hvordan funktionsevnen kan vedligeholdes.

Udførelse af faglige handlinger i varige forløb

Hvis borgeren efter det korterevarende forløb overgår til et varigt forløb, skifter borgeren forløbsansvarlig. Hvis borgeren har betydelig funktionsnedsættelse, er det en sosu-assistent, som skal overtage forløbsansvaret. Er det en borger med moderat funktionsnedsættelse, får denne ikke en ny forløbsansvarlig, men fortsætter i stedet med sin kontaktperson, som vil være en sosu-hjælper i hjemmeplejen.

I varige forløb udføres faglige handlinger ud fra den plan, der er lagt i forbindelse med afslutningssamtalen, og de ydelser borgeren er tildelt. Forløbsmodellen understreger, at det er altafgørende, at de medarbejdere, der er involveret i borgerens forløb, kommunikerer, samarbejder og koordinerer deres opgaver og observationer.

Hvis der sker ændringer i borgerens situation, skal det kommunikeres videre, så der kan handles på det, og så planen eventuelt kan justeres i samarbejde med borgeren. Det er derfor vigtigt, at de relevante fagpersoner deler deres observationer om ændringer i borgerens situation.

Hvis en borger i et varigt forløb i eget hjem taber funktionsevne, skal en bachelor i hjemmeplejen først identificere borgerens problemer og vurdere, om borgeren skal skifte forløbstype fra varigt tilbage til et korterevarende forløb. Bacheloren i hjemmeplejen foretager ikke en udredning af borgeren, men i stedet det, der kaldes en "problemidentifikation", som danner grundlag

for forløbsskiftet, og herefter overtager sundhedsenheden forløbsansvaret samt ansvaret for leverandørudredning⁸ og handling i de enkle eller sammensatte forløb (dette beskrives nærmere i analysen).

Milepæl 4: Borgerkonference – Opfølgningssamtale i varige forløb

I varige forløb skal der afholdes borgerkonferencer med en betydeligt lavere frekvens end i de korterevarende forløb. I varige forløb med betydelig funktionsnedsættelse har den forløbsansvarlige (en sosu-assistent) ansvaret for, at der afholdes opfølgningssamtaler hvert halve år. Her deltager borgeren, de pårørende, den forløbsansvarlige og kontaktpersonen samt eventuelt andre fagpersoner.

I varige forløb med moderat funktionsnedsættelse skal der holdes opfølgningssamtale en gang årligt. Da der ikke er en forløbsansvarlig i disse forløb for borgere i eget hjem, er det kontaktpersonen (en sosu-hjælper), som i samarbejde med bachelorerne og lederne i hjemmeplejen har ansvaret for opfølgningssamtalerne. I samtalerne deltager borgeren, pårørende, kontaktpersonen samt eventuelt andre fagpersoner.

Formålet med opfølgningssamtalerne er at indgå aftaler om det fremadrettede samarbejde i borgerens forløb med fokus på at fastholde dennes funktionsevne.

3.3.4 Forløbsmodellen i kontekst: Lovgivning og Fælles Sprog III

Forløbsmodellens skal ses i relation til henholdsvis kravet om midlertidige rehabiliteringsforløb, jf. Lov om social service § 83a samt Fællessprog III. Begge dele beskrives derfor i dette afsnit.

Lov om social service § 83a

§ 83a i Lov om social service har siden 2015 pålagt kommunerne at tilbyde korterevarende rehabiliteringsforløb, inden borgere eventuelt tildes varig hjælp efter § 83 (som vedrører personlig pleje, praktisk hjælp i hjemmet og madservice). I § 83 a stilles der krav om korterevarende tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83. Der lægges bl.a. vægt på, at rehabiliteringsforløbet skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt, at der skal fastsættes individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med borgeren, og at målene revideres og justeres efter behov under forløbet.

Lov om social service § 83a om rehabiliteringsforløb (midlertidig hjemmehjælp)

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83 [som vedrører tidsbegrænset personlig pleje, praktisk hjælp i hjemmet og madservice, red.].

Stk. 1. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov.

Stk. 2. Rehabiliteringsforløbet, jf. stk. 1, skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet.

⁸ Begrebet leverandørudredning stammer fra procesmodellen i Fælles Sprog III (se afsnit 3.3.4).

Stk. 3. De fastsatte mål og tidsrammen for rehabiliteringsforløbet skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Er der under rehabiliteringsforløbet behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med modtageren.

Stk. 4. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde modtageren af et rehabiliteringsforløb den nødvendige hjælp og støtte under forløbet med henblik på at nå de fastsatte mål, jf. stk. 2. Hjælpen og støtten skal løbende tilpasses udviklingen i modtagerens funktionsevne. Hvis modtageren ikke gennemfører et rehabiliteringsforløb, skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83.

Kilde: Lov om social service § 83a, LBK nr. 798 af 07/08/2019.

Forløbsmodellens systematisk med korterevarende enkelte og sammensatte forløb, fokus på, at der sættes mål for forløbene, løbende udredning, revurdering og opfølgning, er alle elementer, der skal understøtte intentionerne med SEL § 83a.

Fællesprog III

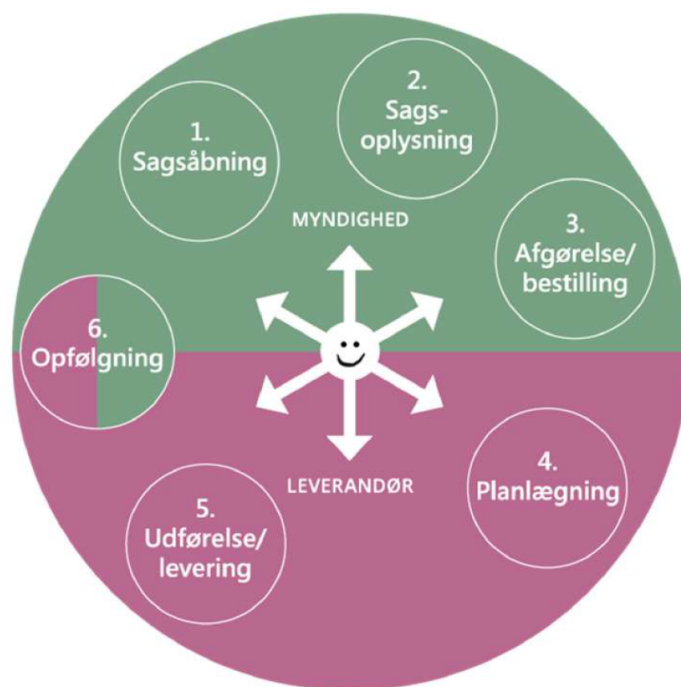
Fællesprog III (FSIII) er en relativt ny fælleskommunal standard for registrering af data på sundheds- og ældreområdet, som fra 2019 næsten er implementeret i alle kommuner (tre følger i 2020). Målet er, at FSIII skal bidrage til bedre sammenhæng og mere datagenbrug i kommunernes elektroniske omsorgsjournaler ved at bruge FSIII's begreber, klassifikationer og arbejdsgange. FSIII dækker sundheds- og ældreområdet i forhold til servicelovens § 83 (personlig og praktisk hjælp), § 83a (rehabiliteringsforløb), § 84 (afløsning/aflastning af familie/pårørende), § 86 (vedligeholdende træning) og sundhedslovens §138 (hjemmesygepleje).

FSIII er ikke blot et sæt af standarder og begreber. Der er indlejret en bestemt metode i FSIII, som er vigtig at kende for at forstå den måde, en kommune arbejder med borgerforløb på. FSIII påvirker mange processer, systemer og arbejdsgange i kommunernes hjemmepleje og sygeplejen og handler ikke kun om måden, man dokumenterer på. FSIII's begreber, metoder og procesmodeller er også grundlaget for kommunens dokumentationssystem CURA.

FSIII er omfattende⁹. Her præsenteres kun den generiske procesmodel, som er helt central for FSIII. Denne måde at arbejde med borgerforløb adskiller sig markant fra den måde, som sundhedsfagligt arbejde foregår på i resten af sundhedsvæsenet.

⁹ For yderligere information, se eventuelt <http://www.fs3.nu/>, hvor man også finder metodehåndbogen til FSIII: <http://www.fs3.nu/filer/Dokumenter/Metode/FSIII-Metodeh%C3%A5ndbog.pdf?t=1572876763>.

Figur 3.3 Den generiske procesmodel i Fælles Sprog III



Kilde: Fælles Sprog III Metodehåndbog, version 1.61, 28. januar 2019.

Den generiske procesmodel skelner mellem myndighed (bestiller) og leverandør (udfører). Denne skelnen er begrundet i lovkravet om frit valg af leverandør af praktisk og personlig hjælp og pleje (jf. Lov om social service § 83)¹⁰. Det betyder, at kommunerne skal adskille den funktion, der træffer afgørelse om, hvad en borger har ret til at få af ydelser i henhold til et sæt af kommunalpolitisk godkendte kvalitetsstandarder¹¹, fra dem, der udfører disse ydelser. Det er også begrundelsen for, at denne afgørelse kaldes en *bestilling* i modellens fase 3: Loven kræver, at borgerne skal kunne vælge leverandør (udfører). Derfor er bestillingen (afgørelsen) nødt til at blive foretaget af en anden enhed (kaldet myndighedsfunktionen) end dem, der leverer en given og klart beskrevet ydelse, når det gælder SEL § 83. Det muliggør nemlig, at borgerne kan vælge leverandør (udfører) blandt mindst to mulige leverandører, hvoraf mindst én skal være en privat udbyder. Derfor opstår et behov for, at de enkelte ydelser bliver formuleret specifikt og konkret i afgørelsen fra bestillers side.

For de øvrige ydelser, som leveres af medarbejdere i hjemmeplejen (fx videredelegeret eller overdraget sygepleje, jf. SUL §138, vedligeholdende træning, jf. SEL § 86, eller ydelser i korterevarende rehabiliteringsforløb, jf. SEL § 83a), er der ikke et lovkrav om adskillelse af myndighed/bestiller og leverandør/udfører, ligesom der heller ikke er for øvrige ydelser leveret af sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter.

¹⁰ Kravet om frit valg er formuleret i lov om social service § 91 stk. 1: "Kommunalbestyrelsen skal skabe grundlag for, at modtagere af hjælp efter § 83 kan vælge mellem to eller flere leverandører af denne hjælp, hvoraf den ene leverandør kan være kommunal".

¹¹ Standarderne kaldes "kvalitetsstandarder", men adskiller sig markant fra den måde, som begrebet kvalitetsstandarder bruges i resten af sundhedsvæsenet. I kommunal sammenhæng har kvalitetsstandarderne deres grundlag i lov om social service, ikke i sundhedsloven, og derfor beskriver kvalitetsstandarderne et *serviceniveau*, som er et (lokal)politisk anliggende. Kvalitetsstandarder er andre steder i sundhedsvæsenet et fagligt anliggende, som derfor har et fagligt (videnskabeligt) fundament.

Det er årsagen til, at bachelorerne kan være selvvisiterende – altså selv visitere til de ydelser, som leveres. Der kræves ingen adskillelse af de to funktioner. Det er også årsagen til, at kommunerne har en adskillelse mellem den enhed, som har myndighedsansvaret i forhold til SEL § 83 og visiterer til ydelser¹², når det gælder alle former for varig hjælp efter SEL § 83. Kommunerne skal således adskille *bestiller* fra *udfører* – det skal ingen andre aktører i sundhedsvæsenet. I Sundhed og Omsorg er det borgerkonsulenterne i områderne og medarbejderne i den centrale visitation, kaldet Sundheds- og Omsorgslinjen, som har myndighedsfunktionen. Dog er det bachelorerne i sundhedsenhederne, som har myndighedsopgaven i relation til de rehabiliterende ydelser efter SEL § 83a.

Det er således lovkravet om frit valg af leverandør efter SEL § 83, der danner grundlag for den såkaldte BUM-model (adskillelsen af de to funktioner *bestiller* og *udfører*), og for den generiske model og arbejdsmetode, der danner grundlaget for FSIII og for Aarhus Kommunes elektroniske dokumentationssystem CURA (såvel som andre kommunale omsorgssystemer). Det betyder, at lovkravet om frit valg af leverandør i forhold til SEL § 83 i praksis har konsekvenser for processer, systemer, arbejdsgange og arbejdsmetoder, der rækker langt ud over SEL § 83.

Dette udgør en markant anderledes måde at arbejde på end den praksis, der ses i resten af sundhedsvæsenet. Frit valg af leverandør, BUM-model og alt, hvad det medfører, har rødder i serviceloven, ikke sundhedsloven. Men hjemmeplejen er i praksis andet og mere end service-lovsydelser – fx leverer både assistenter og hjælpere videredelegeret sygepleje efter sundhedsloven. Dertil kommer, at SEL § 83-ydelser (i daglige tale hjemmehjælp) er blevet mere og mere central i forhold til det samlede sundhedsvæsen af to årsager: For det første fordi medarbejderne i hjemmeplejen både er social- og *sundhedsfagligt* uddannet, og sosu-assistenterne er autoriserede sundhedspersoner. For det andet fordi hjemmeplejens medarbejdere er tiltænkt en helt central rolle i relation til *hverdagsrehabilitering*, ikke mindst *tidlig opsporing af forringet helbred og faldende funktionsniveau*, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger til bl.a. triagering af borgere i hjemmeplejen¹³.

¹² At *visitere* vil i denne sammenhæng sige afgørelser om, hvilke ydelser borgerene har ret til i henhold til politisk godkendte standarder i den enkelte kommune.

¹³ Se eventuelt Sundhedsstyrelsens anbefalinger til arbejdsgange og anvendelse af redskaber: "Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker", Sundhedsstyrelsen 2017, se <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Tidlig-opsporing-af-forringet-helbredstilstand-og-nedsat-funktionsevne-hos-aeldre-mennesker.ashx?la=da&hash=EC4A2AD6BA14C83565EEFB546B268CAE396D41BF>.

4 Analyse

Analysen tager afsæt i tre temaer: Afsnit 4.1 handler om bachelorerne i hjemmeplejen, både omfang og finansiering af ordningen, og medarbejdernes forskellige perspektiver på ordningen i praksis. Afsnit 4.2 omhandler forløbsmodellen, tilgængelig viden om antal og fordeling på forløbstyper, afholdelse af milepælsmøder og det afledte ressourcetræk i organisationen, samt medarbejdernes oplevelser af styrker og udfordringer ved forløbsmodellen. Og afsnit 4.3 analyserer organisering og samarbejde på tværs. Mange aspekter af dette berøres også i de to foregående afsnit om bachelorerne i hjemmeplejen og forløbsmodellen. I dette afsnit fokuseres på de nuværende arenaer og former for samarbejde samt medarbejdernes oplevelser af det.

Det skal understreges, at analysen ikke er en evaluering. Dens formål er udelukkende at skabe grundlag for at udarbejde anbefalinger til effektiviseringer, jf. opdraget.

4.1 Sygeplejersker og terapeuter i hjemmeplejen

Dette afsnit giver en indføring i ordningen med bachelorer ansat i hjemmeplejen. Afsnit 4.1.1 giver et overblik over antallet og fordelingen af stillinger, mens afsnit 4.1.2 beskriver finansieringen af ordningen. Afsnit 4.1.3 beskriver formålet med og historikken bag ordningen samt evalueringer og justeringer foretaget indtil nu. Afsnit 4.1.4 beskriver de opgaver, der varetages i ordningen i dag, og hvordan den opleves af de medarbejdere og ledere, der har deltaget i undersøgelsen. Endelig beskriver afsnit 4.1.5 en variation af ordningen i et lokalområde, som er lidt en anderledes ordning end i de øvrige lokalområder. Afsnit 4.1.6 er et intermezzo i analysen, der omhandler en konkret anbefaling i den eksterne konsulentrapport: at øge leveringen af indsatser (til borgerne) og opgaver blandt bachelorerne i hjemmeplejen.

4.1.1 Antallet af sygeplejersker og terapeuter i hjemmeplejen

Der er samlet set ansat sygeplejersker og terapeuter i hjemmeplejens 38 teams svarende til 58,8 årsværk. Tabel 4.1 giver et gennemsnitligt billede af antallet af fuldtidsstillinger fordelt på områder og teams i de første 9 måneder af 2019 – med forbehold for, at der i perioder forekomme vakancer og orlov. Tabel 4.2 (næste side) viser fordelingen på antallet af medarbejdere.

Tabel 4.1 Antal fuldtidsstillinger til bachelorer i hjemmeplejen (gennemsnit af januar til september 2019)

	Stillingsforbrug (fuldtidsstillinger) i alt			Stillingsforbrug (fuldtidsstillinger) pr. hjemmeplejeteam			Antal teams
	Sygeplejersker	Terapeuter	I alt	Sygeplejersker pr. team	Terapeuter pr. team	I alt pr. team	
Nord	5,5	5,4	10,9	0,9	0,9	1,8	6
Christiansbjerg	7,9	4,7	12,6	1,1	0,7	1,8	7
Midt	3,7	4,0	7,6	1,2	1,3	2,5	3
Vest	6,1	3,4	9,5	0,9	0,5	1,4	7
Marselisborg	2,6	3,5	6,2	0,7	0,9	1,5	4
Viby-Højbjerg	3,9	2,4	6,3	0,7	0,4	1,1	6
Syd	2,4	3,3	5,7	0,5	0,7	1,1	5
I alt	32,1	26,8	58,8	0,8	0,7	1,5	38

Anm.: Orlov og vakancer kan betyde, at der i perioder er færre.

Kilde: Aarhus kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi.

Tabel 4.1 viser, at der i gennemsnit er 58,8 fuldtidsstillinger anvendt til bachelorer i hjemmeplejen mod 60,1 på tidspunktet for den eksterne konsulentrapport. Der er således i gennemsnit sket en reduktion i antallet af stillinger på 1,3 fuldtidsstillinger i perioden fra 2018-2019.

Tabel 4.2 Antal medarbejdere i hjemmeplejen, der er bachelorer (gennemsnit af januar til september 2019)

	Stillingsforbrug (fuldtidsstillinger) i alt			Stillingsforbrug (fuldtidsstillinger) pr. hjemmeplejeteam			Antal teams
	Sygeplejersker	Terapeuter	I alt	Sygeplejersker pr. team	Terapeuter pr. team	I alt pr. team	
Nord	6,7	6,9	13,6	1,1	1,1	2,3	6
Christiansbjerg	9,0	5,4	14,4	1,3	0,8	2,1	7
Midt	4,6	4,9	9,4	1,5	1,6	3,1	3
Vest	6,6	3,6	10,1	0,9	0,5	1,4	7
Marselisborg	4,1	5,0	9,1	1,0	1,3	2,3	4
Viby-Højbjerg	4,9	2,8	7,7	0,8	0,5	1,3	6
Syd	3,0	4,0	7,0	0,6	0,8	1,4	5
I alt	38,8	32,6	71,3	1,0	0,9	1,9	38

Anm.: Orlov og vakancer kan betyde, at der i perioder er færre.

Kilde: Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi.

Desuden viser Tabel 4.1 og 4.2, at der i gennemsnit er ca. 1 til 2,5 fuldtidsstillinger pr. team, svarende til i praksis 1,3 til 3,1 bachelorer pr. hjemmeplejeteam. Orlov og vakancer kan betyde, at der i perioder er færre.

Det bør nævnes, at selvom Aarhus Kommune som følge af Ledelseskommisionens anbefalinger har tilstræbt at ensrette teamstørrelsen i hjemmeplejen, er der stadig forskelle på teamstørrelsen. For eksempel er teams i Område Midt relativt store, hvilket er relevant at tage højde for, når antallet af årsværk pr. team sammenlignes på tværs af områder.

Tabel 4.3 viser en opgørelse over det gennemsnitlige antal bachelorer i hjemmeplejen (for perioden januar til september 2019) og deres fordeling på forskellige ansættelsesbrøker, opgjort som ugentligt timetal.

Tabel 4.3 Bachelorer i hjemmeplejen fordelt på ugentligt timetal (gennemsnit af januar til september 2019)

Ugentligt timetal	Antal bachelorer i hjemmeplejen
37 timer	18,8
35-36 timer	8,7
32-34 timer	15,7
30-31 timer	9,8
25-29 timer	8,0
Under 25 timer	10,4
Antal ansatte i alt	71,3

Kilde: Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi.

Tabellen viser, at der i gennemsnit har været 71,3 medarbejdere ansat i perioden januar til september 2019. Ud af disse har ca. 19 været på fuld tid (37 timer om ugen). Den nederste række viser, at ca. 10 har været ansat i stillinger på mindre end 25 timer om ugen.

Ved et gennemsnitligt stillingsforbrug på 58,8 fuldtidsstillinger i samme periode svarer dette til, at de 71,3 bachelorer i hjemmeplejen i gennemsnit har en ansættelsesbrøk på 0,83, svarende til et ugentligt timetal på ca. 30,5 time.

Dette er relevant, fordi Sundhed og Omsorg fremadrettet har vedtaget, at "ledige stillinger som udgangspunkt opslås som fuldtidsstillinger" forstået som +35 timer. Det kan på sigt få konsekvenser for ordningen i forbindelse med nyansættelser, da over 60 % af bachelorerne i hjemmeplejen har været ansat i mindre end 35 timer pr. uge i 2019.

4.1.2 Finansieringen af bachelorerne i hjemmeplejen

Bachelorerne i hjemmeplejen er finansieret via henholdsvis ordinære budgetmidler øremærket til disse stillinger, midler fra "værdighedsmilliarden", som udløber med udgangen af 2019, samt yderligere lokal finansiering via områdernes frie midler. Tabel 4.4 viser fordelingen af finansieringen af de nuværende stillinger i de syv lokalområder.

Tabel 4.4 Finansieringen af bachelorer i hjemmeplejen (2019), kroner

	1) Budget til ergo-/fysioterapeuter	2) Budget til sygeplejersker	3) Værdighedsmilliard*	4) Budget 2019 i alt (1+2+3)	5) Lokal finansiering (6-4)	6) Lønforbrug (4+5)	7) Lønforbrug i andel af budget (6/4)	8) Årsværk på budget pr. team
Nord	938.629	973.733	627.176	2.539.539	2.493.653	5.033.191	198 %	1,0
Christiansbjerg	1.047.129	1.086.290	908.700	3.042.119	1.999.640	5.041.759	166 %	1,0
Midt	624.753	648.118	517.716	1.790.586	1.518.775	3.309.362	185 %	1,4
Vest	1.159.476	1.202.839	976.124	3.338.439	997.428	4.335.867	130 %	1,1
Marselisborg	789.138	818.651	655.719	2.263.509	533.036	2.796.544	124 %	1,3
Viby-Højbjerg	823.190	853.976	655.845	2.333.012	96.453	2.429.464	104 %	0,9
Syd	849.090	880.845	639.373	2.369.308	124.449	2.493.757	105 %	1,1
I alt	6.231.405	6.464.453	4.980.653	17.676.511	7.763.435	25.439.946	144 %	1,1
Andel af lønforbrug (i procent)	24 %	25 %	20 %	69 %	31 %	100 %		

Note: * Midlerne fra værdighedsmilliarden udløber med 2019.

Kolonne 4 og 6: Som det ses, er lønforbruget til stillingerne (kolonne 6) højere end budgettet til stillingerne (kolonne 4) i alle områder. Da opgørelsen ikke medregner refusioner i forbindelse barsel og sygdom, er der en mindre usikkerhed, som betyder, at lønforbruget reelt er lidt mindre som følge af netop refusioner. Det tyder på, at områderne Syd og Viby-Højbjerg reelt bruger det budgetterede beløb på stillingerne, mens de øvrige områder bruger op til det dobbelte beløb af det, der er afsat i budgettet, idet de har valgt at medfinansiere ordningen.

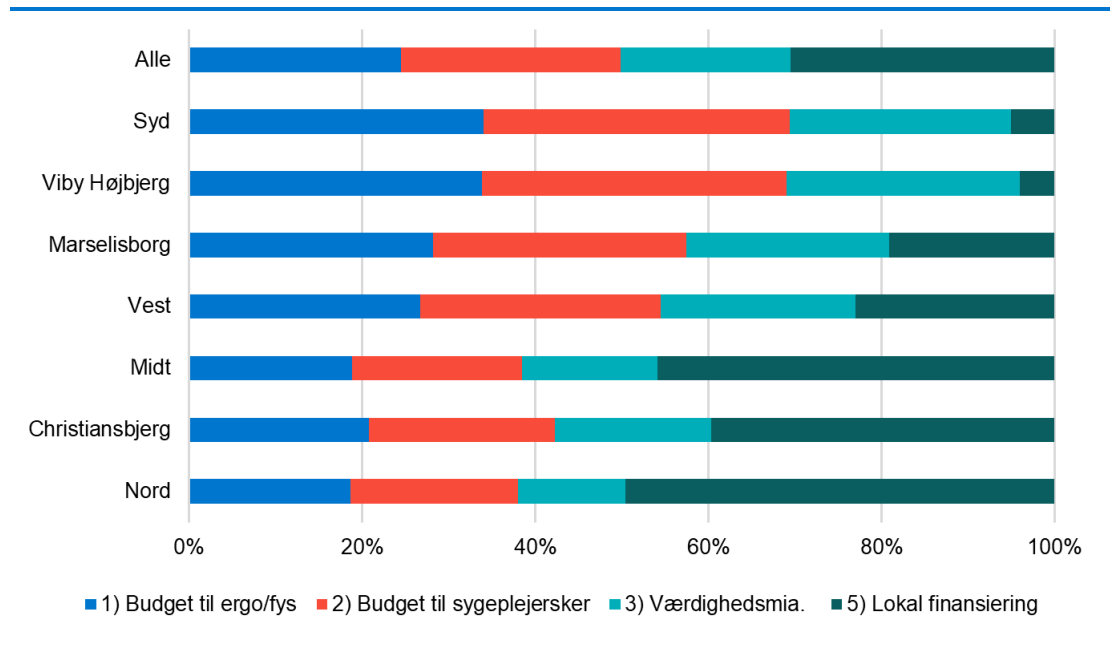
Kolonne 8: Årsværk på budget pr. team (kolonne 8) viser, hvor mange årsværk budget 2019 ca. rækker til pr. team ved et lønforbrug svarende til det faktiske gennemsnitlige lønforbrug pr. årsværk i 2019. Der er ikke tale om helt præcise beregninger, da lønforbruget også inkluderer vakante stillinger, men ikke refusioner i forbindelse med fx barsel.

Kilde: Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi.

Tabellen viser, at der samlet set bruges ca. 25,4 mio. kr. på bachelorer i hjemmeplejen (kolonne 6). På Sundhed og Omsorgs budget er der i alt allokeret 17,7 mio. kr. til dette (kolonne 4). Heraf kommer ca. 5 mio. kr. fra værdighedsmilliarden, som bortfalder med udgangen af 2019 (kolonne 3). Resten af lønforbruget til de nuværende stillinger er finansieret af lokalområderne, som i varierende omfang har investeret egne budgetmidler i yderligere normering på området. Samlet set har lokalområderne således investeret godt 7,7 mio. kr. i ordningen (kolonne 5).

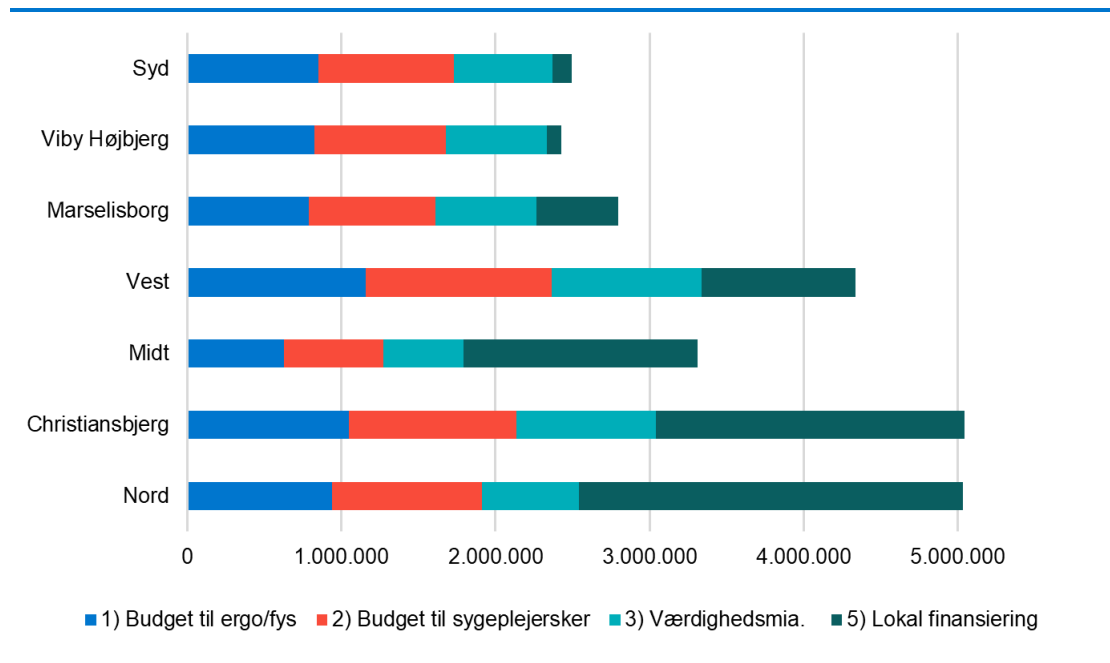
Samlet set finansieres ca. 50 % af ordningen via grundbudgettet, 20 % via værdighedsmidler og de resterende godt 30 % af lokalområdernes øvrige midler. Den lokale finansiering af stillingerne varierer dog betydeligt områderne imellem. Figur 4.1 viser den relative fordeling af finansieringen, mens Figur 4.2 viser den absolutte fordeling.

Figur 4.1 Relativ fordeling af finansiering af bachelorer i hjemmeplejen, procent



Kilde: VIVE på basis af data fra Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi.

Figur 4.2 Absolut fordeling af finansiering af bachelorer i hjemmeplejen, kroner



Kilde: VIVE på basis af data fra Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi.

4.1.3 Ordningens formål, evaluering og justering

Rammen omkring stillingerne er beskrevet i funktionsbeskrivelsen, hvoraf det fremgår, at sygeplejersker og terapeuter i hjemmeplejen har ansvaret for, at:

... understøtte praksisnær kompetenceudvikling af sosu-hjælpere og sosu-assisterter i hjemmeplejen – med særligt fokus på den rehabiliterende tilgang – gennem faglig refleksion, følgeskab og sidemandsoplæring i forbindelse med den konkrete opgaveløsning i enkle, sammensatte og varige borgerforløb. (Funktionsbeskrivelse, 14. marts 2018, Bilag 1)

I 2017 blev der foretaget en intern evaluering af ordningen. Formålet med evalueringen var at afdække, 1) om funktionerne som sygeplejerske og ergoterapeut i hjemmeplejen lever op til hensigten, 2) hvilke faktorer der henholdsvis understøtter eller modvirker, at funktionerne lever op til hensigten, 3) om der er behov for at foretage præciseringer i funktionsbeskrivelserne med henblik på at tydeliggøre hensigten med funktionerne, og 4) styrker/svagheder ved den ledelsesreference, man lokalt har valgt i forhold til de to funktioner.

Evalueringen pegede overordnet set på stor tilfredshed med funktionerne, men identificerede også en række udfordringer:

Funktionerne opleves at have medvirket til et væsentligt løft til kvaliteten i borgerforløbene. Det vurderes at være nyttigt med understøttelse af dokumentation, sparring og kompetenceudvikling samt praksisnær følgeskab. Funktionerne er lykkedes med rigtig mange af de opgaver, som er beskrevet i funktionsbeskrivelsen. Ergoterapeuternes støttende funktioner bliver brugt af både sosu-hjælpere og -assistenter. Sosu-personalet oplever at få god og nærværende sparring fra sygeplejerskerne. Det er svært at leve op til funktionsbeskrivelsen fuldt ud, fordi mange andre opgaver fylder. I forhold til ergoterapeuterne har der bl.a. været mange akutopgaver inden for APV, der har gjort det svært at strukturere indsatsen i den nye funktion. Der har endvidere ikke været den nødvendige tid til at arbejde med den rehabiliterende tilgang. Sygeplejerskerne er meget koordinerende på bekostning af kompetenceudviklingsdelen.¹⁴

Da ordningen blev etableret i 2016, blev der udarbejdet to funktionsbeskrivelser for henholdsvis sygeplejersker og ergoterapeuter. De to funktionsbeskrivelser omfattede en række fælles opgaver og en række fagspecifikke opgaver. Som følge af den interne evaluering, som blev gennemført i efteråret 2017, blev det besluttet at lave én fælles funktionsbeskrivelse for begge faggrupper, da hovedparten af opgaverne var fælles. Funktionsbeskrivelsen kom endvidere til at omfatte fysioterapeuter. Dette var en følge af, at det i efteråret 2017 blev besluttet at prioritere midler fra værdighedsmilliarden til at opnormere antallet af sygeplejersker og terapeuter i hjemmeplejen for at øge kompetenceudvikling i forhold til den rehabiliterende tilgang. I den forbindelse blev det også muligt at ansætte fysioterapeuter.

Der blev foretaget følgende justeringer og præciseringer i den nye fælles funktionsbeskrivelse:

¹⁴ "Evaluering af funktionerne som sygeplejerske og ergoterapeut i hjemmeplejen", Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune, december 2017.

- Det blev tydeliggjort, at bachelorerne hovedopgave er at skabe faglig refleksion, følgeskab og sidemandsoplæring i forbindelse med den konkrete opgaveløsning for derigennem at understøtte sosu-personalet i en række specifikke opgaver. Herunder blev bachelorerne rolle i forhold til skift af forløbstype tydeliggjort.
- Det blev tydeliggjort, at sosu-personalet skal understøttes i at arbejde ud fra en rehabiliterende tilgang i alle typer af borgerforløb og i at planlægge, afholde og foretage opfølgning på borgerkonferencer i varige borgerforløb.
- Det blev tilføjet, at bachelorerne skal understøtte sosu-personalet i at observere, reflektere og reagere ved ændringer i borgernes funktionsevne, og at bachelorerne skal understøtte sosu-personalet i at dokumentere.

Der blev endvidere foretaget en række justeringer, som alene knytter sig til henholdsvis sygeplejersker og terapeuter:

- Sygeplejerskens rolle i forhold til at understøtte kompetenceudvikling omkring overdragede sygeplejeindsatser blev tydeliggjort, ligesom deres rolle i forhold til at understøtte sosu-personalet i at varetage overdragede sygeplejeindsatser og opfølgning på overdragede opgaver blev præciseret.
- Terapeuternes rolle i forhold til at understøtte sosu-personalet i at arbejde ud fra borgernes udviklende eller vedligeholdende mål omkring selv at kunne varetage ADL-aktiviteter blev præciseret, og det blev tilføjet, at ergo- og fysioterapeuter samarbejder med og kan rådgive og vejlede forflytningsvejledere, jf. Forflytningsvejlederordningen.

Endelig blev en række opgaver fjernet fra de oprindelige funktionsbeskrivelser. Det betød, at bachelorerne ikke længere skulle varetage rollen som forløbsansvarlig i udvalgte forløb, at ergoterapeuter i hjemmeplejen ikke længere skulle varetage ergonomiundervisning, og at terapeuterne i hjemmeplejen ikke længere skulle varetage vedligeholdende træning (SEL § 86.2).

Der har således siden godkendelsen af den reviderede funktionsbeskrivelse i marts 2018 været særligt fokus på, at hovedopgaven for bachelorerne i hjemmeplejen er at understøtte *praksisnær kompetenceudvikling af sosu-hjælpere og sosu-assistenten i hjemmeplejen – med særligt fokus på den rehabiliterende tilgang*. Dette skal ske gennem faglig refleksion, følgeskab og sidemandsoplæring i forbindelse med den konkrete opgaveløsning i enkle, sammensatte og varige borgerforløb. Det skal bemærkes, at ét lokalområde – Nord – har valgt at udvide såvel ordningen som de opgaver, bachelorerne her varetager. Denne ordning beskrives i afsnit 4.1.5.

4.1.4 Bachelorerne i hjemmeplejen: Opgaver og roller

På baggrund af de gennemførte workshops i de syv lokalområder beskrives i dette afsnit de deltagende medarbejdere og mellemlæderes oplevelse af bachelorerne, deres opgaver og roller. Der beskrives såvel gennemgående fællestræk som lokale forskelle.

Det mest entydige og klart formulerede budskab under de to workshoprunder var, at medarbejdere og ledere i hjemmeplejen er endog meget positive over for at have bachelorer i hjemmeplejen. Medarbejderne i hjemmeplejen udtrykker stor tilfredshed med bachelorerne.

Bachelorerne opgaver varierer mellem områder og teams som følge af, at bemanningen er forskellig, og som følge af at deres roller er forskellige. Beskrivelsen af bachelorerne opgaver er udarbejdet på basis af de afholdte workshop-runder og er således baseret på medarbejdere

og lederes oplevelse af opgaverne. De opgaver, der præsenteres i dette afsnit, varetages derfor heller ikke i samme omfang i alle områder. Først præsenteres en række forskellige typer af opgaver i direkte relation til sosu-medarbejderne, og derefter præsenteres en række mere konkrete og specifikke opgaver.

Tilgængelig for sparring, rådgivning, spørgsmål og problemløsning i hverdagen

Bachelorerne beskriver, at en meget væsentlig opgave er at stå til rådighed og være tilgængelige for sosu-medarbejderne i hverdagen. Nogen bachelorer møder ind kl. 07:00 sammen med hjemmeplejen for at være med fra dagens begyndelse, hvor spørgsmålene begynder at melde sig; andre møder først kl. 08:00. Mange bachelorer og medarbejdere i hjemmeplejen påpeger, at tilgængelighed er noget af det vigtigste og noget, som hjemmeplejen efterspørger mest: at kunne få afklaret konkrete spørgsmål med det samme i stedet for at skulle skrive til en (ofte uspecifik) medarbejder i sundhedsenheden og vente på svar.

Følgeskab

En anden væsentlig opgave er følgeskab – både planlagt og uplanlagt: Planlagt følgeskab er, når en bachelor har aftalt med en sosu-medarbejder, at hun kører med hende rundt på ruten en formiddag. Uplanlagt følgeskab er, når der er en konkret anledning til, at en bachelor tager med ud til en bestemt borger, hvor hun vurderer, at der er særligt behov for det.

Bachelorerne har organiseret sig meget forskelligt med hensyn til følgeskab. Nogle bachelorer har et fast rul for, hvor ofte de har følgeskab med sosu-medarbejderne, oftest 1-2 gange om året. Andre bachelorerne oplever, at de har svært ved at få tid til følgeskab, fordi andre opgaver presser sig på. Et enkelt sted var der – grundet bemanning og andet arbejdspress – slet ikke følgeskab. Endelig er der også bachelorer, som oplever, at når først de har været på 1-2 runder med følgeskab, så kan medarbejderne ikke "rumme mere" følgeskab i en periode. Endelig er der et enkelt lokalområde, hvor man så at sige har valgt at hegne det planlagte følgeskab ind: Bachelorerne har afsat 3 timer hver formiddag – 15 timer ugentligt – til planlagt følgeskab. Det skyldes en oplevelse af, at følgeskabet ellers let fortrænges til fordel for andre opgaver.

Mødedeltagelse

Bachelorerne deltager i en række mødefora, særligt teammøder i hjemmeplejen, assistentmøder og nogle steder også møder med sundhedsenheden. Deres rolle varierer, men et gennemgående træk er, at de ofte får en ordførende, ledende eller organiserende rolle. Hvis der fx er borgere på en tavle, som skal gennemgås, eller der skal "findes cases" til drøftelse med sundhedsenheden, er det ofte bachelorerne, som får den opgave.

Undervisning

Bachelorerne varetager i varierende omfang også mere undervisningsprægede aktiviteter. Det kan fx være faglige oplæg på møder med hjemmeplejens medarbejdere. Nogle bachelorer bruger følgeskabet som afsæt for at finde mere generelle temaer, som de vurderer, der er behov for at løfte kompetencerne inden for i hele teamet.

Dokumentation og opgaver relateret til anvendelsen af CURA i hjemmeplejen

Bachelorerne har også en væsentlig rolle i forhold til at understøtte, oplære og hjælpe medarbejderne med dokumentationsopgaver. Det handler både om at kunne bruge CURA korrekt, om at vide, hvad de skal dokumentere hvor og hvordan, og det handler om kommunikation på tværs af organisationen via TVK'er (elektroniske tværfaglige korrespondancemeddelelser).

Forløbsmodellen

Endelig spiller bachelorerne også en rolle i relation til forløbsmodellen, hvilket er en af deres væsentlige opgaver, jf. funktionsbeskrivelsen i Bilag 1. I varierende grad er det bachelorerne, som tager initiativ til afholdelse af opfølgningssamtalen og planlægningen af den (finder et tidspunkt, hvor borger, kontaktperson og bacheloren selv kan deltage). Bachelorerne deltager i opfølgningssamtalen i varierende, men ikke ubetydeligt omfang. De områder, som har sat tal på, har peget på mellem 80-100 % af alle opfølgningssamtaler. Enkelte bachelorer i hjemmeplejen har sat tal på, hvor mange af teamets sosu-hjælpere som selv varetager opfølgningssamtalerne, og de har peget på under 5 i et team.

Ud over ovenstående opgaver beskriver bachelorerne en række andre opgaver, som har det til fælles, at de formelt set ikke er en del af bachelorerens funktionsområde, men er opgaver, som i varierende omfang alligevel havner hos dem, og de derfor løser:

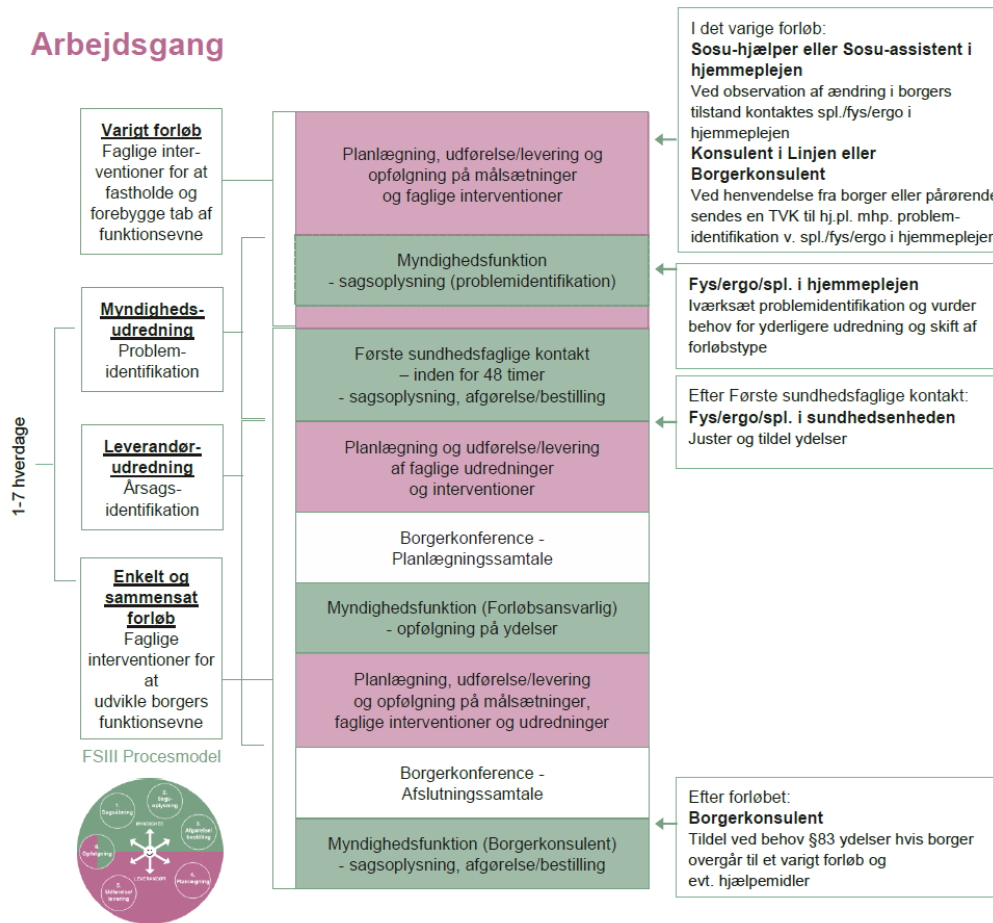
Bagstopper og fleksibel opgaveløser

Mange bachelorer i hjemmeplejen beskriver, at de har – får eller tager – en rolle, der kan karakteriseres som at være *bagstopper* eller *fleksibel opgaveløser*. Eksempler er fx bachelorer, som er endt med at være dem, der tager opgaven med at sikre, at al korrespondance er læst, og at der er fulgt op på den. De løser stort og småt, som skal til for at få hverdagen og driften til at fungere i hjemmeplejen. Er der meget travlt, kan de også gå ind og tage borgerbesøg. De klarer dokumentationsopgaver, og de aflaster personalet på en lang række områder for at få tingene til at lykkes i hverdagen. Ikke mindst flere sosu-assistenten gav udtryk for, at sygeplejerskerne i hjemmeplejen i høj grad aflaster dem, og at de ville have væsentligt mindre borger-tid, hvis ikke bachelorerne var der.

Opgaver i relation til problemidentifikation i varige forløb

Bachelorerne peger på, at de har fået en opgave i forbindelse med forløbsskift, som kaldes *problemidentifikation*. Når en sosu-medarbejder oplever, at en borger taber funktionsevne, skal hun kontakte en bachelor i hjemmeplejen, inden en bachelor i sundhedsenheden kan kontaktes. Bacheloren i hjemmeplejen skal først foretage en *problemidentifikation* (myndighedsfunktion – sagsoplysning, jf. Procesmodellen i FSIII). Det betyder i praksis, at bacheloren i hjemmeplejen skal sætte sig ind i borgerens situation og sosu-medarbejderens observationer, og hvis hun ikke kan identificere og vurdere problemet på det grundlag, kan hun selv tage ud til borgeren for at vurdere, om sosu-medarbejderens observationer kræver, at der foretages det, som i FSIII's procesmodel hedder en *årsagsidentifikation* (en leverandørudredning). Hvis bacheloren i hjemmeplejen vurderer, at det er nødvendigt, skal hun ændre borgerens forløbstype fra et varigt til et korterevarende forløb, og hun skal sikre, at journalen er opdateret. Bacheloren informerer derefter sundhedsenheden om forløbsskift via journalen:

Figur 4.3 Arbejdsgang i forbindelse med håndtering af funktionstab i varige forløb



Kilde: Figuren er et uddrag af Sundhed og Omsorgs arbejdsgang: "Håndtering af henvendelse samt observerede ændringer i funktionsevne ved borgere i varigt forløb", revideret april 2019. Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune.

Denne arbejdsgang har afsæt i FSIII-procesmodellen, som er beskrevet i afsnit 3.3.4, og har sit afsæt i BUM-modellens adskillelse af bestiller (myndighedsfunktionen) og udfører (leverandør). I dette tilfælde er der imidlertid ikke tale om nogen ekstern leverandør. Men når modellen anvendes, får det den konsekvens, at der kommer et ekstra led ind i processen: En bachelor i hjemmeplejen skal først identificere et eventuelt problem, før en anden bachelor i sundhedsenheden kan udrede årsagen til det. Baggrunden for denne arbejdsgang har oprindeligt været, at bachelorerne i hjemmeplejen antages at have et bedre kendskab til disse borgere end bachelorerne i sundhedsenheden.

Bachelorerne i hjemmeplejen oplever, at denne opgave til tider kan volde udfordringer, fordi der kan være forskellige opfattelser blandt bachelorerne i hjemmeplejen og i sundhedsenheden om, hvornår et problem er tilstrækkeligt identificeret til, at borgeren skal skifte forløb.

Vurdering af overdraget sygepleje fra sundhedsenhed til hjemmeplejen

Hjemmesygepleje efter SUL § 138 leveres ikke udelukkende af sygeplejersker i kommunerne. Sygepleje kan også leveres af sosu-assistenters og -hjælpere¹⁵. I Aarhus Kommune kaldes

¹⁵ Se eventuelt "Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)", VEJ nr. 115 af 11/12/2009 (gældende). I Aarhus Kommune bruges begrebet "overdraget sygepleje" om sygeplejeydelser, der er videredelegeret fra hjemmesygeplejen til hjemmeplejens medarbejdere.

dette "overdraget sygepleje", mens mange andre kommuner bruger begrebet "delegeret sygepleje"¹⁶).

Der knytter sig to opgaver til den overdragede sygepleje, som sygeplejerskerne i hjemmeplejen skal løse. Den ene vedrører vurdering af, hvorvidt sygeplejeydelserne er overdraget korrekt fra sundhedsenhedens side; for det andet opfølgning på sygeplejeydelser, som er overdraget til hjemmeplejen.

Inden beskrivelsen af disse to opgaver viser Tabel 4.5 en oversigt over, hvordan sygepleje efter SUL § 138 fordeles på henholdsvis sygeplejerskerne i sundhedsenhederne, sygepleje overdraget til hjemmeplejen og sygepleje overdraget til private leverandører. Sundhed og Omsorg bemærker dog, at der tages et stort forbehold for validiteten af disse tal, fordi registreringspraksis har varieret mellem områderne. Der arbejdes p.t. på en standardisering på tværs af områder. Tallene er derfor behæftet med ret stor usikkerhed, ifølge Sundhed og Omsorg.

Tabel 4.5 Levering af sygeplejeydelser fordelt på enheder (oktober 2018 til september 2019)

	Sygepleje i sundhedsenhed		Overdraget til kommunal hjemmepleje		Overdraget til privat hjemmepleje		Sygepleje i alt
	Timer	Procent	Timer	Procent	Timer	Procent	Timer
Nord	12.674	50 %	12.769	50 %	28	0,1 %	25.471
Christiansbjerg	14.495	51 %	13.932	49 %	271	0,9 %	28.697
Midt	7.647	51 %	7.194	48 %	32	0,2 %	14.873
Vest	21.296	58 %	15.207	41 %	288	0,8 %	36.791
Marselisborg	7.543	45 %	8.996	54 %	122	0,7 %	16.661
Viby-Højbjerg	17.166	76 %	5.194	23 %	355	1,6 %	22.715
Syd	18.223	75 %	5.502	23 %	712	2,9 %	24.437
I alt	99.043	58 %	68.794	41 %	1.807	1,1 %	169.645

Anm.: Sundhed og Omsorg tager forbehold for validiteten af de oplyste tal i denne tabel, fordi registreringspraksis kan variere betydeligt mellem lokalområderne.

Kilde: Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi.

Tabellen viser antallet af timer (ikke antallet af ydelser eller forløb), fordi timer siger mere om tyngden af opgaverne – og dermed, hvor meget sygepleje der leveres i de forskellige enheder. Med forbehold for validiteten af de tilgængelige tal viser tabellen, at sygeplejerskerne i sundhedsenhederne leverer godt 60 % af sygeplejen, mens ca. 40 % leveres af hjemmeplejen. Der er således tale om en betydelig del af sygeplejen efter SUL § 138, der leveres i hjemmeplejen. Derimod er det en relativt ubetydelig del – ca. 1 % – som leveres af private udbydere.

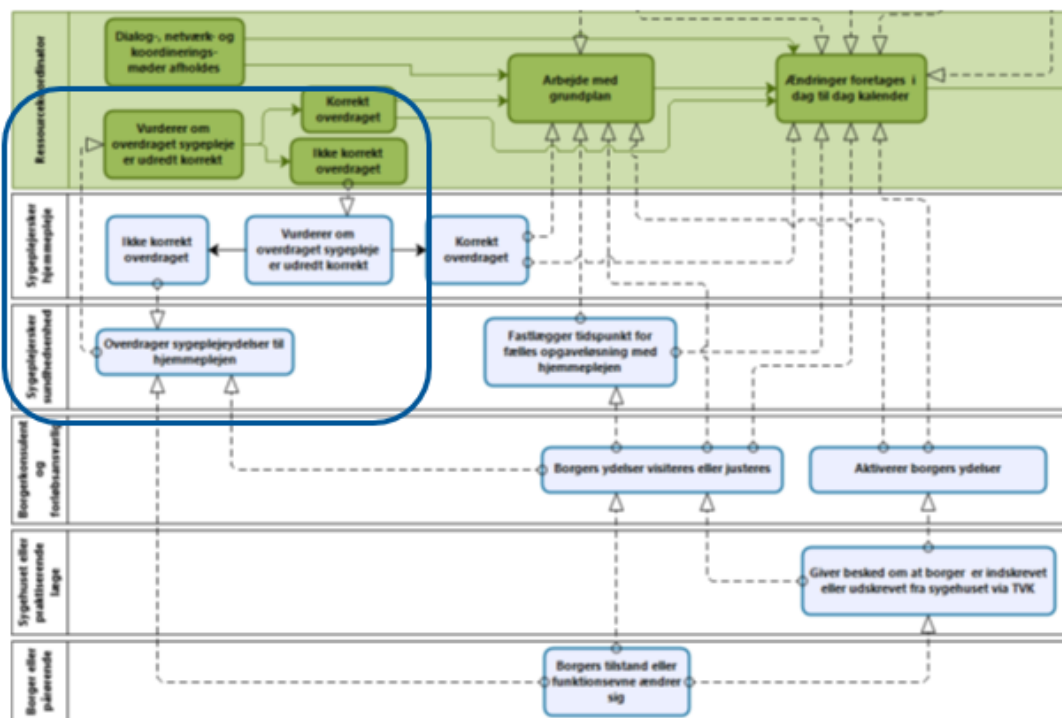
Ser man på de enkelte områder, forekommer der dog en betydelig variation i omfanget af overdraget sygepleje. En lang række forhold kan være årsag til denne variation – både organisatoriske forhold som forhold vedrørende borgergrundlaget. Alt andet lige har forskellene dog konsekvenser for omfanget af opgaver i relation til opfølgning på overdragede sygeplejeydelser.

Det andet tema vedrører arbejdsgangen omkring sikring af korrekt overdragelse af sygepleje fra sundhedsenheden til hjemmeplejen. I september 2019 er en række arbejdsgange blevet

¹⁶ Selvom det i mange kommuner omtales som delegation, når sygeplejeydelser overdrages fra en sygeplejerske (i hjemmesygeplejen) til en anden medarbejder, ofte en sosu-assistent eller -hjælper (i hjemmeplejen), er der ret beset ikke tale om delegation i juridisk forstand (se eventuelt KL's notat "Delegation" af 11. maj 2014). Der er alene tale om delegation, når en sundhedsperson med forbeholdt virksomhed (fx en læge) delegerer en opgave til en "medhjælp" (in casu kommunens personale, hvor det er ledelsens ansvar at afgøre, hvilket personale der kan udføre hvilke (delegerede) opgaver).

fastlagt som led i et planlægningsprojekt i Sundhed og Omsorg. Figur 4.4 stammer fra dette projekt, og den beskrevne arbejdsgang er således relativt ny. Den viser arbejdsgangen omkring overdragelse af sygeplejeydelser til hjemmeplejen.

Figur 4.4 Beskrivelse af arbejdsgangen ved overdragelse af sygepleje til hjemmeplejen



Anm.: Figuren viser en grafisk fremstilling af arbejdsgangene. Det er kun det indrammede område omkring overdraget sygepleje og den rolle, som sygeplejerskerne i hjemmeplejen er tiltænkt, der behandles i teksten.

Kilde: Planlægningsprojektet 2019, Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune (fremhævning i blå firkant tilføjet af VIVE).

Ifølge denne arbejdsgang skal en sygeplejerske i sundhedsenheden skriftligt informere en ressourcekoordinator¹⁷ i hjemmeplejen, hvis hun ønsker at overdrage en sygeplejeydelse til hjemmeplejen. Herefter vurderer ressourcekoordinatoren, om den overdragede sygeplejeydelse er udredt korrekt. Hvis ikke, så sender ressourcekoordinatoren den videre til sygeplejersken i hjemmeplejen, som skal vurdere, om opgaven er korrekt overdraget. Hvis hun heller ikke mener, at ydelsen er korrekt udredt, drøfter hun det med sygeplejersken i sundhedsenheden.

Baggrunden for denne arbejdsgang er at undgå, at ressourcekoordinatorerne i hjemmeplejen, som ikke er sygeplejersker, kan ende i en faglig drøftelse med en sygeplejerske i sundhedsenheden om, hvorvidt sygeplejeopgaven er udredt og overdraget korrekt.

Arbejdsgangen letter opgaveløsningen for ressourcekoordinatorerne, hvilket har været et af formålene med planlægningsprojektet. Men samlet set betyder det, at tre medarbejdere, heraf to sygeplejersker i hver deres enhed, hver for sig skal vurdere, om en given ydelse er udredt og overdraget korrekt. Dette er ikke er den mest effektive arbejdsgang omkring overdragelse af sygeplejeydelser. Det skal bemærkes, at der ikke findes data, som viser, i hvor mange tilfælde ressourcekoordinatorerne i hjemmeplejen vurderer, at en sygeplejeydelse ikke er udredt og overdraget korrekt – og dermed inddrager sygeplejerskerne i hjemmeplejen.

¹⁷ En ressourcekoordinator er en medarbejder, som bl.a. planlægger ruter og laver kørelister til medarbejderne.

I forbindelse med overdragelse af sygeplejeydelser blev der under workshop-runderne også peget på andre perspektiver på arbejdsgangene omkring overdragelse af sygepleje til hjemmeplejen, og hvad der opleves som vigtigt i den forbindelse. En leder af sygeplejen forklarer:

Jeg har tillid til, at vores sygeplejersker i sundhedsenheden kan vurdere, hvilke assistenter der kan klare hvilke overdragede opgaver. Det vigtige er, at vi taler om det: At Sofie, som er sygeplejerske i sundhedsenheden, kender Gitte, der er assistent, og at de taler om det: 'Er det her ikke en opgave, som du kan overtage?' Det vigtige er, at de taler om det. (Leder af sygeplejen)

Lederen peger her på, at den direkte dialog mellem de medarbejdere, der overdrager en sygeplejeydelse, og de, der skal udføre den varigt, er helt central. Selvfølgelig har en stor organisation brug for klare arbejdsgange på området. Men det er væsentligt, at arbejdsgangene fokuserer på den samlede organisering – og både på effektivitet og på det fagligt begrundende behov for direkte dialog og samarbejde mellem de involverede medarbejdere.

Opfølgning på overdraget sygepleje i varige forløb

Der skal foretages en opfølgning på alle overdragede sygeplejeydelser, og for at sikre dette, sætter den sygeplejerske i sundhedsenheden, som overdrager ydelsen til hjemmeplejen, en opfølgingsdato på ydelsen. Jævnfør funktionsbeskrivelsen for bachelorerne i hjemmeplejen er det sygeplejerskerne i hjemmeplejen, der har opgaven med at foretage denne opfølgning:

Sygeplejersken varetager løbende opfølgning på den/de overdragede sygeplejeindsatser – primært i de varige forløb – og har et overblik over de samlede sygeplejeindsatser i forløbet. Opfølgningen skal ske ud fra de faglige mål/handlingsanvisninger i et tæt samarbejde med den/de sosu-hjælpere og sosu-assistenten, der udfører sygeplejeindsatsen(erne) i borgerforløbet. Ved behov afslutter sygeplejersken den overdragede sygeplejeindsats. (Jf. funktionsbeskrivelsen i Bilag 1)

Funktionsbeskrivelsen lægger således op til, at opfølgningen skal ske som led i kompetenceudviklingen og i tæt samarbejde med medarbejderne. Men under workshoprunderne beskrev bachelorerne denne opgave som en ren driftsopgave og ikke en opgave, de i praksis løste i tæt samarbejde med hjælpere og assistenter, som funktionsbeskrivelsen lægger op til.

Omfanget af opgaven er ikke mulig at estimere nærmere på det foreliggende datagrundlag. Det er dog tydeligt, at i lokalområder med lavere sygeplejenormering i hjemmeplejen fylder denne opgave mere for den enkelte sygeplejerske. I ét lokalområde var der på undersøgelsestidspunktet kun en enkelt sygeplejerske (grundet vakance og sygemelding), og her pegede såvel ledere som sygeplejersken selv på, at opfølgningen på overdraget sygepleje fyldte stort set hele hendes arbejdstid.

Opsamling – Bachelorerne opgaver i hjemmeplejen

Som det fremgår, ser sosu-medarbejderne (og deres ledere) meget positivt på ordningen med at have bachelorer i hjemmeplejen. De lægger særlig vægt på, at de kender bachelorerne i hjemmeplejen, og at bachelorerne kender dem. Det opleves af mange at være en forudsætning for, at sosu-medarbejderne føler sig trygge ved at gå til bachelorerne med stort og småt – også det nogle hjælpere kaldte ”dumme spørgsmål”. Den personlige relation og kendskabet til hinanden bliver fremhævet gang på gang som noget helt centralt ved denne ordning. Og bachelorerne beretter, at der gik en rum tid efter deres ansættelse i hjemmeplejen, hvor de

oplevede, at sosu-medarbejderne skulle se dem an og lære dem at kende, inden de begyndte at komme til dem med deres spørgsmål, udfordringer og tvivl i relation til borgerforløbene.

For det andet peges på værdien af, at bachelorerne er til stede og tilgængelige i hverdagen. Sosu-medarbejderne skal ikke skrive til dem, men kan have direkte mundtlig dialog med dem, hvilket de langt foretrækker frem for at kommunikere skriftligt om borgerne.

Når hjemmeplejens medarbejdere taler om bachelorerne i hjemmeplejen, er det disse temaer, de fremhæver igen og igen. De ved godt, at bachelorerne primære rolle er at være kompetenceudviklende. Men det, der kommer til udtryk, er ikke, at de er *mest* glade for kompetenceudvikling, undervisning eller følgeskab. De peger i stedet på, hvor stor en hjælp og lettelse det er for dem i hverdagen, at bachelorerne er tilgængelige, og at de tager fra og løfter problemer af deres skuldre – enten ved at hjælpe dem med at håndtere dem, eller ved at bachelorerne selv håndterer dem. Det er et stort plus i hverdagen.

De opgaver, som er beskrevet i dette afsnit, rummer hovedparten af de opgaver, som bachelorerne har peget på under workshop-runderne. De kan overordnet inddeles i tre typer:

For det første er en væsentlig del af opgaverne selvfølgelig **kompetenceudviklende**. Her ses forskellige typer af interaktion mellem medarbejdere som grundlag for udviklingen af kompetencer:

- Interaktionen med den enkelte medarbejder handler primært om *følgeskab*, både planlagt og ad hoc, den løbende tilgængelighed i hverdagen, rådgivning og sparring med sosu-medarbejderne om konkrete forhold i de enkelte forløb. Dette giver såvel hurtig adgang til problemløsning og afklaring for den enkelte sosu-medarbejder, men også mulighed for konkrete praksisnære kompetencer for den enkelte.
- Interaktion i forbindelse med forskellige former for *undervisning* af medarbejderne i hjemmeplejen. Her kan bachelorerne fx på teammøder e.l. formidle viden mere generelt til en større gruppe af sosu-medarbejdere og indgå i en generel dialog om et emne – og dermed medvirke til at opbygge mere generelle kompetencer.
- Interaktion med grupper af medarbejdere som led i *driften*, fx fælles deltagelse i *teammøder* i hjemmeplejen, assistentmøder eller fælles møder mellem hjemmepleje og sundhedsenhed. Her er der mulighed for at udvikle kompetencer mere generelt.

Men mange af de samme opgaver i relation til sosu-medarbejderne kan også blive **kompenserende** i den forstand, at bachelorerne i stedet for at kompetenceudvikle (og gøre medarbejderne i stand til selv at løfte opgaverne eller gå til rette faglige person med dem) i varierende omfang kan komme til at løse problemer, opgaver, planlægge møder og hjælpe mere eller mindre med at dokumentere og koordinere. Bachelorerne aflaster medarbejderne med stort og småt, så problemer og opgaver bliver løst prompte og dermed bliver løftet af medarbejdernes skuldre.

Der er en glidende overgang mellem at være kompetenceudviklende og kompenserende; der er ikke nogen klar og entydig grænse. Bachelorerne i hjemmeplejen har givet klart udtryk for, at de er meget bevidst om at arbejde kompetenceudviklende og ikke-kompenserende. De er bevidst om, at der konstant er et pres mod at arbejde kompenserende og tage fra i driften på de mange opgaver, der bare skal løses. Men på trods af dette beskriver de også en lang række opgaver og situationer, hvor de oplever, at de i praksis alligevel ender med at arbejde mere kompenserende end kompetenceudviklende.

Den sidste type opgaver er relateret til **implementering** i meget bred forstand. Bachelorernes funktionsbeskrivelse nævner både deres rolle i relation til at sikre, at medarbejderne arbejder efter forløbsmodellen, herunder at de lærer at mestre rollen som kontaktperson, at de kan afholde opfølgningssamtaler, og at de kan arbejde rehabiliterende – ikke kun i de korterevarende forløb, men også i de varige forløb. Under workshops blev der nævnt en række forskellige typer af opgaver i relation til implementering, fx i relation til 'borgersikker sygepleje', den palliative indsats, hygiejneområdet mv.

Der er ikke nogen klar og entydig grænse mellem, hvad der er implementering, og hvad der er kompetenceudvikling: En del af implementeringen er at ændre arbejdsgange og kompetencer, så medarbejderne bliver i stand til at arbejde på nye måder.

Som det fremgår, er der således ikke nogen simpel måde at skelne mellem de tre typer af opgaver: kompetenceudviklende, kompenserende og implementerende. Derfor er det også svært for bachelorerne altid at holde fast i at arbejde kompetenceudviklende, fordi hverdagens arbejdspress og opgaver, der mangler ledige hænder, trænger sig på. Og i en hjemmepleje kan hænder, som ikke er bundet til en køreliste, meget let komme til at virke mere ledige end andre hænder – uagtet hvilken rolle de er tiltænkt.

4.1.5 Særlige funktioner for sygeplejersker og terapeuter i lokalområde Nord

I lokalområde Nord har man siden ordningens start haft en lidt anden organisering, normering og rolle til bachelorerne. Denne variation af ordningen beskrives i dette afsnit.

Her har man valgt at have én sygeplejerske og én terapeut i hvert af områdets seks hjemmeplejeteams. Det har krævet en del egenfinansiering, og område Nord er derfor også det lokalområde, som har den største andel af lokal finansiering af ordningen.

Baggrunden for dette valg var, at man i Nord oplevede, at opgaverne i hjemmeplejen – kombineret med de ambitioner, der ligger i forløbsmodellen omkring rehabilitering og kontaktpersoner – krævede både en sygeplejerske og en terapeut fast i hvert team. Ledelsen begrundede det bl.a. med, at det er de medarbejdere, som har de korteste uddannelser, der er omkring de dårligste borgere i de varige forløb. Derfor er der brug for bachelorer tæt på det enkelte team og den enkelte medarbejder. Desuden ønskede man at bygge relationer mellem bachelorerne og medarbejderne i hvert team som forudsætning for at få den varige kompetenceudvikling til at lykkes.

Særlig ordning og opgaver for bachelorerne i lokalområde Nord

Der gælder den samme funktionsbeskrivelse for alle bachelorer i Sundhed og Omsorg – også i lokalområde Nord (jf. Bilag 1), men her har bachelorerne nogle andre opgaver, som er beskrevet i dokumentet *"Sygeplejersker i hjemmeplejen i Område Nord"* (udleveret af viceområdechefen i Nord). Følgende er refereret herfra:

I Nord har man lavet en fast tidsmæssig ramme for fordelingen af bachelorerens tid på henholdsvis kompetenceudvikling og udføreropgaver.

Bachelorerne anvender ca. 18,5 timer pr. uge på følgende opgaver vedrørende **kompetenceudvikling**. Tiden fordeles på følgende opgaver:

- Mandag til fredag: 3 timers følgeskab med medarbejdere fra vagtens begyndelse (fx kl. 07-10). Omfatter også medarbejdere i aftenvagt (integreres i forbindelse med vagtplanlægning) ~ 15 timer pr. uge, svarende til borgernær kompetenceudvikling af *minimum* 5 borgere ugentligt
- Undervisning i team (gennemsnit) ~ 0,5 time pr. uge
- Borgerspecifikke kompetencer og øvrig kompetenceudvikling i teamet: ~ 1 time pr. uge
- Opfølgning på sygeplejeydelser (fra kl. 10-11 to gange om ugen) ~ 2 timer pr. uge
- I alt ~ 18,5 timer pr. uge.

Ud over disse opgaver varetager bachelorerne **udføreropgaver** inden for følgende felter, hvoraf de tre første kun findes i lokalområde Nord:

Flyttede sygeplejeopgaver: Sygeplejersker i hjemmeplejen udfører flyttede sygeplejeopgaver, dvs. sygeplejeopgaver i varige forløb, som ikke kan overdrages til sosu-hjælpere og -assistenter i varige forløb hos borgere, hvis helbredstilstand kræver tæt sygeplejefaglig observation og/eller tæt sparring til de hjælpere og assistenter, der kommer hos borgerne. I praksis betyder det, at flytning af sygeplejeopgaver, der ikke kan overdrages, alene kan finde sted ved borgere i palliative/terminale forløb, borgere med middel/svær demens, borgere med ALS eller anden stærkt invaliderende lidelse eller borgere med svære psykosociale problemstillinger, fx psykisk sygdom og/eller misbrug.

Forløbsansvar: Undtagelsesvis kan sygeplejersker fungere som forløbsansvarlige i særlige, meget komplekse varige forløb. Eventuelle aftaler omkring varetagelse af funktionen som forløbsansvarlig indgås med inddragelse af nærmeste leder.

Oprettelse og afslutning af sygeplejeydelser: Bachelorerne opretter sygeplejeydelser i varige forløb, hvor der er ikke er indikation for et forløbsskifte (fx opstart af øjendråber, smøring med medicinske salver mv.), herunder vurdere potentiale for borgeroplæring samt eventuel overdragelse til sosu-medarbejdere.

Problemidentifikation hos borgere (PIB): Bachelorerne foretager problemidentifikation samt vurderer eventuelt behov for forløbsskifte hos borgere, hvor de sosu-medarbejdere, der kommer i hjemmet, konstaterer ændringer i borgers funktionsevne eller helbredstilstand. Ved forløbsskifte vurderer sygeplejersken, hvilke overdragede sygeplejeopgaver der eventuelt kan forblive overdragede i forbindelse med forløbsskiftet. PIB er ikke en udredning, men består i en vurdering af borgerens funktionsevne/helbredstilstand, eventuelt sammenholdt med borgerens habitustilstand. Dette er *ikke* særligt for Nord.

Derudover er bachelorerne ansvarlige for bestilling af sygeplejeartikler til brug ved overdragede sygeplejeindsatser i teamet, og de deltager desuden i diverse stående møder.

'Indhegning' af følgeskabet i lokalområde Nord

I lokalområde Nord er der fokus på, at bachelorerne skal ud på følgeskab hver formiddag, og der er som beskrevet afsat 15 timer om ugen til den opgave alene. Baggrunden for dette er en oplevelse af, at sygeplejerskerne i hjemmeplejen ifølge en leder tidligere kunne blive "ædt op af andre opgaver end kompetenceudvikling, fx CURA og levering af sygeplejeydelser". Men ledelsen i Nord har vurderet, at følgeskabet er særligt vigtigt for ordningen og har derfor valgt at 'hegne følgeskabet ind' ved at sætte et fast ugentligt timetal på og gøre det dagligt.

Det har den konsekvens, at de to bachelorer i Nord, som VIVE har interviewet mere indgående om deres rolle i fase II efter de to workshops (henholdsvis en terapeut og en sygeplejerske fra hver deres team), begge bekræfter, at de har overblik over de henholdsvis 145 og 190 borgere, der er deres team. De anslår, at de kender 80-90 % af disse borgere, fordi de har været med på følgeskab i hjemmet hos dem. Resten kender de til, fordi hjælperne efterspørger sparring i relation til dem. Det er ofte de borgere, der kun får rengøringsydelser, som de har mindst kendskab til.

Med så massivt et fokus på følgeskab er det vigtigt at forholde sig til, om det vedbliver med at være relevant i en faglig sammenhæng. De medvirkende bachelorer oplever ikke, at de kommer til et punkt, hvor følgeskabet bliver mindre relevant med tiden. De oplever, at der er et varigt behov, og at de hele tiden kan bygge oven på den viden, som medarbejderne har. En af bachelorerne ser således på følgeskabet:

Der er altid noget nyt, vi kan tage fat på, lige meget om det er en ny eller en erfaren medarbejder i hjemmeplejen. Vi kan altid grave et spadestik dybere ned i forløbsmodellen. Jeg tænker aldrig, at jeg når dertil, hvor jeg ikke kan gøre dem dygtigere. (Bachelor, hjemmeplejen i Nord)

Sygepleje i varige forløb udført af sygeplejersker i hjemmeplejen i lokalområde Nord

I Nord har man som det eneste område valgt, at sygeplejerskerne i hjemmeplejen udfører sygeplejeydelser. Det gør de i de varige forløb, hvor der er sygeplejeydelser, som ikke kan overdrages til sosu-medarbejdere. I så fald flyttes sygeplejeydelser i stedet fra en sygeplejerske i sundhedsenheden til en sygeplejerske i hjemmeplejen. Interview med deltagelse af to bachelorer fra hjemmeplejen, hvoraf denne ene var sygeplejerske, samt deres ledere, peger dog på, at disse opgaver ikke fylder meget i hverdagen. Der var ifølge dem ganske få eller ingen borgere i denne gruppe.

Vedligeholdende træning i varige forløb udført af terapeuter i hjemmeplejen i lokalområde Nord

I Nord kan terapeuterne også udføre vedligeholdende træning hos borgere i varige forløb. Dette er dog en opgave, de først er startet på for relativt nylig. Igen peger de deltagende bachelorer dog på, at det ikke er en opgave, der fylder meget i deres hverdag. Ligeledes er man i Nord også bevidste om, at hvis den vedligeholdende træning reelt skal flytte noget, så skal hjemmeplejens medarbejdere inddrages i det i hverdagen.

Rollen som forløbsansvarlig i lokalområde Nord

Rollen som forløbsansvarlig kan varetages af bachelorerne i Nord. Det gør de dog kun i de meget komplekse forløb, og det handler særligt om demensramte. I praksis er de forløbsansvarlige for ganske få borgere. De deltagende bachelorer angiver at være forløbsansvarlige for 1-2 borgere.

Afholdelse af opfølgningssamtaler i varige forløb i lokalområde Nord

I Nord har bachelorerne arbejdet med at få sat de årlige og halvårslige opfølgningssamtaler (milepæl 4 i forløbsmodellen) i system. De oplyser, at "næsten 100 procent afholdes". Det ved de, fordi de har udviklet et enkelt system, som giver dem overblik over det. Konkret har de skrevet alle borgere i varige forløb ind i et dokument og lavet et rul, så der skal holdes ca. 10 opfølgningssamtaler pr. måned. De ca. 10 opfølgningssamtaler bliver skrevet på en tavle, og

det er derefter kontaktpersonens opgave at ringe til disse borgere og få aftalt tid til en borgerkonference den pågældende måned. Desuden er systemet koblet til kategorierne helbreds- og funktionstilstande i CURA, hvor der sættes opfølgingsdatoer på, og man kan således se, hvornår næste samtale skal holdes.

Fra gæster på besøg i hjemmeplejen til varig mesterlære

De interviewede bachelorer i hjemmeplejen og ledere i Nord lægger stor vægt på relationen mellem medarbejderne i hjemmeplejen og bachelorerne og den daglige tilstedeværelse i organisationen, som er en forudsætning for det, de kalder *mesterlære*. Dette er i modsætning til, når der *"kommer gæster ud"* på *"besøg"* for at arbejde med mere enkeltstående faglige temaer eller andre områder. Det beskrives, at det – trods de bedste intentioner fra *"gæsternes"* side – kan blive oplevet som kontrol af medarbejderne i hjemmeplejen snarere end kompetenceudvikling. Dette er ikke særligt for område Nord, idet bachelorerne overalt i mere eller mindre omfang er til stede blandt hjælpere og assistenter og kan skabe et rum for varig mesterlære i praksis. Dette element bliver dog særligt tydeligt, fordi der er to bachelorer i alle hjemmeplejeteams, og fordi deres kompetenceudviklingsopgaver i relation til følgeskabet er hegnet eksplicit ind, så opgaverne ikke reduceres – typisk på grund af hverdagens travlhed.

Virkninger og bivirkninger ved ordningen i lokalområde Nord

Trods det faktum, at bachelorerne i Nord har en blanding af kompetenceudviklende opgaver og udføreropgaver, giver de deltagende bachelorer fra hjemmeplejen ikke udtryk for, at udføreropgaverne har tendens til at *"æde"* tiden til kompetenceudvikling – en tendens, der ses i andre lokalområder, og som Nord også tidligere har haft udfordringer med.

Det tyder på, at det i højere grad er den meget klare tidsmæssige ramme omkring kompetenceudviklingen, inkl. indhegningen af hver eneste formiddag til følgeskab med i alt 5 medarbejdere om ugen, som har betydning for, om der reelt bliver plads til kompetenceudvikling i hverdagen. Desuden er udføreropgaverne også beskrevet ret detaljeret og udtømmende. Det betyder, at det er tydeligt for bachelorerne, hvad der er deres opgaver, hvor lang tid de forventes at bruge på dem – og dermed også, hvad der *ikke* er deres opgaver.

I Nord er samarbejdet med sundhedsenheden begrænset til enkle og sammensatte forløb, fordi bachelorerne bl.a. tager den flyttede sygepleje. Og Nord peger selv på, at det kan give den bivirkning, at sosu-medarbejderne finder det lettere at spørge egne sygeplejersker og terapeuter i stedet for at henvende sig til og samarbejde med bachelorerne i sundhedsenheden. Selvom bachelorerne i de øvrige lokalområder ikke varetager flyttet sygepleje i varige forløb, så berettes om den samme tendens. Det betyder at bachelorerne oplever, at de skal have fokus på, at hjemmeplejens medarbejdere skal gå til sundhedsenhedens personale, når det er relevant – og ikke altid til deres 'egne' bachelorer.

4.1.6 Mulighederne for at øge bachelorerne driftsopgaver i hjemmeplejen afvises i processen

I løbet af analyseprocessen valgte styregruppen på baggrund af en midtvejsworkshop med ledere og nøglemedarbejdere på tværs af Sundhed og Omsorg, at VIVE ikke skulle arbejde videre med én af de muligheder, som den eksterne konsulentrapport havde peget på. Det drejer sig om mulighederne for at øge den direkte borgertid blandt bachelorerne i hjemmeplejen, så de i højere grad kan erstatte andet personale i hjemmeplejen (2. hjælpere).

Da denne beslutning blev truffet midt i processen, præsenteres den her som led i analysen og ikke som led i anbefalingerne i kapitel 5.

Den eksterne rapport pegede på en betydelig variation i bachelorerne opgaver og rolle, som denne analyse kun har kunnet bekræfte. Desuden påpegede den, at der var fundet situationer, hvor bachelorer på følgeskab med medarbejdere fra hjemmeplejen fungerede som observatører/instruktører, hvilket også er intentionen med ordningen. Men den eksterne analyse så et effektiviseringspotentiale i, at bachelorerne i stedet kunne deltage i leveringen af ydelser. Dette er baggrunden for de to effektiviseringsforslag: Enten at bachelorerne i hjemmeplejen forøger deres direkte borgertid fra gennemsnitligt 13 % til 23 % og samtidig leverer ydelser i den forøgede direkte borgertid, hvilket gør det muligt at reducere hjemmeplejens budget med sammenlagt 2,7 mio. kr., eller at reducere kapaciteten på området, svarende til 2,7 mio. kr. Dette forslag er som nævnt i indledningen et forslag om en besparelse – ikke en effektivisering, da der ikke er nogen effektiviseringsmekanisme knyttet til dette alternative forslag.

Muligheden for, at bachelorer i hjemmeplejen kan erstatte 2. hjælper i hjemmeplejen og herved levere ydelser svarende til 2,7 mio. kr., blev drøftet på en midtvejsworkshop blandt ledere og nøglemedarbejdere med direktionsrepræsentanter fra alle lokalområder samt styregruppen. Herefter blev besluttede styregruppen, at der ikke skulle arbejdes videre med dette scenarie af følgende årsager:

- Det er grundlæggende set *ikke en besparelse eller en effektivisering* at lade terapeuter og sygeplejersker erstatte sosu-personale, idet terapeuter og sygeplejersker er dyrere medarbejdere.
- Det vurderes *ikke at være realistisk* at finde så stor en mængde ydelser, hvor sygeplejersker og terapeuter kan erstatte 2. hjælper, at det vil svare til 2,7 mio. kr. De afholdte workshops pegede på, at det primært er ved forflytningsopgaver, der er 2. hjælper. Her er det ergoterapeuterne, som spiller en rolle, ikke sygeplejen. Ergoterapeuternes rolle omfatter primært APV-vurderinger, vejledning og oplæring i relation til forflytninger. Der peges bl.a. på, at opgaven kan være at observere, hvordan de medarbejdere, der skal løse en opgave i hverdagen, samarbejder omkring opgaven, og at samarbejdet ikke kan observeres, hvis ergoterapeuten overtager. Desuden kan det være effektivt, at terapeuten kun tager med ud på én oplæring med flere sosu-medarbejdere, så flere kan oplæres i en opgave samtidig. Sygeplejerskerne har ikke i samme omfang opgaver med 2. hjælper. Desuden peger både sygeplejersker og terapeuter på, at substitution allerede i dag sker i et omfang, de finder det hensigtsmæssigt.
- Det vurderes at være *uhensigtsmæssigt* at anvende bachelorerne i hjemmeplejen som en del af driften. Formålet med at ansætte sygeplejersker og terapeuter i hjemmeplejen er at sikre og løfte kompetencer, herunder også de kompetencer, som det kræver at arbejde inden for forløbsmodellen og at kunne dokumentere korrekt og effektivt. Får sygeplejersker og terapeuter i hjemmeplejen andre opgaver, overlapper deres funktion til dels med såvel hjemmeplejens som de øvrige medarbejdere i sundhedsenhedernes. Det bidrager ikke til at skabe en klar rolle, og det er med til at forøge den organisatoriske kompleksitet, at der kommer flere aktører i borgerforløbene – og det reducerer kontinuiteten.

Således har VIVE ikke arbejdet videre med scenarier, der indebærer, at besparelserne delvist realiseres ved at lade bachelorerne i hjemmeplejen indgå mere i driften via levering af ydelser i hjemmeplejen.

4.2 Forløbsmodellen i praksis

I dette afsnit analyseres først fordelingen af borgerforløb på forløbstyper, lokalområder og enheder i afsnit 4.2.1. Herefter analyseres milepælsmoderne, deres omfang, organisering, planlægning og ressourcetrækket i forbindelse med dem i afsnit 4.2.2. I det følgende afsnit 4.2.3 beskrives en særlig variant af organiseringen i et enkelte lokalområde i relation til de sammensatte forløb. Endelig belyses medarbejdere og lederes oplevelser af forløbsmodellen i praksis i afsnit 4.2.4.

4.2.1 Fordelingen af igangværende og nye forløb på forløbstyper og enheder

Tabel 4.6 viser fordelingen af igangværende forløb på områder og på forløbstyper.

Tabel 4.6 Igangværende forløb fordelt på områder og typer (oktober 2018 til september 2019)

	Nord		Syd		Vest		Christiansbjerg		Marselisborg		Midt		Viby-Højbjerg		Alle	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Korterevarende forløb i alt	516	41 %	296	28 %	668	41 %	607	43 %	302	34 %	330	37 %	398	38 %	3.117	38 %
- Enkle forløb	419	33 %	228	21 %	540	33 %	497	36 %	234	27 %	274	31 %	347	33 %	2.539	31 %
- S sammensatte forløb	97	8 %	67	6 %	128	8 %	110	8 %	68	8 %	56	6 %	52	5 %	578	7 %
Varige forløb i alt	752	59 %	773	72 %	973	59 %	790	57 %	580	66 %	563	63 %	642	62 %	5.072	62 %
- Varigt betydeligt	119	9 %	119	11 %	120	7 %	135	10 %	123	14 %	61	7 %	91	9 %	767	9 %
- Varigt moderat	633	50 %	654	61 %	853	52 %	655	47 %	457	52 %	502	56 %	551	53 %	4.305	53 %
I alt	1.268	100 %	1.068	100 %	1.641	100 %	1.397	100 %	882	100 %	892	100 %	1.040	100 %	8.189	100 %

Anm.: Tallene er baseret på medarbejdernes registrering af forløbstype i dokumentationssystemet CURA. Vær opmærksom på, at der sker fejlregistreringer i 3-10 % af forløbene ("forkert forløb mv."). Disse fejl i registreringerne er ikke medtaget i tabellen, og der må derfor tages forbehold for dette. Det er dog VIVEs vurdering, at tabellen er retvisende med hensyn til den relative fordeling af forløb på forskellige typer.

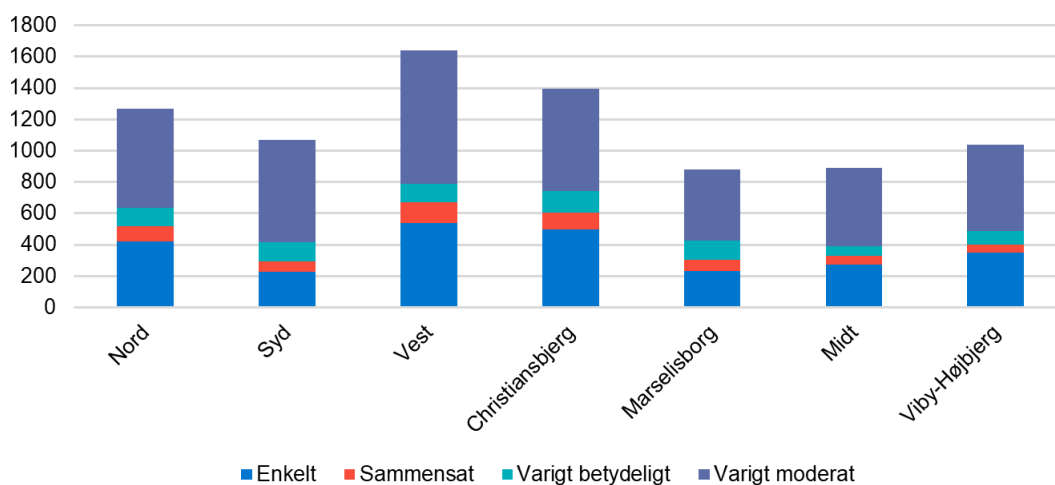
Kilde: VIVE, baseret på data fra Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi.

Tabel 4.6 viser, at langt hovedparten af alle igangværende forløb (62 %) er varige forløb. Blandt de varige forløb udgør borgere med moderat funktionsnedsættelse hovedparten og tegner sig således for 53 % af alle forløb.

De korterevarende forløb udgør tilsammen 38 % af alle forløb, og her udgør de enkle forløb hovedparten med 31 % af alle forløb.

Som det ses, er der variation i sammensætningen af forløbstyper lokalområderne imellem, hvilket kan skyldes en lang række faktorer: Både forhold, der vedrører borgerne, og forhold, der vedrører organiseringen, herunder varigheden af forløbene. Således varierer andelen af borgere, som er i et korterevarende forløb, mellem 28 % og 43 % af de igangværende forløb. Figur 4.5 viser tallene fra tabel 4.6 som søjlediagram, hvilket gør det lettere at se forskellene lokalområderne imellem.

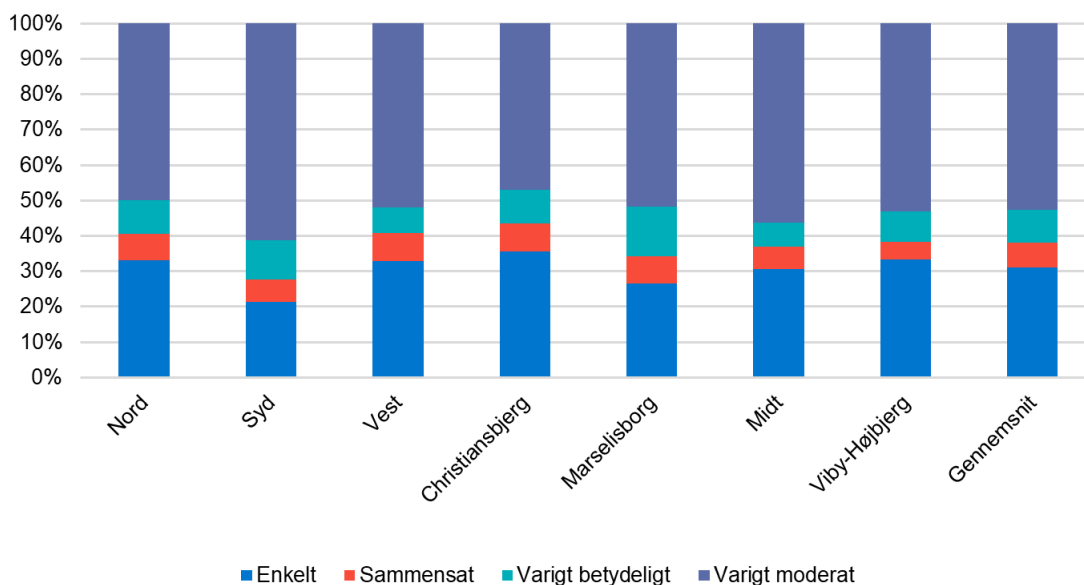
Figur 4.5 Antallet af igangværende forløb fordelt på områder og typer (oktober 2018 til september 2019)



Kilde: VIVE, baseret på data fra Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi.

Figur 4.6 viser forskellene mellem lokalområderne som andele i stedet for antal. Det gør det lettere at se den relative fordeling af forløbstyper i lokalområderne.

Figur 4.6 Andelen af igangværende forløb fordelt på områder og typer (oktober 2018 til september 2019)



Kilde: VIVE, baseret på data fra Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi.

Endelig viser tabel 4.7 fordelingen af igangværende forløb ikke blot på typer, men også på organisatoriske enheder (henholdsvis hjemmeplejen og sundhedsenheden).

Tabel 4.7 Fordeling af igangværende forløb* på typer og enheder, der leverer ydelser i forløbene

Igangværende forløb	Korterevarende				Varige forløb				Alle forløb	
	Enkle	Sammen-sat	I alt	Andel	Betydelig funktions-nedsættelse	Moderat funktions-nedsættelse	I alt	Andel	Antal	Andel
Kun hjemmepleje	450**	89**	539**	17 %	359	2.617	2.976	59 %	3.515	43 %
Kun sundhedsenhed	1.107	80	1.187	38 %	85	509	594	12 %	1.781	22 %
Hjemmepleje og sundhedsenhed	982	409	1.391	45 %	323	1.180	1.503	30 %	2.894	35 %
I alt	2.539	578	3.117	100 %	767	4.305	5.072	100 %	8.189	100 %
Andel	31 %	7 %	38 %		9 %	53 %	62 %		100 %	

Noter: * Antallet af igangværende forløb er udregnet som et gennemsnit af igangværende forløb for hver måned i perioden.

** Sundhed og Omsorg påpeger, at disse data må skyldes fejl i registreringen: Korterevarende forløb er kendetegnet ved, at en medarbejder i sundhedsenheden er forløbsansvarlig. Derfor må det bero på fejl, at i alt 539 forløb er registreret som "kun hjemmepleje". Der er to mulige forklaringer: Der kan være tale om forløb, hvor medarbejderne i sundhedsenheden endnu ikke har fået registreret deres ydelser på forløbet, og de derfor står opført som "kun hjemmepleje". Eller der kan være tale om korterevarende forløb, som reelt er afsluttet og overgået til varige forløb, men hvor der endnu ikke er skiftet forløbstype i omsorgssystemet. Hvor mange af de ca. 540 forløb, der således burde have været opført som henholdsvis varige eller forløb i hjemmepleje og sundhedsenhed, kan ikke estimeres kvalificeret. De ca. 540 forløb udgør 6,5 % af det samlede antal forløb. Det betyder i praksis, at andelen af korterevarende forløb med både *hjemmepleje* og *sundhedsenhed* givet er lidt højere end 45 % (og de andre andele således lavere), og at andelen af varige forløb med *kun hjemmepleje* givet er lidt højere end 59 %, og de øvrige andele tilsvarende lavere.

Kilde: VIVE, baseret på data fra Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi.

Med forbehold for validiteten af data tyder Tabel 4.7 på, at der blandt de korterevarende forløb er ca. 17 %, som kun modtager hjemmepleje, og ca. 38 %, som kun modtager indsatser fra sundhedsenheden (fx alle genoptræningsplaner, der ikke kræver hjemmepleje eller forløb, som kun omfatter sygepleje). Men den største gruppe er de fælles forløb, idet ca. 45 % modtager indsatser både fra hjemmepleje og sundhedsenhed.

I de varige forløb er det næsten 60 % af forløbene, der udelukkende modtager hjemmepleje, mens ca. 12 % kun modtager ydelser fra sundhedsenheden. Det kan fx være borgere, som kun modtager sygepleje, der ikke kan overdrages (videredelegeres) til hjemmeplejen. Endelig modtager henved 30 % af borgerne i varige forløb både ydelser af hjemmeplejen og sundhedsenheden. Samlet set betyder dette, at der i ca. 35 % af alle borgerforløb leveres ydelser både fra hjemmeplejen og sundhedsenheden.

Tabel 4.7 viser således omfanget af borgerforløb, der går på tværs af de organisatoriske enheder. Det er forventeligt nok højest i de korterevarende forløb, som også inkluderer korterevarende forløb efter SEL § 83a (i alt ca. 45 %), men det er værd at bemærke, at ca. 30 % af borgerne i varige forløb modtager ydelser fra både sundhedsenhed og hjemmepleje. Det indikerer, at henved en tredjedel af borgerne i varige forløb har behov for så komplekse sygeplejeydelser¹⁸ eller er så svækkede, at sygeplejeydelserne ikke kan uddelegeres. Der er således en betydelig del af borgeren i varige forløb, som modtager ydelser fra begge enheder.

Det er dog vigtigt at understrege, at det langt fra kun er i de forløb, hvor borgerne får ydelser fra begge enheder, at der er behov for tæt samarbejde og koordination mellem hjemmeplejen og sundhedsenhederne. I de næsten 60 % af de varige forløb, som kun modtager hjemmepleje, kræver det også et tæt samarbejde og løbende dialog mellem faggrupperne at forebygge funktionsfald, begyndende sygdom og eventuelt forløbsskifte eller indlæggelse.

¹⁸ De 30 % kan også udgøres af borgere, som modtager ydelser efter SEL § 86.2 – vedligeholdende træning. Sundhed og Omsorg vurderer dog, at dette kun sker i begrænset omfang.

Tabel 4.8 viser udelukkende nye forløb, som er startet op i løbet af et år (oktober 2018 til september 2019). Tabellen viser de nye forløbs fordeling på typer og organisatoriske enheder, men viser også, hvorvidt borgerne er henholdsvis kendte eller ukendte i Sundhed og Omsorg.

Tabel 4.8 Nye forløb* fordelt på forløbstyper og kendte/ikke-kendte borgere (oktober 2018 til september 2019)

Alle nye forløb i perioden	Korterevarende forløb				Varige forløb			Alle forløb
	Enkle	Sam-mensat	I alt	Andel	Betydelig funktions-nedsættelse	Moderat funktions-nedsættelse	I alt	Antal
I alt	5.181	1.127	6.308	100 %	828	3.041	3.869	10.177
- Heraf kendte** borgere	3.681	999	4.680	74 %	824	2.952	3.776	8.456
- Heraf ikke-kendte borgere	1.500	128	1.628	26 %	4	89	93	1.721
Andel			62 %				38 %	100 %

Noter: * Forløb under 10 dage er ikke medregnet, da de vurderes at være fejlregistreringer.

** Kendte borgere er borgere, som har modtaget ydelser i hjemmepleje, sundhedsenhed eller på plejehjem det seneste år.

Kilde: VIVE, baseret på data fra Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi.

Ser man i Tabel 4.8 alene på de godt 6.300 nye korterevarende forløb i perioden, så var langt hovedparten af disse forløb kendte borgere. I alt var 4.680 forløb med kendte borgere, svarende til 74 % af alle nye korterevarende forløb. Kun godt 26 % var borgere, der ikke var kendt i Sundhed og Omsorg. Dette er særligt relevant i relation til opstarten af de korterevarende forløb, for det viser, at næsten 3 ud af 4 korterevarende forløb drejer sig om borgere, der i forvejen er kendt. Det betyder, at der i disse forløb vil være medarbejdere, som allerede kender borgeren, inden forløbet går i gang, og der afholdes første sundhedsfaglige kontakt. Og disse medarbejdere vil ofte befinde sig i hjemmeplejen.

4.2.2 Milepælsmøder hos borgerne og ressourcetrækket i organisationen

Omfanget af afholdte milepælsmøder

Den eksterne konsulentrapport pegede bl.a. på forløbsmodellens milepælsmøder i relation til at reducere tid til planlægning og koordination. Ifølge rapporten oplevede medarbejderne, at de brugte uforholdsmæssig meget tid på planlægning af møderne og den efterfølgende dokumentation.

VIVEs analyse har kun kunnet bekræfte medarbejdernes oplevelse. Men samtidig peger den også på, at milepælsmøderne ikke afholdes i det tiltænkte omfang.

Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt for Sundhed og Omsorg at trække data, der viser, i hvilket omfang de forskellige milepælsmøder afholdes. Og på baggrund af de kvalitative interviewdata er det ikke muligt at estimere omfanget af de afholdte milepælsmøder mere præcist. Under workshop-runderne blev alle medarbejdere dog spurgt, i hvilket omfang de havde deltaget i milepælsmøder siden påbegyndelsen af implementeringen i 2016 (eller siden de blev ansat, hvis det ligger senere). Svarene lød blandt hjælperne oftest på 0-5 møder, enkelte havde deltaget i flere end 5. I forhold til antallet af borgere, den tiltænkte frekvens af samtaler, og perioden der spørges til, må 0-5 siges at være et lille antal.

Medarbejderne i sundhedsenhederne svarede på samme spørgsmål. Deres svar tyder på, at de primært medvirker ved første sundhedsfaglige kontakt, og at den ofte afholdes tværfagligt med både en terapeut og en sygeplejerske fra sundhedsenheden.

Det skal understreges, at disse tilkendegivelser om omfanget af afholdte milepælsmøder ikke kan bruges til andet og mere end at konstatere, at milepælsmøderne endnu ikke er fuldt implementeret, og at det tyder på, at der er et godt stykke vej endnu.

Emnet blev drøftet på møde med kickoff-kredsen efter fase I, hvor deltagerne foreslog, at der i forbindelse med denne analyse blev udarbejdet et estimat over, hvad ressourcetrækket ved en fuld implementering af milepælsmøderne vil være. Dette er relevant i forhold til at kunne vurdere VIVEs anbefalinger til best practice for til den videre implementering af forløbsmodellen. Forslaget blev efterfølgende vedtaget i styregruppen. Der er derfor udarbejdet nedenstående estimat over det samlede ressourcetræk i forbindelse med milepælsmøderne.

Estimat af tidsforbruget i forbindelse med afholdelse af milepælsmøder

Der er fire forskellige milepælsmøder i forløbsmodellen. Alle møder rummer følgende fire opgaver:

1. **Planlægning** af selve mødet (aftale et tidspunkt med alle deltagere, inkl. eventuelle pårørende)
2. **Forberedelse** af mødet (gøre sig bekendt med status på borgerens forløb, eventuelt følge op på løse ender eller indhente information fra andre samarbejdsparter)
3. **Afholdelse** af mødet (inkl. vejtid)
4. **Opfølgning** på mødet (inkl. opdatering af omsorgsjournal og ved milepæl 1, første sundhedsfaglige kontakt, skal medarbejderne i sundhedsenheden desuden tildele rehabiliterende ydelser efter SEL § 83 a).

For at kunne udarbejde et estimat over tidsforbruget har en gruppe sygeplejefaglige konsulenter i Sundhed og Omsorg indsamlet data om, hvor lang tid der bruges på de enkelte typer af milepælsmøder i de syv lokalområder. Der er tale om en rundspørge, ikke et tidsstudie.

Resultatet af rundspørgen tyder på, at milepælsmøderne håndteres meget forskelligt fra område til område, og at der også er variation internt i områderne. Variationen handler både om, hvor lang tid der i praksis bruges på de fire typer milepælsmøder. Der er også variation i, hvor lang tid der afsættes på hjemmeplejens og sundhedsenhedernes kørelister til de enkelte elementer:

Planlægning afsættes der ikke tid til, men det estimeres – via rundspørgen – at der i praksis anvendes 5-20 minutter på denne opgave.

I hjemmeplejen afsættes ikke tid til *forberedelse* med undtagelse af ét lokalområde, hvor der afsættes 30 minutter i varige forløb.

Med hensyn til *deltagelse* i milepæle er der stor forskel på, om hjemmeplejens deltagelse prioriteres til milepæl 1, første sundhedsfaglige kontakt. I de fleste områder deltager hjemmeplejen ikke, men i et enkelt område deltager de i størst muligt omfang, og her afsættes 30-60 minutter til opgaven. Til de øvrige milepælsmøder afsættes et varierende minuttal i lokalområderne, henholdsvis 15, 30, 45 eller 60 minutter.

Endelig er det forskelligt, i hvilket omfang der afsættes tid til *opfølgning*. Der ses alt fra 0 til 30 eller 60 minutter.

I nogle lokalområder oplyses det, at der er afholdt ganske få opfølgningssamtaler i varige forløb, mens et enkelt område vurderer, at alle opfølgningssamtaler afholdes (her har man prioriteret bachelorerne tid i hjemmeplejen til at få sat opfølgningssamtalen i system og sikre, at samtalerne afholdes). I de områder, som har angivet en andel, oplyses det, at bachelorerne deltager i mellem 80-100 % af de opfølgningssamtaler, der afholdes.

I sundhedsenhederne peger kortlægningen på, at første sundhedsfaglige kontakt altid afholdes, men at tidsforbruget varierer kraftigt fra område til område. Der anvendes alt fra 5-45 minutter på selve planlægningen (to områder peger på henholdsvis 45 og 60 minutter, og her varetages opgaven af en ressourcekoordinator – ikke af de sundhedsfaglige).

Tiden til planlægning, forberedelse, afholdelse og opfølgning på de øvrige milepæle (2 og 3) varierer ligeledes. Til planlægning angives 5-45 minutter hos enten forløbsansvarlige eller ressourcekoordinator, til forberedelse er variationen 5-60 minutter, til afholdelse er tidsforbruget mellem 30-75 minutter, og til opfølgning inkl. dokumentation, opdatering af omsorgsjournal og tildeling/justering af ydelser efter § 83a varierer tidsforbruget mellem 30 minutter og 3 timer.

Nogle steder peges der på, at afslutningssamtalen stort set ikke holdes som separat milepælsmøde i enkle forløb, da forløbet afsluttes i forbindelse med det sidste ordinære besøg. I andre områder afholdes afslutningssamtalen aldrig i enkle forløb, hvis hjemmeplejen ikke har ydelser i forløbet.

Det skal igen understreges, at ovenstående er indsamlet som *estimer*. Imidlertid benyttes en række disse oplysninger til at konstatere, at opgaven planlægges og organiseres forskelligt. Der er variation med hensyn til:

- Hvem der *deltager* i de enkelte milepælsmøder, fx om hjemmeplejen deltager, eller om der normalt deltager 1 eller flere medarbejdere, særligt i de sammensatte forløb.
- Hvem der *planlægger* milepælsmøderne: Nogle steder er det ressourcekoordinatorer, andre steder er det udelukkende bachelorer i sundhedsenheden og medarbejdere i hjemmeplejen, og andre steder er det bachelorerne i hjemmeplejen – eller det varierer.
- Hvordan milepælsmøderne *planlægges*: Der ses variationer spændende fra en model, hvor man bruger relativt lang tid på at koordinere vagtplaner og muligheder for fælles deltagelse medarbejderne imellem, både på tværs af sundhedsenhed og hjemmepleje, inden borgeren og eventuelle pårørende inddrages; hvis de ikke kan på det tidspunkt, hvor medarbejderne kan, forsøger man at finde et nyt tidspunkt – til en model i den anden ende af spektret, hvor en ressourcekoordinator med kalender/vagtplansadgang fastsætter et tidspunkt og forventer, at borger/pårørende kan deltage.
- Hvor meget *tid* der afsættes til de enkelte milepælsmøder samlet set såvel som til de enkelte elementer i hver milepæl.
- I hvilket omfang milepælsmøderne *afholdes*: På baggrund af det samlede datamateriale vurderer VIVE, at første sundhedsfaglige kontakt så godt som altid afholdes, at planlægningssamtalen afholdes i mindre omgang, og at afslutningssamtalen er den milepæl i de korterevarende forløb, der mest sjældent bliver afholdt.

Estimat af det samlede ressourceforbrug ved fuld implementering af milepælsmøderne

For at udarbejde et estimat over ressourcetrækket ved fuld implementering af milepælsmøderne er der taget udgangspunkt i nedenstående estimat over tidsforbruget til de enkelte milepælsmøder. De er opgjort i intervaller, fordi der er stor usikkerhed forbundet med at foretage disse estimater.

Tabel 4.9 Estimeret tidsforbrug i minutter til de enkelte typer af milepælsmøder

	Enkelt forløb	Enkelt forløb	Sammensat forløb	Sammensat forløb	Varigt betydeligt	Varigt moderat	
	1. sundhedsfaglige kontakt	Planlægningssamtale	Afslutningssamtale	Planlægningssamtale	Afslutningssamtale	Opfølgningssamtale	Opfølgningssamtale
Planlægning	15-20 min.	15-20 min.	15-20 min.	15-20 min.	15-20 min.	15-20 min.	15-20 min.
Forberedelse	15-20 min.	15-20 min.	15-20 min.	30-35 min.	30-35 min.	15-20 min.	15-20 min.
Afholdelse	45-50 min.	45-50 min.	45-50 min.	60-65 min.	45-50 min.	45-50 min.	45-50 min.
Opfølgning	45-50 min.	30-35 min.	30-35 min.	45-50 min.	45-50 min.	30-35 min.	30-35 min.
Minutter i alt	120-140 min.	105-125 min.	105-125 min.	150-170 min.	135-155 min.	105-125 min.	105-125 min.

Note: Det samlede estimat er foretaget af Sundhed og Omsorg med afsæt i estimater over tidsanvendelsen i praksis (udarbejdet af konsulenter i Sundhed og Omsorg med input fra alle lokalområder) samt ud fra de oprindelige vurderinger, der blev foretaget i forbindelse med udviklingen af forløbsmodellen. Estimatet er konservativt i den forstand, at der i områderne generelt meldes om et større tidsforbrug til såvel planlægning som opfølgning på milepælsmøderne.

Det anerkendes, at det flere steder oplyses, at der i praksis bruges væsentligt mere tid end det her angivne. Særligt oplyser flere lokalområder, at de i praksis bruger mere tid på opfølgning og planlægning end angivet her. Både VIVE og Sundhed og Omsorg vurderer, at dette til dels skyldes udfordringer med indkøringen af et relativt nyt elektronisk dokumentationssystem CURA. Det betyder fx, at journaler, der aldrig har været opdateret, tager lang tid at lave, første gang det skal gøres. Desuden ligger det også i opfølgningssopgaven, at bachelorerne er dem, der tildeler ydelser efter § 83a og dermed løser en myndighedsopgave, som andre ellers skulle have løst. En del af disse udfordringer – både i relation til CURA og i relation til at mestre myndighedsopgaven – vurderes at blive mindre med tiden, og dermed også tidsanvendelsen til dem.

Kilde: Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Fællesstaben.

Sundhed og Omsorg har desuden foretaget et estimat af, hvor mange medarbejdere der deltager i de enkelte typer af milepælsmøder. Dette er estimeret med afsæt i viden om, hvor mange forløb der kun har indsatser fra hjemmeplejen, fra sundhedsenhederne eller fra begge, og der er taget højde for, at disse medarbejdere har forskellig timepris.

Dette er koblet med viden om såvel antallet af forløb som frekvensen (der skal afholdes to opfølgningssamtaler i varige forløb, hvor borgeren har betydeligt nedsat funktionsevne).

På dette grundlag er der udregnet et samlet estimat over ressourceforbruget ved fuld implementering af forløbsmodellens borgermøder og første sundhedsfaglige kontakt, som fremgår af Tabel 4.10.

Tabel 4.10 Estimat over ressourceforbruget ved fuld implementering af forløbsmodellen

	Mio. kroner
Milepæl 1) Første sundhedsfaglige kontakt*	4,3 - 5,0
Milepæl 2) Planlægningssamtalen	3,0 - 3,5
Milepæl 3) Afslutningssamtalen	4,6 - 5,4
Milepæl 4) Opfølgningssamtalen	4,5 - 5,3
Milepælsmøder i alt	16,4 - 19,0

Note: * Dette estimat omfatter, at første sundhedsfaglige kontakt i en del af forløbene også vil rumme planlægningssamtalen. Således dækker en del af forbruget over både første sundhedsfaglige kontakt og planlægningssamtalen.

Kilde: Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi.

Omregnet til fuldtidsstillinger svarer dette til 36-42 stillinger. Det svarer til, at milepælsmøderne i de korterevarende forløb i gennemsnit koster 1.900-2.200 kr. pr. forløb, mens de varige forløb, hvor der kun skal holdes opfølgningssamtaler, koster 900-1.000 kr. pr. forløb pr. år.

Det skal igen kraftigt understreges, at der er tale om *estimer*, der – som beskrevet herover – er baseret på en lang række antagelser. Nogle er behæftet med væsentligt mere usikkerhed end andre: Det reelle tidsforbrug og den reelle deltagerkreds ved de enkelte milepæle er estimeret. Relativt små ændringer i tidsforbruget til de enkelte elementer i hver milepæl ændrer det samlede estimat relativt meget. Estimatet bør derfor ikke anvendes til andet og mere end til at anslå, at en fuld implementering af forløbsmodellen vil medføre direkte omkostninger til afholdelse af milepælsmøder i størrelsesordenen 15-20 mio. kr. Det er dog ikke muligt at estimere, hvad ressourcetrækket vil være ved andre måder at håndtere samme opgaver på, eller hvilke ressourcer der kan spares andre steder, hvis alle milepælsmøder holdes som tiltænkt.

Det er væsentligt at være opmærksom på, at estimatet ikke udtrykker "prisen" for forløbsmodellens milepælsmøder. Det skyldes, at koordination, samarbejde, målsætning og opfølgning med borgerne skal ske i borgernes forløb – forløbsmodel eller ej. Det kan ikke vurderes, om andre opgørelsesmåder vil generere det samme ressourcetræk.

Samlet set betyder estimatet dog, at det er væsentligt at tage højde for, at en fuld implementering af forløbsmodellens borgerkonferencer og første sundhedsfaglige kontakt vil medføre et ikke ubetydeligt ressourcetræk, fordi disse borgermøder endnu ikke er fuldt implementerede. I hvor høj grad borgerkonferencerne og første sundhedsfaglige kontakt afholdes, kan VIVE ikke estimere, men workshopdata tyder på, at de langt fra er fuldt implementeret.

4.2.3 Særlig organisering: Rehabiliteringsteam til sammensatte forløb

I ét lokalområde har man valgt at danne et mindre tværfagligt team til at varetage de sammensatte forløb. Da denne organisering er anderledes end i de øvrige lokalområder, beskrives den særskilt i dette afsnit.

Rehabiliteringsteamet har eksisteret siden januar 2018. Det består af 2 ergoterapeuter, 2 fysioterapeuter, 1 sygeplejerske, 2 sosu-assistentter og 2 sosu-hjælpere. Teamet varetager ydelserne til borgere i sammensatte forløb i dagtiden på hverdage. I aften/nat og weekender varetages de sammensatte forløb af den øvrige hjemmepleje (og sundhedsenhed i det omfang, der er behov for fx sygeplejeydelser, som ikke kan udføres i hjemmeplejen på disse tidspunkter). Teamet har ca. 15-20 igangværende forløb ad gangen, og antallet ligger ret stabilt.

Baggrunden for denne organisering var en oplevelse af, at mange forskellige medarbejdere var involveret i de relativt få sammensatte forløb. Men disse forløb er komplekse og kræver et særligt fokus på samarbejde og koordinering for at lykkes. Oplevelsen var, at det var svært at få den tætte koordinering til at fungere i den tidligere organisering, hvor mange og forskellige medarbejdere var involveret. Desuden var det oplevelsen, at det var svært for medarbejderne at blive gode til at være forløbsansvarlige i disse forløb, fordi de var spredt på så mange hænder. Forløbene blev ofte meget lange og trak dermed også mange ressourcer.

Derfor valgte Viby-Højbjerg i stedet at forsøge sig med en teamorganisering omkring de sammensatte forløb. Resultatet blev, at forløbslængden faldt fra omkring 4-6 måneder til ca. 7 uger, men forløbene til gengæld samtidig blev meget intensive – en udvikling, der beskrives som at gå fra "*lange tynde*" til "*korte tykke*" forløb. Økonomien er blevet væsentligt forbedret. Der er dog ikke data, som kan fortælle, at det er en direkte afledt konsekvens af organiseringen, men

ledelsen i lokalområdet tror på en sammenhæng, og det er derfor indtil videre besluttet at fortsætte organiseringen.

Det var oprindeligt intentionen, at hjælperne i teamet skulle rotere med den øvrige hjemmepleje for at sikre kompetenceudvikling bredt i hjemmeplejen. Men dette er siden blevet fravalgt for at sikre, at det er en mindre gruppe, som arbejder tæt sammen og får opbygget stærke kompetencer i forhold til at rehabilitere borgere i sammensatte forløb.

Det opleves som en fordel, at antallet af medarbejdere omkring den enkelte borger i sammensatte forløb bliver minimeret i dagtiden, og i teamet arbejdes der tæt sammen og på tværs af faggrupper, så en ergoterapeut fx kan tage over for en sosu-hjælper.

På den anden side betyder denne organisering, at det i aften-/nattevagt og weekender er andre medarbejdere fra hjemmeplejen (og i nogle tilfælde også sundhedsenheden), som kommer hos borgerne, fordi teamet kun dækker dagvagten. Årsagen er, at en volumen på omkring 20 forløb er for lille til et døgndækkende team.

Denne organisering betyder også, at de borgere, der skal overgå i et varigt forløb, kommer til at skifte kontaktperson, fordi hjælperne og assistenterne i rehabiliteringsteamet ikke har varige forløb, og derfor bliver kontaktpersonen ikke den gennemgående figur i forløbene.

Desuden oplever medarbejderne i hjemmeplejen, at sosu-medarbejderne i rehabiliteringsteamet bliver massivt støttet i at arbejde rehabiliterende og har tæt sparring fra kollegaer. Desuden arbejder de kun dagtid på hverdage – i modsætning til hjemmeplejens medarbejdere, der har aften-/nat og weekendvagter. Hjemmeplejens medarbejdere savner de *"spændende borgere"*, som nu varetages af rehabiliteringsteamet, og hjemmeplejen har dermed mistet nogle *"spændende opgaver og en spændende måde at arbejde tæt og tværfagligt på"*, som en medarbejder udtrykker det. De ulemper, der peges på, er således primært relateret til de konsekvenser, det har for medarbejdere og kompetencer i hjemmeplejen.

Samlet set oplever ledelsen i Viby-Højbjerg, at fordelene ved at lade et tværfagligt rehabiliteringsteam varetage de sammensatte forløb langt overstiger ulemperne, og derfor er der ikke planer om at ændre den nuværende organisering. De kompetencer, der er opnået i forhold til rehabilitering og samarbejde i *"korte tykke"* forløb, vurderes at være meget væsentlige, ligesom det vurderes, at rehabiliteringen ikke fungerer på samme måde, når opgaven spredes ud på alle medarbejdere i alle hjemmeplejeteams (og i hele sundhedsenheden).

4.2.4 Forløbsmodellen i praksis: Styrker og udfordringer

Under workshop-runderne blev peget på, hvilke elementer i forløbsmodellen, som medarbejderne vurderer, fungerer særligt godt.

Samarbejde: Hjemmepleje og sundhedsenhed sammen om borgerforløbene fra start

Et element står tydeligt frem fra de afholdte workshops: Både hjemmeplejen og sundhedsenhederne fremhæver igen og igen, at de gode forløb er dem, hvor hjemmeplejen og sundhedsenheden *"kom ud til borgeren sammen fra start"*. Hele den efterfølgende koordination og samarbejdet opleves væsentligt lettere, når man har mødtes ansigt til ansigt – sammen med borgerne. Med start mener ofte første sundhedsfaglige kontakt, bl.a. fordi dette milepælsmøde altid afholdes, men også fordi det er her, at medarbejderne får en fælles fornemmelse af borgeren, forløbet og af hinanden. Tidligere så man, at ca. 75 % af alle borgere, der starter i et korterevarende forløb, i forvejen er kendt i Sundhed og Omsorg.

Kontinuitet: Kontaktperson og forløbsansvarlig fra samme team

Nogle steder findes en organisering omkring kontaktteams inden for den enkelte hjemmepleje. Der er tale om mindre enheder end selve hjemmeplejeteamet, og inden for disse kontaktteams gives der udtryk for, at medarbejderne i høj grad kender de samme borgere. I nogle hjemmeplejeteams ses også en klar kobling mellem hjælpere og assistenter som "læringsmakkere". Begge dele fungerer som underinddelinger af hjemmeplejeteamet.

Andre steder lykkes det at finde en organisering, så kontaktperson og forløbsansvarlig i varige forløb med betydelig funktionsnedsættelse altid tilhører det samme kontaktteam (eller er såkaldte læringsmakkere). Her ses eksempler på hjælpere, der peger på, at det altid er den samme navngivne assistent, som er forløbsansvarlig ved de varige forløb med betydelig funktionsnedsættelse, hvor de selv er kontaktpersoner.

Her peger ressourcekoordinatorerne også på, at de ikke er så afhængige af, at det lige præcis er kontaktpersonen, som kan deltage i et milepælsmøde sammen med sundhedsenheden, så længe det bare er en anden fra kontaktteamet.

Parallelt med dette peges på, at forløbene fungerer langt bedre, *"når vi lige får talt sammen"*, eller når det er *"et forløb med en sygeplejerske, jeg kender"* – begge formuleringer er fra medarbejdere i hjemmeplejen.

Medarbejderne i sundhedsenheden lægger vægt på, at det er en stor fordel for udredning, målsætning og tildeling af rehabiliterende ydelser at have direkte dialog med en medarbejder fra hjemmeplejen, som kender borgeren. Det kan både være over længere tid, men det kan også være i de par dage, der kan være gået efter en udskrivelse, hvor borgeren har modtaget hjælp fra hjemmeplejen inden første sundhedsfaglige kontakt.

Hjemmeplejen peger omvendt på, at det er svært at levere de konkrete rehabiliteringsydelser og arbejde ud fra de mål, som er sat sammen med en borger, hvis der ikke har været nogen form for dialog mellem kontaktpersonen i hjemmeplejen og den bachelor fra sundhedsenheden, som har afholdt planlægningssamtalen, lagt planen og bestilt rehabiliteringsydelserne.

Det betyder, at forløbsmodellen ikke altid fungerer efter hensigten, når kontinuiteten bliver lav, fx når hverken kontaktperson eller forløbsansvarlig kender til hinanden og ved, hvem hinanden er, og eller ingen af dem oplever, at de reelt kender borgeren eller dennes situation.

Opfølgningssamtaler i hjemmeplejen

Der er blandede erfaringer med opfølgningssamtalerne i de varige forløb i hjemmeplejen. Kun i et enkelt område, hvor bachelorerne har sat opgaven i system, peges der på, at næsten alle opfølgningssamtalerne bliver afholdt. Andre steder er det svært at vurdere niveauet for afholdelse, og de hjælpere, som deltog i workshops, havde ofte ikke deltaget i mere end 4-5 opfølgningssamtaler siden modellens indførelse.

Ingen bachelorer i hjemmeplejen oplever, at alle medarbejdere i hjemmeplejen endnu mestrer opgaven med at holde selvstændige opfølgningssamtaler. Men de medarbejdere, som har mulighed for og fokus på at arbejde med opfølgningssamtalerne, oplever, at flere og flere kan varetage opgaven. Dog peger bachelorerne flere steder på, at de deltager i en stor andel opfølgningssamtaler sammen med medarbejderne i hjemmeplejen. Flere vurderer også, at der er medarbejdere i hjemmeplejen, som heller ikke på sigt vil komme til at varetage denne opgave, mens andre medarbejdere hurtigere har kunnet mestre opgaven. En bachelor i hjemmeplejen oplever det således i relation til hjælperne i hendes team:

I mit team er der tre, der kan [afholde opfølgningssamtalerne red.] selv ud af 20. Der er lang vej igen. Der er også nogen, der aldrig når det. (Sygeplejerske i hjemmeplejen)

Der er også forskellig opfattelse af, hvad der kommer ud af samtalerne, men nogle steder oplever man, at samtalerne fungerer rigtig godt, når de holdes. En bachelor i hjemmeplejen, som har stor erfaring med at tage med hjælperne ud til opfølgningssamtaler, oplever det således:

Der bliver talt om, hvad borgeren får ud af hjælpen, hvordan de pårørende oplever det selv. Er der noget, vi kunne køre lidt ned? For eksempel en borger, der gerne vil blive mere selvhjulpne og ikke ønsker, at der skal komme så mange i deres hjem. Så vi får fokus på, hvordan borgerne oplever deres forløb – og om der er noget, de gerne vil have anderledes fremadrettet. Jeg synes næsten altid, der kommer noget meget, meget godt ud af borgerkonferencerne. (Bachelor i hjemmeplejen)

Andre beskriver opfølgningssamtalen som en status på forløbet og en forventningsafstemning mellem borgeren og medarbejderen – i nogle tilfælde også en anledning til justering af forløbet.

Det løbende samarbejde mellem forløbsansvarlig og kontaktperson

Særligt i de korterevarende forløb, hvor den forløbsansvarlige er fra sundhedsenheden og kontaktpersonen fra hjemmeplejen, er der stort behov for, at de to kommunikerer og arbejder sammen. I beskrivelsen af forløbsmodellen står, at *"kontaktpersonen skal bidrage med løbende observationer om ændringer i borgerens tilstand og formidle det videre til den forløbsansvarlige"*, og at kontaktpersonen skal *"bidrage med sit kendskab til borgeren i forbindelse med udredningen, planlægningen og opfølgningen på borgerens forløb"*.

Workshop-runderne peger imidlertid på, at dette ofte ikke fungerer i praksis. Ikke fordi kontaktpersoner og forløbsansvarlige ikke ønsker at samarbejde og kommunikere, men snarere fordi der ikke er nogle naturlige arenaer, hvor det sker. I en hjælperes hverdag er det ikke tilstrækkeligt klart, hvordan og hvornår de helt konkret skal bidrage med hvad. Hvis medarbejderne mødes hos borgerne til milepælsmøder, opstår der samarbejde. Det er også forklaringen på, at der mange steder var et stort ønske fra hjemmeplejens medarbejdere om *"at komme sammen fra start"*. Men i en situation, hvor milepælsmøderne ikke afholdes i det tiltænkte omfang, og hvor kontaktperson og forløbsansvarlig måske heller ikke ved, hvem hinanden er, så sker den løbende koordination og samarbejdet ikke i praksis, som det var tiltænkt i modellen.

Sosu-hjælperne og bachelorerne i hjemmeplejen beskriver også, at det er en udfordring, at hjælpernes løbende observationer af ændringer skal kommunikeres på skrift og via elektroniske systemer til sundhedsenhederne. Hjælperne er ikke primært skriftligt orienterede medarbejdere. Og mange giver udtryk for, at de langt foretrækker direkte dialog og mundtlig kommunikation, særligt når det handler om en fornemmelse af, at noget måske ikke helt er, som det skal være ude hos en borger, eller hvis de har udfordringer med de rehabiliteringsydelse, som sundhedsenhedens medarbejdere har tildelt borgerne, og som hjemmeplejen skal udføre.

Forløbsmodellen fortolkes nogle steder som en matrix til opgavefordeling

Den største udfordring i relation til forløbsmodellen handler om, at den nogle steder fortolkes som en model, der skal fordele borgerne på organisatoriske enheder. Det kaldes en *"opgavefordelingsmatrix"*. Dialogen nedenfor, som er refereret fra en af de afholdte workshops, illustrerer de udfordringer, der kan opstå, når forløbsmodellen fortolkes på denne måde:

Hvis en borger i et varigt forløb udskrives op til weekenden, og der er nogle ændringer i medicinen og diverse andre ting, og hjemmeplejen har brug for, at der kommer en sygeplejerske ud, så kan det udfordre: Borgeren er i et varigt forløb og hører ikke til sundhedsenheden. Men hvem er det så, der skal tage den? Hjemmeplejen har jo ingen, der kan forholde sig til, om det her er en borger, der i virkeligheden skulle over i et enkelt eller et sammensat forløb i weekenderne. Og det er en udfordring. Når assistenterne kontakter sundhedsenheden om sådan en borger, kan der være sygeplejersker, som svarer: 'Nej, borgeren er i et varigt forløb, så det har jeg ikke noget med at gøre. Det tager vi så først stilling til på mandag'. (Hjemmeplejeleder)

Sundhedsenheden og hjemmeplejen skubber opgaver mellem hinanden. Når vi ringer til sundhedsenheden, siger sygeplejerskerne: 'Det her er jo et varigt forløb, du skal ringe til jeres egne sygeplejersker først'. (Sosu-assistent)

Jeg kan godt genkende problemstillingen. Folk forstår ikke forløbsmodellen. Hvis en borger i et varigt forløb med overdraget sygepleje udskrives med ændringer, så har assistenten lov til at kontakte sygeplejersken i sundhedsenheden og sige: 'Jeg kan ikke selv håndtere det her, jeg har brug for hjælp'. Og så skal den sygeplejerske tage opgaven. Det fordrer ikke nødvendigvis et forløbsskifte. (Sygeplejerske i sundhedsenheden)

Problemet er, at forløbsmodellen bliver brugt som en opgavefordelingsmatrix, og det var ikke hensigten. Men det er lidt det, vi kommer til, når vi siger: 'Nej, han er i et varigt forløb, ham vil jeg ikke have'. Det bliver brugt til at opdele, hvem der har ansvar ind i de forskellige typer af forløb. Og det er det, der er vores udfordring. (Leder af sundhedsenhed)

Dialogen illustrerer, at forløbsmodellen nogle steder bliver opfattet som et system, der fordeler borgeransvaret på de to enheder, hjemmeplejen og sundhedsenheden. Denne måde at se modellen på understøttes yderligere af, at hjemmeplejen har ansat bachelorer: Som assistenten ovenfor peger på, bliver hun bedt om at ringe til hjemmeplejens 'egne sygeplejersker' først, inden hun kontakter sundhedsenhedens sygeplejersker.

Eksemplet illustrerer de udfordringer, der kan opstå ved udskrivelser i en weekend. Men workshop-runderne pegede på, at det ikke kun er her, at denne type situationer opstår. Således peger både sosu-medarbejdere og bachelorer i hjemmeplejen på, at udfordringerne er mere generelle. En sygeplejerske i hjemmeplejen gengiver fx dette svar, som en hjælper fik, da hun ringede til sundhedsenheden om en borger i et varigt forløb. 'Hvorfor ringer du til mig om ham? Han er da jeres borger, og I har jo jeres egne sygeplejersker'.

Under flere workshops i lokalområderne var det tydeligt på sprogbrugen, at forløbsmodellens forløbstyper blev anvendt til at fordele borgerne i "jeres" og "vores" borgere. Flere steder var der den opfattelse, at hvis en borger var i varigt forløb, så kunne denne ikke samtidig modtage ydelser fra bachelorerne i sundhedsenheden, fx sygepleje. Det skal understreges, at denne måde at fortolke forløbsmodellen på *aldrig* har været intentionen med modellen. Og borgere i varige forløb kan godt modtage indsatser fra sundhedsenhederne. Ikke desto mindre blev "jeres"/"vores"-retorikken i relation til borgerne ofte brugt, når medarbejderne under workshops beskrev deres samarbejde og fordelingen af opgaver i hverdagen.

Opsamling

Forløbsmodellen er samlet set et stort og ambitiøst projekt, som tager sigte på at ændre en lang række ting, der griber langt ind i måden, som medarbejderne arbejder og samarbejder på, og måden de relaterer til borgerne på, bl.a. ved at introducere forløbsansvar, kontaktpersoner og milepælsmøder med borgerne.

Forløbsmodellen indfører individuelt medarbejderansvar i borgerforløbene. Det betyder, at bachelorer og sosu-assistenten skal kunne gå fra at levere ydelser til at kunne levere forløbsledelse i sammenhængende, rehabiliterende borgerforløb. Sosu-hjælperne skal ikke levere forløbsledelse, men skal i alle varige forløb med moderat funktionsnedsættelse fungere som borgerens navngivne kontaktperson, herunder kunne afholde årlige opfølgningssamtaler (understøttet af deres leder og/eller bachelorerne i hjemmeplejen).

Modellen er bygget op omkring et skifte fra, at medarbejderne mødtes – i forskellige konstellationer og med forskellige frekvenser – og talte *om* borgerne, til en situation, hvor de nu i stedet skal mødes hos borgerne og tale *med* borgerne.

Implementeringen af forløbsmodellen blev påbegyndt i 2016, men det er væsentligt at se den som den meget omfattende og langvarige omstillingsproces, den er. Implementeringsprocessen var fra start anslået til at vare frem til medio 2017, men blev undervejs forlænget til udgangen af 2017, hvorefter implementerings- og forankringsfasen så yderligere blev udvidet til også at omfatte 2018. Forløbsmodellen er fortsat en del af Sundhed og Omsorgs prioriterede indsatsområder i 2019, fordi implementering og forankring af modellen stadig er i gang.

4.3 Samarbejdet mellem sundhedsenhederne og hjemmeplejen

Den eksterne konsulentrapport, som danner afsæt for denne analyse, påpeger, at samarbejdet mellem sosu-medarbejdere i hjemmeplejen og bachelorer i sundhedsenhederne ikke altid fungerer som tiltænkt i beskrivelserne i forløbsmodellen, og at der er stor variation mellem såvel områder som mellem teams. VIVEs empiriindsamling kan kun bekræfte dette.

De to foregående afsnit om henholdsvis bachelorerne i hjemmeplejen og forløbsmodellen i praksis har også peget i denne retning, idet begge temaer berører samarbejdet mellem bachelorer i sundhedsenhederne og sosu-medarbejdere i hjemmeplejen. Således er mange aspekter af samarbejdet mellem sundhedsenhederne og hjemmeplejen behandlet i de to foregående afsnit.

I dette afsnit fokuseres på de primære arenaer for samarbejdet i afsnit 4.3.1, og herefter beskrives et eksempel på en konferencestruktur i et team i et lokalområde i afsnit 4.3.2, som adskiller sig på flere punkter. Endelig opsummeres medarbejdere og lederes oplevelser af samarbejdet i afsnit 4.3.3, som det løbende er beskrevet i de to foregående afsnit.

4.3.1 De primære arenaer for samarbejde

Der er grundlæggende tre arenaer for samarbejdet omkring borgerforløbene:

- Møderne *med* borgerne i form af milepælsmøderne i forløbsmodellen.
- Møder *om* borgerne, som holdes i forskellig grad og form.
- Løbende ad hoc-kontakt mellem medarbejdere og mellem medarbejdere og borgere.

Løbende ad hoc-kontakt mellem hjemmeplejen og sundhedsenhederne

Arbejdet omkring borgerne kræver en tæt koordination mellem medarbejderne i de to enheder. Det er bachelorer i sundhedsenheden, der udreder borgerene og tildeler ydelser, og de er ansvarlige for, at der sættes mål og lægges planer for borgernes forløb i samarbejde med borgerne. Men i hverdagen er det sosu-medarbejdere, der leverer alle servicelovs-ydelserne og godt 40 % af sygeplejen (jf. Tabel 4.5). Desuden er det hjemmeplejens medarbejdere, som har langt den største borgerkontakt: De er både mange flere medarbejdere end sundhedsenhederne (jf. Tabel 3.1), og de har langt mere direkte borgertid (jf. tidsregistreringen foretaget i den eksterne konsulentrapport¹⁹). Det er derfor også hjemmeplejens medarbejdere, som er helt centrale i arbejdet med tidlig opsporing af alt fra hverdagsindikatorer på faldende funktionsniveau og begyndende sygdom, mens det er bachelorerne, som qua deres uddannelse skal sikre, at observationer bliver koblet med refleksioner, handlinger og opfølgning, hvis tidlig opsporing og forebyggelse af yderligere sygdom eller funktionstab skal lykkes.

Samlet set betyder dette, at et tæt, løbende og dialogbaseret samarbejde mellem sosu-medarbejdere og bachelorer i sundhedsenhederne er af afgørende betydning for, om en kommune kan lykkes med såvel de rehabiliterende som forebyggende opgaver.

Workshop-runderne peger ikke overraskende på, at det i langt højere grad er sosu-medarbejderne, som har de korteste uddannelser og oftest er ude hos borgerne, der oplever det største behov for samarbejde med bachelorerne. Men det er langt fra altid lige nemt for sosu-medarbejderne at få etableret dette samarbejde. De oplever, at mange arbejdsgange er baseret på skriftlig kommunikation – ikke mellem konkrete medarbejdere, men mellem enheder. Især hjælperne giver udtryk for, at de finder det udfordrende – og tidskrævende – at skulle skrive frem og tilbage.

På tværs af workshops berettes der om, at medarbejdere på tværs af de to enheder gør mange andre ting end at skrive: De forsøger at fange hinanden på telefon, de hiver fat i en sygeplejersker eller terapeut, som de ser ude på rute, til møder eller andre steder. Det er også tydeligt, at de hjemmeplejeteams, der deler matrikel med sundhedsenhederne, er meget glade for at have dem så fysisk tæt på, mens hovedparten af de 38 hjemmeplejeteams ikke deler matrikel med sundhedsenheden i området.

Der er forskellige perspektiver på den løbende ad hoc-kontakt. På den ene side ser en del ledere det som positivt, når deres medarbejdere griber fat i og fanger hinanden på ad hoc-basis. På den anden side peges der også på, at behovet for koordination og samarbejde er så stort, at det fører til en situation, hvor mængden af afbrydelser i hverdagen kan blive meget stor – særligt for sygeplejerskerne i sundhedsenhederne. Og der peges på, at denne 'afbrydelseskultur' ikke nødvendigvis er den mest effektive måde at sikre samarbejde og koordination på. Men sosu-medarbejderne oplever ikke, at de har så mange andre muligheder for at få det samarbejde og den dialog med bachelorerne i sundhedsenheden, som de oplever at have behov for. Denne situation er givetvis en af de væsentlige årsager til, at sosu-medarbejderne er så positive over for ordningen med at have tilgængelige bachelorer i hjemmeplejen.

Møder med borgerne er beskrevet i afsnit 4.2. Her peges på, at milepæls møderne overvejende opleves positivt, når de finder sted – særligt hvis de finder sted helt i starten af forløbene med deltagere fra både hjemmepleje og sundhedsenhed. Udfordringen er primært, at dette – ifølge

¹⁹ På basis af tidsregistreringer i udvalgte områder og teams udgør den gennemsnitlige direkte borgertid ca. 65 % af fremmødetiden i hjemmeplejen, men den tilsvarende direkte borgertid for sygeplejersker er på ca. 33 % (med en variation på mellem 31 % og 40 %), og den direkte borgertid for terapeuter er ca. 23 % (varierer fra 19 % til 29 %). Variationen er betydelig, men samlet set er der ingen tvivl om, at hjemmeplejen har langt mere direkte borgertid end sundhedsenhederne.

medarbejderne – langt fra lykkes i det tiltænkte omfang. (Det skal bemærkes, at der ikke er krav om, at hjemmeplejen skal deltage ved første sundhedsfaglige kontakt).

Møder om borgerne skulle egentlig have været erstattet af milepælsmøder *med* borgerne i forbindelse med indførelsen af forløbsmodellen. Under den forrige organisering inden indførelsen af forløbsmodellen – kaldet "Grib hverdagen" – havde man afholdt tværgående møder i større fora, som en del medarbejdere, særligt i sundhedsenhederne, ikke oplevede som en effektiv måde at samarbejde og kommunikere på. Erfaringerne med de tidligere tværgående møder under "Grib hverdagen" er under workshops ofte blevet fremhævet som begrundelsen for at gå fra at mødes *om* borgerne til at mødes *med* borgerne.

Imidlertid har det vist sig, at der blandt medarbejderne er et behov for at mødes *om* borgerne. Både fordi milepælsmøder *med* borgerne ikke altid holdes som tiltænkt, og fordi der opleves et behov for at drøfte alt fra forløbsskifte til håndtering af forløb, som udfordrer (ikke mindst af mere sociale end egentlig sundhedsfaglige årsager).

Det har ført til en situation, hvor der i dag holdes forskellige former for møder på tværs af enhederne. På basis af workshop-runderne er det VIVEs indtryk, at variationen på dette område er meget stor. Men det vurderes, at langt de fleste af disse møder er teammøder i hjemmeplejen, hvor de bachelorer fra sundhedsenheden, som i mere eller mindre formaliseret grad er tilknyttet teamet, deltager, hvis de har tid. Flere steder peges der på, at det sidste kan være en udfordring. Frekvensen er alt fra flere gange om ugen til én gang hver anden uge. Flere steder peger man dog på, at det ikke er muligt at mødes på samme tid, fordi hjemmeplejen og sundhedsenhederne planlægger dagen og arbejdet forskelligt.

4.3.2 Særlig organisering af tværgående fælles forløbskonferencer i Skelager

Under workshop-runderne blev der i lokalområdet Christiansbjerg peget på Skelager, hvor der er udviklet en lidt anderledes mødestruktur i et samarbejde mellem hjemmeplejeteamet og sundhedsenheden. Det skal siges, at der i mange andre lokalområder og hjemmeplejeteams også er forskellige former for teammøder, hvor medarbejdere fra sundhedsenheden deltager i varierende omfang. Ud fra de indsamlede informationer i forbindelse med fase 1 adskilte modellen i Skelager sig dog på flere punkter, hvorfor den er beskrevet i dette afsnit. For det første lægges der stor vægt på, at det er *fælles* møder og ikke teammøder i hjemmeplejen, hvor nogle af sundhedsenhedens medarbejdere deltager, hvis de kan. For det andet er der ledelsesdeltagelse på konferencerne, ofte både fra hjemmeplejen og sundhedsenheden. Og for det tredje holdes konferencerne to gange ugentligt.

Sundhedsenhedens medarbejdere er fordelt, så de er tilknyttet én af de fire matrikler, som hjemmeplejens teams har til huse på. Siden foråret 2019 har medarbejdere i sundhedsenheden, som hører til hjemmeplejeteamet i Skelager, og medarbejdere i teamet samt en leder fra sundhedsenheden og lederen af hjemmeplejeteamet mødtes hver tirsdag og torsdag i 30 minutter midt på dagen for at drøfte borgersager på en fælles forløbskonference.

Baggrunden for forløbskonferencerne i Skelager

Baggrunden for at holde forløbskonferencer to gange ugentligt med ledelsesdeltagelse var ifølge de to ledere, at samarbejdet mellem hjemmeplejen og sundhedsenheden var dårligt. Begge ledere beskriver, at der var mange konflikter og skænderier mellem medarbejderne, som bl.a. bundede i forskellige fortolkninger af forløbsmodellen. Der var fx udfordringer med forløbsskiftet fra de korterevarende forløb til varige og omvendt samt en oplevelse af, at forløbene "*kørte frem og tilbage*".

Forløbskonferencerne var et middel til at få medarbejderne tættere på hinanden og opbygge relationer, kendskab og viden om hinandens arbejdsbetingelser. Lederne ønskede at skabe et forum for faglige og saglige drøftelser omkring borgerforløb og valgte derfor selv at lede forløbskonferencerne.

Udvælgelsen af borgerforløb til forløbskonferencerne i Skelager

De borgerforløb, der drøftes på konferencerne, er dem, der volder udfordringer, og dem, der står over for et forløbsskifte. Det sidste sikrer, at man får vendt forløbsskiftet, inden den ene eller den anden enhed skifter borgerens forløb (og dermed overdrager forløbsansvaret til den anden enhed). Det betyder i praksis, at eventuelle spørgsmål eller løse ender, der skal afklares inden forløbsskiftet, kan blive drøftet, og at der er enighed om skiftet, inden det foretages. Desuden handler det ofte om nye borgere, hvor der er behov for at komme både tidligt og rigtigt i gang med forløbet. Lederne peger på, at det samlet set er de forløb, hvor der er behov for, at hjemmeplejen og sundhedsenheden bliver afklarede og enige om målet med forløbet, og det sikres, at der er en fælles tilgang til borgeren.

Ifølge lederne er det ofte borgere med psykiatiske problemer, som drøftes på møderne. Tidligere skabte disse forløb udfordringer og kostede megen tid, fordi de rummer en lang række udfordringer både i forhold til borgernes situation og funktionsevne og – ikke mindst – i forhold til pårørende.

Konkret fungerer udvælgelsen af borgere til konferencerne sådan, at der er en tavle, som både hjemmeplejens og sundhedsenhedens medarbejdere kan skrive borgere på, som de ønsker drøftet på næste møde. Begge enheder gør det ca. lige meget, og ofte er enhederne enige om, hvem der skal skrives på.

Deltagerne i forløbskonferencerne i Skelager

Alle sygeplejersker og terapeuter tilknyttet Skelager, som er på arbejde den pågældende dag, har mødet i deres kalender. Ifølge lederne er det kun sket få gange, at en sygeplejerske fra sundhedsenheden ikke har kunnet deltage. Og her opleves det som en fordel, at der er to korte ugentlige møder, fordi det gør det lettere at udskyde drøftelsen til næste forløbskonference.

Hjemmeplejen deltager med de to bachelorer tilknyttet teamet, ca. 2-3 medarbejdere samt en ressourcekoordinator. Det sidste har den fordel, at hvis det besluttet på mødet, at der er behov for en borgerkonference, så kan det planlægges med det samme. De medarbejdere, der deltager, er dem, der er involveret i de forløb, som drøftes på forløbskonferencen. Hvis borgerne er skrevet på listen til mødet senest dagen før, kan man som regel nå at få de rette medarbejdere med. Hvis det ikke lykkes, er det oftest borgerforløb, som bachelorerne i hjemmeplejen kender til, og de deltager altid i møderne.

Alt afhængig af, hvilken borger der er tale om, kan der også være diætist, borgerkonsulent eller demenskoordinator med, og borgerkonsulenterne kan også skrive borgerne på tavlen til møderne.

Forløbskonferencernes frekvens i Skelager

Lederne oplever, at tempoet og udviklingen omkring borgerne i forløb går stærkt. Hvis møderne skal fungere som en effektiv arena for at afklare, beslutte og handle rettidigt, så er et ugentligt møde for lidt. Der er hele tiden mange nye borgere og mange hurtige udskrivelser, og lederne oplever, at det er nødvendigt at kunne agere og afklare udfordringer hurtigt og i fællesskab.

Forløbskonferencernes forløb og ledernes rolle i Skelager

Ledelsen holder skarpt på, at forløbskonferencerne varer (maksimalt) 30 minutter. Det kræver en del ledelsesmæssig styring, og at der med tiden er opbygget en fælles kultur og forståelse af forløbskonferencernes formål og forløb.

Der er normalt 4-6 borgere på listen til forløbskonferencerne. Enkelte gange har der været 2 som det laveste antal og 8-10 som det højeste. I så fald prioriteres mellem, hvem der eventuelt kan vente til næste konference. Men tidsgrænsen på de 30 minutter overholdes.

Det er en leder, der styrer forløbskonferencerne – ofte lederen af hjemmeplejen. Han fortæller, at han prioriterer det højt, fordi det sender et vigtigt signal til medarbejderne om, at samarbejdet og fremdriften i de borgerforløb, der udfordrer, har stor ledelsesmæssig bevågenhed. Det bekræfter den sygeplejefaglige leder af sundhedsenheden, som også deltager i møderne.

Desuden er der i nogle af de udfordrende forløb behov for, at en leder er til stede, som kan skære igennem og træffe en beslutning. Men lederne peger også på, at forløbskonferencerne giver dem væsentligt mere viden om borgerforløbene ved at deltage i møderne, og de oplever, at de kommer tættere på driften. Desuden har deres fælles synlighed og deltagelse haft den effekt, at medarbejderne i begge enheder nu er begyndt at gå til hinandens ledere, dvs. en medarbejder fra sundhedsenheden kan henvende sig til en leder i hjemmeplejen og omvendt.

Møderne har udviklet sig i det godt halve år, de har været i gang. Lederne oplever, at de er blevet skarpere på både form og indhold. De lægger stor vægt på den tidsmæssige ramme: At det er to gange ugentligt, og at man starter og slutter til tiden. Der er ikke nogen fast skabelon for, hvordan man fremlægger data om en borger, men alle ved, hvor lang tid der er til forløbskonferencerne, og at man ikke går over tid. Derfor er det vigtigt at komme frem til kernen i en borgersag og få truffet de beslutninger eller afklaret det, som er vigtigt.

Fordelene og ulemper ved forløbskonferencerne i Skelager

Lederne oplever en række fordele ved forløbskonferencerne. Det primære er den positive virkning på samarbejdet og arbejdsmiljøet. Ifølge lederne er det de relationer mellem medarbejderne, som forløbskonferencerne har skabt, der har givet stor effekt. De oplever, at det har skabt en forståelse og en velvillighed, som er værdifuld for borgerforløbene.

Men de oplever også, at der er kommet mere fremdrift og ledelsesbevågenhed på de forløb, som volder udfordringer. Lederne oplever, at det skyldes, at medarbejderne nu hurtigere får hinanden i tale, lavet aftaler og samarbejder mere om fx opdatering af journalen, og at lederne er tydelige og synlige på alle møderne, skærer igennem og træffer beslutninger om forløbene, når der er behov for det.

Det skyldes dog også, at kommunikationsvejene er forbedret. Tidligere var det svært at gennemskue for mange medarbejdere, hvad der skete med det, de skulle kommunikere skriftligt om, og det var ikke altid klart, hvilke personer de skrev til, eller hvem der tog sig af det. Desuden oplever lederne, at forløbsmodellen lægger op til, at meget kommunikation og koordination skal foregå på skrift, via journalen eller via telefon. Lederne oplever imidlertid, at det ikke er hensigtsmæssigt at basere samarbejde og koordination for meget på skriftlig kommunikation, fordi mange medarbejdere i hjemmeplejen ikke er skriftligt orienterede og derfor har svært ved denne samarbejdsform. Således oplever ledere (og de deltagende medarbejdere i det interview, som VIVE har foretaget med medarbejdere, som deltog i et møde), at de har mindre behov for at skrive frem og tilbage om forløb for at kommunikere, samarbejde og koordinere. Det opleves som en lettelse.

Ledere og medarbejdere, som er blevet spurgt til forløbskonferencerne, peger ikke selv på oplevede ulemper. Men for organisationen samlet set udgør forløbskonferencerne et ressourcetræk. Det er muligt, at det samlede ressourcetræk ved *ikke* at holde to ugentlige møder på 30 minutter, hvor man får skabt fremdrift, truffet beslutninger, koordineret, planlagt borgerkonferencer og skabt relationer, overgår den tid, der bruges på konferencerne. Det er også muligt, at *fælles forløbskonferencer* i høj grad kan erstatte andre møder, som reelt måske er mindre effektive i forhold til et mål om at skabe gode og velkoordinerede forløb, hvis man kigger kritisk på dem. Ingen af delene kan denne analyse afgøre. Men ressourcetrækket i forbindelse med enhver form for samarbejds- og koordinationspraksis er væsentligt at tage med i en samlet betragtning.

4.3.3 Oplevelser af samarbejdet

Samarbejdet mellem sundhedsenhederne og hjemmeplejen var udvalgt som tema for denne analyse, fordi den eksterne konsulentrapport havde peget på, at der var udfordringer på dette område, og at der ligger et potentiale i at skabe klare rammer for et bedre og ikke mindst mere effektivt samarbejde i hverdagen. Derfor kan det ikke undre, at der under workshop-runderne blev peget på en lang række udfordringer omkring samarbejdet, som det fremgik af analyserne i afsnit 4.1 om sygeplejersker og terapeuter i hjemmeplejen og afsnit 4.2 om forløbsmodellen i praksis.

Først og fremmest skal det bemærkes, at det er medarbejderne i hjemmeplejen, som oplever det største behov for samarbejde. Og dermed er det også dem, der oplever de største udfordringer. Behovet for tættere samarbejde udspringer bl.a. af, at der i 30 % af alle varige forløb leveres ydelser fra sundhedsenhederne – altså er der en stor andel af forløbene, hvor begge enheder kommer i de samme hjem.

På den ene side giver bachelorerne hjemmeplejens medarbejdere meget af den tilstedeværelse og fleksible problemløsning, de giver udtryk for at have behov for. På den anden side har det også betydet, at medarbejderne i hjemmeplejen i praksis har mindre kontakt med bachelorerne i sundhedsenheden, end de ellers ville have, hvis der ikke var bachelorer i hjemmeplejen.

Det skal understreges, at VIVE ikke vurderer, at udfordringerne omkring samarbejdet handler om, at medarbejderne ikke ønsker at arbejde tværfagligt. Udfordringerne handler snarere om medarbejdernes oplevelse af de konkrete rammer, der reelt er omkring samarbejdet lokalt i praksis.

Samarbejdet beskrives som særligt godt i de enkelte borgerforløb, hvis det lykkes at komme *"sammen fra start"* ude hos borgerne. Men jf. forløbsmodellen sker det dog ikke ofte.

Samarbejdet bærer nogle steder tydeligt præg af, at forløbsmodellen ses som en såkaldt *'opgavefordelingsmatrix'*, hvilket fører til, at borgerne og de opgaver, der skal løses i relation til deres forløb, omtales som *"jeres"* og *"vores"* i både sundhedsenheder og hjemmeplejen. Det fører også til udfordringer i relation til forløbsskiftet – både fra korterevarende til varige forløb og omvendt.

Endelig bærer ledere og medarbejders beskrivelser af samarbejdet præg af, at de oplever en høj og stigende grad af organisatorisk kompleksitet. To citater kan illustrere dette:

Der er ingen tvivl om, at man har tænkt noget godt med forløbsmodellen og med journalen og med de instrukser, der er. Men der er så mange nu, og de taler nogle

*gange nærmest imod hinanden. Man har simpelthen ikke fået medarbejderne med.
(Kvalitetssygeplejerske)*

Det er koordineringen, der er svær og kompleks, mere end vores borgerforløb. Nogle gange kan man drømme sig tilbage til en tid, hvor vi ikke havde opdelt sundhedsenhed og hjemmepleje, men havde tværfaglige enheder. Der var der relationer på tværs. Lige nu opererer vi med, at vi skal ansætte specialsygeplejersker til at sikre gode overgange også internt i vores organisation. Men jeg tænker: Der er et eller andet galt, hvis vi skal ansætte specialister til at sikre, at vi har gode overgange lokalt. Er det så ret beset vores organisering, der er forkert? (Viceområdechef)

Denne udvikling er ikke unik for Aarhus Kommune, men ses generelt i kommunerne²⁰. Men den er væsentlig at være opmærksom på i relation til anbefalingerne. Reduktion af organisatorisk kompleksitet er således væsentlig i forhold til at reducere tid til planlægning og koordination – og i det hele taget øge tiden til det direkte borgerrelaterede arbejde, uden at hverken koordination eller planlægning nedprioriteres. Målet er således at reducere den tid, der samlet set skal bruges på planlægning, koordinering og samarbejde ved at gøre arbejdsgange og arenaer til mindre komplekse og samlet set mindre tidskrævende.

²⁰ Denne udvikling er beskrevet i Vinge, S.: "Kompleksitet i den kommunale sygepleje", VIVE 2018.

5 anbefalinger

Analysen har vist, at de tre temaer – anvendelsen af bachelorer i hjemmeplejen, forløbsmodellen i praksis samt samarbejde og organisering på tværs mellem hjemmeplejen og sundhedsenhederne – er nært forbundne. Derfor udgør anbefalingerne et samlet hele, hvor en stor og kompleks organisation anbefales ændret på en række punkter. I dette kapitel præsenteres anbefalingerne. I det omfang, det er muligt, enten beregnes eller estimeres de økonomiske konsekvenser herved.

En vigtig ledetråd på tværs af anbefalingerne har været at reducere den organisatoriske kompleksitet, bl.a. ved at skabe mere kontinuitet og samarbejde mellem mindre grupper af medarbejdere og en mere tydelig ramme omkring samarbejdet på tværs af enheder. Samlet set tager anbefalingerne sigte på reducere kompleksiteten for bl.a. at kunne reducere den tid, som medarbejderne skal bruge på at sikre koordination, samarbejde og planlægning. Det handler således ikke kun om at levere mindre planlægning, koordinering eller samarbejde, eller om at medarbejderne skal gøre det samme på mindre tid. Målet er at skabe en organisering, arbejds-gange og systemer, som reelt letter opgaven med at planlægge, koordinere og samarbejde i en omskiftelig hverdag, hvor stadigvæk svagere og sygere borgere skal have et godt liv i eget hjem.

Afsnit 5.1-5.3 indeholder en gennemgang af anbefalingerne til de tre temaer i denne analyse: Anvendelsen af bachelorer i hjemmeplejen, samarbejde og organisering på tværs af hjemmepleje og sundhedsenheder, og forløbsmodellen.

- Da disse tre afsnit løbende præsenterer en lang række anbefalinger, er alle anbefalinger markeret med punkttegn for at lette læsningen og gøre det nemmere at finde de konkrete anbefalinger.

Kapitlet afsluttes med et samlet overblik over de ressourcemæssige konsekvenser samt mulige variationer inden for forskellige scenarier i afsnit 5.4.

5.1 Anbefalinger vedrørende bachelorer i hjemmeplejen

Anbefalingerne vedrørende bachelorerne i hjemmeplejen har tre elementer, der her præsenteres kort inden de uddybes og begrundes i de følgende afsnit.

I afsnit 5.1.1 præsenteres anbefalinger til ændring af *bachelorernes opgaver* i hjemmeplejen. Her anbefales det at ændre bachelorernes opgaver, så de får en mere entydig profil, der understøtter Sundhed og Omsorgs oprindelige intentioner med ordningen: styrkelse af fagligheden i hjemmeplejen via kompetenceudvikling af medarbejderne. På den ene side anbefales det derfor, at medarbejderne ikke skal varetage opgaver, hvor de indgår i hverdagens driftsopgaver relateret direkte til borgerforløbene. På den anden side anbefales det at give bachelorerne ansvaret for al implementering og fastholdelse af nye faglige tiltag, arbejds-gange, dokumentationspraksis og forløbsmodel. Dette forslag er baseret på en ny arbejdsdeling i forhold til udvikling, implementering og fastholdelse af ændringer, som præsenteres i afsnit 5.1.2, og som også har afledte konsekvenser for implementeringsmedarbejdere andre steder i Sundhed og Omsorg.

I afsnit 5.1.3 præsenteres anbefalinger til ændring af *antallet af bachelorer i hjemmeplejen* og – som følge heraf – anbefalinger til ændring af *antallet implementeringsmedarbejdere* andre

steder i Sundhed og Omsorg. Det anbefales at ændre antallet af bachelorer i hjemmeplejen, så der fremover bliver én model i alle hjemmeplejeteams på tværs af lokalområder. Dette er en forudsætning for at sikre såvel en effektiv model som at ordningen kan løfte opgaverne i relation til implementering og fastholdelse af ændringer i praksis. VIVE anbefaler derfor, at antallet af bachelorer justeres, så der fremadrettet bliver 1 sygeplejerske og 1 terapeut i hvert hjemmeplejeteam (i stillinger på 28-37 timer), og at antallet af øvrige implementeringsmedarbejdere reduceres. De økonomiske konsekvenser af denne anbefaling præsenteres i afsnit 5.1.4.

Afsnit 5.1.5 indeholder anbefalinger vedrørende *ledelsen af ordningen med bachelorer* i hjemmeplejen. Det anbefales at ændre ledelsesreferencen for bachelorerne i hjemmeplejen, så alle bachelorer får direkte reference til lederen af det hjemmeplejeteam, de er ansat i, og at ingen bachelorer således ansættes på tværs af flere hjemmeplejeteams. Desuden anbefales det at etablere en tværgående styring og koordination af bachelorerne opgaver i hjemmeplejen. Ordningen med bachelorer i hjemmeplejen kræver et tværgående perspektiv for at kunne sikre, at de mange stordriftsmuligheder udnyttes i praksis på tværs af 38 hjemmeplejeteams, så alt fra undervisningsmateriale til systematisk sikring af opfølgningssamtalernes afholdelse kun udvikles én sted og anvendes ensartet, i stedet for at bachelorerne i hvert team i samarbejde med deres lokale leder udvikler egne systemer og arbejdsgange. Denne styringsopgave rummer dog ikke direkte personaleansvar for bachelorerne. Det ligger hos lederne i hjemmeplejen. Men der ligger lang en række opgaver hos bachelorerne, som kræver løsning på tværs af Sundhed og Omsorg, hvis ordningen skal være effektiv, og som den enkelte leder i hjemmeplejen ikke har nogen mulighed for at løse. Således skal den tværgående styring sikre en både ensartet opgavevaretagelse samt realisering af stordriftsfordele blandt bachelorerne på tværs af Sundhed og Omsorg. De økonomiske konsekvenser af denne anbefaling opsummeres i afsnit 5.1.6.

5.1.1 Anbefalinger til ændringer af bachelorerne opgaver

Formålet med at ansætte bachelorer i hjemmeplejen var at forbedre den løbende kompetenceudvikling af medarbejderne i hjemmeplejen. I Aarhus Kommune såvel som i mange andre kommuner, hvor hjemmepleje og bachelorer er organiseret hver for sig, oplever medarbejderne i hjemmeplejen et stort og voksende behov for at have tæt kontakt med og adgang til bachelorerne, særligt til sygeplejerskerne.

Analysen peger på, at indførelsen af bachelorer i hjemmeplejen har været en succes set med hjemmeplejens øjne. Her lægger både medarbejdere og ledere stor vægt på betydningen af det personlige kendskab og relationen mellem medarbejdere og bachelorer i hjemmeplejen som en afgørende årsag til successen. Bachelorerne peger på, at det tager tid at opbygge relationer til medarbejderne, så de føler sig trygge og kommer til bachelorerne med deres spørgsmål, tvivl og udfordringer, således at følgeskabet får den maksimale kompetenceudviklende effekt.

Analysen viser også, at der er betydelig variation i bachelorerne opgaver i praksis, særligt med hensyn til, i hvilket omfang de løser forskellige typer af borgerrelaterede opgaver i hverdagen. Det kan være alt fra at aflaste assistenter, være "bagstopper" på kommunikation i form af adviser og tværfaglige korrespondancer eller løsning af konkrete udfordringer i borgerforløb. I varierende omfang varetager bachelorerne også opgaver i relation til praktisk planlægning og indkaldelse til milepæl 4 i forløbsmodellen: opfølgningssamtalerne i varige forløb. Alle steder varetager bachelorerne borgerrelaterede opgaver i relation til opfølgning på delegerede sygeplejeydelser i varige forløb samt opgaven "problemidentifikation" i forbindelse med et muligt forløbskifte fra et varigt til et korterevarende forløb.

Nogle driftsopgaver – fx ”problemidentifikation” og opfølgning på overdraget sygepleje – er placeret hos bachelorerne, jf. deres funktionsbeskrivelse. Andre drifts- og implementeringsopgaver er på mere uformel vis i større eller mindre grad ved at blive bachelorerne. Bachelorerne peger også selv på, at de ofte får opgaver, som ligger i en gråzone mellem implementering og kompetenceudvikling, hvor det er vanskeligt at afgøre, hvad der egentlig er hvad.

I praksis fører det nogle steder til, at bachelorerne følgeskab med hjemmeplejens medarbejdere bliver nedprioriteret. Det er bl.a. baggrunden for, at man i et lokalområde har valgt at ’indhegne’ følgeskabet ved at øremærke ca. halvdelen af bachelorerne arbejdstid til følgeskab (3 timer hver formiddag, i alt 15 timer om ugen). Denne tydelige ramme er sat for at sikre, at følgeskabet ikke bliver nedprioriteret i hverdagen, hvilket let kan ske, når andre driftsnære opgaver trænger sig på.

Endelig viser analysen, at der er betydelig variation i antallet af bachelorer pr. hjemmeplejeteam; variation i hvorvidt de dækker ét eller flere teams, samt hvilke faglige baggrunde de har. Fra start har det ikke været intentionen, at antallet af bachelorer i hjemmeplejen skulle variere. Men over tid er der sket en udvikling, hvor områderne i forskelligt omfang har udvidet den oprindelige ordning med egne midler, og desuden er der tilkommet midler fra værdighedsmilliarden. Samtidig har nogle områder haft behov for at udarbejde mere udførlige beskrivelser af bachelorerne opgaver, netop fordi ordningen er relativt ny, og der er et stort pres på medarbejderne for at løse mange forskellige typer af opgaver.

Samlet set har dette ført til en situation, hvor der i dag er meget betydelig variation i antallet af bachelorer i hjemmeplejen – og følgelig også i deres kontakt til medarbejderne og i deres opgaveportefølje. Disse forskelle kombineret med, at der ikke er en tværgående styring af ordningen, gør det vanskeligt at arbejde ensartet på tværs af områderne i relation til fx klyngernes tværgående opgaveløsning, at anvende ensartede metoder og systematikker – og dermed opnå stordriftsfordele.

På denne baggrund anbefaler VIVE, at bachelorerne opgaver ændres på fire områder.

Alle borgerrelaterede driftsopgaver fjernes fra bachelorerne stillinger

- For det første anbefaler VIVE, at alle borgerrelaterede driftsopgaver fjernes fra bachelorerne stillinger.

Det gælder både dem, de har fået eller har taget på sig, som tiden er gået, såvel som de borgerrelaterede driftsopgaver der er inkluderet i den nuværende funktionsbeskrivelse, såsom opgaven med problemidentifikation og opfølgning på overdraget sygepleje i varige forløb. Det gælder også de kontakter, som bachelorerne har med hjemmeplejens medarbejdere, hvor bachelorerne ender med at overtage opgaver i borgerforløb fra medarbejderne. Disse kontakter med hjemmeplejens medarbejdere kaldes her *kompenserende* i modsætning til *kompetenceudviklende*. Der er en glidende overgang mellem de to typer af kontakter, men et entydigt ledelsesfokus på at undgå, at bachelorerne kommer til at arbejde kompenserende, er væsentligt.

En del forskellige og delvist ad hoc-prægede driftsopgaver har aldrig formelt været flyttet til bachelorerne i hjemmeplejen. Men bachelorerne varetager dem alligevel i varierende omfang i hverdagen som beskrevet i analysen i kapitel 4. Derfor vil anbefalingen om at fjerne driftsopgaver fra bachelorerne i hjemmeplejen i varierende omfang påvirke andre grupper af medarbejdere.

I hjemmeplejen vil det nogle steder særligt påvirke assistenterne, idet det primært er dem, som sygeplejerskerne aflaster med de driftsopgaver, de nogle steder løser. I det omfang bachelorerne i dag reelt er blevet en aflastning af assistenterne i hverdagen ved at udføre driftsopgaver, være 'bagstoppere', tjekke TVK'er mv., vil det disse steder få konsekvenser for assistenterne, når bachelorerne ikke længere løser opgaver for dem og kompenserer ved travlhed, vakancer eller bare almindelig opgaveglidning.

Det skal bemærkes, at det aldrig har været intentionen eller en del af bachelorerne funktionsskildring, at de skulle varetage denne form for driftsopgaver. Men de kvalitative data tyder på, at de varetager disse driftsopgaver i meget varierende omfang.

For sygeplejerskerne i sundhedsenheden vil det også få konsekvenser, at opfølgning på overdraget sygepleje flyttes fra bachelorerne tilbage til dem, som i første omgang har overdraget opgaverne til hjemmeplejen. I funktionsskildringen for bachelorer i hjemmeplejen står følgende:

Sygeplejersken varetager løbende opfølgning på den/de overdragede sygeplejeindsatser – primært i de varige forløb – og har et overblik over de samlede sygeplejeindsatser i forløbet. Opfølgningen skal ske ud fra de faglige mål/handlingsanvisninger i et tæt samarbejde med den/de sosu-hjælpere og sosu-assistenten, der udfører sygeplejeindsatsen(erne) i borgerforløbet. Ved behov afslutter sygeplejersken den overdragede sygeplejeindsats.

På trods af dette nævner sygeplejerskerne i hjemmeplejen oftest opfølgningen på overdraget (delegeret) sygepleje som en borgerrettet driftsopgave, der ikke rummer kompetenceudvikling af medarbejderne i hjemmeplejen. Det tyder på, at det ikke altid lykkes at foretage opfølgningen i et "tæt samarbejde med" de sosu-medarbejdere, der udfører indsatsen, hvilket var intentionen.

Til gengæld skaber denne opgaveløsning en situation, hvor sundhedsenhedens sygeplejersker kan overdrage en sygeplejeindsats til hjemmeplejen uden at skulle følge op på den igen. Dette er ikke hensigtsmæssigt, fordi det er med til at reducere kontakten mellem medarbejderne i sundhedsenheden og hjemmeplejen. Og det er denne kontakt, som en organisation med adskilt hjemmepleje og sygepleje/terapeuter netop har behov for at skabe, fordi det tværfaglige samarbejde ikke kommer af sig selv i denne struktur. Hvis sygeplejerskerne i sundhedsenheden ved overdragelse slipper opgaverne helt og ikke længere har ansvar for opfølgning eller afslutning af ydelserne, eller får indsigt i hvad der sker efter overdragelsen til hjemmeplejen, mister de muligheden for at følge såvel de medarbejdere der udfører dem, som de borgerforløb der modtager overdraget sygepleje. Derfor forringer denne organisering den viden, som bachelorerne i sundhedsenheden har om de borgere i basisteamets område, der modtager sygeplejeydelser.

En flytning af opgaven med opfølgning på overdraget sygepleje har konsekvenser for sygeplejerskerne i sundhedsenheden, ligesom det havde konsekvenser, da denne opgave blev flyttet til sygeplejerskerne i hjemmeplejen. På den ene side styrker det sygeplejerskernes viden og kendskab til såvel borgere som hjemmeplejemedarbejdere i deres eget basisteam. På den anden side skal opgaven tidsmæssigt berammes.

Tydeligere rammer omkring kompetenceudvikling af hjemmeplejens medarbejdere

- For det andet anbefaler VIVE, at kompetenceudviklingen af hjemmeplejens medarbejdere defineres, ensrettes og prioriteres mere konkret i bachelorerne funktionsskildringer.

Dette gælder ikke mindst for følgeskabet, som er et kerneelement i ordningen. For at sikre dette i hverdagen anbefaler VIVE, at der udarbejdes en fælles og væsentligt mere detaljeret ramme for, hvor ofte medarbejderne i hjemmeplejen skal have følgeskab af en bachelor (fx 4-5 gange årligt). Det vurderes at være en mere hensigtsmæssig løsning end fx at afsætte et bestemt ugentligt timetal til opgaven, da antallet af medarbejdere i et team kan variere ligesom bachelorernes ugentlige timetal. Formålet med dette er at sikre, at *alle* medarbejdere i hjemmeplejen får en *kontinuerlig* praksisnær kompetenceudvikling via følgeskab.

Ensretning af kompetenceudvikling handler også om at opnå de *stordriftsfordele*, som er mulige i en kommune af Aarhus' størrelse. For eksempel bør alle former for undervisningsmateriale, arbejdsgangsbeskrivelser og systemer til at sikre afholdelse af samtlige opfølgningssamtaler, jf. forløbsmodellen, kun udvikles ét sted og ikke på forskellig vis blandt bachelorer i 38 teams. Hvis disse stordriftsfordele skal sikres på tværs, kræver det andet og mere end det nuværende tværgående netværk til erfaringsudveksling. Det kræver en egentlig tværgående styring af de fælles opgaver, så ordningen bliver effektiv.

Tydeligere fokus på at bygge bro mellem medarbejdere på tværs

- For det tredje anbefaler VIVE, at bachelorernes opgaver i relation til brobygning mellem hjemmepleje og sundhedsenhed tydeliggøres, så det bliver helt klart, at bachelorerne ikke selv skal udgøre en "bro" mellem de to enheder, men i stedet skal have de konkrete metoder og værktøjer til at skabe direkte relationer mellem medarbejdere i hjemmeplejen og sundhedsenheden.

Det betyder, at bachelorernes rolle udelukkende skal være at *styrke den direkte kontakt og samarbejdet mellem medarbejdere i hjemmeplejen og bachelorer i sundhedsenheden*. Således bliver bachelorernes rolle at skabe brobygning *gennem* hjemmeplejens medarbejdere – ikke *for* hjemmeplejens medarbejdere.

Det betyder i praksis, at bachelorerne i hjemmeplejen ikke skal bygge bro ved selv at agere mellemed mellem de to enheder, hvilket de i varierende omfang gør i dag. I stedet skal brobygning *udelukkende* ske gennem en styrket direkte kontakt mellem medarbejderne i hjemmeplejen og bachelorerne i sundhedsenheden.

Dette er vigtigt, fordi brobygning i dag i varierende omfang bliver skabt ved, at bachelorerne *repræsenterer* hjemmeplejen i mødet med sundhedsenhedens medarbejdere. Det sker fx, når bachelorerne håndterer en henvendelse fra en medarbejder i hjemmeplejen ved selv at overtage dialogen og kontakten til sundhedsenheden. Eller når det bliver bachelorerne, som på teammøder med sundhedsenheden har dialogen med medarbejderne i sundhedsenheden – på vegne af hjemmeplejen.

Generelt udtrykker bachelorerne i hjemmeplejen, at de er meget opmærksomme på ikke at overtage kontakten til sundhedsenheden, men i stedet støtte hjemmeplejens medarbejdere i selv at håndtere kontakten med sundhedsenheden. Men der gives også udtryk for, at det kan være svært, fordi der kan være et ønske om, at de går mere aktivt ind og løser udfordringer og opgaver her og nu. Derfor kommer de let til selv at udgøre broen mellem hjemmeplejen og sundhedsenheden.

Når bachelorerne overtager kontakten med andre enheder for medarbejdere i hjemmeplejen, har det ofte den kortsigtede effekt, at en konkret opgave bliver løftet af medarbejderens skuldre. Det opleves selvfølgelig meget positivt af hjemmeplejens medarbejdere. Den samme oplevelse

kan sundhedsenheden have, idet det ofte er nemmere og mere trygt for en bachelor i sundhedsenheden at kommunikere med en bachelor i hjemmeplejen med samme uddannelsesmæssige baggrund og sprog som dem selv.

Ulempen er, at denne praksis har den bivirkning, at medarbejderne i hjemmeplejen og sundhedsenheden alt andet lige får *mindre* kontakt og kendskab til hinanden – mens de alle får et stort kendskab til bachelorerne, som risikerer at blive knudepunktet mellem de to medarbejdergrupper. Dermed risikerer de selv at udgøre broen mellem sundhedsenhed og hjemmepleje, snarere end at de opbygger broen mellem medarbejderne i sundhedsenheden og hjemmeplejen. Derfor er det vigtigt at være meget mere konkret om, hvad det vil sige at bygge bro mellem medarbejdere i de to enheder uden selv at være en bro.

Samlet set har ovenstående tre anbefalinger til bachelorer i hjemmeplejen et fælles formål: At undgå alle former for kompenserende opgavevaretagelse, som reelt svækker kontakten mellem sundhedsenhedens og hjemmeplejens medarbejdere. Men det svækker også den oprindelige intention med ordningen, som var at anvende bachelorerne til systematisk opbygning af faglighed og kompetencer i hjemmeplejen.

Implementering i hjemmeplejen varetages alene af bachelorer i hjemmeplejen

- Endelig anbefaler VIVE, at al implementering i hjemmeplejen flyttes fra de forskellige medarbejdere, som varetager opgaverne i dag (fx konsulenter, udviklings- og implementeringsmedarbejdere mv.), og i stedet integreres i bachelorerne stillinger.

Analysen af bachelorerne nuværende opgaver viser, at de, jf. funktionsbeskrivelsen, spiller en afgørende rolle i relation til den fortsatte implementering af forløbsmodellen, fx ved at oplære og støtte medarbejderne i at udfylde rollen som kontaktperson, afholde opfølgningssamtaler i varige forløb samt følge op på og dokumentere samtalerne. De spiller også en væsentlig rolle i relation til at forbedre dokumentationen og anvendelsen af CURA i hverdagen. Men det fremgår også, at de i varierende grad spiller en rolle i relation til mange andre former for implementering og indarbejdelse af alt fra nye arbejdsopgaver til ny faglig viden mv.

I praksis har bachelorerne svært ved at skelne klart og entydigt mellem, hvad der er kompetenceudvikling, og hvad der er implementering og fastholdelse af nye tiltag og arbejdsopgaver. Det skaber uklare snitflader og forskelligartede ordninger i praksis, hvor det bliver uklart, hvad der er implementering og kompetenceudvikling – både for bachelorerne selv og for resten af organisationen omkring dem.

Under workshops og møder er medarbejdere og ledere kommet med konkrete eksempler på, hvordan personligt kendskab og relationer er helt afgørende forudsætninger for læring og udvikling i hjemmeplejen. Således blev det påpeget, at alle former for "gæster" i hjemmeplejen – i form af korterevarende, midlertidig tilstedeværelse af diverse projekt-, implementerings- eller udviklingsmedarbejdere – har svære vilkår. De har ikke den personlige relation og det kendskab til frontmedarbejdernes hverdag, som er afgørende for, at implementering og udvikling lykkes i praksis. Og der nævnes flere eksempler på, at de hver gang skal bruge tid på at skabe den relation og det kendskab til medarbejderne, som er en forudsætning for, at de kan skabe læring, udvikling og implementering. Desuden har de ikke mulighed for varig tilstedeværelse, som er afgørende for at sikre fastholdelse i praksis. Ikke mindst når nye tiltag bagefter rulles ud af nye, såkaldte *gæster* i hjemmeplejen.

Det vigtigt at understrege, at disse udfordringer ikke handler om udviklings- og implementeringsmedarbejders kompetencer, tilgang eller væremåde. Det handler udelukkende om de

strukturelle og organisatoriske rammer omkring deres opgave: De er og bliver *gæster* på besøg. Udtrykket *"ugens gæst"* anvendes af både ledere og medarbejdere til at beskrive den rolle, de får. Disse rammevilkår gør opgaven unødigt svær, og det er VIVEs vurdering, at det ikke giver den mest effektive og varige implementering blandt medarbejderne i hjemmeplejen.

Derfor anbefaler VIVE, at alle former for implementering i hjemmeplejen samles ét sted i Sundhed og Omsorg, hvor den kan håndteres effektivt, løbende og varigt: hos bachelorerne i hjemmeplejen. Dermed flyttes opgaven fra de medarbejdere, som i dag varetager disse implementeringsopgaver på mere ad hoc-præget vis som *gæster* i hjemmeplejen.

Denne sidste anbefaling indebærer ændringer af roller, opgaver og samarbejde for både bachelorer i hjemmeplejen og for medarbejdere i Sundhed og Omsorg, der i dag arbejder med implementering. Dette uddybes derfor i resten af dette afsnit.

5.1.2 Intermezzo om udvikling, implementering og fastholdelse af forandring

Sundhed og Omsorg er en stor organisation med tusindvis af ansatte i syv lokalområder. Der findes ikke et samlet overblik over samtlige tiltag, indsatser og projekter, som har forskellige aspekter af implementering eller udvikling for øje. Derfor findes der heller ikke et samlet overblik over organiseringen af området eller over, hvor mange medarbejdere i hvilke typer af stillinger der i dag arbejder med forskellige former for tiltag, som i sidste ende skal implementeres og føre til ændringer blandt frontmedarbejderne i hjemmeplejen.

Med forslaget om at samle al implementering og kompetenceudvikling af frontmedarbejderne i hjemmeplejen hos to bachelorer i hvert team bliver dette særligt aktuelt, fordi det vil få konsekvenser for hele implementerings- og udviklingsorganisationen i Sundhed og Omsorg.

Herunder skitseres nogle organisatoriske funktioner, som i et eller andet omfang beskæftiger sig med forskellige aspekter af udvikling og implementering. Eksemplerne er alle udpeget af medarbejdere eller ledere (primært i kredsen af viceområdechefer) for at være relevante i denne sammenhæng. VIVE har ikke foretaget en systematisk kortlægning af hele området i Sundhed og Omsorg, da det ligger uden for projektets primære fokusområder, som er hjemmepleje og sundhedsenheder.

Et centralt element i den måde, som Sundhed og Omsorg har organiseret tværgående udviklingstiltag på, er klynger²¹. Klyngerne er *"et udvidet samarbejde, hvor en strategisk leder tildeles et fagligt afgrænset ansvar for en opgavevaretagelse på vegne af fællesskabet i Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune"*.²²

Klyngerne er forankret i de syv lokalområder. I dag findes i alt 16 klynger med meget forskellige opgaver²³. Nogle klynger er midlertidige, andre er permanente. I praksis består klyngerne typisk af et mindre antal helt eller delvist frikøbte medarbejdere eller andre (projekt)ansatte.

²¹ For at undgå misforståelser understreges det, at begrebet "klynge" i MSO anvendes i en sammenhæng, der intet har at gøre med de tværgående samarbejder mellem kommuner, almen praksis og hospitaler inden for et hospitals optageområde, som ofte kaldes klynger: fx "Randersklyngen" eller "Vestklyngen" i Region Midtjylland. Begrebet "klynger" anvendes også i relation til (kvalitets)klynger i almen praksis og speciallægepraksis. Disse anvendelser af begrebet har ingen relation til den klyngestruktur i Sundhed og Omsorg, som beskrives her.

²² "Guideline til klyngesamarbejde", Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune, 28. maj 2019.

²³ Der findes følgende klynger: 1) Dagcenterklynge, 2) Klynge for lindrende pleje og behandling (palliation), 3) Klynge for forebyggende hjemmebesøg, 4) Klynge for "flyverkorps", 5) Træningsklyngen, 6) Ernæringsklyngen, 7) Klyngen for borgernær sygepleje, 8) Klyngesamarbejde om frivillighed og medborgerskab, 9) Klynge for samarbejde på akutområdet, 10) Kontinensklyngen, 11) Klyngesamarbejde på demensområdet, 12) Oplevelsesklyngen, 13) Uddannelsesklyngen, 14) Sårklyngen, 15) Klyngen for psykiatri og rusmiddelområdet og 16) Klyngen for "ekstraordinære ansættelser".

Overordnet set har mange klynger to grundlæggende funktioner: For det første skal de sikre en (faglig) udvikling af alt fra værktøjer og metoder til systematikker og arbejdsgange på et givent område. For det andet skal de være i stand til at få det, som er udviklet i klyngen, implementeret i praksis på tværs af Sundhed og Omsorg.

Klyngestrukturen er resultatet af et ønske om at have en mere ensartet udvikling på tværs af hele Sundhed og Omsorg, i stedet for at alle lokalområder varetager alle funktioner selvstændigt og på deres egen måde:

I stedet for 'syv kommuner' (i form af lokalområder) så udnytter vi det at være en stor fælles kommune, som har muskler og power til at drive noget. Med klyngerne behøver hvert område ikke at vide alt om alt. ("Evaluering af klyngesamarbejde" citeret i "Guideline til klyngesamarbejde", opdateret 28. maj 2019, Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune)

Klyngerne er således et væsentligt element i at sikre stordriftsfordele og skabe mere ensartethed på tværs af hele Sundhed og Omsorg.

I praksis har bachelorerne i hjemmeplejen fået forskellige roller i relation til klyngernes arbejde i de syv lokalområder, bl.a. fordi bachelorerne har forskellig normering og forskellige opgaver i de syv lokalområder og 38 teams. Men det skyldes også, at der er forskellige perspektiver i klyngerne på, hvilken rolle de skal spille, og hvilke kanaler og metoder de anvender, når de skal udvikle praksis på et givent område – om så det kaldes implementering, kvalitets- eller kompetenceudvikling. Således kan klyngerne i varierende grad arbejde og implementere gennem bachelorerne, når de fx skal implementere noget i hjemmeplejen. I nogle områder er bachelorerne antalsmæssigt gearret til opgaven, og de (og deres ledere) ser det som bachelorerens opgave at deltage i implementeringen – i andre områder slet ikke.

Ud over klyngestrukturen findes der en række andre midlertidige såvel som varige funktioner i Sundhed og Omsorg, som i forskelligt omfang har til opgave at implementere, ændre eller udvikle praksis blandt frontmedarbejderne – både i hjemmeplejen og på plejecentre. Nogle af disse er placeret i forskellige centrale eller tværgående enheder.

Anbefalingen om at flytte implementeringsopgaven, så den entydigt ligger hos bachelorerne i hjemmeplejen, vil give afledte konsekvenser for de medarbejdere, der i forskelligt omfang varetager denne type opgaver andre steder i organisationen.

VIVE har dog ikke foretaget en systematisk analyse af, hvilke konkrete implementeringsmedarbejdere i klynger, centralt eller decentralt denne anbefaling vil få konsekvenser for. Det skyldes, at anbefalingen rækker ud over det område, som er projektets fokus: hjemmepleje og sundhedsenheder. Derfor har VIVE i løbet af projektperioden valgt at drøfte denne anbefaling med kredsen af viceområdechefer, hvor det vandt gehør – også selvom flere viceområdechefer er klyngeansvarlige.

Tre faser i udvikling og implementering

For at skabe en mere effektiv struktur for opgaveløsningen i relation til implementering og udvikling i hjemmeplejen er det vigtigt at være præcis om, hvilke elementer opgaven egentlig består af. Den rummer grundlæggende set tre elementer, som ofte falder i tre forskellige faser:

1. **Viden:** Sikre opdateret og relevant viden om et givent emne eller fagligt område.

Det første element handler om at sikre viden om et givent område eller emne. Der kan både være tale om faglige emner som fx palliation, kontinens, ernæring, hygiejne, sår mv. eller bestemte sygdomme som fx demens, KOL mv. At sikre viden på et fagligt område kræver, at nogen har opgaven med at følge den faglige udvikling og tiltag fra diverse myndigheder og faglige autoriteter på området. Men der kan også være tale om emner som fx dokumentation og kommunikation i FSIII og CURA, forløbsmodellen, patientsikkerhed og indberetningspligt i forhold til utilsigtede hændelser eller velfærdsteknologi. Alt sammen kræver det, at nogen har til opgave at sikre den nyeste og relevante viden på givent område.

Opgaverne i denne fase bør fortsat placeres centralt og/eller tværgående hos så få medarbejdere som muligt. Det kan være i klynger eller i andre former for centrale eller tværgående funktioner.

2. **Transformation:** Fra ny generel viden til konkrete metoder, værktøjer, arbejdsgange og systematikker.

Formålet er at omsætte eller transformere generel viden eller forandringer til *realistiske* tiltag blandt frontmedarbejdere i en *meget stor* organisation, hvor grundvilkårene er, at mange medarbejdere er *korttidsuddannede*, der er mange *personaleudskiftninger*, og medarbejderne er udkørende og skal kunne arbejde *selvstændigt*. I denne fase er det afgørende at have et meget solidt kendskab til hverdagen i praksis – både de generelle vilkår, som er beskrevet her, og de helt konkrete arbejdsgange, systemer, logikker og metoder, der præger hverdagens praksis. Et konkret eksempel: Hvis man skal forbedre den måde, der fx arbejdes med tidlig opsporing, faldforebyggelse, nedre hygiejne, borgerinddragelse og palliativ pleje, så kræver det indgående kendskab til, hvordan hjemmeplejens arbejde er organiseret, og til hvilke konkrete rutiner, systemer, mødefora mv. der er. Ekspertter i form af konsulenter, udviklingsmedarbejdere mv. arbejder oftest med ny viden eller nye systemer inden for ét bestemt område. Klyngestrukturen afspejler bl.a. dette, og det er relevant i fase 1. Men generel (faglig) ekspertviden er langt fra nok til at kunne omsætte det til nye arbejdsgange, systemer og værktøjer, som reelt vil virke i hverdagen. Det er netop opgaven i fase 2.

Opgaverne i denne mellemliggende fase, der handler om at komme fra generel viden, systemer eller koncepter til konkrete metoder, værktøjer, arbejdsgange og systematikker, kan kun løses effektivt i et tæt samarbejde mellem de centrale eller tværgående funktioner, som har viden om et givent felt, og repræsentanter for bachelorerne i hjemmeplejen, som kender medarbejderne, ved, hvordan hverdagen fungerer, og ved, hvad der virker, er realistisk og muligt i praksis. Hvis det skal lykkes, er det afgørende, at bachelorerne arbejder ensartet på tværs af 38 hjemmeplejeteams. Det kræver en samlet styring af bachelorerne opgaver på tværs af Sundhed og Omsorg.

3. **Implementering:** Fra nye metoder, værktøjer, arbejdsgange og systematikker til implementering og fastholdelse i hverdagen.

Det sidste led i kæden er det, der ofte kaldes implementering. Men ordet implementering bruges forskelligt alt afhængigt af, hvor man selv sidder placeret i en organisation. Derfor kan det være uklart, hvad der egentlig menes med implementering i praksis. Et par eksempler kan illustrere: At træffe en beslutning, at melde noget ud, at sætte strøm til et nyt system, at udvikle nye typer af registringsskemaer eller at udarbejde arbejdsgange og lægge dem ud på en fælles elektronisk platform betyder ikke, at noget er implementeret.

Alle disse eksempler hører til i fase 2. De er nødvendige led i kæden. Men reel implementering i form af *varig ændring* af praksis kræver langt mere end det.

Det kræver selvfølgelig tydeligt ledelsesmæssigt fokus og opbakning. Men det kræver også daglig og varig tilstedeværelse, sparring, oplæring og følgeskab i hverdagen. Og det kræver et samlet og realistisk blik på *mængden* af systemer, tiltag og arbejdsgange der skal implementeres, og viden om dem alle sammen i hverdagen, snarere end det kræver, at nogle i en kortere periode kommer ud som eksperter i én ting, ét emne, ét projekt.

Implementeringsopgaverne – både at skabe og at fastholde varig ændring af praksis – bør entydigt placeres blandt de medarbejdere, som er varigt til stede i hverdagen. VIVE har anbefalet, at det fremadrettet bliver decentralt hos bachelorerne i hvert hjemmeplejeteam.

Opgaverne i fase 1, 2 og 3 skal alle løses, for at organisationen *som helhed* kan udvikle, implementere og fastholde løbende forbedringer og kompetencer på en effektiv måde. Den samlede proces kan hverken ligge centralt/tværgående eller decentralt: Praksis bliver ikke udviklet og vidensbaseret på en effektiv måde, hvis alle decentrale områder selv finder deres egne løsninger. Men ny viden, systemer og beslutninger bliver heller ikke implementeret og fastholdt i praksis, hvis ikke de, der kender praksis ud og ind og er til stede i hverdagen blandt frontmedarbejderne, er dybt involveret i at transformere viden og tiltag til konkrete værktøjer, metoder, arbejdsgange og systematikker, som realistisk set vil virke i praksis blandt hjemmeplejens medarbejdere.

Set i dette lys handler VIVEs anbefaling om at skabe en tydeligere, mere realistisk og dermed også effektiv organisering af de tre typer af opgaver i relation til udvikling og implementering. Det har både konsekvenser for bachelorerne rolle og opgaver samt for andre medarbejdere, der i dag arbejder med forskellige aspekter af implementering og udvikling. De ressourcemæssige og organisatoriske konsekvenser af denne anbefaling beskrives senere i dette afsnit.

5.1.3 Anbefalinger til antal og organisering af bachelorer i hjemmeplejen

Som beskrevet i analysen svarede den oprindelige normering af bachelorer i hjemmeplejen til 28 stillinger, hvilket næsten var én pr. team i den daværende struktur, hvor der frem til 2019 var 29 teamledere i hjemmeplejen²⁴. Med tiden har der vist sig et stort behov for bachelorer, og lokalområderne har derfor i varierende omfang investeret yderligere i ordningen, samtidig med at midler fra værdighedsmilliarden har været anvendt til at udvide ordningen frem til udgangen af 2019.

Ens normering af bachelorer i alle hjemmeplejeteams

Hvis ordningen indholdsmæssigt skal gøres ensartet, så metoder og systemer kan anvendes på tværs af teams, og hvis opgaverne omkring implementering skal forankres i ordningen, kræver det en ensartet normering og organisering af bachelorerne i hjemmeplejen.

- VIVE anbefaler derfor, at der fremadrettet bliver 1 sygeplejerske og 1 terapeut i hvert hjemmeplejeteam.

Dette skal for det første sikre, at opgaven med kompetenceudviklingen – herunder følgeskabet – reelt kan løftes i praksis. Desuden skal det sikre, at de implementeringsopgaver, som det anbefales at integrere i bachelorerne funktion, reelt kan blive løftet i praksis. Anbefalingen af netop disse to fagligheder har rod i to forskellige hensyn: Anbefalingen af, at der ansættes en

²⁴ Det er ledelseskommisionens anbefalinger, som har ført til, at Sundhed og Omsorg har valgt at ansætte flere ledere i hjemmeplejen for at reducere antallet af medarbejdere i direkte reference til den enkelte leder.

terapeut i hvert team, skal bl.a. sikre et varigt fokus på at arbejde rehabiliterende i hverdagen. Anbefalingen af en sygeplejerske skal bl.a. sikre, at der sker den løbende kompetenceudvikling, som er en forudsætning for, at sygeplejeopgaver hos stadig mere syge og ældre borgere i eget hjem kan videredelegeres og løses forsvarligt af assistenter og hjælpere.

Det vil afhænge af konkrete muligheder og teamstørrelsen, om der bliver tale om fuldtids- eller deltidsansættelser. VIVE vurderer dog, at ved stillinger meget under 28-30 timer risikerer man at udfordre den relation mellem bachelorer og medarbejdere i hjemmeplejen, som er helt afgørende for ordningens effekt. Det skal desuden bemærkes, at Sundhed og Omsorg har vedtaget, at man ved nyansættelser som udgangspunkt ønsker medarbejderne på fuld tid, altså 35-37 timer om ugen.

5.1.4 Økonomiske konsekvenser af anbefaling om to bachelorer i hvert team

Der er i alt 71,3 bachelorer i hjemmeplejen, svarende til 58,8 fuldtidsstillinger (beregnet som et gennemsnit af de første 9 måneder af 2019). Det svarer til en gennemsnitlig ansættelsesbrøk på 0,82, hvilket igen svarer til et gennemsnitligt timetal på 30,5 timer pr. bachelor i hjemmeplejen i de nuværende stillinger. (Fordelingen af bachelorer på forskellige ansættelsesbrøker ses i Tabel 4.3). Tabel 5.1 viser en beregning af henholdsvis mer- og mindredgifter ved forskellige scenarier for antallet af bachelorer i hjemmeplejen.

Tabel 5.1 Mer- og mindredgifter ved forskellige scenarier for bachelorer i hjemmeplejen

Mulige scenarier	Forskel fra nuværende lønforbrug	Mulige scenarier	Forskel fra nuværende lønforbrug
2 bachelorer pr. team (28 timer)	587.675 kr.	1 bachelor pr. team (28 timer)	13.297.986 kr.
2 bachelorer pr. team (30 timer)	- 1.228.084 kr.	1 bachelor pr. team (30 timer)	12.390.106 kr.
2 bachelorer pr. team (32 timer)	- 3.043.842 kr.	1 bachelor pr. team (32 timer)	11.482.227 kr.
2 bachelorer pr. team (35 timer)	- 5.767.480 kr.	1 bachelor pr. team (35 timer)	10.120.408 kr.
2 bachelorer pr. team (37 timer)	- 7.583.239 kr.	1 bachelor pr. team (37 timer)	9.212.529 kr.

Anm.: Tabellen viser henholdsvis mer- og mindreforbrug ved forskellige gennemsnitlige timetal blandt bachelorerne i hjemmeplejen (28-37 timer i gennemsnit) set i forhold til det nuværende lønforbrug (opgjort for et gennemsnit af perioden januar til september 2019).

Kilde: Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi.

Den venstre del af tabellen viser konsekvenserne af 2 bachelorer i hvert team ved forskelligt gennemsnitligt timetal. Det fremgår, at det inden for rammerne af det nuværende lønforbrug er muligt at have 2 bachelorer pr. team, hvis de i gennemsnit kun er ansat 28 timer om ugen, mens det af de nederste række fremgår, at det vil betyde merudgifter på mellem 5,8-7,6 mio. kr., hvis alle 38 teams skulle have 2 bachelorer ansat på fuld tid (35-37 timer om ugen). Højre side af tabellen viser det tilsvarende mindreforbrug, hvis der kun var én bachelor i hvert team.

Hvis der skal være 2 bachelorer pr. hvert af hjemmeplejens 38 team, og der i dag er ansat 71,3 bachelorer i de nuværende stillinger (jf. Tabel 4.2), svarer det til, at der reelt er behov for at ansætte yderligere 5 bachelorer i hjemmeplejen. Hvis de ansættes på samme gennemsnitlige ansættelsesbrøk som de bachelorer, der i dag er ansat i hjemmeplejen (30,5 timer pr. uge), vil det svare til en merudgift på ca. 1,75 mio. kr.

VIVE vurderer dog, at dette ikke er realistisk i betragtning af, at Sundhed og Omsorg har vedtaget i udgangspunktet kun at ansætte nye medarbejdere minimum 35 timer pr. uge.

Ansættelse af 5 bachelorer af 35 timer pr. uge vil give en merudgift på ca. 2 mio. kr. (ved en gennemsnitlig årlig lønudgift på godt 425.000 kr. pr. bachelor i hjemmeplejen, jf. gennemsnittet af lønudgifter til nuværende bachelorer i hjemmeplejen).

Det er væsentligt at understrege, at Tabel 5.1 kun viser de *direkte* økonomiske konsekvenser (lønudgifter) af at justere stillingsstrukturen, så alle hjemmeplejeteams får en ensartet dækning af bachelorer bestående af en sygeplejerske og en konkret terapeut pr. team.

De *indirekte* konsekvenser af at højne kompetenceniveauet og forbedre implementeringen i hele hjemmeplejen på en ensartet måde kan ikke beregnes.

Den anbefalede investering i en ensartet dækning af bachelorer i alle hjemmeplejeteams er en forudsætning for, at bachelorerne kan løfte implementeringsopgaverne i relation til hjemmeplejen. Men den investering er kun realistisk, hvis det samtidig er muligt at reducere antallet af øvrige implementeringsmedarbejdere andre steder i Sundhed og Omsorg.

Afledte økonomiske konsekvenser af en reduktion i implementeringsmedarbejdere

Ved at ensarte og justere antallet af bachelorer i hjemmeplejen og flytte driften ud af deres stillinger bliver det muligt at samle kompetenceudvikling og implementeringsopgaver, der i praksis er svære at adskille, og integrere dem i bachelorerne funktion i hjemmeplejen.

Det får konsekvenser for antallet af centrale og tværgående medarbejdere – både i permanente såvel som forskellige former for midlertidige stillinger.

Anbefalingen om at flytte implementeringsopgaverne til bachelorerne i hjemmeplejen og tilsvarende reducere både omfanget af implementeringsopgaver og dermed også implementeringsmedarbejdere andre steder i organisationen er i løbet af analyseprocessens fase 2 drøftet i kredsen af viceområdechefer, hvor den vandt gehør. Her fremkom forskellige konkrete forslag til realiseringen. Men da fokus for VIVEs analyse var hjemmeplejen og sundhedsenhederne, er der ikke foretaget nogen tilbundsgående analyse af, hvilke konkrete stillinger til implementerings- eller udviklingsmedarbejdere der kan reduceres som konsekvens af, at implementeringsopgaverne flyttes til bachelorerne. Derfor nævnes de konkrete forslag, der fremkom, heller ikke i denne afrapportering.

- VIVE anbefaler dog, at investeringen i at sikre en ensartet dækning på tværs med Sundhed og Omsorg med 2 bachelorer i hvert hjemmeplejeteam *kun* bør foretages, hvis Sundhed og Omsorg er i stand til at reducere antallet af øvrige implementeringsmedarbejdere med 7-8 stillinger i alt.

Regnes der med en gennemsnitlig lønudgift til disse på ca. 0,5 mio. kr., svarer det til en mindreudgift på ca. 3,5-4 mio. kr. I den samlede beregning er beløbet fastsat til 3,8 mio. kr.

Hvis Sundhed og Omsorg vælger at følge anbefalingerne til at ændre håndteringen af implementering og udvikling i hjemmeplejen, vil der blive tale om en løbende proces, hvor de forskellige udviklings- og implementeringsopgaver gennemgås i relation til, hvilke opgaver der skal ligge centralt/tværgående (vidensopgaver), og hvad der skal overdrages til bachelorerne i hjemmeplejen (implementering og fastholdelse i praksis).

5.1.5 Anbefalinger til ledelsesstrukturen for bachelorerne i hjemmeplejen

Ordningen med bachelorer i hjemmeplejen har udviklet sig forskelligt i lokalområderne. Dette til trods for en overordnet fælles funktionsbeskrivelse (jf. Bilag 1) og et tværgående netværk til

erfaringsudveksling mellem bachelorerne. I Sundhed og Omsorg er der tradition for forskellighed mellem lokalområderne, som har hver deres direktion. Desuden kræver funktionsbeskrivelsen for bachelorerne også fortolkning i praksis, hvilket er sket forskelligt. Derfor er der i dag væsentlige forskelle i bachelorerne opgaver og roller; de har forskellige ledelsesreferencer (nogle refererer til egen teamleder, andre refererer alle til samme teamleder inden for et lokalområde), og bachelorerne skal dække forskellige antal teams og medarbejdere. Således er der opstået betydelig forskellighed i både opgaver, antal og organisering.

Dette er baggrunden for, at VIVE har anbefalet en ensretning af opgaver såvel som antal i de foregående afsnit. Men skal det lykkes at skabe en væsentligt mere effektiv og ensartet brug af bachelorer i hjemmeplejen, er det VIVEs vurdering, at det også kræver en ensartet ledelsesstruktur omkring bachelorerne.

VIVEs analyse bekræfter Sundhed og Omsorgs egen evaluering af ordningen med bachelorer i hjemmeplejen og den eksterne konsulentrapport i, at investeringen i bachelorer i hjemmeplejen opleves meget positivt. Men VIVE mener ikke, at Sundhed og Omsorg får det fulde udbytte af investeringen i bachelorerne, herunder særligt ikke en lang række mulige stordriftsfordele og synergieffekter, fordi ordningerne i praksis er så forskelligartede.

VIVE vurderer, at der både er behov for, at bachelorerne har en stærk lokal forankring, og at de er en del af de enkelte hjemmeplejeteam. Derfor anbefales direkte ledelsesreference til én hjemmeplejeleder. Men samtidig er der et stort behov for at sikre en langt stærkere tværgående ensartethed, så der reelt opnås stordriftsfordele og synergieffekter på tværs af alle teams. Alternativet er, at alle teams eller områder bruger ressourcer på at udvikle lokale løsninger for de samme grundlæggende opgaver. Dette kan hverken løses ved, at bachelorerne udelukkende har reference til 38 forskellige teamledere i syv lokalområder, eller ved at de alternativt refererer til én fælles leder i hvert område eller én samlet leder for alle bachelorer i hjemmeplejen i Sundhed og Omsorg på tværs af områder.

Ens ledelsesreference: Direkte reference til teamledelserne i alle hjemmeplejeteams

VIVE anbefaler derfor en ledelsesstruktur omkring bachelorerne i hjemmeplejen, som skal tilgodese begge behov.

- VIVE anbefaler, at alle bachelorer i hjemmeplejen kun tilknyttes ét team, og at de får direkte reference til hjemmeplejelederen i det team, de er ansat i.

Denne struktur findes allerede i mange teams, men bl.a. fordi nogle af bachelorerne i hjemmeplejen dækker flere teams, har man nogle steder reference til én leder i hjemmeplejen. For at sikre en meget tæt tilknytning til det enkelte hjemmeplejeteam anbefales det, at alle bachelorer fremover får reference til hver deres leder i hjemmeplejen. Det betyder også, at alle ledere i hjemmeplejen får direkte berøring med ordningen.

Denne struktur sikrer imidlertid ikke den tværgående faglige ledelse af ordningen, som skal sikre, at ordningerne ikke igen udvikler sig forskelligt, at stordriftsfordele i reelt opnås, og at der arbejdes med de samme systematikker, løsninger, introduktioner, UV-materialer mv.

Ens ledelsesreference: Tværgående styring og koordination af ordningen

- VIVE anbefaler, at der indføres én samlet tværgående styring og koordination af bachelorerne opgaver i hjemmeplejen.

Baggrunden for denne anbefaling er, at de mange forskellige ønsker til bachelorerne i hjemmeplejen, som har været årsag til, at deres antal, funktion, rolle og opgaver har udviklet sig så forskelligt, viser, at der er stort behov for en organisering, som er væsentligt stærkere end fx en tværgående koordinator eller et netværk til udveksling af viden. Hvis det reelt skal lykkes at løfte denne opgave, vurderer VIVE, at den skal placeres hos to personer. Hvorvidt der vælges en struktur med to sidestillede faglige ledere (en struktur, der anvendes i Sundhed og Omsorg, fx ved ledelse af sundhedshederne), eller en struktur, hvor en faglig leder har det overordnede ansvar (som det ses i ledelsen af lokalområder og plejehjem), er et lokalt spørgsmål, som VIVE ikke har principielle anbefalinger til. Begge modeller anvendes i Sundhed og Omsorg. Det afgørende er, at der etableres en stærk tværgående styring af ordningen med bachelorer i hjemmeplejen.

I det følgende uddybes, hvilke opgaver der kræver et *tværgående* perspektiv på styring af den samlede ordning og derfor ikke kan løses af de 38 teamledere i hjemmeplejen.

Et meget væsentligt element i relation til ordningen med bachelorer i hjemmeplejen er at sikre, at der opnås stordriftsfordele *på tværs* af hele Sundhed og Omsorg. I lyset af den forskellighed, som præger bachelorerne opgaver i dag, vurderer VIVE, at det kræver, at der indføres én tværgående styring og koordination af bachelorerne opgavevaretagelse. Ellers er det ikke muligt at sikre, at bachelorerne udvikler og anvender *fælles og ensartede* systemer og systematikker på tværs af Sundhed og Omsorg, og at bachelorerne kobling til bl.a. klynger og andre implementerings- og forandringsinitiativer (fx forløbsmodel og CURA) foregår effektivt, systematisk og *ensartet på tværs* af hele Sundhed og Omsorg.

En samlet løsning af disse tværgående opgaver er afgørende for sikre, at ordningen forbliver effektiv, at den ikke udvikler sig forskelligt i lokalområderne, og at der reelt kan høstes stordriftsfordele og synergieffekter ved, at kompetenceudvikling og implementering foregår ensartet og integreret i *hele* hjemmeplejen på tværs af Sundhed og Omsorg. Det gør det muligt at reducere det nuværende ressourcetræk til at udvikle mange forskellige lokale løsninger på de samme opgaver i egne teams eller lokalområder, men som ikke bliver brugt af alle 38 teams (bl.a. fordi områderne oplever, at de er forskelligt organiseret).

Således skal ændringer i ordningen ikke kunne foretages lokalt i det enkelte team eller i det enkelte lokalområde. Beslutninger om ændringer i den samlede ordning bør foretages samlet for hele Sundhed og Omsorg. Hvis bachelorerne skal varetage en så strategisk vigtig opgave som implementering og fastholdelse af forandringer på tværs af hele hjemmeplejen, er det vigtigt, at bachelorerne funktion og opgaver *ikke ændres lokalt, men kun på tværs* af hele Sundhed og Omsorg.

Herunder nævnes en række tværgående opgaver, som ikke kan løses lokalt i de enkelte teams eller lokalområder, men kun via en stærk tværgående styring og koordinering af bachelorerne opgaver:

- *Udvikling og anvendelse af fælles redskaber og systematikker på tværs.* Den tværgående styring og koordinering af ordningen skal sikre, at der udvikles og anvendes fælles redskaber og systematikker på tværs af alle teams i stedet for som nu, hvor bachelorerne – grundet variationen mellem deres opgaver og ansvar i praksis – finder hver deres løsning og hver deres systematik for, hvordan konkrete opgaver løses. Det kan fx være en opgave som at sikre systematik omkring de løbende opfølgningssamtaler i varige forløb i hjemmeplejen (opfølgningssamtalen). Dette gælder ikke mindst udviklingen af en ensartet, nem og

sammenlignelig måde at sikre overblik over det aftalte følgeskab, herunder at den aftalte frekvens holdes.

- *Sikre ensartet og effektiv introduktion af nye medarbejder til fælles temaer.* Bachelorerne får med deres ansvar for kompetenceudvikling og implementering en væsentlig rolle på tværs i forbindelse med intro til nye medarbejdere i hjemmeplejen. Der vil være en lang række emner omkring introduktion til alt fra CURA til konkrete arbejdsgange, konferencestruktur, forløbsmodel, Sundhed og Omsorgs akutteam osv., som ikke bør foregå i det enkelte område eller team, men med fordel kan organiseres på tværs af lokalområder. Den tværgående ledelse skal sikre, at introduktion af nye medarbejdere i hjemmeplejen i relevant omfang gøres ensartet og tværgående, og at de stordriftsfordele, det muliggør, realiseres i praksis.
- *Sikre stordriftsfordele på tværs af hele Sundhed og Omsorg.* Samlet set kræver det en stærk tværgående styring af ordningen hele tiden at have blik for bachelorerne opgaveløsning på tværs af områder, at have overblik over opgaveløsningen i ordningen i Sundhed og Omsorg samlet set, og at have fokus på, hvad der kan og bør løses tværgående. Det skal sikre, at en kommune af denne størrelse rent faktisk opnår de stordriftsfordele, den har potentiale til. Det sker ikke, hvis ordningen udelukkende ledes af 38 decentrale ledere. Det kræver et vedvarende tværgående fokus på ensartede metoder og løsninger og dermed på stordriftsfordele.
- *Sikre bachelorerne pædagogiske og implementeringsmæssige kompetencer tværs.* Endelig ligger der også en særskilt opgave i at sikre bachelorerne kompetencer. Det er vigtigt at have et tværgående fokus på, hvad det kræver, at bachelorerne kan lykkes med at deres opgaver i hjemmeplejen frem for at blive en mere eller mindre direkte del af opgaveløsningen, når hverdagen banker på. At være sygeplejerske eller terapeut er indgangen til stillingerne. Men for at lykkes kræver det stærke pædagogiske og læringsmæssige kompetencer samt kompetencer inden for implementering og fastholdelse af forandring. Det er ikke kompetencer, som alle 38 ledere af hjemmeplejeteams kan forventes at være eksperter i. Det er en opgave, der bør løses samlet og på tværs af Sundhed og Omsorg.
- *Sikre én indgang for alle med behov for implementering i hjemmeplejen, fx klynger.* Set i et bredere perspektiv er det væsentligt, at ordningen er i stand til at understøtte klyngestrukturen. Det betyder, at det skal være muligt for klyngerne at arbejde ensartet gennem bachelorerne på tværs af områder. Det vil ændre klyngernes måde at arbejde på, at den enkelte klynge ikke skal løfte implementeringsopgaver i relation til medarbejdere i 38 hjemmeplejeteams, men i stedet kun skal samarbejde med én tværgående funktion, som er indgangen til ordningen med 2 gange 38 bachelorer decentralt. Hvis klyngerne – og andre centrale og tværgående enheder – skal kunne arbejde effektivt sammen med og igennem bachelorerne, nytter det ikke, at de skal gå igennem 38 forskellige teamledere. Det kræver, at der etableres én entydig vej ind i hjemmeplejen for klyngerne og andre tværgående/centrale enheder, som skal implementere eller ændre noget i hjemmeplejen.

5.1.6 Økonomiske konsekvenser af anbefalingen om tværgående styring af ordningen som helhed

Sundhed og Omsorg oplyser, at lønudgifter (inkl. overhead til bl.a. kontorhold) vil være ca. 700.000 kr., hvis der ansættes én person, og 1.300.000 kr., hvis der ansættes to. VIVE anbefaler en model, hvor der ansættes én tværgående person, hvilket betyder en samlet merudgift på ca. 700.000 kr.

Det understreges, at der her kun er tale om de direkte økonomiske konsekvenser af at have en fælles tværgående faglig ledelse af bachelorerne i hjemmeplejen. De indirekte økonomiske effekter af at få et langt stærkere fokus og mandat til at sikre stordriftsfordele i forhold til alle typer af værktøjer, systematikker, UV-materialer mv. er ikke estimeret.

5.2 anbefalinger til samarbejde og organisering på tværs

To væsentlige elementer i VIVEs opdrag var at reducere tidsforbruget til planlægning og koordinering og at forbedre samarbejdet mellem hjemmeplejen og sundhedsenheden.

Anbefalingerne til bachelorerne i forrige afsnit handlede om at trække dem ud af alle funktioner, hvor de bliver en del af opgaveløsningen og dermed får en kompenserende rolle i relation til de øvrige medarbejdere. Det gør de, når de overtager den kontakt, der ellers ville have været mellem medarbejdere i hjemmeplejen og sundhedsenheden – eller når de løser opgaver eller problemer, som andre ellers skulle have løst, hvis der ikke havde været bachelorer i hjemmeplejen. Dette skaber et behov for et væsentligt tættere samarbejde mellem hjemmeplejens og sundhedsenhedernes medarbejdere.

En mere effektiv praksis omkring planlægning, koordination og kommunikation omkring borgerforløb kræver også et tættere og mere systematisk samarbejde mellem de to enheder.

I dette afsnit beskrives to centrale anbefalinger til at skabe et bedre samarbejde i hverdagen:

- **Tværgående teams:** VIVE anbefaler en etablering (eller styrkelse) af tværgående teams, som i dag allerede findes i meget varierende omfang – nogle steder måske mere af navn end af gavn (jf. afsnit 5.2.1).
- **Tværgående konferencestruktur:** Desuden anbefaler VIVE, at lederne af hjemmeplejen og sundhedsenhederne sammen får skabt en effektiv tværgående konferencestruktur, som reelt kan skabe samarbejde: lette, forbedre og reducere tiden brugt til problemløsning, problemidentifikation, forløbsskift, fremdrift, koordination og samarbejde omkring borgernes forløb (jf. afsnit 5.2.2).

5.2.1 Anbefalinger til teamstruktur på tværs af hjemmepleje og sundhedsenhed

I dag ses flere steder, at mindre grupper af medarbejdere i sundhedsenheden er knyttet mere eller mindre systematisk til bestemte hjemmeplejeteams. Analysen viser dog, at denne form for kobling foregår forskelligt i såvel lokalområder som i de enkelte teams. Nogle steder er den tværgående teamstruktur relativt tydelig, og her er hjemmeplejens medarbejdere helt klar over, hvilke navngivne sygeplejersker og terapeuter der er knyttet til deres hjemmeplejeteam. Andre steder er koblingen langt mere uformel og ad hoc-baseret og virker ikke nær så tydelig og klar for medarbejderne. Endelig er der også steder, hvor der ikke er denne type kobling mellem hjemmeplejeteams og medarbejdere fra sundhedsenheden.

De største lokalområder dækker over 6-7 hjemmeplejeteams med ca. 40-45 medarbejdere i hver og en sundhedsenhed med op mod 70 ansatte. Det rummer et meget stort antal potentielle kontakter på tværs, som er med til at forøge den organisatoriske kompleksitet og dermed også koordinationsopgaven mellem et meget stort antal medarbejdere. Derfor er en klar og entydig tværgående teamstruktur helt afgørende for at skabe *effektivt* samarbejde og koordinering – så det reelt bliver lettere at skabe velkoordinerede borgerforløb.

- VIVE anbefaler derfor, at den nuværende mere eller mindre formaliserede kobling af medarbejdere på tværs i mindre teams alle steder gøres helt tydelig, formaliseret og ensartet, både i relationen mellem det enkelte hjemmeplejeteam og et antal navngivne medarbejdere i sundhedsenheden, herefter kaldet et *basisteam*, og mellem mindre grupper af medarbejdere i de enkelte teams i hjemmeplejen. Det sidste findes nogle steder i forskellige varianter, bl.a. kaldet *kontaktteam*.

Et basisteam tæller således både medarbejdere i hjemmeplejen og i sundhedsenheden, mens et kontaktteam er en mindre enhed inden for ét hjemmeplejeteam.

Når VIVE ikke anbefaler, at kontaktteams gøres tværgående og inkluderer navngivne medarbejdere fra sundhedsenheden, skyldes det alene, at sundhedsenhederne vurderes at være for små og dermed for sårbare til at kunne knyttes meningsfuldt til kontaktteams. Det vurderes at blive for sårbart i forhold til vagtplanlægning og ferier til, at der reelt kan etableres tværgående kontaktteams. Men hvis fx 3-5 sygeplejersker tilhører det samme basisteam, vil det være en fordel, at de så vidt muligt fordeler sig som kontaktpersoner for hjemmeplejegruppens forskellige kontaktteams.

Disse to typer af teams er underinddelinger inden for rammerne af den eksisterende organisering. Ingen medarbejdere eller ledere får nye referenceforhold ud af det. Men teamstrukturen er helt afgørende for at kunne reducere den organisatoriske kompleksitet og skabe en effektiv konferencestruktur. Begge er forudsætninger for at kunne skabe et reelt og effektivt samarbejde på tværs af hjemmepleje og sundhedsenhed omkring borgerne.

En reel teamstruktur kræver fælles borgere og opgavefællesskab

Skabelsen af basis- og kontaktteams kræver ikke ændringer af organisationsstrukturen, og ingen medarbejdere ændrer ledelsesreference. Men det er helt afgørende, at der bliver tale om reelle teams af gavn, som medarbejderne oplever som teams og kollegaer i hverdagen – og ikke om en struktur, der mestendels eksisterer på papiret.

Det kræver, at et basisteam bliver en gruppe navngivne medarbejdere på tværs af hjemmepleje og sundhedsenhed, som er fælles om borgerne (i et så vidt muligt geografisk afgrænset område). Det betyder, at de såkaldte borgerteams i den nuværende forløbsmodel skal bestå af medarbejdere fra samme basisteam.

Hvis medarbejderne hele tiden indgår i vidt forskellige teams omkring de forskellige borgere, opstår en meget høj grad af organisatorisk kompleksitet, fordi den enkelte medarbejder skal samarbejde med et meget stort antal kollegaer, som de ofte ikke ved, hvem er, som de ikke kender, og som de har ganske få samarbejdsrelationer med.

En reel indførelse af såvel basis- som kontaktteams handler om at undgå en organisering præget af *mange tynde* samarbejdsrelationer mellem medarbejderne og i stedet skabe en organisering med *få tykke* samarbejdsrelationer og opgavefællesskaber mellem medarbejderne inden for basisteamet på tværs og inden for kontaktteamet i hjemmeplejen.

I dag ses en lang række eksempler på, at denne form for organisering bliver tilstræbt, men i varierende grad lykkes at realisere i praksis. Et eksempel er, at hjælperne under workshop-runden blev spurgt, hvordan og om de kommunikerer med den forløbsansvarlige, når de er kontaktpersoner for en borger. Mange svarede, at de fandt det svært og beskrev, at de ofte ikke vidste, hvem der var forløbsansvarlig (selvom det er muligt at slå det op i CURA, såfremt det ikke er anført korrekt). Men en undtagelse var denne hjælper:

Spørgsmål til hjælper: Hvordan ved du, hvem der er forløbsansvarlig i de varige forløb med betydelig funktionsnedsættelse, hvor du er kontaktperson?

Hjælper: Det er Rikke! Hvis jeg er kontaktperson, er det altid Rikke, som er forløbsansvarlig. Hun er også min læringsmakker. [Navnet er ændret, red.]

I dette tilfælde var "Rikke" en assistent. I eksemplet udtaler hjælperen sig kun om forløbsansvarlige for borgere i varige forløb med betydelig funktionsnedsættelse (fordi det ellers ikke er en assistent, der er forløbsansvarlig, jf. forløbsmodellens systematik). Der er skabt et helt andet grundlag for både læring og samarbejde, når relationen mellem kontaktperson og forløbsansvarlig er så tydelig som her, og når den samme assistent og hjælper arbejder sammen i alle hjælperens borgerforløb (og assistenten desuden er læringsmakker for hjælperen). Således er kontinuiteten i *medarbejderrelationerne* helt afgørende for at kunne skabe velkoordinerede *borgerforløb* baseret på et tæt samarbejde.

Samme grundlæggende organisering anbefales overført til koblingen mellem hjælpere/assistenter og bachelorer i sundhedsenheden: Basisteamet skal sikre, at hjælpere og assistenter så vidt muligt får samme entydige kobling til én eller få sygeplejersker og terapeuter i sundhedsenheden – især når det gælder de korterevarende forløb, hvor samarbejdet og kommunikationen mellem kontaktperson og forløbsansvarlig er særligt væsentlig omkring borgernes udvikling og justering af mål og planer i de korterevarende forløb.

På dette område er organiseringen på tværs af Sundhed og Omsorg meget forskellig: Enkelte steder peges der på meget klare og *tykke* samarbejdsrelationer mellem medarbejdere – som i eksemplet herover. Men de fleste steder peges der på det modsatte.

Skabelsen af en *reel* teamstruktur er en væsentlig forudsætning for at kunne nedbringe tidsforbruget til planlægning, koordination og samarbejde. Ikke mindst fordi ordet "team" i mange organisationer bruges mere eller mindre i flæng om en hvilken som helst gruppe af medarbejdere, der har berøring med en borger eller patient. Men det er meningsløst at tale om et team, hvis der ikke er reelt og betydeligt opgavefællesskab og samarbejde mellem de pågældende medarbejdere. Hvis medarbejderne slet ikke kender hinanden, og hvis der reelt set ikke er fælles opgaveløsning og samarbejde, så er der kun tale om et team på papiret – ikke i praksis.

En *reel* teamstruktur er i dette perspektiv et spørgsmål om kontinuitet i medarbejderrelationer. Da arbejdet i Sundhed og Omsorg handler om borgerne, betyder kontinuitet i medarbejderrelationer dermed også kontinuitet i borgerrelationer.

De væsentligste årsager til at indføre en reel teamstruktur er, at det reducerer den organisatoriske kompleksitet: Det reducerer mængden af koordinationsarbejde, der skal udføres i organisationen som helhed. Det letter koordination og samarbejde ved at skabe et øget kendskab, flere snitflader og skabe få tykke relationer mellem mindre grupper af medarbejdere, så de får så mange fælles borgere, at det også giver mening for dem at mødes på tværs i en egentlig konferencestruktur (jf. afsnit 5.3.2). Men det handler også at undgå alle unødvendige ansvars- og opgaveskift for at reducere mængden af koordinationsarbejde. Et eksempel kan illustrere, hvad medarbejderne nogle steder oplever:

En bachelor i sundhedsenheden beskriver, hvor lang tid og hvor mange koordinations tiltag hun udfører i relation til en borger, hvor hun har brug for at tale med "nogen fra hjemmeplejen, som kender borgeren". Det lykkes hende at finde frem til borgers kontaktperson, skrive til hende, vente på svar, rykke, vente igen, ringe, og da

det til sidst lykkes, sætter hun et møde op. Den ene af dem skal cykle ret langt, for at de kan mødes. Men det lykkes til sidst. Bacheloren fortæller videre: "Og det, vi skulle mødes om, det tog os kun ti minutter at få ordnet. Men al den tid jeg havde brugt på det, inden vi kom så langt... hold da nu op!"

Teamorganisering handler om at øge kontinuiteten i samarbejdsrelationer mellem medarbejdere i så små funktionelt bæredygtige enheder som muligt. En hjælper er ikke bare en hjælper, og en sygeplejerske er ikke bare en sygeplejerske, ligesom en borger heller ikke bare er en borger. Først når de reelt får mulighed for at blive Inger, Kim og Asger, er der tale om borgerens team.

5.2.2 anbefalinger til tværgående konferencestruktur og konferencekultur

I dette afsnit beskrives anbefalingerne til en ensartet tværgående konferencestruktur baseret på basisteam (og i det omfang, det er muligt, også på kontaktteams).

Tidligere erfaringer og nuværende praksis med borgerrelaterede møder på tværs

En af intentionerne med forløbsmodellen har været, at medarbejderne skal mødes og tale *med* borgerne i stedet for at mødes og tale *om* borgerne. Baggrunden for dette mantra har bl.a. været de erfaringer, som Sundhed og Omsorg har gjort sig med en tidligere model kaldet "Grib hverdagen". Her blev der bl.a. holdt fælles møder mellem hjemmeplejens og sundhedsenhedernes medarbejdere. "Grib hverdagen" havde mange positive konsekvenser for arbejdet med rehabilitering og dannede grundlaget for den nuværende forløbsmodel. Dog er de tværgående møder, der blev holdt under "Grib hverdagen", ved workshop-runderne flere gange blevet nævnt af medarbejdere som eksempel på, at (alt) for mange medarbejdere var samlet til møder, der blev alt for lange. Og alt for meget af det, der blev brugt tid på, vedrørte kun nogle få. Derfor bliver de tidligere konferencer under "Grib Hverdagen" af nogle medarbejdere beskrevet som (for meget) spild af tid, selvom der også blev peget på fordele ved at holde møder og tale om borgerne på tværs.

Hvorvidt det billede, der er blevet tegnet af konferencerne under projekt "Grib Hverdagen", er retvisende, kan VIVE ikke afgøre. Men det relevante i denne sammenhæng er, at der mange steder er en oplevelse blandt nogle medarbejdere – særligt i sundhedsenheden – af, at fælles konferencer er lig med lange ineffektive møder, hvor der spildes for meget tid.

Det er bl.a. erfaringerne med konferencerne under "Grib Hverdagen", som førte til den nuværende forløbsmodel og dens intentioner om at mødes *hos* borgerne i stedet. Det skulle ikke bare supplere de tværgående konferencer *om* borgerne; intentionen var, at de skulle erstatte dem helt.

Imidlertid har det vist sig, at der i alle lokalområder bortset fra et enkelt stadig holdes forskellige former for borgerrelaterede møder i hjemmeplejen, i sundhedsenhederne og på tværs af de to enheder. Der findes mange variationer over dette tema, både med hensyn til forskellig hyppighed (fra 1 gang hver 2. uge til 2 gange ugentligt) og med hensyn til deltagere. Der er eksempler på, at alle i hjemmeplejen deltager, at 2-3 med "problemsager" deltager, eller at det udelukkende eller primært er bachelorerne i hjemmeplejen, som deltager sammen med sundhedsenheden. Der er både eksempler på, at lederne altid deltager i de tværgående på tværs, og på, at de aldrig eller sjældent deltager. Og der er eksempler på, at hjemmeplejeteamets fast tilknyttede sygeplejersker og terapeuter altid deltager, og at der aldrig eller kun sjældent kommer nogen fra sundhedsenheden – og at det i øvrigt er helt forskelligt fra gang til gang, hvem der deltager fra sundhedsenheden. Form, formål og indhold beskrives også meget forskelligt af

medarbejderne. Der er eksempler på, at det er bachelorerne i hjemmeplejen, som skal finde cases, der kan diskuteres på de fælles møder, til møder, hvor alle (primært i hjemmeplejen) skriver borgere på til mødet. Og der er eksempler på møder med gennemgang af alle fælles borgere, og møder, hvor alle borgere drøftes på det fælles møde inden forløbskift (fra varigt til midlertidigt eller omvendt). Som sagt er der også et lokalområde, som *ikke* har nogen form for fælles konferencer – fordi forløbsmodellens intentioner var, at de fire milepæls møder *hos* borgerne jo egentlig skulle erstatte møder på tværs *om* borgerne.

Men i seks ud af syv lokalområder er der alligevel forskellige former for tværgående møder om borgerne ud over forløbsmodellens intentioner om at koordinere og samarbejde via møder *med* borgerne. Oftest omtales de nuværende tværgående møder som hjemmeplejens møder, hvor sygeplejersker og terapeuter fra sundhedsenheden deltager "*altid*", "*ofte*", "*nogen gange*", "*sjældent*", "*hvis de lige har tid, men det er tit, de ikke har*". Der peges flere steder også på logistiske udfordringer, fx at det er "*umuligt*" for hjemmeplejen og sundhedsenheden at mødes, fordi de to enheder organiserer arbejdet forskelligt, og der derfor ikke er et fast tidspunkt, hvor de kan mødes.

Denne udvikling viser, at forløbsmodellens milepæls møder ikke er lykkedes med at erstatte møder mellem medarbejderne. Der opleves et behov for en arena for koordination, samarbejde, udveksling af viden og synspunkter for at kunne skabe sammenhæng og fremdrift i forløb.

Behovet for en ensartet tværgående konferencestruktur

VIVE vurderer, at behovet for at skabe forskellige tværgående mødefora ikke kun skyldes, at forløbsmodellen endnu ikke er fuldt ud implementeret. Det skyldes også, at der er et stort behov for at sikre det tværgående samarbejde i hverdagen af en række forskellige årsager, som beskrives herunder.

- VIVE anbefaler derfor, at der etableres en ensartet, tværgående konferencestruktur inden for hvert basisteam, som kan udgøre en effektiv ramme for det daglige samarbejde mellem hjemmeplejen og sundhedsenhederne.

Der er behov for *en arena, der kan skabe relationer og kendskab* mellem medarbejderne, hvis der reelt skal være et teamsamarbejde omkring borgerne – og ikke bare parallelle indsatser. Dette er afgørende for, at der reelt bliver tale om teams på tværs.

Der er behov for *en arena for effektiv koordination*. Ledere og især medarbejdere har under workshop-runderne peget på, mængden af skriftlig kommunikation på tværs, (forgæves) ringen på tværs, spontan hiven fat i hinanden og andre forsøg på at skabe koordination er uhenigtsmæssigt. Frekvensen er høj, det er for tidskrævende, ikke altid specielt effektivt, og desuden skaber det mange afbrydelser med "*al den her ringen og skriven frem og tilbage*", som en viceområdechef udtrykker det. Alle afbrydelser tager tid, og derfor er der noget at vinde ved at løse koordinationsopgaver på andre måder end via løbende ad hoc-afbrydelser. Velfungerende konferencer er en effektiv arena for koordination, og frekvensen skal være så høj, at konferencerne reelt kan erstatte en stor del af den ringen og skriven frem og tilbage, som medarbejderne bruger tid på i dag, og som ikke opleves som den mest effektive måde at arbejde og koordinere på, samlet set.

Der bør etableres en *mindre ressourcekrævende håndtering af opgaven problemidentifikation*. Som beskrevet i analysen kræver den nuværende organisering, at bachelorerne i hjemmeplejen skal ind som mellemed mellem hjemmeplejen og sundhedsenheden: Når en sosu-medar-

bejder vurderer, at der er et problem hos en borger, der kræver, at en sygeplejerske eller terapeut skal involveres for at udrede problemet, så er den nuværende arbejdsgang, at en sygeplejerske i hjemmeplejen først skal foretage en problemlidentifikation, inden borgeren kan overdrages til en anden sygeplejerske i sundhedsenheden med henblik på udredning. Det er organisatorisk og ikke fagligt begrundet, at to forskellige sygeplejersker i to forskellige kommunale enheder involveres i at håndtere en udfordring hos en borger, som en medarbejder i hjemmeplejen har påpeget. I stedet skal hjemmeplejen og sundhedsenheden være i så tæt og løbende samarbejde via konferencerne og dannelsen af teamstrukturen, at problemer i borgerforløb håndteres via *direkte dialog*, hvor man sammen kan oplyse om og drøfte sagen samt finde frem til den mest hensigtsmæssige og rationelle løsning med involvering af færrest mulige medarbejdere. Denne arbejdsgang giver en mindre kompleks organisering med færre involverede medarbejdere og mindre behov for skriftlig kommunikation mellem medarbejdere. Måden at arbejde på kendes også fra triagemøder i andre kommuner. Her er det væsentligt, at ledelsen er til stede på konferencerne for at sikre, at drøftelser af, hvordan udfordringer og problemer i borgerforløb håndteres, også får en læringsmæssig værdi for alle deltagerne, der rækker ud over blot at løse det enkelte problem i den konkrete borgersag.

Der bør etableres en arena for *direkte dialog om forløbsskift*²⁵ mellem hjemmepleje og sundhedsenhed, når borgerne går fra korterevarende til varige forløb og omvendt. Som analysen af forløbsmodellen viser, kan netop forløbsskift være en udfordring. Overdragelse foregår skriftligt via omsorgssystemer, og i den forbindelse opleves der nogle gange "*lovtrækkeri*" mellem de to enheder. I den nuværende model kan der således holdes afslutningssamtale med en borger i sundhedsenheden, hvorefter hjemmeplejen informeres skiftligt om, at borgeren nu er deres. Det betyder, at en borger kan afsluttes i en enhed uden at vide, hvem der ny forløbsansvarlig. Denne praksis understøtter ikke ønsket om at skabe de sammenhængende og velkoordinerede forløb, som er forløbsmodellens intention. Forløbsskift indebærer overdragelse af ansvar, og her er der behov for direkte dialog og synlig ledelse for at sikre en fælles holdning til og enighed om forløbsskiftet. Derfor anbefaler VIVE, at *alle* borgere skal vendes på fælles konference *inden* forløbsskiftet. Denne praksis ses i dag i Skelager. VIVE anbefaler, at konferencerne bruges til at sikre enighed om, at borgeren skifter forløb, hvornår samt navnet på den nye forløbsansvarlige. Det vil give en fælles praksis for, hvornår der skiftes forløb, hvad det kræver, og enighed om, hvem der overtager forløbsansvaret, *inden* borgeren skifter forløb. VIVE anbefaler således, at forløbsansvaret betragtes som en 'stafet': Den kan ikke slippes! Den kan kun gives videre til en anden navngiven medarbejder²⁶.

Der er behov for *en arena for faglig dialog mellem hjemmeplejen og sundhedsenhedens medarbejdere* om borgere, helt uanset forløbstype. Konferencerne skal ikke kun være et rum for drøftelse, koordination og beslutningstagning omkring den gruppe borgere, hvortil både sundhedsenhed og hjemmepleje leverer ydelser. Ledelsen af konferencerne skal sikre, at det bliver tydeligt, at det ikke er "vores" og "jeres" borgere. Det er en ledelsesopgave at sikre, at konferencerne bliver et fagligt forum, hvor *alle* borgere kan drøftes, fordi *alle* borgere er basisteamets. Dette perspektiv på konferencerne skal sikre, at der bliver etableret en effektiv organisatorisk ramme, som på sigt skal kunne rumme de funktioner, der ligger i de triagemøder, som

²⁵ Det bemærkes, at medarbejderne ofte taler om "overdragelse" af borgere fra sundhedsenheden til hjemmeplejen, når de omtaler borgernes forløbsskifte. Det har rødder i den fortolkning af forløbsmodellen, der er beskrevet i analysen, hvor den bliver set som en "opgavefordelingsmatrix" i betydningen borgerfordelingsmatrix: Borgere i varige forløb bliver i denne logik set som hjemmeplejens, mens borgere i korterevarende forløb ses som sundhedsenhedens.

²⁶ Hvis borgerne overgår til at varigt forløb med moderat funktionsnedsættelse, hvor der ifølge forløbsmodellen ikke er en forløbsansvarlig, men alene en kontaktperson, er det i praksis kontaktpersonen, der overtager stafetten fra den forløbsansvarlige.

Sundhedsstyrelsen anbefaler for at sikre, at funktionsfald opspores og håndteres, at borgere triageres systematisk, og at der ligger fælles faglighed bag de beslutninger, der træffes²⁷.

Således er der behov for *en arena for tydelig tværgående faglig ledelse* for ledere i hjemmeplejen og sundhedsenheder tilsammen. I Sundhed og Omsorg er bachelorer og hjemmepleje organiseret hver for sig i hver sin ledelsesmæssige søjle. Denne organisering skaber et stort behov for vedvarende ledelsesmæssigt fokus på samarbejdet om borgerforløbene på tværs af fagligheder. Det er ikke en opgave, der går væk med tiden – den er en konsekvens af den valgte organisering²⁸. Dette tætte tværfaglige samarbejde i hverdagen er noget af det mest afgørende i kommunerne, hvis rehabilitering, tidlig opsporing og forebyggelses skal lykkes.

En ændring af de nuværende forskelligartede mødestrukturer til at fokusere på faglige konferencer medfører samtidig et behov for at justere forløbsmodellens fire milepælsmøder. Konferencerne betyder, at mere koordination skal kunne baseres på fælles konferencedrøftelser og -beslutninger. Dermed anbefales det, at milepælsstrukturen i forløbsmodellen også justeres, hvilket behandles i afsnit 5.3.1.

Konferencerne skal således reelt gøre samarbejdet mellem hjemmepleje og sundhedsenhed lettere, så de kan reducere og effektivisere det koordinationsarbejde, som i dag foretages ad hoc og via andre kanaler. Det stiller krav til konferencernes frekvens og til deres indhold og ledelse.

- VIVE anbefaler – med afsæt i de erfaringer, der bl.a. allerede er gjort i Sundhed og Omsorg – at konferencerne holdes på maksimalt 30 minutter, og at de afholdes 2 gange ugentligt: enten mandag og torsdag eller tirsdag og fredag. På den måde undgås det, at der bliver så lang tid imellem konferencerne, at de reelt ikke kan dække medarbejdernes behov for koordination og samarbejde på tværs i borgerforløb, som kan udvikle sig hurtigt.

Ledernes rolle i udvikling af en effektiv konferencekultur

Konferencer er et dilemmafuldt organisatorisk værktøj, som er vanskeligt at implementere. Tid er en knap ressource, og når flere skal mødes samtidig, griber det ind i manges planlægning. Konferencer kan både kan være effektive og velfungerende, og de kan være det modsatte: præcis ligesom enhver anden form for møder. Derfor er *måden*, som konferencer implementeres, ledes og udvikles på, helt afgørende for effekten. Det er ikke nok at implementere en *konferencestructur*, der skal også skabes en effektiv fælles konferencekultur. Det er en væsentlig ledelsesopgave.

²⁷ Se evt. "Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker: Anbefalinger til arbejdsgange og anvendelse af redskaber", Sundhedsstyrelsen (2017): <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Tidlig-opsporing-af-forringet-helbredstilstand-og-nedsat-funktionsevne-hos-aeldre-mennesker.ashx?la=da&hash=EC4A2AD6BA14C83565EEFB546B268CAE396D41BF>.

²⁸ Der er et grundlæggende dilemma indbygget i organisationen på dette område i alle kommuner. På den ene side er der behov for et tæt tværfagligt samarbejde omkring borgerne, særligt mellem hjælpere, assistenter, sygeplejersker og terapeuter. På den anden side opleves et behov for at sikre, at især bachelorerne i hver deres monofaglige gruppe har et ensartet højt fagligt niveau. Kommunerne kan overordnet set organisere sig på to måder: Enten kan medarbejderne organiseres i tværfaglige enheder (det ses ofte i relation til rehabilitering efter § 83a, og i Aarhus Kommune var det netop det, man havde valgt i Viby-Højbjerg). Men andre kommuner har valgt at integrere sygeplejerskerne (og i mindre omfang også terapeuter) i tværfaglige teams sammen med sosu-medarbejdere. Men ofte vælger kommunerne en organisering, hvor sygeplejersker og terapeuter er organiseret i deres egne "søjler"; ofte med en leder med deres egen faglighed. Der er ikke nogen entydigt rigtig måde at løse dette dilemma på, og derfor heller ikke nogen entydigt rigtig måde at organisere området på. Det væsentlige er imidlertid at være meget bevidst om konsekvenserne ved de to organiseringsformer. Og vælger man – som Aarhus og mange andre kommuner – at organisere sosu-medarbejdere og bachelorer i hver deres søjle, så bliver den helt centrale ledelsesopgave at sikre det tværfaglige samarbejde omkring borgerne i hverdagen helt ude i yderste led af organisationen. Vælger man en tværfaglig struktur, bliver ledelsesopgaven at sikre et ensartet og højt monofagligt niveau.

- VIVE anbefaler, at konferencerne ledes af de 38 teamledere i hjemmeplejen og ledere af sundhedsenhederne.

Det betyder, at lederne i hjemmeplejen i udgangspunktet leder 1 ugentlig konference i eget team, og at de 2 ledere i hver sundhedsenhed som udgangspunkt leder 1-4 konferencer af 30 minutter (idet der er 3-7 teams i hvert lokalområde med 2 ledere af hver sundhedsenhed). Med 2 ledere tilknyttet hvert team (1 fra hjemmeplejen og 1 fra sundhedsenheden) er der mulighed for at dele opgaven anderledes – og for samtidig tilstedeværelse og fælles ledelse, når der er behov for det.

At lede konferencer – de fora, hvor konkrete beslutninger om organisationens håndtering af borgere og patienter træffes – er en helt central del af sundhedsfagligt arbejde. Det er her, at *synlig faglig ledelse* bedrives i praksis, og det er her, at lederne sætter retningen for den kultur, de ønsker. Det er også her, at lederne gør det tydeligt for medarbejderne, at de udgør ét tværgående, tværfagligt basisteam/kontaktteam. Men det er også her, at lederne kommer tæt på driften og får tæt føling med organisationens kerneopgaver hver eneste uge (i sekundærsektoren er det hver eneste dag). Ledelsen – og udviklingen – af teamets konferencer er ikke blot et spørgsmål om at vælge en ordstyrer; det er en ledelsesopgave, som ikke bør uddelegeres til andre medarbejdere.

Konferencer er – som alle andre møder – ikke altid den mest effektive metode til koordination, fordi det kræver samtidig deltagelse²⁹, og der er risiko for, at nogle deltagere ikke oplever, at indholdet altid er lige relevant for netop dem. Det sidste har nogle steder været anken mod de tidligere tværgående møder under projektet "Grib Hverdagen".

Det er en væsentlig ledelsesopgave at gøre konferencer til et effektivt læringsrum, og det kræver en klar holdning til, hvordan man skaber en konferencekultur blandt alle medarbejdergrupper. Hvis medarbejderne har den opfattelse, at de kun skal forholde sig til de borgere, de selv er ansvarlig for, vil konferencer ofte blive opfattet som spild af tid. Derfor er det afgørende, at især bachelorerne i sundhedsenheden ser deres rolle på konferencer parallelt til den rolle, som den erfarne læge har i relation til sygeplejersker og mindre erfarne læger på konferencer i hospitalssektoren: bachelorerne skal være proaktive, fungere som sparringspartnere og skabe læring via spørgsmål og faglige drøftelser – også når det vedrører borgere, de ikke er forløbsansvarlige for eller selv kender. Det er ledernes ansvar at skabe en læringskultur på de faglige konferencer. Ellers risikerer de at blive ineffektive og oplevet som spild af tid.

Alternativet til en tværgående konferencestruktur er, at alt samarbejde og koordination skal foregå løbende, skriftligt, telefonisk, ad hoc eller på milepælsmøder hos borgerne. Det risikerer at føre til mangel på koordination, fordi medarbejderne ikke lykkes med at få talt sammen, skrevet sammen og koordineret, samarbejdet, holdt borgermøder, reflekteret og lært – og det koster effektivitet. Eller det kan føre til ineffektiv koordination, fordi der skrives, ringes, tales frem og tilbage mellem (for) mange aktører. Imens går tiden i borgerforløbene, der bliver måske ikke sat koordineret og dermed effektivt ind, der bruges måske for mange ressourcer på at have lange og tynde koordinationsforløb, og medarbejderne afbryder hinanden midt i andet arbejde, fordi de har behov for at koordinere, sparre, spørge om eller drøfte noget. Både manglende og ineffektiv koordination koster tid. Og det er netop denne form for koordinations- og planlægningstid, som anbefalingen om faglige konferencer tager sigte på at minimere.

²⁹ Det kræver ikke nødvendigvis fysisk tilstedeværelse: I bl.a. sekundærsektoren anvendes videokonferencer og Skype-møder ofte, hvis der er logistiske udfordringer, som gør, at det vil tage for megen tid at mødes fysisk hver gang.

Udfordringen er at finde den rette balance mellem, hvad der håndteres mest effektivt på faglige konferencer med klar og tydelig ledelse, og hvad der håndteres bedre gennem andre metoder. Det er en vedvarende ledelsesopgave at sikre denne balance – og dermed at konferencerne reelt bliver effektive arenaer for fælles læring og godt samarbejde.

- For at understøtte lederne i opgaven med at skabe en effektiv konference struktur såvel som kultur anbefaler VIVE, at der udarbejdes en drejebog for konferencerne på tværs af Sundhed og Omsorg, som forholder sig til følgende:

Tre elementer i effektive konferencer med afsæt i basisteam

Tydeligt formål

- Hvilke *borgere* skal tages op på konferencer, hvorfor, hvad skal drøftes, hvem fremlægger hvad (og hvordan), og hvad skal besluttes?
- Hvordan sikres, at konferencer rummer generel *læring* og dermed fælles *kompetenceudvikling* for alle? Hvad kræver det af deltagerne, og hvordan sikres det? Hvilken rolle forventes sygeplejersker og terapeuter at spille på konferencerne? Hvad forventes af sosu-medarbejderne?

Tydelige rammer

- Hvem *deltager* (hvorfor) og hvornår? Skal alle fra basisteamet være der samtidig, eller tilstræbes det at tage ét kontakteam ad gangen? Hvem skal altid være til stede og hvorfor?
- Hvad er *tidsrammen* og *frekvensen*? VIVE anbefaler 2 gange ugentligt i maksimalt 30 minutter. Og at lederne har ansvaret for at skabe en 'vi starter og slutter til tiden'-kultur.

Tydelig ledelse

- Hvordan deler lederne konferencerne mellem sig? Hvordan sikrer de i praksis, at konferencerne bliver effektive arenaer for koordination, samarbejde, læring og kompetenceudvikling? Og at konferencerne reelt reducerer behovet for andre møder og andre mere tidskrævende former for koordination og samarbejde?

5.2.3 Ressourcemæssige konsekvenser af teams og konferencer på tværs

Langt de fleste hjemmeplejeteams og sundhedsenheder har forskellige typer møder i dag, men langt de fleste har ikke en fælles konferencestruktur som den, der anbefales. Dog har nogle områder en struktur, der ligner meget, mens andre slet ikke har fora, hvor de mødes på tværs.

VIVE har understreget behovet for et stærkt ledelsesmæssigt fokus på at sikre, at en fælles konferencestruktur ikke blot lægges oveni de møder, der allerede eksisterer i dag, men at der foretages en samlet sanering i de forskellige former for møder, der holdes i dag, hvis konferencer indføres. Det er således væsentligt at bygge om i mødestrukturen som led i etablering af konferencer – og ikke kun bygge ud. Det er en væsentlig årsag til, at det er vanskeligt at estimere, hvad de ressourcemæssige konsekvenser af fælles konferencer vil blive.

Afholdelsen af konferencer skal ikke blot medføre mere og bedre samarbejde, koordination og tværgående relationer og kendskab til hinanden. Konferencerne skal også medføre en nedgang i behovet for øvrig kommunikation i tiden mellem konferencerne. Her kommunikeres ofte person-uspecifikt mellem og hjemmeplejen og sundhedsenheden via TVK'er. Men der ringes også og holdes ad hoc-møder på tværs.

I de teams, hvor der i dag holdes tværgående møder med ledelsesdeltagelse, der i nogen grad ligner den struktur, som VIVE anbefaler, har man oplevet en nedgang i behovet for andre former for koordination og kommunikation mellem møderne. I hvilket omfang konferencerne kan reducere dette behov, kan dog ikke estimeres på realistisk vis.

5.3 anbefalinger til forløbsmodellen

Forløbsmodellen er et stort, langvarigt og ambitiøst forandringsprojekt. Intentionerne i modellen handler både om at sikre et klart og entydigt forløbsansvar, hvor rollerne som forløbsansvarlig og kontaktperson er helt centrale, og det handler om at sikre en fælles systematik, der gør, at der arbejdes med klare mål for borgernes forløb, at der følges op på progression og udvikling i borgernes forløb, og at der arbejdes rehabiliterende. Som beskrevet i analysen er Sundhed og Omsorg godt på vej med at realisere forløbsmodellen.

VIVEs opgave er at komme med anbefalinger til *best practice* i relation til den fortsatte implementering af forløbsmodellen. Samtidig er det VIVEs opgave at gøre det muligt at realisere besparelser for samlet set 7,4 mio. kr.

Som beskrevet i analysen tyder data og kvalitative udsagn på, at der stadig er en række udfordringer i relation til forløbsmodellen:

- Milepælsmøderne holdes endnu ikke i det tiltænkte omfang. Derfor ønskede styregruppen et estimat over omkostningerne ved en fuld implementering af alle milepælsmøder i nuværende udformning. Dette estimat beløb sig til 15-20 mio. kr. (jf. afsnit 4.2.2). Det betyder, at anbefalinger til *best practice* i relation til den fortsatte implementering vil medføre et yderligere ressourcetræk. Men da omfanget af afholdte borgerkonferencer er ukendt ligesom det reelle tidforbrug i forbindelse med dem, er det ikke muligt at kvantificere dette ressourcetræk yderligere. Desuden er det væsentligt også at tage højde for, at afholdelsen af borgerkonferencerne jo netop skulle forbedre (og muligvis også forkorte) borgerforløbene og reducere behovet for anden form for koordination. Således er det tænkeligt, at en fuld implementering af forløbsmodellens milepælsmøder kan medføre en reduktion i tids- og ressourcforbruget på andre opgaver.
- En kortlægning tydede på, at der er meget varierende tidsrammer afsat og anvendt til de enkelte dele af forløbsmodellens fire milepælsmøder: planlægning, forberedelse, afholdelse og opfølgning.
- Frontpersonalet bruger for meget tid på planlægning af borgerkonferencer, bl.a. fordi der er meget forskellige måder at gøre det på og dermed også meget forskelligt serviceniveau for inddragelse af kollegaer, borgere og pårørende i planlægning af møderne.

En fordel ved modellen, som blev fremhævet igen og igen, var, at de forløb, hvor hjemmeplejen og sundhedsenheden *"kommer sammen helt fra start"*, som det kaldes, når de er ude hos borgeren sammen, opleves som bedre forløb, hvor samarbejde og koordination også bliver lettere.

VIVEs anbefalinger til forløbsmodellen søger at tage højde for disse forhold. Anbefalingerne tager sigte på at være tro mod intentionerne i forløbsmodellen, men samtidig reducere tidsforbruget til modellen – særligt ved at udnytte de muligheder for effektiv koordination, der ligger i

konferencestrukturen. Den er således en forudsætning for de justeringer i forløbsmodellen, som anbefales i dette afsnit.

5.3.1 Anbefalinger til justeringer i forløbsmodellens milepæle

Med afsæt i analysen anbefaler VIVE følgende i relation til forløbsmodellen:

Milepæl 1 – Første Sundhedsfaglige Kontakt

Både sundhedsenhedens og hjemmeplejens medarbejdere peger på, at det er afgørende, at hjemmeplejen kommer med i forløbene fra start. Hjemmeplejen kender ofte borgerne inden indlæggelse/funktionsfald og har relevant viden, ligesom samarbejdet mellem sundhedsenhed og hjemmepleje opleves at fungere bedre, hvis en fra kontakteamet i hjemmeplejen kommer med fra start.

- VIVE anbefaler, at første sundhedsfaglige kontakt altid holdes med deltagelse af hjemmeplejen³⁰.

Det anbefales, at en medarbejder fra borgerens kontakteam i hjemmeplejen deltager sammen med en bachelor fra sundhedsenheden, der er tilknyttet hjemmeplejeteamet. Dette kan imidlertid kun lade sig gøre, hvis der differentieres i forhold til tidsgrænserne for afholdelse af første sundhedsfaglige kontakt (se senere i dette afsnit). Det bør også overvejes, om at det (altid) er nødvendigt, at der både deltager en sygeplejerske og en terapeut fra sundhedsenheden, som det nogle steder er praksis i dag.

Nogle områder har organiseret det, så det altid er en terapeut og en sygeplejerske, som tager alle første sundhedsfaglige kontakter hver dag. Det kan være nødvendigt, hvis alle skal nås inden for den samme tidsgrænse på 48 timer. Men det har den ulempe, at det kun i enkelte tilfælde vil være den bachelor, der holder første sundhedsfaglige kontakt med en borger, som efterfølgende bliver borgerens forløbsansvarlige. Det er ikke hensigtsmæssigt i lyset af forløbsmodellens intentioner om sammenhængende forløb og behovet for at skabe en mindre kompleks organisering med mere kontinuitet og dermed mindre behov for koordination og overgaveoverdragelse. Derfor anbefaler VIVE, at organiseringen tilrettelægges, så første sundhedsfaglige kontakt kan afvikles inden for basisteamet i sundhedsenheden og inden for kontakteamet i hjemmeplejen. Kontinuitet i både borger- og medarbejderrelationer bør prioriteres væsentligt højere.

Medarbejderne beskriver, at borgerne er meget forskellige ved første sundhedsfaglige kontakt. Nogle er lige udskrevet og *"slet ikke landet endnu"* og på ingen måde klar til en planlægnings-samtale, hvor der skal sættes mål for et rehabiliteringsforløb. Her er det vigtigt, at bacheloren fra sundhedsenheden vurderer, hvornår det er realistisk, at borgeren er klar til at holde en planlægnings-samtale, og om det er vigtigt, at kontakteamet fra hjemmeplejen deltager. Andre borgere vil gerne i gang, og her giver det mening at slå de to milepæls-møder sammen og holde planlægnings-samtalen med det samme.

- VIVE anbefaler, at den nuværende tidsgrænse på 48 timer til afholdelse af første sundhedsfaglige kontakt differentieres, således at grænsen for, hvornår der holdes første sundhedsfaglige kontakt hos nye borgere, der kun ansøger om praktisk hjælp, bør sættes op

³⁰ Dog med undtagelse af de forløb, hvor hjemmeplejen ikke spiller nogen rolle: Hvis det fx ren genoptræning (GOP), som ikke involverer hjemmepleje, eller en borger, der kun har behov for sygepleje, eller en borger, der henvender sig for første gang med henblik på praktisk hjælp (en såkaldt rengøringsudredning).

fra 48 timer til +5 hverdage, mens tidsgrænsen for nyudskrevne omvendt bør sættes ned til fx 24 timer.

Forløbsmodellens systematisk skal kunne dække alle borgerforløb i Sundhed og Omsorg, og den nuværende tidsgrænse for første sundhedsfaglige kontakt er 48 timer for alle borgerforløb. Blandt andet for at kunne imødekomme dette har flere områder valgt at lade en terapeut og en sygeplejerske tage alle første sundhedsfaglige kontakter, men på bekostning af kontinuiteten. VIVE vurderer, at kontinuiteten og hensynet til at kunne afholde første sundhedsfaglige kontakt og planlægningsamtaler inden for basisteamet er væsentligere, end at alle første sundhedsfaglige kontakter afholdes inden for 48 timer.

Borgerne er vidt forskellige med vidt forskellige behov. Der kan både være tale om en ældre multisyg med hoftefraktur, der udskrives immobil med massivt behov for hjælp og rehabilitering, og der kan være tale om en medborger, som ikke helt magter hus og have længere, og derfor har hendes datter rettet henvendelse til kommunens centrale visitation i håb om at kunne få lidt rengøringshjælp til moderen. VIVE finder det ikke hensigtsmæssigt, at tidsgrænsen for første sundhedsfaglige kontakt i begge tilfælde er 48 timer. Det er vigtigere at give mulighed for at planlægge mere fleksibelt, så en fra kontakteamet og en bachelor fra basisteamet kommer ud på første sundhedsfaglige kontakt, end at alle borgere – uanset behovet – *skal* have afholdt første sundhedsfaglige kontakt inden for 48 timer.

Grundet et igangværende SATS-puljeprojekt i samarbejde med et hospital har flere lokalområder i en periode holdt første sundhedsfaglige kontakt inden for 24 timer. Desuden medgives medicin ofte til et døgn ved udskrivelse, og derfor er det hensigtsmæssigt, at første sundhedsfaglige kontakt ved udskrivelse ligger inden for 24 timer snarere end 48 timer (et enkelt område forsøger sågar med at holde dem inden for 4 timer). Til gengæld er det ikke væsentligt, at en borger, der henvender sig for første gang med henblik på tildeling af praktisk hjælp, skal have afholdt første sundhedsfaglige kontakt inden for 48 timer. Det er langt væsentligere at borgere, der er udskrevet, eller borgere, som skifter forløb fra varige til korterevarende som følge af tidlig opsporing af muligt begyndende sygdom eller fald i funktionsniveau, udredes hurtigt af en bachelor fra sundhedsenheden.

VIVE anbefaler, at differentieringen af responstiderne for første sundhedsfaglige kontakt er baseret på kriterier, som let og entydigt kan håndteres i visitationen af borgerne, og som giver planlæggerne og ressourcekoordinatorerne lokalt mere fleksibilitet i forhold til at kunne prioritere borgere med størst behov til hurtig afholdelse af første sundhedsfaglige kontakt, samtidig med at fristen for de øvrige borgere sættes op til et rimeligt niveau.

Forløbsmodellen rummer mulighed for, at første sundhedsfaglige kontakt og planlægningsamtalen *kan* slås sammen, hvis det fagligt giver mening. På baggrund af kortlægningen af tidsforbruget til milepælsmøder i de syv lokalområder ses stor variation bl.a. i den tid, der afsættes til første sundhedsfaglige kontakt, som tyder på, at de to milepæle nogle steder oftest afholdes samlet, mens denne mulighed ikke benyttes i samme omfang andre steder.

- VIVE anbefaler derfor, at bacheloren på første sundhedsfaglige kontakt *altid* skal vurdere, om første sundhedsfaglige kontakt og planlægningsamtalen kan afholdes samtidig. Anbefalingen skal sikre, at denne mulighed *altid* vurderes. Hvis det ikke er muligt at slå første sundhedsfaglige kontakt og planlægningsamtalen sammen, *skal* bacheloren tage stilling til, hvornår og med hvilke deltagere (tvær- eller monofagligt) planlægningsamtalen så skal holdes.

Således skal bacheloren ved første sundhedsfaglige kontakt sikre, at det altid aftales med borger (og eventuelle pårørende) og med hjemmeplejen, om der skal holdes en planlægnings-samtale – i så fald *hvornår*, og *hvem* der skal deltage. Det vil skabe en langt større tydelighed omkring forløbene for både borgerne og hjemmeplejens medarbejdere.

Det letter også det efterfølgende planlægningsarbejde, at bachelorerne fra sundhedsenheden *altid* tager stilling til disse spørgsmål ved første sundhedsfaglige kontakt.

- Endelig anbefaler VIVE, at første milepælsmøde kaldes "vurderingssamtalen" i stedet for "første sundhedsfaglige kontakt".

Første sundhedsfaglige kontakt er det tidspunkt, hvor en bachelor fra en sundhedsenhed kommer ud til borgeren. Inden da vil hjemmeplejen ofte have været hos borgeren, nogle gange i flere dage, fx hvis det er en borger, som har været i et varigt forløb, eller hvis det er en borger, der udskrives fra hospital og har haft uopsættelig hjælp med det samme efter udskrivelsen. Det betyder helt konkret, at en assistent fra hjemmeplejen kan have været i hjemmet flere gange dagligt. En sosu-assistent er en autoriseret sundhedsperson. Derfor er det misvisende først at tale om en sundhedsfaglig kontakt, når en bachelor kommer ud. Og det sender et forkert signal i organisationen, ikke mindst til sosu-assistenterne, at der først er tale en *sundhedsfaglig* kontakt, når der er tale om en sygeplejerske eller en terapeut. Dette har givet heller ikke været intentionen. Ikke desto mindre bør første sundhedsfaglige kontakt kaldes vurderingssamtalen for netop at understrege formålet med samtalen: at vurdere borgeren, situationen og mulighederne for at igangsætte et korterevarende forløb med hvem og hvornår.

Milepæl 2 – Planlægningssamtalen

Planlægningssamtalen afholdes i dag inden for de første syv hverdage efter forløbsopstart. Formålet er at samle trådene sammen med borgeren, og – på basis af den udredning, der har fundet sted – sætte mål og lægge en plan for forløbet.

- VIVE anbefaler, at tidsgrænsen på syv hverdage for, hvornår planlægningssamtalen *skal* afholdes, erstattes med et krav om, at bacheloren ved første sundhedsfaglige kontakt i stedet skal foretage en faglig vurdering af, hvornår det er hensigtsmæssigt at holde planlægningssamtale, og at dette dokumenteres.

VIVE har tidligere i afsnittet anbefalet, at bacheloren ved første sundhedsfaglige kontakt altid skal tage stilling til, om planlægningssamtalen kan holdes i forbindelse med første sundhedsfaglige kontakt, eller om den skal holdes senere – og i så fald med hvilke deltagere og hvornår. Det er mere væsentligt at sikre, at bacheloren ved første sundhedsfaglige kontakt foretager en *faglig* vurdering af, om planlægningssamtalen kan afholdes med det samme, om 2 dage, 1 uge eller måske først 14 dage, end det er at opstille ensartede tidsgrænser, der gælder alle borgere uanset deres tilstand.

Begge disse forslag til justeringer af forløbsmodellen har til hensigt at sikre mere fleksibilitet, så det bliver muligt at sikre, at borgerkontakterne kan afvikles inden for basisteamet og dermed øge kontinuiteten i både borger- og medarbejderrelationer. Men målet er også at sikre, at bachelorerne allerede ved første sundhedsfaglige kontakt får taget eksplicit og fagligt stilling til det videre forløb: hvad der skal ske, hvornår og hvem der skal deltage.

Som alternativ til tidsgrænserne kan Sundhed og Omsorg i stedet vælge at følge ledelsesinformation om udviklingen i forløbslængde og afholdelse af milepælsmøder for at sikre, at det

ikke fører til unødigt lange forløb eller ventetider på første sundhedsfaglige kontakt og planlægningsamtalen.

- VIVE anbefaler desuden, at *hvis* det ved første sundhedsfaglige kontakt aftales, at et medlem af kontaktteamet i hjemmeplejen *ikke* behøver at deltage i planlægningsamtalen, så *skal* den forløbsansvarlige have direkte dialog med kontaktpersonen om resultatet af planlægningsamtalen.

Denne anbefaling handler om at styrke samarbejdet – også selvom det ikke altid er fagligt påkrævet, at kontaktpersonen deltager i planlægningsamtalen, nu hvor kontaktteamet altid deltager i første sundhedsfaglige kontakt i stedet. Medarbejderne har peget på, at det ikke nok til at sikre et tæt samarbejde, at sundhedsenhedens bachelorer tildeler rehabiliterende indsatser (efter SEL § 83a), som via omsorgssystemet sendes til udførelse i hjemmeplejen. Hvis rehabilitering skal lykkes, er det afgørende, at der er direkte dialog mellem forløbsansvarlig (der i Aarhus Kommune er den, som tildeler ydelserne efter SEL § 83a) og kontaktperson/kontaktteam. Derfor er det vigtigt, at der er et konferenceforum, hvor basisteamet mødes 2 gange ugentligt, og at der altid er mundtlig kontakt mellem den forløbsansvarlige bestiller og kontaktpersonen, som levner mulighed for direkte dialog, spørgsmål og afklaring af tvivl og uklarhed.

Milepæl 3: Afslutningssamtalen

VIVE anbefaler, at den nuværende afslutningssamtale deles i to typer: 3A: afslutningssamtalen og 3B: overgangssamtalen.

Milepæl 3A: Afslutningssamtalen ved afslutning af forløb uden varig hjælp

Når en borger efter et sammensat eller enkelt forløb er blevet selvhjulpne og dermed afsluttes helt, er der reelt tale om en afslutningssamtale.

- VIVE anbefaler, at afslutningssamtalen (milepæl 3A) ikke afholdes tværfagligt, men alene af den forløbsansvarlige (eller eventuelt en anden relevant bachelor i sundhedsenheden) og helst som led i sidste træning eller sygeplejefaglige kontakt.

Disse anbefalinger gør milepæl 3A mindre ressourcetung, men går ikke på kompromis med forløbsmodellens intentioner.

Milepæl 3B: Overgangssamtalen ved overgang fra et korterevarende til et varigt forløb

- VIVE anbefaler, at milepæl 3B i stedet kaldes "overgangssamtalen".

Hvis borgeren efter et korterevarende forløb overgår til et varigt forløb, er det misvisende at kalde det en afslutningssamtale. Det signalerer til medarbejderne i sundhedsenheden, at borgeren er afsluttet hos dem og derfor nu er hjemmeplejens borger. Som beskrevet sås flere steder en tendens til at betragte borgere i korterevarende forløb som sundhedsenhedens og borgere i varige forløb som hjemmeplejens. Derfor bør der ved overgangen fra én type forløb til en anden ikke afholdes en afslutningssamtale. Borgeren skifter muligvis forløbsansvarlig, men er stadig basisteamets borger. Der er tale om en overgang fra et forløb til et andet – ikke om en afslutning. Set i et borgerperspektiv er det også uheldigt at tale om en afslutningssamtale i denne situation: Borgerne er *ikke* afsluttet, de får stadig hjemmepleje og har stadig den samme kontaktperson. Og det er kontaktpersonen (og det øvrige kontaktteam), som skal kende de vedligeholdende mål i borgerens forløb, og kontaktteamet der skal reagere, hvis de planer, der er lagt for vedligehold af borgerens funktionsevne, ikke holder i praksis.

Det er væsentligt at sikre kontinuitet i alle former for overgange, hvilket er en udfordring i hele sundhedsvæsenet. Derfor er det afgørende, at kommunens organisering af forløb har stort fokus på netop kontinuitet i overgange. Og derfor er det uhensigtsmæssigt, at én enhed kan holde en afslutningssamtale med en borger, uden at der *samtidig* sker en klar og tydelig overdragelse af information og ansvar – både af hensyn til borgeren (og eventuelt pårørende) og af hensyn til hjemmeplejens medarbejdere.

- VIVE anbefaler derfor, at overgangssamtaler holdes med deltagelse af kontaktpersonen (eller et medlem af kontaktteamet). Hvis borgeren overgår til et varigt forløb med betydelig funktionsnedsættelse (og derfor skal have ny forløbsansvarlig), *skal* den nye forløbsansvarlige være aftalt inden samtalen (fx på fælles konference), så borgeren og eventuelle pårørende kan blive informeret om dette ved selve overgangssamtalen.

Disse to ændringer vil ikke ændre formålet med samtalen, men de vil sikre, at samtalen reelt kan blive den overdragelse, som er tiltænkt i forløbsmodellen.

Den tværgående konferences rolle i forløbsmodellen

Som beskrevet i afsnit 5.3.2 anbefaler VIVE, at borgeren altid tages op på den tværgående konference i basisteamet *inden* forløbsskift. Det skal sikre, at der ikke opstår uenigheder eller misforståelser i forbindelse med forløbsskift. Denne praksis ses allerede nogle steder i dag, bl.a. i Skelager.

Milepæl 4: Opfølgningssamtalen

I den nuværende forløbsmodel skal opfølgningssamtaler holdes hver 6. måned i forløb med betydelig funktionsnedsættelse og hver 12. måned i forløb med moderat funktionsnedsættelse. På baggrund af analysen vurderer VIVE, at opfølgningssamtalerne endnu ikke afholdes i det tiltænkte omfang.

Dog ses undtagelser, hvor bachelorerne i hjemmeplejen har sat samtalerne i system, så der hele tiden er overblik over, hvilke borgere der skal holdes opfølgningssamtaler med hver måned. Her sørger bachelorerne også for at planlægge opfølgningssamtalerne.

At finde ét system, der giver overblik over status på samtalerne og fordeler dem hensigtsmæssigt hen over året, er væsentligt. Det er ikke en opgave, som hvert hjemmeplejeteam bør finde sin egen lokale løsning på, ligesom det heller ikke er hensigtsmæssigt, at det er den enkelte medarbejder i hjemmeplejen, der selv skal sikre og planlægge dette.

- VIVE anbefaler derfor, at der udarbejdes én løsning på tværs af Sundhed og Omsorg, som sikrer relevant information og overblik over status på opfølgningssamtalerne for henholdsvis den enkelte medarbejder, teamlederne, områdelederne og for Sundhed og Omsorg samlet set.

Medarbejderne har behov for at vide, hvilke borgere der skal have holdt opfølgningssamtaler hvornår, og lederne har behov for status for samtalerne afholdelse inden for eget område – ellers er det ikke muligt at vide, i hvilket omfang de afholdes.

- VIVE anbefaler desuden, at frekvensen sættes ned, så alle opfølgningssamtaler afholdes en gang årligt – i stedet for som nu, hvor borgere i forløb med betydelig funktionsnedsættelse skal tilbydes en opfølgningssamtale hver 6. måned.

Samlet set medfører VIVEs anbefalinger til de fire milepælsmøder et lavere ressourcetræk, idet det anbefales at gøre mere systematisk brug af muligheden for at slå første sundhedsfaglige kontakt (vurderingssamtalen) og planlægningsamtalen sammen, at alle afslutningssamtaler (milepæl 3A) afvikles monofagligt og helst som led i leveringen af sidste ydelse (sygeplejerske eller terapeutkontakt), samt at frekvensen af opfølgningssamtaler i forløb med betydelig funktionsnedsættelse sættes ned.

Ressourcemæssige konsekvenser af ændringerne i relation til forløbsmodellen

VIVE anbefaler, at hjemmeplejen altid deltager ved første sundhedsfaglige kontakt, hvilket vil øge ressourcetrækket. Men det anbefales også, at der eksplicit tages stilling til behovet for, at både sygeplejerske og terapeut fra sundhedsenheden deltager, hvilket nogle steder vil kunne reducere ressourcetrækket.

Det anbefales samtidig, at der ved første sundhedsfaglige kontakt altid tages stilling til, om der er behov for at afholde planlægningsamtalen (milepæl 2) som et selvstændigt besøg, eller om det fagligt giver mening, at milepæl 1 og 2 holdes samlet. Hvis det ikke er hensigtsmæssigt, skal der også tages stilling til, om det er vigtigt, at hjemmeplejen deltager i milepæl 2, eller om den kan varetages af sundhedsenheden. Begge tiltag vil reducere ressourcetrækket.

Desuden anbefales det, at afslutningssamtalen (milepæl 3A) holdes som led i leveringen af sidste ydelse fra sundhedsenheden, hvilket også kan reducere ressourcetrækket. Og det anbefales, at hjemmeplejen ikke deltager i de afslutningssamtaler, hvor borgerne reelt afsluttes helt. Det reducerer også ressourcetrækket. De anbefalede ændringer af milepæl 4, opfølgningssamtalen, medfører en lavere frekvens – og dermed et lavere ressourcetræk.

Når der beskrives et lavere ressourcetræk, må der dog tages forbehold for, at data tyder på, at forløbsmodellen i praksis ikke er fuldt implementeret, og at milepælsmøderne derfor endnu ikke afholdes i det tiltænkte omfang. Alt andet lige betyder de justeringer, som VIVE har anbefalet, en mindre ressourcetung forløbsmodel.

5.3.2 Planlægning af borgermøder (milepælsmøder)

Analysen viser, at praksis i relation til planlægning af borgermøder varierer. I nogle områder er det alene frontmedarbejderne, som står for opgaven. Bachelorerne i sundhedsenhederne har opgaven qua deres rolle som forløbsansvarlige, og kontaktpersonerne i hjemmeplejen har opgaven i samarbejde med deres leder og bachelorerne. Nogle steder er det alene bachelorerne i hjemmeplejen, som står for planlægningen.

Men det er ikke kun medarbejderne, der er involveret i planlægningen. I varierende grad er ressourcekoordinatorerne også inddraget. Nogle steder håndterer de hele eller dele af planlægningen, andre steder er de slet ikke involveret i planlægningen af milepælsmøder.

Også bachelorerne i hjemmeplejen er i varierende grad involveret i selve planlægningen og står for det praktiske arbejde med at koordinere kalendere og finde dato og tidspunkt.

Planlægningsopgaven gribes forskelligt an. Og når ressourcetrækket til denne opgave flere steder beskrives at være (for) højt, så skyldes det bl.a., at medarbejderne nogle steder bruger meget tid på at finde et tidspunkt i samarbejde med både borgeren og eventuelt flere forskellige pårørende, andre medarbejdere, hvis vagtplaner de ikke altid har adgang til, samt deres egen vagtplan – indtil det lykkes at findes en dato, hvor alle involverede kan. Dette kan være en endog meget tidskrævende proces, som kræver mange kontakter og megen koordinering, in-

den det lykkes at finde et tidspunkt, hvor alle relevante kan deltage. Andre steder gribes planlægningsopgaven an på en anden måde, idet man blot indkalder til milepælsmødet i god tid, og så håber, at borgere og pårørende kan deltage på det valgte tidspunkt:

I et lokalområde planlægges alle forløbsmodellens borgerkonferencer af ressourcekoordinatoren, uden at der bruges tid på at koordinere med borgere og pårørende først. Ressourcekoordinatoren begrundede denne arbejdsgang således: "Hvornår har et hospital nogensinde brugt medarbejdernes tid på at ringe rundt til patienter og pårørende for at finde en ambulatorietid, der passer både dem, lægen og sygeplejersken?"

Der er ikke fastlagt nogen ensartet tværgående praksis eller noget serviceniveau for denne opgave, og når den er lagt ud til både medarbejdere i driften og til ressourcekoordinatorene og planlæggere i 38 teams fordelt på syv lokalområder, så bliver serviceniveauet og dermed også ressourcetrækket forskelligt.

- VIVE anbefaler, at Sundhed og Omsorg fastlægger et ensartet niveau for planlægningsopgaven i forbindelse med opfølgningssamtaler, herunder at borgere og pårørende ikke inddrages i planlægning af tidspunkt for samtalen, men at de indkaldes mindst 8 uger efter afholdelse af milepæl 4, opfølgningssamtalen.

Dette skal sikre, at planlægningsopgaven reduceres effektivt. Indkaldelse 8 uger inden vil øge sandsynligheden for, at borgere og pårørende kan deltage. Og ligesom ved enhver anden indkaldelse kan en borger altid bede om en ændring af tidspunktet.

- Endelig anbefaler VIVE, at opgaven med planlægning af alle milepælssamtaler alle steder fjernes fra frontmedarbejderne i driften. I stedet bør planlægningsopgaven placeres entydigt hos de medarbejdere, der i forvejen planlægger alle opgaver (ressourcekoordinatorene og planlæggere i henholdsvis hjemmeplejeteams og sundhedsenheder).

Dette skal sikre, at opgaven løses ensartet og effektivt og på samme måde, som når de øvrige opgaver fordeles på kørelister. Planlægningsmedarbejderne har stor rutine i netop dette og er derfor de mest effektive til at løse opgaven. Samtidig er det væsentligt at understrege, at opgaven ikke blot flyttes, men i høj grad også reduceres.

Men selvom planlægningsopgaven i relation til milepælsmøder reduceres, har det stadig konsekvenser for de relativt få medarbejdere, som VIVE anbefaler at samle planlægningsopgaverne hos, primært ressourcekoordinatorene og planlæggere. VIVE har som led i fase 2 afholdt en workshop med en del af disse medarbejdere på tværs af områder, som bl.a. viste, at disse medarbejdergrupper har forskellige arbejdsopgaver og arbejdsbetingelser. For eksempel planlægger nogle i dag dobbelt så mange ruter som andre, ligesom der er meget stor forskel på, i hvilket omfang de faktisk varetager denne planlægningsopgave allerede i dag.

VIVE vurderer, at anbefalingerne om, at kommunen i alle lokalområder bør samle planlægningsopgaverne i relation til milepælsmøderne hos planlægningsmedarbejdere (i stedet for at de på forskellige vis og i forskelligt omfang løses af frontmedarbejderne) har to afledte konsekvenser for ressourcetrækket:

For det første reduceres selve opgavens omfang, fordi den samles hos de medarbejdere, som i forvejen foretager planlægning, og som – alt andet lige – har rutine i dette, herunder i at systematisere og ensarte opgaveløsningen. For det andet har VIVE anbefalet et ensartet (og

nogle steder væsentligt lavere) niveau for, hvor meget tid der bruges på at koordinere tidspunkter med borgere og pårørende og mellem medarbejdere. Det anbefales således at undgå, at frontmedarbejdere bruger tid på at ringe rundt og forsøge at beramme et møde. Denne anbefaling reducerer planlægningsopgaven samlet set.

Samtidig betyder anbefalingerne dog også, at opgaven (nogle steder) flyttes fra frontmedarbejderne til de planlægningsmedarbejdere, som i forvejen løser de øvrige planlægnings- og disponeringsopgaver. Det vil (i varierende omfang) have konsekvenser for planlægningsmedarbejderne (de steder, hvor de helt eller delvist har opgaven i dag).

Samlet set *reduceres* planlægningsopgaven i relation til forløbsmodellens milepælsmøder, men det er væsentligt at være opmærksom på, at opgaven i nogle lokalområder *flyttes* til planlægningsmedarbejdere.

5.3.3 Bedre systemunderstøttelse af forløbsmodellen

Overblik over milepæle, forløb, kontaktpersoner, forløbsansvarlige og vagplaner

Analysen har vist, at medarbejderne har behov for på en enkel og overskuelig måde at få overblik over, hvilke borgere den enkelte medarbejder er kontaktperson eller forløbsansvarlig for, hvor langt disse borgere er i deres forløb, hvornår der sidst er holdt milepælsmøde, og hvornår næste møde bør holdes/er berammet.

Som led i analysen har VIVE undersøgt, hvilke muligheder der i dag eksisterer for at give medarbejderne dette overblik. Der peges på, at en løsning er under udvikling i CURA, som giver mulighed for at få overblik over, hvem den enkelte medarbejder er henholdsvis kontaktperson eller forløbsansvarlig for.

Det løser dog ikke alle behov. Der er stadig behov for, at man i et basisteam eller et hjemmeplejeteam kan se, hvor mange borgere der fx mangler at afholde hvilke milepælsmøder, ligesom den enkelte har behov for at kunne få overblik over, hvilke milepælsmøder de har på vej eller mangler at afholde. Sådanne funktioner er afgørende for at kunne implementere forløbsmodellen i praksis.

Da medarbejderne i dag selv skal planlægge samtalerne (de fleste steder), pegede mange på et stort behov for at have opdateret adgang til andre medarbejdergruppers arbejdsplaner/kalendere. Hvis VIVEs anbefalinger til ændret planlægningspraksis følges, vil medarbejderne dog ikke have dette behov, idet denne praksis anbefales flyttet fra frontmedarbejderne og samlet hos et mindre antal ressourcekoordinatorer og planlæggere. Disse har til gengæld behov for let at kunne tilgå alle oplysninger, så planlægningsopgaven i relation til milepælsmøderne kan holdes på et absolut minimum.

På denne baggrund har VIVE ingen specifikke anbefalinger til systemunderstøttelse, idet det vil afhænge af, hvordan og af hvem planlægningsopgaverne i fremtiden skal varetages, og hvilke behov de allerede planlagte ændringer løser. Det er dog væsentligt at sikre en effektiv systemunderstøttelse af forløbsmodellen generelt – både af planlægning, koordination, kommunikation, overblik og status i borgerforløb. Og ikke kun via CURA, som er et omsorgssystem udviklet til andre formål end at understøtte en forløbsmodel.

Disponering af tid til milepælsmøder

Som led i analysen har VIVE i samarbejde med medarbejdere i Sundhed og Omsorg søgt at få et overblik over, hvor lang tid der i de forskellige lokalområder disponeres til opgaver i relation

til milepælsmøder. Kortlægningen viste betydelig variation på dette område (se eventuelt afsnit 4.2.2). I alle milepæle indgår fire forskellige opgaver:

1. *Planlægning* af mødet: Tidspunkt, sted og deltagere.
2. *Forberedelse* af mødet: Eventuel status på borgerens forløb, eventuel indhentning af oplysninger fra andre, og eventuel forberedelse af selve mødet (hvis der ikke er tale om første sundhedsfaglige kontakt hos ukendt borger).
3. *Afholdelse* af mødet inkl. vejtid.
4. *Opfølgning* og efterfølgende dokumentation af mødet, herunder eventuel vidensdeling og koordination samt tildeling af rehabiliteringsydelse (kun efter første sundhedsfaglige kontakt).

Det er vanskeligt at beramme disse opgaver ensartet, da det vil afhænge af borgerens behov. Men dette grundvilkår gælder mange steder i sundhedsvæsenet – fra almen praksis til ambulatorier. Det er stadig væsentligt at have det samme afsæt, som gør det muligt at prioritere og planlægge ud fra de samme rammer i hele Sundhed og Omsorg. Ellers får man reelt ikke den samme forløbsmodel i hele kommunen.

- VIVE anbefaler derfor, at Sundhed og Omsorg vedtager en fælles ramme for, hvor lang tid der berammes til de fire elementer – enten hver element for sig eller samlet set som en pakke.

Der kan tages udgangspunkt i de estimer, der blev foretaget i forbindelse med udviklingen af forløbsmodellen. Det væsentlige er, at tidsrammerne bliver ens i hele Sundhed og Omsorg, og at de er *realistiske* i forhold til det forventede indhold i og varigheden af alle fire delopgaver. Hvis opgaverne i relation til forløbsmodellen således bliver gjort ensartede og synlige på køreplaner og andre værktøjer til planlægning af dagens arbejde, vil forløbsmodellen i højere grad blive integreret i den måde, som arbejdet i hjemmepleje og sundhedsenhed i øvrigt organiseres på. Det vil lette implementeringen. Forløbsmodellen skal dermed i højere grad integreres i arbejdets allerede eksisterende infrastruktur.

5.4 Samlede økonomiske konsekvenser af anbefalingerne

Opdraget til VIVE er at pege på anbefalinger, som samlet set skal gøre det muligt at reducere budgettet med 7,4 mio. kr.

I de foregående afsnit er de *direkte* økonomiske konsekvenser af de anbefalede ændringer i stillingsstrukturen beskrevet. De medfører samlet set følgende:

- Direkte økonomiske konsekvenser af at anbefale to bachelorer i alle hjemmeplejeteams: Meromkostninger på ca. 2,0 mio. kr., jf. beregningerne i afsnit 5.1.4.
- Direkte økonomiske konsekvenser af at anbefale tværgående styring og koordination af ordningen med bachelorer i hjemmeplejen: Meromkostninger på ca. 0,7 mio. kr., jf. beregningerne i afsnit 5.1.6.

Direkte økonomiske konsekvenser af at anbefale en reduktion i antallet af øvrige implementeringsmedarbejdere som følge af, at bachelorerne i hjemmeplejen overtager al implementering blandt frontpersonalet i hjemmeplejen: Mindreomkostning på ca. 3,8 mio. kr., jf. beregningerne i afsnit 5.1.4.

5.4.1 Konsekvenser for den direkte borgertid

Ud over de direkte økonomiske konsekvenser som følge af ændringer i stillingsstruktur og antal vil VIVEs anbefalinger også afstedkomme en lang række konsekvenser for ressourcetrækket, når opgaver flyttes, reduceres (fx i relation til forløbsmodellen) eller ændres (fx i relation til koordinering, samarbejde, forløbsskifte mv.). Der er tale om mange sammenhængende og gensidigt påvirkende ændringer i organisering og arbejdsgange – og samarbejdskultur. VIVE har redegjort for, hvorfor det ikke er muligt at foretage hverken estimer eller beregninger af, hvad de mange forskellige anbefalinger, der ikke påvirker stillingsstrukturen og dermed lønforbruget direkte, vil få af afledte ressourcemæssige konsekvenser hver især. Ikke mindst, fordi det nuværende ressourceforbrug til hver enkelt opgave eller arbejdsgang, som foreslås ændret, flyttet, reduceret eller justeret, er ukendt i dag.

Det er væsentligt at holde fast i det samlede mål med alle disse anbefalinger: at reducere den organisatoriske kompleksitet, som frontmedarbejderne skal navigere i. Dette er en forudsætning for at kunne skabe en langt stærkere tværgående samarbejde i mindre teamenheder i hverdagen med langt tættere relationer mellem medarbejdere på tværs af hjemmepleje og sundhedsenhed. Men det er også en forudsætning for at kunne reducere planlægnings- og koordinationsarbejdet, *uden* det går ud over kvaliteten i borgerforløbene. Hvis opgaverne omkring koordination, samarbejde og planlægning skal gøres mindre tidskrævende for organisationen som helhed, så kræver det en række justeringer, som anbefalingerne rummer af henholdsvis forløbsmodel, samarbejde på tværs og bachelorernes opgavevaretagelse og antal i hjemmeplejen. Det er helt afgørende, at det *reelt* bliver lettere for den enkelte frontmedarbejder at sikre planlægning og koordination i borgerforløbene.

VIVEs opgave har været at pege på, hvilke konkrete tiltag der kan gøre det muligt at skabe de reduktioner i tidsforbruget til planlægning og koordination, som den eksterne rapport har peget på – eller finde alternative metoder til at realisere besparelserne på. Konsulentrapportens estimer på dette område var baseret på følgende beregninger:

Konsulentrapporten vurderede, at hjemmeplejen kunne reducere tiden til planlægning og koordinering fra 3,2 % til 2,75 % af arbejdstiden. Dette svarer i praksis til, at hver fuldtidsansat gennemsnitligt bruger 10 minutter mindre om ugen på ikke-direkte borgertid og dermed kan øge den direkte borgertid med 10 minutter om ugen. Rapporten vurderede også, at sygeplejerskerne kunne reducere det gennemsnitlige tidsforbrug til planlægning og koordinering fra 15 % til 12 %. Det svarer til, at hver fuldtidsmedarbejder i gennemsnit skal bruge 60 minutter mindre om ugen på planlægning og koordinering.

Tabel 5.2 viser de økonomiske konsekvenser af, at hjemmeplejen i gennemsnit leverer ydelser i 10 minutter mere pr. uge pr. fuldtidsmedarbejder, og at sundhedsenhedens medarbejdere gør det samme i 60 minutter pr. uge pr. fuldtidsmedarbejder (begge er markeret med fed)³¹. Tabellen viser også, hvad de økonomiske konsekvenser vil være ved at træffe andre valg. Den giver således et overblik over valgmulighederne og de ressourcemæssige konsekvenser.

³¹ Når der anbefales så forskellige reduktioner i planlægnings- og koordinationstid i de to grupper af medarbejdere, skyldes det, at de to gruppers udgangspunkter er meget forskellige: Således blev den direkte borgertid i hjemmeplejen i gennemsnit målt til 65 %, mens den var 33 % i sygeplejen i sundhedsenheden og 23 % blandt terapeuterne (jf. den eksterne konsulentrapport).

Tabel 5.2 Økonomisk effekt af reduktioner i tidforbrug i henholdsvis hjemmeplejen og sundhedsenheden

Sparede minutter pr. uge	Hjemmeplejen			Sundhedsenheden	
	Sosu-hjælper	Sosu-assistent	Sosu, øvrige	Sygeplejerske	Terapeut
	Besparelse pr. år i kr.	Besparelse pr. år i kr.	Besparelse pr. år i kr.	Besparelse pr. år i kr.	Besparelse pr. år i kr.
5	639.027	218.243	206.482	217.960	133.792
10	1.278.054	436.487	412.964	435.921	267.585
15	1.917.082	654.730	619.446	653.881	401.377
20	2.556.109	872.973	825.928	871.841	535.170
25	3.195.136	1.091.216	1.032.411	1.089.802	668.962
30	3.834.163	1.309.460	1.238.893	1.307.762	802.755
35	4.473.190	1.527.703	1.445.375	1.525.722	936.547
40	5.112.217	1.745.946	1.651.857	1.743.682	1.070.339
45	5.751.244	1.964.189	1.858.339	1.961.642	1.204.131
50	6.390.271	2.182.432	2.064.821	2.179.602	1.337.923
55	7.029.298	2.400.675	2.271.303	2.397.562	1.471.715
60	7.668.325	2.618.918	2.477.785	2.615.522	1.605.507

Note: Værdierne markeret med fed viser de reduktioner i tidsforbrug i henholdsvis hjemmeplejen og sundhedsenheden, som VIVE finder realistiske – og som svarer til de reduktioner, som den eksterne konsulentrapport også anbefalede. Her er reduktionerne regnet om til minutter for at vise, hvad det konkret betyder i en fuldtidsansats medarbejders arbejdsuge.

Kilde: Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi.

Konsulentrapportens estimater af, hvor stor en reduktion der er mulig, var baseret på den variation, der blev målt på tværs af de enheder i Sundhed og Omsorg, hvor der var foretaget tidsregistreringer i forbindelse med konsulentrapporten. Således er der i dag enheder i Sundhed og Omsorg, hvor den direkte borgertid svarer til det niveau, som konsulentrapporten vurderer, at hele Sundhed og Omsorg burde kunne nå.

VIVE har – jf. opdraget for denne analyse – ikke foretaget yderligere tidsstudier. I stedet har fokus været på at komme med konkrete anbefalinger til, hvordan målet om effektiviseringer på 7,4 mio. kr., som den eksterne konsulentrapport anbefalede, kan realiseres i praksis. Den eksterne konsulentrapport peger udelukkende på reduktion i tid til planlægning og koordination som middel til at opnå højere effektivitet. VIVE mener, at Sundhed og Omsorg også kan og bør reducere tidsforbruget til andre opgaver, fx vil anbefalingerne om at forenkle arbejdsgangen omkring "problemidentifikation" gøre opgaven mindre tidskrævende. Ligeledes vil de anbefalede justeringer af forløbsmodellen reducere tidsforbruget til milepælsmøder. Dette er blot eksempler. Derfor mener VIVE, at effektiviseringen ikke *kun* bør findes ved at reducere tidsforbruget til planlægning og koordination, men også ved at reducere tidsforbruget til øvrige opgaver, hvor det er muligt.

VIVE anbefaler, at Sundhed og Omsorg følger de estimater over, hvor meget den direkte borgertid i gennemsnit kan øges, som fremgår af den eksterne konsulentrapport. Det vil – jf. Tabel 5.2 – betyde en effektivisering i størrelsesordenen 6,3 mio. kr. VIVEs fokus i denne rapport har været at udarbejde en konkret køreplan til, *hvordan* den direkte borgertid kan øges og effektiviseringerne realiseres i praksis.

5.4.2 Overblik over de samlede økonomiske konsekvenser

Tabel 5.3 opsummerer det samlede estimat over de økonomiske konsekvenser af VIVEs anbefalinger til Sundhed og Omsorg.

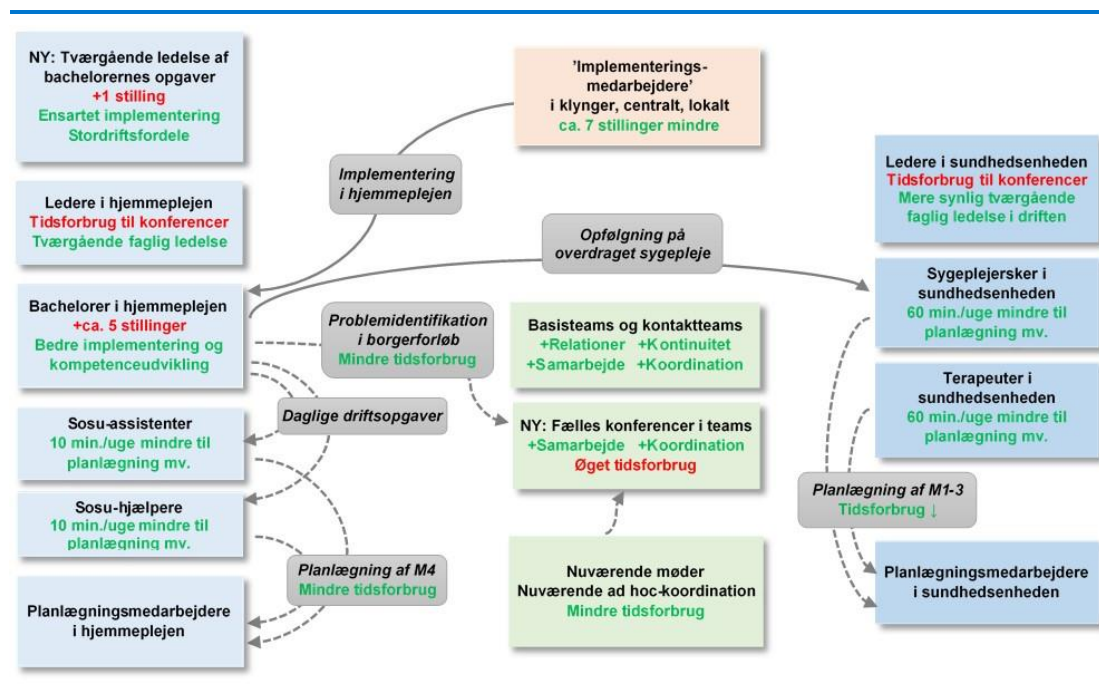
Tabel 5.3 Estimerer over de samlede økonomiske konsekvenser af VIVEs anbefalinger

Krav om effektiviseringer	- 7,4 mio. kr.
1) Investering i to bachelorer i hjemmeplejen (fra 71-76 medarbejdere, 5 nye stillinger af ca. 35 timer pr. uge)	- ca. 2,0 mio. kr.
2) Investering i faglig ledelse af bachelorer i hjemmeplejen	- ca. 0,7 mio. kr.
3) Reduktion i øvrige implementeringsmedarbejdere	ca. 3,8 mio. kr.
4) Reduktion i "ikke-direkte borgertid"	ca. 6,3 mio. kr.
Samlet resultat (7,4 + 2,0 + 0,7 - 3,8 - 6,3)	ca. 0,0 mio. kr.

Kilde: VIVEs estimater og beregninger på basis af data fra Aarhus Kommune, Sundhed og Omsorg, Økonomi.

Afslutningsvis opsummeres hovedtræk i anbefalingerne i to figurer med særligt fokus på opgaver, der anbefales flyttet eller ændret. Desuden viser figurerne, i hvilken retning ændringerne påvirker det samlede ressourceforbrug i organisationen (ved at anvende henholdsvis rød og grøn tekst i figurerne). Figureerne indeholder ikke samtlige konsekvenser af alle anbefalinger, men giver et samlet visuelt overblik over hovedtræk i den organisatoriske påvirkning.

Figur 5.1 Anbefalinger til bachelorerens stillinger i hjemmeplejen og samarbejde og organisering på tværs samt opgave- og ressourcemæssige konsekvenser



Kilde: VIVE.

Figur 5.2 Anbefalinger til forløbsmodellen samt opgave- og ressourcemæssige konsekvenser



Kilde: VIVE.

5.4.3 Mulighederne for forskellige scenarier inden for rammen af anbefalinger

Der er i nogen grad mulighed for variationer inden for den samlede ramme af anbefalinger. I rapporten er der derfor flere steder medtaget tabeller, der viser konsekvenserne af forskellige typer af løsninger – det være sig i relation til såvel antallet af som ansættelsesbrøken for bachelorer i hjemmeplejen, omfanget af den anbefalede tværgående faglige ledelse af bachelorer i hjemmeplejen såvel som forskellige muligheder for at reducere planlægnings- og koordinationsstiden for alle medarbejdergrupper i forskelligt omfang.

Afsluttende diskuterer dette afsnit mulighederne for variationer inden for de præsenterede anbefalinger til henholdsvis bachelorer i hjemmeplejen, organisering og samarbejde på tværs samt forløbsmodellen.

Antallet af bachelorer i hjemmeplejen

VIVE anbefaler en ensartet struktur for bachelorer i hjemmeplejen for hele Sundhed og Omsorg. Og det anbefales, at ingen bachelorer skal dække mere end ét team, fordi det netop er den personlige relation og kendskabet til hinanden – bachelor og sosu-medarbejder imellem – som er grundlaget for ordningens effekt.

Det er dog muligt at vælge en ordning med 1 i stedet for 2 bachelorer i hvert team. De økonomiske konsekvenser af dette valg fremgår af Tabel 5.1. Investeringen i en ensartet struktur med 2 bachelorer i hvert team er begrundet i, at den samlede implementeringsopgave i relation til frontpersonalet i hjemmeplejen flyttes til bachelorerne i hjemmeplejen.

Hvis Sundhed og Omsorg ikke vurderer, at det vil gøre det muligt *samtidig* at reducere antallet af øvrige implementeringsmedarbejdere andre steder i Sundhed og Omsorg i et omfang svarende til ca. 3,8 mio. kr., anbefaler VIVE, at der ikke investeres i 2 bachelorer i hvert team.

Tværgående styring og koordination af ordningen med bachelorer i hjemmeplejen

VIVE anbefaler, at hvis ordningen med bachelorer bibeholdes – med 1 eller 2 i hvert hjemmeplejeteam – så kræver det, at der etableres en stærk tværgående styring, såfremt ordningen skal fungere efter hensigten i en hverdag med massive krydspres i retningen af øget drift og lokal differentiering i forskellige modeller, der hindrer stordriftsfordele i praksis.

Hvis der vælges en ordning med 2 bachelorer i hvert team, som skal overtage implementeringsopgaven i hjemmeplejen, og hvis de stordriftsfordele og den ensartethed, der er beskrevet i afsnit 5.2.3, skal opnås, bør Sundhed og Omsorg følge tæt op i forhold til den anbefalede funktion, der skal sikre denne ensartethed, styring og koordination af ordningen – herunder om opgaveporteføljen er for stor til én person, eller det på sigt kræver et team.

Omvendt kan VIVE ikke anbefale, at ordningen med den store investering i bachelorer i hjemmeplejen fortsætter *uden* en stærk tværgående styring og koordination af ordningen, som effektivt kan sikre ensartethed, stordriftsfordele og én indgang til ordningen på tværs af hele Sundhed og Omsorg.

Konferencer på tværs af basisteam

Som beskrevet afholder alle lokalområder forskellige former for (team)møder og andre koordinerende møder, og i seks ud af syv lokalområder afholdes også forskellige former for tværgående møder. VIVE anbefaler – ligesom den eksterne konsulentrapport – at der i hvert enkelt lokalområde kommer øget ledelsesfokus på den samlede mødestruktur og de enkelte møders formål, varighed og indhold.

VIVE anbefaler, at der (delvist eller helt til erstatning af andre møder) etableres et fagligt konferenceforum på tværs 2 gange ugentligt i 30 minutter. VIVE anbefaler – med afsæt i de erfaringer, der bl.a. allerede er gjort i Sundhed og Omsorg – at møderne holdes på 30 minutter, og at de holdes 2 gange ugentligt (enten mandag/torsdag eller tirsdag/fredag).

Hvis møderne kun holdes én gang ugentligt, risikerer de ikke at få den tilsigtede effekt, hvor de reelt skal kunne erstatte noget af den tid, som medarbejderne i dag bruger på at skrive, ringe og hive fat i hinanden på kryds og tværs for at sparre, koordinere og samarbejde omkring borgerforløbene. Derfor kan VIVE ikke anbefale et scenarie, hvor der holdes møder én gang om ugen (eventuelt af længere varighed) i stedet for 2, ligesom VIVE heller ikke kan anbefale, at møderne ledes af andre end ledere. Med de erfaringer, som Sundhed og Omsorg bl.a. har med fælles konferencer og møder fra projekt "Grib Hverdagen", vil det (nogle steder) være en stor ledelsesmæssig opgave at skabe en velfungerende og effektiv tværfaglig konferencestruktur (og tilhørende kultur).

Anbefalingerne om en mindre ressourcetung forløbsmodel

VIVE har anbefalet enkelte justeringer i forløbsmodellen, som medfører, at den samlet set bliver mindre ressourcetung. Formålet har været at understøtte den fortsatte implementering af forløbsmodellen og dens mål om sammenhængende borgerforløb inden for en fælles ramme og systematik. Ved samlet set at gøre modellen mindre ressourcetung vurderer VIVE, at den fortsatte implementering vil kunne lattes.

VIVE vurderer, at forløbsmodellens formål stadig understøttes med de anbefalede justeringer. Anbefalingerne søger at finde en balance mellem at mødes *med* borgerne (milepælsmøder) og at mødes *om* borgerne (tværgående konferencer). Den nuværende forløbsmodel baserer sig udelukkende på, at medarbejderne mødes med borgerne. Analysen tyder dog på, at dette ikke sker i det tiltænkte omfang. Derfor anbefales en justering af forløbsmodellen, som drager nytte af de faglige tværgående konferencer, som VIVE anbefaler etableret for reelt at styrke samarbejdet ved at skabe tættere relationer og kendskab mellem medarbejderne på tværs.

Det er dog muligt at undlade at følge dele af VIVEs anbefalinger til at gøre forløbsmodellen mindre tidskrævende og ressourcetung. Det vil dog medføre, at den bliver mere ressourcetung, og at der således i endnu højere grad skal reduceres i planlægnings- og koordinationstiden for at nå målet om samlede effektiviseringer på 7,4 mio. kr.

Bilag 1 Funktionsbeskrivelse for sygeplejersker og terapeuter ansat i hjemmeplejen

En funktion er en særlig og afgrænset opgave, som medarbejderen varetager i sin stilling. Det er altså et tillæg til en stilling. Medarbejderen har således både en stilling og en funktion.

Funktion	Ergoterapeut, fysioterapeut og sygeplejerske i hjemmeplejen
Ansvar	Understøtte praksisnær kompetenceudvikling af sosu-hjælpere og sosu-assistentter i hjemmeplejen – med særligt fokus på den rehabiliterende tilgang – gennem faglig refleksion, følgeskab og sidemandsoplæring i forbindelse med den konkrete opgaveløsning i enkle, sammensatte og varige borgerforløb.
Opgaver fælles for ergoterapeut, fysioterapeut og sygeplejerske i hjemmeplejen	Varetage faglig refleksion, følgeskab og sidemandsoplæring i forbindelse med den konkrete opgaveløsning hos borgerne for derved at understøtte sosu-hjælpere og sosu-assistentter i at: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbejde ud fra en rehabiliterende tilgang i alle typer af borgerforløb med afsæt i borgerens motivation, ressourcer, ønsker og behov. ▪ Varetage rollen som forløbsansvarlig og kontaktperson med afsæt i opgavebeskrivelserne for de to roller. ▪ Arbejde efter forløbsmodellens arbejdsgangsbeskrivelser. ▪ Arbejde efter borgernes mål i enkle, sammensatte og varige forløb. ▪ Medvirke til at skabe en velkoordineret overgang for borgere, der skifter fra enkelt/sammensat forløb til varigt forløb og omvendt. ▪ Observere, reflektere og reagere ved ændringer i borgernes funktionsevne. Ved ændringer i deres funktionsevne vurderer sygeplejerske, ergo- eller fysioterapeut, om ændringerne nødvendiggør et skift af forløb fra varigt til enkelt eller sammensat forløb, jf. Arbejdsgangsbeskrivelse om skift af forløb. Hvis der skal skiftes forløbstype, har sygeplejerske, ergo- eller fysioterapeut ansvaret for at gøre dette i journalen. ▪ Planlægge, afholde og foretage opfølgning på borgerkonferencer i varige borgerforløb, hvor borgeren har moderat eller betydeligt nedsat funktionsevne. ▪ Vurdere om borgerens ydelser i varige forløb skal justeres eller afsluttes. ▪ Arbejde efter Sundhed og Omsorgs "Eskalationsspil" med fokus på inddragelse af familie/netværk, borgeroplæring og anvendelse af teknologi og metoder, der øger borgerens selvhjulpethed. ▪ Dokumentere præcist og rettidigt.
Opgaver varetaget af sygeplejersker i hjemmeplejen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medvirke til at sikre systematisk kompetenceudvikling af sosu-hjælpere og sosu-assistentter i forhold til overdragede sygeplejeindsatser (jf. Instruks om Borgersikker Sygepleje). ▪ Når flere faggrupper løser sygeplejeindsatser: ▪ Understøtte sosu-assistentter i at varetage planlagte, grundlæggende sygeplejeindsatser i stabile og delvist forudsigelige borgerforløb (typisk de varige forløb) via faglig refleksion, følgeskab og sidemandsoplæring i forbindelse med den konkrete opgaveløsning. ▪ Understøtte sosu-hjælpere i at varetage planlagte, elementære sygeplejeindsatser i stabile og kendte (hovedsagelig) varige borgerforløb via faglig refleksion, følgeskab og sidemandsoplæring i forbindelse med den konkrete opgaveløsning. ▪ Sygeplejerske varetager løbende opfølgning på den/de overdragede sygeplejeindsatser – primært i de varige forløb – og har et overblik over de samlede sygeplejeindsatser i forløbet. Opfølgningen skal ske ud fra de faglige mål/handlingsanvisninger i et tæt samarbejde med den/de sosu-hjælpere og sosu-assistentter, der udfører sygeplejeindsatsen(erne) i borgerforløbet. Ved behov afslutter sygeplejersken den overdragede sygeplejeindsats.

Opgaver varetaget af ergo- og fysioterapeuter i hjemmeplejen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Understøtte sosu-hjælpere og sosu-assistenten i at arbejde ud fra borgerens udviklende eller vedligeholdende mål i forhold til selv at kunne varetage ADL-aktiviteter. ▪ Samarbejder med og kan rådgive og vejlede forflytningsvejledere, jf. Forflytningsvejlederordningen.
Kvalifikationer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uddannet sygeplejerske, ergoterapeut eller fysioterapeut. ▪ I besiddelse af gode pædagogiske og kommunikative evner. ▪ Har erfaring og stærke faglige kompetencer inden for rehabilitering.³² ▪ Er konsekvent fagligt reflekterende og agerer ud fra en anerkendende tilgang. ▪ Har gennemslagskraft og kan arbejde struktureret og målrettet med borgerforløb gennem andre. ▪ Er fleksibel og omstillingsparat i forhold til at kunne understøtte forskellige teams og medarbejdere differentieret. ▪ Kan koordinere og skabe sammenhæng på tværs af faggrupper og organisatoriske enheder.
Rammer	<p>Funktionerne dækker opgaver på tværs af teams i hjemmeplejen.</p> <p>Funktionerne refererer til leder af hjemmeplejen. Det fastlægges i det enkelte område, om funktionerne skal referere til hver sin eller samme leder i hjemmeplejen.</p> <p>Som udgangspunkt er der tale om fuldtidsstillinger, primært i dagtiden på hverdage.</p>
Udarbejdet den	<p>Udarbejdet af Karin Kling og Mette Svendsen, Fællesstaben – Sundhed.</p> <p>Godkendt af Den sundhedsfaglige styregruppe den 14. marts 2018.</p>



³² I Sundhed og Omsorg arbejder vi ud fra en rehabiliterende tilgang i alle borgerforløb. Den rehabiliterende tilgang tager afsæt i definitionen af rehabilitering fra Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, Rehabilitering i Danmark, 2004.

VIDEVELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD