



## Organisering og effektivitet på hjemmehjælpsområdet

– fokus på personlig pleje  
og praktisk hjælp

Samarbejdsprojektet for den decentrale offentlige sektor

Januar 2006

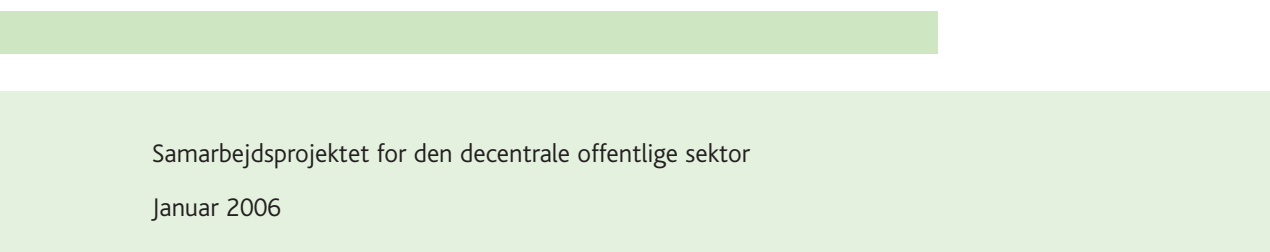




# Organisering og effektivitet på hjemmehjælpsområdet

– fokus på personlig pleje  
og praktisk hjælp

---



Samarbejdsprojektet for den decentrale offentlige sektor

Januar 2006

# Indhold

FORORD .....	3
1. INDLEDNING .....	4
Læsevejledning .....	5
2. SAMMENFATNING .....	6
Undersøgelsens resultater .....	7
Hvad gør best practice kommunerne? .....	9
3. MODEL TIL ESTIMERING AF EFFEKTIVISERINGSPOTENTIALE .....	12
Modul 1 .....	13
Modul 2 .....	14
Modul 3 .....	15
4. EKSEMPLER PÅ EFFEKTIVISERINGSANALYSER .....	16
Findes der et effektiviseringspotentiale? .....	16
Hvor ligger effektiviseringspotentialet? .....	18
Hvordan realiseres effektiviseringspotentialet? .....	22
5. IT-BASERET DIAGNOSEVÆRKTØJ .....	34

Regeringen og KL er enige om, at dialogen mellem staten og de nye større kommuner i højere grad skal være baseret på fastsættelse af effektmål samt ramme- og resultatkrav frem for detaljeret styring.

Baseret på dette princip blev der i juni 2005 etableret et fireårigt samarbejdsprojekt mellem regeringen og KL. Inden for rammerne af samarbejdsprojektet skal der sættes fokus på dokumentation af effekt, output og brugertilfredshed samt på den statslige regulering af den kommunale opgaveløsning, ligesom ressourceanvendelsen på de væsentligste kommunale serviceområder i løbet af en kort årrække skal gennemgås.

Det indgår blandt andet i projektet, at der skal udvikles inspirationsmateriale og redskaber, som kan understøtte den enkelte kommunes konkrete overvejelser og arbejde med at sikre øget ressourceudnyttelse. Som eksempel er der foretaget en undersøgelse af organisering og økonomisk effektivitet på det udgående hjemmehjælpsområde (personlig pleje og praktisk hjælp). Undersøgelsen, der er gennemført i syv kommuner, har ikke til formål at estimere et samlet potentiale på landsplan, men skal inspirere kommunerne i arbejdet med at sikre effektiv ressourceudnyttelse.

Denne brochure sammenfatter undersøgelsens resultater med særlig vægt på den analysemodel og det it-baserede diagnoseværktøj, som har dannet grundlag for undersøgelsen. Analysemodellen og diagnoseværktøjet er udviklet særligt til brug for kommuner, der ønsker inspiration til effektivisering af hjemmehjælpsområdet.

Brochure og diagnoseværktøj kan hentes på [www.kl.dk/ressourcebenchmarking](http://www.kl.dk/ressourcebenchmarking) og er udarbejdet af McKinsey & Company på opdrag af KL, Finansministeriet og Socialministeriet, der ligeledes har bidraget med kommentarer.

# 1. Indledning

Kommunerne befinder sig i et krydspres mellem på den ene side at øge kvaliteten i de kommunale servicetilbud og på den anden side at sikre en begrænset udgiftsvækst. Dette er særligt udtalt på hjemmehjælpsområdet – et område, som i de kommende år vil opleve et stigende udgiftspres på grund af den demografiske udvikling.

Kommunernes mulighed for at skabe økonomisk råderum forudsætter øget effektivitet i opgaveløsningen. Et klart billede af ressourceanvendelsen i hjemmehjælpen kan synliggøre, om og hvor der er potentiale for øget effektivitet. Dermed får politikere og ledelse også et bedre prioriterings- og beslutningsgrundlag.

For at understøtte dette arbejde er det vigtigt, at kommunerne har adgang til enkle og anvendelige redskaber, som sikrer god ledelsesinformation og dermed overblik på ældreområdet. I undersøgelsen af organisering og effektivitet på hjemmehjælpsområdet, dvs. udgående hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp, er der udviklet et elektronisk diagnoseværktøj, som kan skabe et godt analysegrundlag internt i den enkelte kommune og i sammenligninger med andre kommuner.

Diagnoseværktøjet, der er udviklet i samarbejde med syv kommuner<sup>1</sup>, kan synliggøre, hvad ressourcerne bliver brugt til, hvordan ressourcerne udnyttes bedst muligt, og hvor der kan læres af andre. Den politiske og administrative ledelse får derved et redskab, der skaber overblik og gennemsigtighed, og som synliggør styringsmulighederne på hjemmehjælpsområdet. Det kan i særlig grad være relevant i de kommuner, der i sammenlægningsprocessen står over for at skulle fastlægge et fremtidigt, fælles service- og omkostningsniveau.

For at vise hvordan diagnoseværktøjet kan anvendes, er analyseresultaterne fra de syv kommuner beskrevet nærmere i brochuren. Analysens fokus er rettet mod den økonomiske effektivitet, udtrykt ved omkostning pr. leveret times hjemmehjælp (personlig pleje og praktisk hjælp). Det betyder, at der ikke er fokus på kvaliteten i den leverede service. Til gengæld er der så vidt muligt taget højde for forskelle i kommunernes rammevilkår og politisk fastsatte serviceniveau.

Analysen i de syv kommuner er baseret på en grundig indsamling, gennemgang og sammenligning af kommunernes omkostninger og tidsforbrug til den udgående hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp. Nøgletallene er analyseret i samarbejde med kommunerne, og der er sideløbende i processen gennemført interview med social- og ældrechefer samt kommunale og private leverandører.

1) Kommunerne er udvalgt således, at der er sikret tilpas spredning i størrelse, geografisk placering og effektivitet. Resultaterne for de syv kommuner er præsenteret i anonymiseret form.

Resultaterne af undersøgelsen indikerer, at der i de fleste kommuner er potentiale for yderligere forbedringer i effektiviteten. Regeringen og KL håber derfor, at brochuren og det tilhørende diagnoseværktøj kan inspirere kommunerne i arbejdet med at sikre øget økonomisk effektivitet og erfaringsudveksling på tværs af kommunerne.

## LÆSEVEJLEDNING

Efter denne indledning præsenteres i kapitel 2 en sammenfatning af det undersøgte effektiviseringspotentiale og en række praktiske bud på, hvordan potentialet kan realiseres. I kapitel 3 præsenteres en model til analyse af effektiviseringspotentialet i den udgående hjælp til personlig pleje og praktisk hjælp. I kapitel 4 præsenteres en række eksempler på, hvordan modellen kan anvendes til konkrete analyser af den udgående hjemmehjælp. I kapitel 5 præsenteres det it-baserede diagnoseværktøj, der understøtter modul 1 og 2 i den anvendte analysemodel, jf. boksen nedenfor.

Selve diagnoseværktøjet kan hentes på [www.kl.dk/ressourcebenchmarking](http://www.kl.dk/ressourcebenchmarking), hvor der også findes en detaljeret brugermanual.

### Boks 1 : Formålet med modul 1, 2 og 3

- **Modul 1:** En 1-dags diagnose af, om der i en given kommune er grund til at bruge tid på at analysere effektiviteten i hjemmehjælpen. Modulet er understøttet af det elektroniske diagnoseværktøj.
- **Modul 2:** En mere detaljeret analyse af effektivitet, best practise og potentiale på de forskellige områder. Modulet er understøttet af det elektroniske diagnoseværktøj.
- **Modul 3:** En detaljeret analyse, der identificerer konkrete effektiviseringsmuligheder. Modulet forudsætter uddybende kvantitative og kvalitative analyser og er ikke understøttet af det elektroniske diagnoseværktøj.

## 2. Sammenfatning

Personalet er den vigtigste ressource på ældreområdet. Det er derfor af afgørende betydning, at personalet anvender tiden så godt som muligt. Der florerer dog mange påstande om, hvordan omkostninger og tiden i hjemmehjælpen bruges. En påstand, som man ofte hører, er fx, at der bruges mere og mere tid på møder og transport på bekostning af tiden til den praktiske hjælp og personlige pleje.

En undersøgelse af omkostningerne og tidsanvendelsen kan både aflive myter og føre til en mere effektiv hjemmehjælp. Det kan skabe opmærksomhed på de aktiviteter i hjemmehjælpen, der ikke tilfører slutproduktet – dvs. levering af personlig pleje og praktisk hjælp i brugerens hjem – en merværdi.

Den direkte brugertid er netop et af de parametre, som påkalder sig størst interesse på det politiske niveau. Undersøgelsen af ressourceanvendelsen i hjemmehjælpen kan øge politikernes indblik i de øvrige aktiviteter, der udføres i hjemmehjælpen, fx dokumentation, faglig udvikling, møder og transport. Det kan synliggøre de muligheder, som politikere og ledelse har for at påvirke den andel af personalets samlede løntimeforbrug, der anvendes hos brugerne, og dermed skabe mulighed for mere tid i hjemmet hos brugerne.

### Boks 2 : Fokus på effektiv ressourceudnyttelse

Den overordnede forklaring på, at kommunernes omkostninger til den udgående hjemmehjælp er forskellige, skal først og fremmest søges i nedenstående faktorer:

- Forskelle i det politisk fastsatte serviceniveau i kommunerne, herunder indhold og omfang af hjælpen til brugerne
- Forskelle i kommunernes strukturelle rammevilkår, herunder antallet af ældre, brugernes funktionsniveau og den geografiske spredning af brugerne
- Forskelle i kommunernes effektivitet

Det er kommunalbestyrelsens opgave at fastsætte det lokale serviceniveau, og kommunen har sjældent mulighed for at påvirke de strukturelle rammevilkår. Fokus i denne undersøgelse er derfor alene rettet mod at identificere forskelle i effektivitet samt årsagerne hertil.

Der er i brochuren enkelte steder sat fokus på betydningen af de strukturelle rammevilkår og det politisk fastsatte serviceniveau, men først og fremmest for at isolere den økonomiske effekt ved en effektiv ressourceudnyttelse. Undersøgelsens resultater tager derfor så vidt muligt højde for kommunernes forskellige rammevilkår og serviceniveau.



## UNDERSØGELSENS RESULTATER

Undersøgelsen af organisering og økonomisk effektivitet i de syv kommuner viser, at der er stor forskel i kommunernes omkostninger og tidsanvendelse i den udgående hjemmehjælp. Det viser sig blandt andet ved, at der er stor forskel på, hvor meget tid der anvendes hos brugeren og til transport, møder, uddannelse og fravær.

Undersøgelsens resultater tyder således på, at der i de fleste af de undersøgte kommuner er potentiale for at forbedre effektiviteten på hjemmehjælpsområdet.

Effektiviseringspotentialet i de syv kommuner kan synliggøres ved at sætte fokus på kommunernes omkostninger pr. leveret time. Som det fremgår af figur 1, varierer omkostningerne med 30 pct. – fra 436 kr. i kommunen med de højeste omkostninger til 307 kr. i kommunen med de laveste omkostninger, der således betegnes som best practice.<sup>2</sup>

Der er naturligvis mange forklaringer på forskellene i de syv kommuners omkostninger pr. leveret time. Nogle forskelle skyldes brugernes geografiske spredning, personalegruppernes sammensætning og den konkrete måde, som arbejdet er organiseret og tilrettelagt på. Andre forskelle kan tilskrives forhold som fx sygefravær, arbejdsmiljø mv. Der er i de følgende analyser så vidt muligt taget højde for forskelle i kommunernes strukturelle vilkår og i de lokalt fastsatte serviceniveauer.

Da ingen af de syv kommuner er best practice på samtlige af disse parametre, kan selv den mest effektive af de syv kommuner forbedre effektiviteten. For at illustrere dette er der i figur 1 konstrueret en "idealkommune".

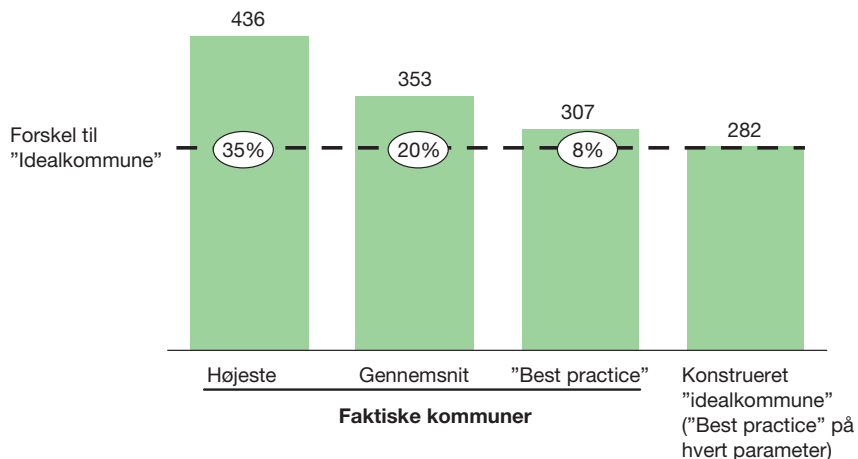
Idealkommunen er sammensat af best practice på hvert af de analyserede parametre, hvorfor der ikke er tale om en virkelig kommune. Det skal i den forbindelse bemærkes, at det ikke nødvendigvis kan lade sig gøre for en kommune at blive best practice på samtlige parametre. En ændring af et parameter kan have negativ effekt på et andet, hvorfor det er vigtigt, at kommunen grundigt overvejer eventuelle krydseffekter, inden den træffer konkrete beslutninger.

Som det fremgår af figuren nedenfor, har best practice kommunen et effektiviseringspotentiale på 8 pct., hvis den kan forbedre sig på alle parametre. Det tilsvarende potentiale i kommunen med den højeste omkostning pr. leveret time og gennemsnitskommunen er henholdsvis 35 pct. og 20 pct.

2) Det skal understreges, at priserne ikke kan sidestilles med de priser, der beregnes i medfør af reglerne om frit leverandørvalg, da der i dette redskab er anvendt en mere forenklet metode til beregning af timeprisen.

### Figur 1 : Illustration af effektiviseringspotentiale

Totale omkostninger pr. kommunalt leveret time, kr.  
(personlig pleje og praktisk hjælp)



Kilde: Data fra udvalgte kommuner; interview

For at identificere de indsatsområder, der kan øge effektiviteten i hjemmehjælpen, er det relevant at fokusere på de underliggende operationelle nøgletal. I undersøgelsen i de syv kommuner er der fokuseret på nøgletal inden for fem indsatsområder: Vejtid, møde- og planlægningstid, beredskab, sygdomsrelateret fravær samt ledelsesressourcer.

De fem indsatsområder er udvalgt, fordi de tegner sig for en betydelig andel af de samlede omkostninger, og fordi der er tale om faktorer, som kommunerne har mulighed for at påvirke. Til sammen udgør disse områder i gennemsnit ca. 30 pct. af det samlede ressourceforbrug i den udgående hjemmehjælp i de syv kommuner.

Som det fremgår af figur 2 nedenfor, er der stor variation i, hvor mange ressourcer de syv kommuner anvender på de forskellige områder. Forskellen mellem idealkommunen og gennemsnitskommunen varierer således fra 13 pct. i ledelsesressourcer pr. plejemedarbejder til 47 pct. for tidsanvendelsen pr. transportkilometer.

**Figur 2 : Sammenligning af operationelle nøgletal**

	Andel af omkostningerne i gennemsnitskommune	Operationelt nøgletal	Gennemsnit	"Idealkommune"	Forskel
<b>Vejtid</b>	-8%	• Antal minutter pr. km (eksempel: cykel)	5,5	2,9	47%
<b>Møde- og planlægningstid</b>	-9%	• Grupperumtid (minutter pr. fuldtidsplejemedarbejder pr. dag)	31	20	35%
<b>Beredskab</b>	-1%	• Antal nødkaldsbrugere pr. fuldtidsberedskabsressource	93	117	26%
<b>Sygdomsrelateret fravær</b>	-6%	• Sygefraværstimer pr. total antal løntimer, procent	7,0	4,1	41%
<b>Ledelsesressourcer</b>	-5%	• Lønomsikninger til ledere og planlæggere pr. plejemedarbejder, kr.	17.365	15.124	13%
I alt	-30%		Gennemsnit for analyserede kommuner	Højeste effektivitet for alle nøgletal	

Kilde: Data for udvalgte kommuner; interview

## HVAD GØR BEST PRACTICE KOMMUNERNE?

Variationen inden for de forskellige nøgletal kan i høj grad tilskrives de konkrete ledelsesmæssige beslutninger i de kommuner, som skiller sig bedst ud. Det er med andre ord vigtigt, at ledelsen gør sig konkrete overvejelser om, hvordan effektiviteten kan øges inden for hvert af de forskellige parametre.

I det følgende er det for hvert parameter beskrevet, hvilke tiltag best practice kommunen har gjort for at sikre øget effektivitet.

Med hensyn til **vejtid** afsætter nogle kommuner et ensartet tidsforbrug til transport mellem hvert besøg uden hensyntagen til den konkrete transportafstand mellem besøgene. Best practice kommunen har truffet beslutning om, at det afsatte tidsforbrug aktivt skal tilpasses den faktiske distance. Samtidig er der stillet krav til medarbejdernes selvstændighed og dømmekraft i forbindelse med prioritering af opgaver og disponering af vejtiden, så der så vidt muligt kan skabes plads til akutte besøg. I forhold til gennemsnittet i de syv kommuner er transporttiden pr. km. i best practice kommunen næsten halveret, svarende til en effektivitetsforøgelse på 47 pct.

Ser man på **møde- og planlægningstiden** har best practice kommunen reduceret antallet af møder til et pr. dag. Det er blandt andet lykkedes ved på forhånd at udlevere kørelisterne til personalet og ved at opdatere listerne pr. telefon i stedet for på morgenmøde. Blandt de øvrige kommuner i undersøgelsen er der kommuner, som dagligt har op til tre møder. Da et møde også afleder ekstra transporttid til og fra møderummet, indebærer det, at best practice kommunen i forhold andre kommuner har halveret sin møde- og planlægningstid.

En kommune har sat fokus på, hvordan **beredskabstiden**, dvs. ressourceanvendelsen til at foretage besøg ved nødkald om natten, kan optimeres. Best practice kommunen har centraliseret beredskabet således, at ét distrikt varetager akuttilkaldsopgaven for hele kommunen. Det har gjort det muligt at samle flere nødkaldsbrugere, så personaleresourcerne kan udnyttes mere effektivt. Konkret har det medført, at der er knap 120 nødkaldsbrugere pr. fuldtidsberedskabsressource. Det er ca. 25 pct. flere nødkaldsbrugere end gennemsnittet blandt de undersøgte kommuner.

**Sygdomsrelateret fravær** udgør i gennemsnit 6 pct. af de samlede omkostninger til den udgående hjemmehjælp i de syv kommuner. De ledelsesmæssige beslutninger kan være med til at påvirke omfanget af det sygdomsrelaterede fravær. I best practice kommunen er der gennemført en konsekvensbaseret sygdomspolitik, som blandt andet inkluderer en samtale med medarbejdere med tre sygdomsforløb inden for to måneder, sygemelding til lederen frem for til kolleger samt indførelse af obligatorisk lægeerklæring. Det har reduceret det sygdomsrelaterede fravær i kommunen fra tidligere at ligge over gennemsnittet til i dag at udgøre omkring 4 procent af løntimerne.

Undersøgelsen viser også, at der er gode erfaringer ved at fokusere på brugen af **ledelsesressourcerne**. I best practice kommunen er der udarbejdet klare opgave- og kompetencebeskrivelser, der sikrer adskillelse af ledelsesmæssige og planlægningsrelaterede opgaver. Det har skabt bedre rammer for såvel ledelse som planlægning og koordinering. Distrikternes størrelse er desuden dimensioneret, så der er sket en reduktion i antallet af ledere pr. medarbejder. De frigjorte ledelsesressourcer er omsat til et øget antal medarbejdere og fokus på ledelseskompetenceudvikling.

### Boks 3 : Hvad gør best practise kommuner?

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

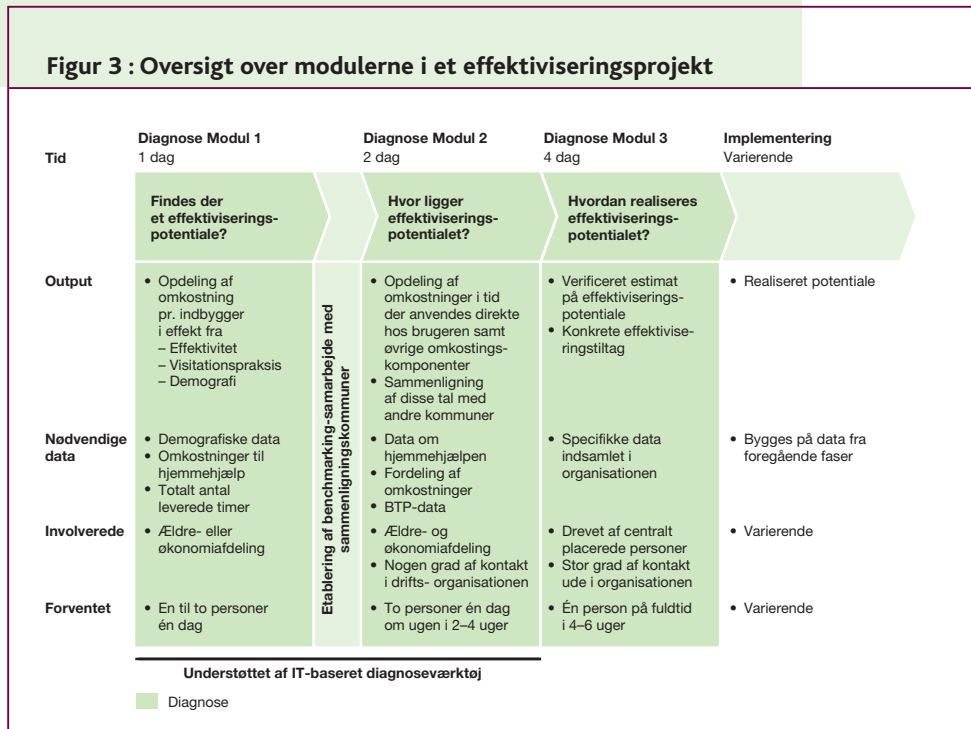
# 3. Model til estimering af effektiviseringspotentiale

I dette kapitel præsenteres en model til brug for estimering af kommunens effektiviseringspotentiale i den udgående hjemmehjælp. Modellen kan bruges på forskellig vis. For at gøre modellen enkel og anvendelig er modellen inddelt i tre moduler, hvoraf de to er understøttet af et elektronisk værktøj.

Princippet i modellen er, at kommunen skal have mulighed for løbende at foretage en vurdering af, hvorvidt ressourceindsatsen står mål med effektiviseringspotentialet. Det skal med andre ord være muligt for kommunen at få viden om, hvorvidt det kan betale sig at kaste sig ud i mere eller mindre omfattende analyser af effektiviseringsmulighederne i den udgående hjemmehjælp.

For hvert modul, der gennemføres, får kommunen større indsigt i effektiviseringspotentialet, men det forudsætter samtidig, at kommunen investerer flere ressourcer i form af dataindsamling, interview og analyse – jf. figur 3.

**Figur 3 : Oversigt over modulerne i et effektiviseringsprojekt**



#### **Boks 4 : Generelt om modul 1, 2 og 3**

Omkostninger pr. leveret time er et hovedbenchmark i modellen til estimering af effektivitet på hjemmehjælpsområdet. Tallet er i denne model beregnet som et gennemsnit af timeprisen for ydelserne praktisk hjælp, personlig pleje dagtimer og personlig pleje øvrig tid. Det skal derfor understreges, at tallet ikke kan anvendes som grundlag for beregningen af priskrav, da beregningen af priskrav foretages ydelsesopdelt.

Der er i modul 1 og 2 så vidt muligt taget højde for forskelle i serviceniveau og strukturelle rammevilkår ved estimeringen af effektivitetspotentialet, idet der tages udgangspunkt i omkostninger pr. leveret time. Dog kan forskelle i strukturelle rammevilkår stadig udgøre en mindre forklaringsfaktor. I modul 3 er der taget højde for strukturelle forskelle. I analysen af ressourceforbrug til transport er der således fokuseret på omkostning pr. kilometer. Forskelle i kommunernes areal har derfor ikke betydning for analysen af effektiv transport.

## **MODUL 1**

**Modul 1** giver kommunen et overordnet indblik i effektiviseringspotentialet i den udgående hjemmehjælp. I analysen sammenlignes kommunens omkostninger pr. indbygger med benchmark fra andre kommuner. Analysen kan fortælle, hvordan hjemmehjælpens effektivitet og kommunens visitationspraksis og demografiske forhold påvirker kommunens ældreomkostninger.

Analysen kan derfor bruges til at identificere og drøfte betydningen af det politisk fastsatte serviceniveau, de strukturelle rammevilkår og kommunens effektivitet. Det kan sikre den politiske og administrative ledelse et grundlag for at træffe beslutning om, hvorvidt kommunen skal bruge yderligere ressourcer på en mere omfattende analyse.

Kommunens investering af ressourcer i denne analysefase er forholdsvis begrænset, idet de nødvendige data er tilgængelige i kommunens økonomi-, løn- og omsorgssystem. I en vis udstrækning kan analysen også baseres på statistisk materiale fra Danmarks Statistik. Analysen kan derfor gennemføres af en til to medarbejdere i den centrale økonomifunktion i løbet af en arbejdsdag, evt. med involvering af en fagperson.

Modul 1 er understøttet af det elektroniske diagnoseværktøj, der indeholder anonymiserede data fra de syv kommuner, der har medvirket i undersøgelsen.

## MODUL 2

**Modul 2** giver den enkelte kommune indblik i, hvor der er potentiale for øget effektivitet. Analysen sikrer en detaljeret opdeling af kommunens timeomkostning, så det dels kan synliggøres, hvordan ressourcerne bliver anvendt, og så kommunen dels kan foretage en detaljeret sammenligning med andre kommuner.

Hoved-benchmarket i modul 2 er de totale omkostninger pr. kommunalt leveret time. Dette benchmark kan opsplittes i de tre centrale faktorer, som er styrende for kommunens omkostningsniveau pr. leveret time:

- Omkostning pr. arbejdstime
- Andel af arbejdstimerne, som ikke anvendes direkte hos brugeren
- Omkostninger udover løn til plejemedarbejderne.

De tre faktorer kan anvendes som benchmark i forhold til andre kommuner og kan hver især igen opsplittes i en række underliggende benchmark.<sup>3</sup>

Kommunens investering af ressourcer i denne analysefase er mere omfattende end analysen i modul 1. Datagrundlaget vil i vidt omfang være tilgængelig i kommunens økonomi- og lønsystem. Det må dog forventes, at ikke alle data i udgangspunktet er tilgængelige i

### Boks 5 : Anvendte benchmark i modul 2

Omkostninger pr. kommunalt leveret time, opdelt på:

- "Timeomkostning pr. plejemedarbejder". I alt og opdelt på interne plejemedarbejdere, eksterne vikarer og elever
- "Løn til plejemedarbejdertid ikke anvendt hos brugeren". I alt og opdelt på fravær, indirekte tid, kvalifikationstid, beredskabstid og andet
- "Omkostninger udover plejemedarbejderløn". I alt og opdelt på lederløn og øvrige omkostninger.

3) For at understøtte en ensartet opgørelse er der i diagnoseværktøjet integreret detaljerede datadefinitioner, ligesom der er udarbejdet en manual, som kan give vejledning og overblik over alle relevante datadefinitioner.



kommunens økonomisystem, men må suppleres med data fra ældreplejens økonomifunktion. Det gælder særligt data vedrørende medarbejdernes tidsforbrug. Analysen vil typisk kunne varetages af to medarbejdere fra kommunens centrale økonomifunktion og/eller ældreplejens økonomifunktion, hvis de anvender ca. én dag om ugen i to til fire uger.

Modul 2 er understøttet af det elektroniske diagnoseværktøj. Værktøjet indeholder anonymiserede nøgletal fra de syv kommuner, som har medvirket i undersøgelsen, så kommunen i første omgang har mulighed for at sammenligne egne nøgletal med andre kommuner. Ud over sammenligning på tværs af kommuner kan modulet naturligvis også anvendes internt til sammenligning af kommunens distriktsområder.

For at få det fulde udbytte af analysen er det imidlertid hensigtsmæssigt at etablere et benchmarking-samarbejde med mellem tre og ti kommuner. Det er i den sammenhæng en god idé, at samarbejdet omfatter kommuner med forholdsvis ensartede rammevilkår (demografi, areal mv.), så betydningen af rammevilkårene for effektiviteten i hjemmehjælpen kan elimineres. På [www.kl.dk/ressourcebenchmarking](http://www.kl.dk/ressourcebenchmarking) kan der hentes et redskab til identifikation af sammenlignelige kommuner.

## MODUL 3

**Modul 3** identificerer, hvilke konkrete løsninger der kan realisere det estimerede effektiviseringspotentiale. Der er tale om en uddybende analyse med udgangspunkt i beregnede nøgletal samt interview med ledere, økonomi- og plejemedarbejdere i ældreforvaltningen og økonomiforvaltningen.

Da analysen er af mere omfattende karakter, og da dette analysemodul ikke er elektronisk understøttet af diagnoseværktøjet, er kommunens investering i denne fase af mere omfattende karakter end i de to foregående faser. Modul 3 kan gennemføres af én medarbejder i fire til seks uger.

## 4. Eksempler på effektiviseringsanalyser

I dette kapitel præsenteres en række eksempler på de konkrete analyser, kommunen kan gennemføre inden for de tre moduler i modellen. Eksemplerne er baseret på en konkret analyse af organisering og effektivitet i de syv kommuner, og har til formål at inspirere og understøtte kommunernes arbejde på hjemmehjælpsområdet.

### FINDES DER ET EFFEKTIVISERINGSPOTENTIALE?

Analysen i modul 1 er 1-dagsanalyse, der med forholdsvis få ressourcer kan give den politiske og administrative ledelse i kommunen en indikation af effektiviseringspotentialet på hjemmehjælpsområdet. Med denne viden får ledelsen et grundlag ud fra hvilket, der kan træffes beslutning om behovet for videre analyser.

De samlede omkostninger til personlig pleje og praktisk hjælp er styret af flere faktorer, herunder først og fremmest antallet af brugere, visitationspraksis (og serviceniveau), demografiske forhold og effektivitet. For at få et billede af selve effektiviseringspotentialet er det nødvendigt at isolere de enkelte faktorer hver for sig.

Analysen består derfor i at sammenholde kommunens omkostninger pr. indbygger med et benchmark baseret på best practice i de syv kommuner og adskille de enkelte faktorer effekt på de samlede omkostninger. Kommunen får herved et indtryk af den økonomiske effekt ved at gøre som best practice kommunen.

I figur 4 er der vist et eksempel på en 1-dagsanalyse fra en af de syv kommuner i undersøgelsen. Denne kommune måles i forhold til den kommune, som er betegnet som best practice.

Selvom best practice kommunen bruger flere kr. pr. indbygger til personlig pleje og praktisk hjælp og tildeler flere timer pr. bruger, viser analysen, at der er en effektivitetsforskel på ca. 27 pct., svarende til 8 mio. kr. Hvis eksempelkommunen kan løse opgaverne ligeså effektivt som best practice kommunen, vil effekten derfor være, at kommunen kan nedbringe totalomkostningerne pr. indbygger med 415 kr.

1-dagsanalysen er understøttet af det elektroniske diagnoseværktøj, hvor data for benchmark kommunen oven for er indlagt. Analysen forudsætter dog, at kommunen kan tilvejebringe fem nøgletal: 1) Antal borgere i kommunen, 2) antal 65+-årige i kommunen, 3) antal brugere af personlig pleje og praktisk hjælp, 4) totale omkostninger til udgående hjemmehjælp (personlig pleje og praktisk hjælp) pr. år, og 5) totalt antal leverede hjemmehjælpstimer pr. år.

Da der er tale om grundlæggende data, som må formodes at være forholdsvis let tilgængelige i hovedparten af kommunerne, er det vurderingen, at analysen vil kunne gennemføres med brug af få ressourcer.

**Figur 4 : Eksempel på 1-dags diagnose**

EKSEMPEL

Forklaringsfaktor	Eksempelkommune	Benchmarkkommune	Effekt på ældreomkostning pr. indbygger, kr.	Forskel til benchmark Millioner kr.	
	<b>Omkostning pr. indbygger*</b> kr. pr. år	1.515	1.867	-352	-6,7
<b>Effektivitetsforskel</b>	<b>Omkostning pr. time**</b> kr. pr. time	423	307	415	8,0
<b>Forskel i visitationspraksis</b>	<b>Timer pr. bruger</b> Timer pr. år	124	193	-844	-16,2
<b>Demografisk forskel</b>	<b>Brugere pr. ældre***</b>	0,26	0,22	237	4,6
	<b>Ældre pr. indbygger</b>	0,11	0,15	-443	-8,5

\* Omkostning til udgående, udførende pleje kommunalt og privat leveret

\*\* Omkostning pr. leveret time (både privat og kommunalt leveret)

\*\*\* Brugere pr. ældre kan både være bestemt af det lokalt fastsatte serviceniveau og af de demografiske rammevilkår i kommunen

Kilde: Data fra udvalgte kommuner

## HVOR LIGGER EFFEKTIVISERINGSPOTENTIALET?

Analysen i modul 2 er særlig relevant, hvis 1-dagsanalysen har vist et effektiviseringspotentiale i hjemmehjælpen. Hvis en kommune, der gennemfører analyserne i modul 1, konstaterer, at der er grund til at se nærmere på effektiviteten i hjemmehjælpen, vil det næste skridt være at identificere mere detaljeret, hvor potentialet ligger gemt.

For at identificere det konkrete effektiviseringspotentiale er omkostningerne pr. kommunalt leveret time<sup>4</sup> opdelt i tre hovedparametre:

- **Timeomkostning pr. plejemedarbejder**, dvs. den gennemsnitlige timelønsudgift kommunen betaler til interne og eksterne plejemedarbejdere for den tid, hvor plejemedarbejderne leverer ydelser til brugerne i deres hjem.
- **Omkostninger til plejemedarbejdertid ikke anvendt hos brugeren**, dvs. den gennemsnitlige timelønsudgift kommunen betaler til interne og eksterne plejemedarbejdere for den tid, der ikke bruges på at levere ydelser til brugerne.
- **Omkostninger ud over plejemedarbejdersløn**, dvs. de gennemsnitlige omkostninger til ledelse samt ikke-personalrelaterede omkostninger og afskrivninger mv.

Undersøgelsen i de syv kommuner viser, at der er en forskel på hele 30 pct. mellem kommunen med de højeste timeomkostninger og best practise kommunen, jf. figur 5. Analysen viser således, at der i nogle kommuner er et betydeligt effektiviseringspotentiale.

Den primære forklaring på de forskellige omkostninger pr. kommunalt leverede time i de to kommuner i figur 5 er, at der i kommunen med den højeste timeomkostning bruges forholdsvis mange ressourcer på aktiviteter, som ikke anvendes hos brugerne. I forhold til best practice kommunen er der tale om en forskel på hele 46 pct. eller 102 kr. i timen.

De tre hovedparametre kan alle opsplittes i underliggende nøgletal, så kommunen kan komme tættere på en forklaring på en effektivitetsforskel gennem benchmarking med andre kommuner.

Dette er i det følgende illustreret gennem en mere detaljeret sammenligning af den del af plejemedarbejdernes tidsforbrug, der er fordelt på følgende aktiviteter:<sup>5</sup>

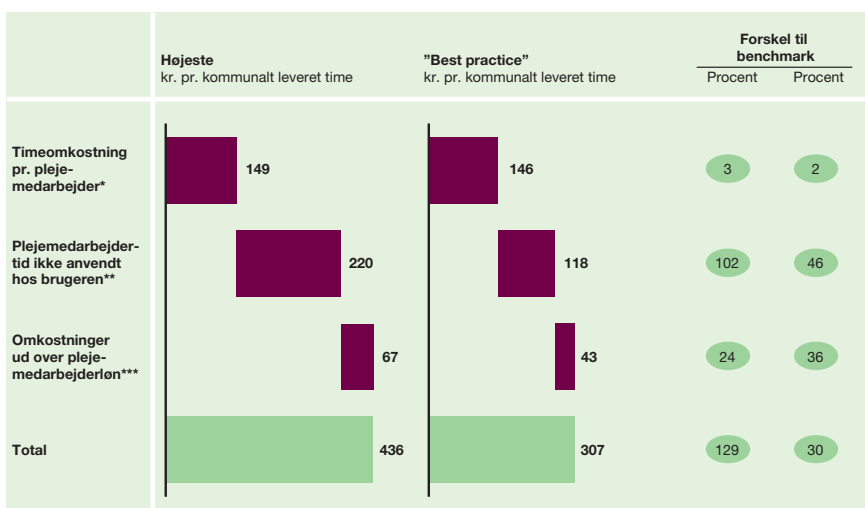
4) I modul 2 frembringes tilstrækkeligt detaljerede tal til, at de kommunalt leverede timer kan udskilles separat i modsætning til modul 1, der anvender mere aggregerede data.

5) Aktiviteterne følger definitionerne i BTP-opgørelsen (brugertidsprocent). Opgørelsen af plejemedarbejdernes tid brugt på forskellige aktiviteter, foruden direkte brugertid og fravær, er i denne analyse opgjort på basis af et estimeret gennemsnit for hele året. Opgørelsen er således ikke baseret på en konkret BTP-måling, som typisk tager udgangspunkt i en 2-ugers stikprøveanalyse.

- Fravær, herunder planlagte fravær (ferie, omsorgsdage, orlov) og uplanlagt fravær (sygdom og afspadsring)
- Indirekte brugertid, herunder vejtid samt kontakt og fællesopgaver vedr. flere brugere
- Kvalifikationstid, herunder møder, planlægning samt uddannelse
- Beredskabstid, herunder personlig pleje udført i nattetimerne og beredskab vedr. nødkaldsbrugere
- Anden tid, der ikke anvendes hos brugeren
- Direkte brugertid

**Figur 5 : Oversigt over parametre, der påvirker omkostninger pr. time**

EKSEMPEL



\* Svarer til gennemsnitlig timeløn

\*\* Lønudgift til udførende personale, der ikke går til direkte brugertid

\*\*\* Inkluderer overhead, driftsomkostninger samt afskrivninger

Kilde: Data fra udvalgte kommuner

Figur 6 sammenligner plejemedarbejdernes tidsforbrug i de to kommuner, der har henholdsvis den højeste og laveste timeomkostning. Som det fremgår af figuren, varierer den direkte brugertid fra 40 til 55 pct. i de to kommuner, hvilket er den umiddelbare forklaring på, at best practice kommunen har den laveste omkostning pr. leveret time.

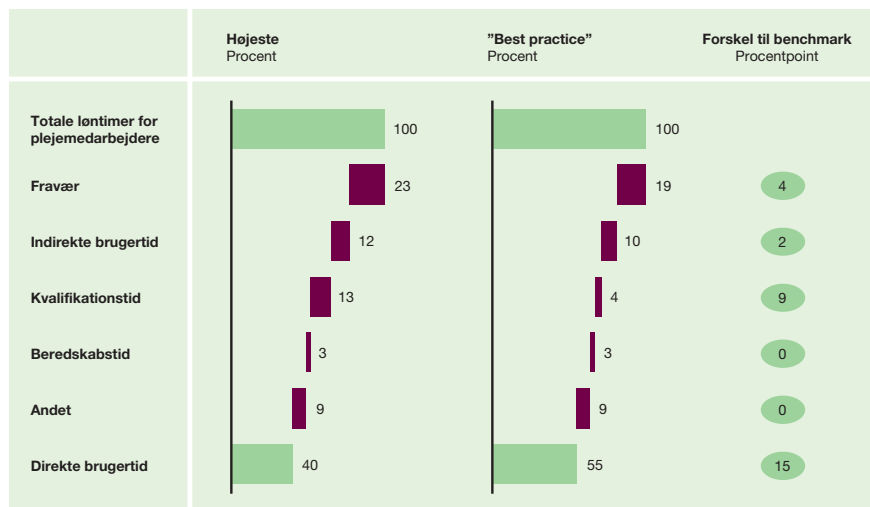
Figuren kan imidlertid også bruges til at identificere, hvorfor der er forskel i den direkte brugertid. Eksemplet viser således, at best practice kommunen har et lavere fravær og bruger mindre tid på møder, planlægning og uddannelse (kvalifikationstid).

Analysen i modul 2 kan give kommunen et indtryk af kommunens effektivitetsniveau samt inden for hvilke omkostningsområder der særligt er grund til at foretage en videre analyse. Omvendt giver analysen ikke i sig selv forslag til, hvilke konkrete initiativer og løsninger kommunen kan iværksætte for at øge effektiviteten i den udgående hjemmehjælp. For at identificere disse er det nødvendigt at foretage en mere detaljeret analyse af de underliggende operationelle nøgletal inden for hvert af de udvalgte fokusområder, jf. næste afsnit.

Modul 2 er understøttet af det elektroniske diagnoseværktøj, hvor data fra de syv anonymiserede kommuner er integreret. Analysen forudsætter, at kommunen kan tilvejebringe mere detaljerede nøgletal end de anvendte data i modul 1. Kommunen vil typisk kunne hente en række data via kommunens økonomi- og lønsystem samt omsorgssystemet, mens andre data typisk vil skulle tilvejebringes ved hjælp af konkrete undersøgelser af plejemedarbejdernes tidsforbrug. Da det er meget vigtigt, at nøgletallene er ensartet opgjort på tværs af kommunerne, er der i diagnoseværktøjet udarbejdet detaljerede nøgletsdefinitioner.

**Figur 6 : Oversigt over parametre, der påvirker plejemedarbejdertid ikke anvendt hos brugeren**

EKSEMPEL



Kilde: Data fra udvalgte kommuner

## HVORDAN REALISERES EFFEKTIVISERINGSPOTENTIALET?

Når en kommune har identificeret de områder, hvor der er størst potentiale for effektivisering, er det naturligt at foretage en mere detaljeret analyse af, hvordan potentialet kan realiseres.

Ud fra en konkret vurdering af de enkelte områders effektiviseringspotentiale og kommunernes påvirkningsmuligheder, er der i dette afsnit fokuseret på fem initiativområder. De fem områder knytter sig til to af de tre hovedområder, som blev vist i forrige afsnit:

- **Timeomkostning pr. plejemedarbejder:** Ingen
- **Omkostninger til plejemedarbejdertid ikke anvendt hos brugeren:**  
Vejtid, møde og planlægningstid, beredskab, sygdomsrelateret fravær
- **Omkostninger ud over plejemedarbejderløn:** Ledelsesressourcer

Eksemplerne på de relevante analyser er baseret på data fra kommuner med henholdsvis det højeste og laveste ressourceforbrug (best practice). Betegnelsen "yderligere effektiviseret" er enkelte steder anvendt til illustration af et beregnet effektiviseringspotentiale, som potentielt vil kunne realiseres ud over, hvad der i de syv kommuner er best practice. Der er i den sammenhæng hentet inspiration i andre kommuner og fra private leverandører, der både leverer praktisk hjælp og personlig pleje til mere end 2000 brugere på landsplan. Eksemplerne vil ikke nødvendigvis kunne overføres til alle landets kommuner, men vil kunne bruges som inspiration for konkrete analyser.

Analysen tager ikke højde for implementeringsomkostninger, og der er ikke korrigeret for de krydseffekter, der kan opstå ved gennemførelse af de enkelte effektiviseringstiltag. Hvis kommunen reducerer antallet af møder, kan det fx have en positiv eller negativ betydning for medarbejdernes arbejdsmiljø og dermed sygefraværet eller muligheden for personale-rekruttering. Det er derfor en god idé at være opmærksom på sådanne effekter, før kommunen træffer endelig beslutning om indførelse af konkrete effektiviseringstiltag.

### **Vejtid**

Dette afsnit fokuserer på effektiviseringsmuligheder i forhold til den tid, plejemedarbejderne anvender på transport. To nøgletal er centrale i denne sammenhæng:

- Afsat tid givet rutens længde
- Rutens længde givet besøgenes geografiske placering

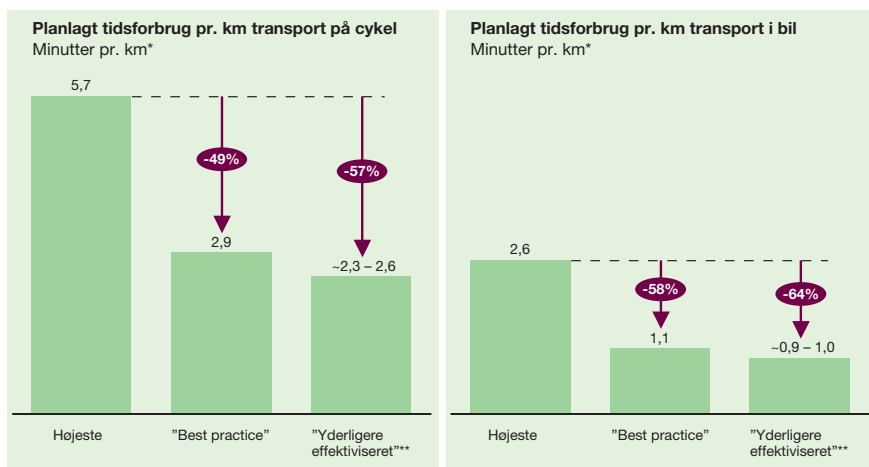


Analysen af vejtiden i de syv kommuner er gennemført, så der er foretaget en ensartet sammenligning med hensyn til transportmiddel (cykel, bil, gang) og rutetyper (landområder, ældreboligkomplekser mv.). Der er også taget højde for det tidsforbrug, som plejepersonalet benytter til og fra transportmidlet. Endelig er der i analysen fraregnet eventuel ledig tid i tidsplanen, som kan være bevidst indsat for at sikre, at tidsplanen kan overholdes – fx hvis der opstår akutte behov hos brugerne. Vejtid brugt i forbindelse med møder og grupperumstid er fraregnet, da denne tid er inkluderet i analysen af møde- og planlægningsstiden.

Resultaterne af analysen af **afsat tid givet rutens længde** viser, at der er betydelig variation mellem de syv kommuner, jf. figur 7.

I forhold til kommunen med mest planlagt tidsforbrug pr. km transport på cykel afsætter best practice kommunen i gennemsnit halvt så meget tid. Fokuseres på transporttiden i bil er forskellen endnu mere markant. Her er forskellen mellem best practice kommunen og kommunen med mest transporttid i bil pr. km. på hele 58 pct.

**Figur 7 : Potentialeestimat for effektivisering af vejtid**



Note: Baseret på stikprøver af ruter. "Yderligere effektiviseret" er beregnet som planlagt tid delt med den mest optimale rute, som opfylder kriteriet om, at plejen gives på de rigtige tidspunkter på dagen. Vejtid brugt i relation til møde- og planlægningsstid er fraregnet i vejtidanalysen og inkluderet i analysen af møde- og planlægningsstid  
 \* Tidsforbruget måles i forhold til den planlagte, ikke-optimerede kørerute – derfor kan det ikke direkte omregnes til kørehastighed. Det antages, at der er afsat 1 minut mellem hvert besøg til at komme fra transportmiddel til bruger  
 \*\* Beregnet under antagelse af, at man (1) kan spare 10 – 20 procent kørelængde ved at optimere ruten, og (2) holder tidsforbrug pr. km for "Best practice" kommuner

Kilde: Data fra udvalgte kommuner

Interview med planlægningspersonale i best practice kommunen viser, at vejtiden er nedbragt ved, at der ved udarbejdelse af ruteplanerne er indlagt vejtid i forhold til den faktiske afstand mellem brugerne i stedet for bare at afsætte et fast minuttal. En planlægning efter den nøjagtige vejtid og uden utilsigtet "luft" er således den primære forklaring på, at kommunen har kunnet halvere tidsforbruget på vejene.

Det er dog også væsentligt, at kompetenceniveauet i hjemmehjælpen i det seneste tiår generelt er hævet. Kommunen kan dermed forvente mere af den enkelte medarbejders dømmekraft i forbindelse med såvel prioriteringen af de enkelte opgaver som disponeringen af vejtiden, så medarbejderen kan tilpasse kørelisten efter eventuelt opståede behov for akutbesøg.

En reduktion af vejtiden forudsætter øget planlægning og appel til medarbejdernes selvstændighed og dømmekraft. Mens appellen til medarbejderne kan indgå som en naturlig del af ledernes opgaver, er der i forhold til planlægningen først og fremmest tale om en engangs-investering. Planlæggerne har typisk et godt kendskab til ruterne, og når ruteplanen er lavet én gang, vil den løbende optimering kunne foretages relativt hurtigt.

Selv for kommuner, der er best practice med hensyn til afsat tid pr. km., er der mulighed for at effektivisere yderligere gennem optimering af **rutens længde givet besøgenes geografiske placering**. Det er her vanskeligt at opstille meningsfulde benchmark, men der kan foretages analyser af konkrete optimeringsmuligheder i den enkelte kommune.

En beregning baseret på ca. 20 stikprøver i de syv kommuner viser, at de planlagte ruter typisk er 10–20 pct. længere end nødvendigt givet besøgenes geografiske placering. Ruteoptimeringen er foretaget under hensyntagen til, at en række aktiviteter – fx morgenpleje – skal foretages på bestemte tidspunkter. Der er omvendt ikke taget hensyn til brugernes individuelle ønsker til besøgenes placering.

## Boks 6 : Effektivisering af vejtid

### Forslag til analyser

- Afsat vejtid pr. km. Best practice benchmark: 2,9 minutter pr. km. (eksklusive 1 minut pr. besøg til bevægelse til og fra transportmiddel)
- Rutens længde givet besøgenes geografiske placering. Sammenligning af planlagt rute og optimeret rute

### Hvad gør best practice kommuner?

- Afsætter planlagt vejtid efter faktisk distance – ikke blot som faste tidsintervaller
- Løbende ruteoptimering

Optimering af ruternes længde i forhold til den geografiske placering vil ofte forudsætte brug af et ruteplanlægningsværktøj (fx MapPoint). Det er dog i den forbindelse vigtigt at holde sig for øje, at nogle ydelser skal leveres inden for et afgrænset tidsrum eller med et bestemt tidsinterval, hvorfor der ikke vilkårligt kan flyttes om på alle besøg. Ofte vil man kunne flytte om på ydelser som fx praktisk hjælp, rengøring og visse omsorgsrelaterede ydelser, hvorimod ydelser som fx morgenpleje, hjælp til måltider og forflytninger typisk vil skulle leveres i bestemte tidsrum.

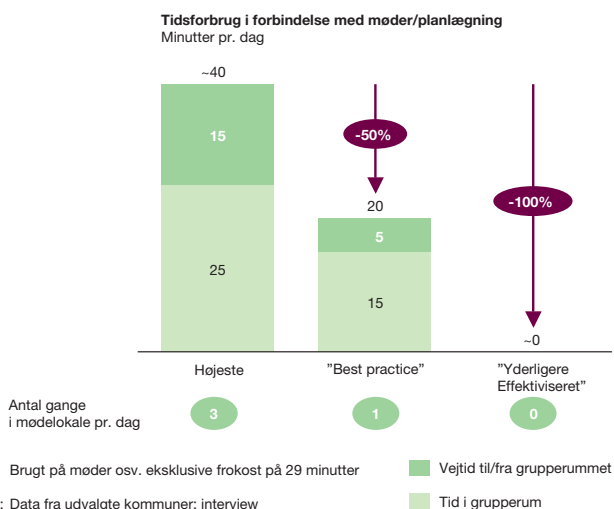
## Møde- og planlægningstid

Dette afsnit fokuserer på effektiviseringsmuligheder i forhold til den tid, plejemedarbejderne anvender på møder og planlægning. Det centrale nøgletal i denne sammenhæng er den tid, plejemedarbejderne anvender i forbindelse med møder og planlægning. Denne tid kan igen opdeles på tid i grupperum (eksklusive frokost) og transporttid til og fra grupperum.

Resultaterne af analysen af møde- og planlægningstiden viser, at der er stor variation mellem de to kommuner i undersøgelsen, som bruger henholdsvis mest og mindst (best practice) tid i forbindelse med møder og planlægning, jf. figur 8.

**Figur 8 : Tidsforbrug i forbindelse med møder/planlægning**

Minutter pr. dag



Analysen viser, at best practice kommunen anvender ca. 20 minutter pr. dag i forbindelse med møder og tid i grupperum. Det er halvt så meget tid, som i kommunen med det højeste tidsforbrug. Som det fremgår af figuren, anvender kommunerne en betydelig del af denne tid på transport til og fra møder. I best practice kommunen udgør denne transporttid kun en fjerdedel af den samlede tid, mens transporttiden i den anden kommune tegner sig for mere end to tredjedele.

Den primære forklaring på variationen i møde- og planlægningstiden er, at best practice kommunen har reduceret antallet af møder til ét besøg pr. dag. Dette er sket ved at flytte morgenmødet til frokosttid og udvide frokostpausen til 45 minutter.

Reduktionen i antallet af møder har medført, at arbejdsgangene er blevet omlagt i den udgående hjemmehjælp. For eksempel er kørelister enten udleveret dagen før eller sendt elektronisk, og opdateringer til listen er sket telefonisk eller elektronisk om morgenen, fx via en PDA.<sup>6</sup> Herudover er der fundet praktiske løsninger på forhold, der traditionelt har forudsat mødeaktiviteter. Som eksempel er der introduceret nøglebokse med universalnøgle i stedet for at opbevare brugernes nøgle centralt, dokumentation er foretaget ved telefonisk indberetning eller via PDA'er, og der er indgået aftaler med medarbejderne om at benytte egen bil frem for en fælles, kommunal bil imod økonomisk kompensation.

## Boks 7 : Effektivisering af møde- og planlægningstid

### Forslag til analyser

- Tid anvendt i grupperum pr. km., eksklusiv frokost.  
Best practice benchmark: 15 minutter pr. dag
- Tid anvendt på transport til og fra møderum.  
Best practice benchmark: 5 minutter pr. dag

### Hvad gør best practice kommuner?

- Kun planlagt ét møde pr. dag
- Udleveret køreliste på forhånd
- Opdateret liste pr. telefon i stedet for morgenmøde
- Opsat nøglebokse hos brugerne med universalnøgle

6) Personal Digital Assistant – håndholdt computer, ofte med indbygget telefon og internetforbindelse.

Best practice kommunen kan eventuelt tage initiativ til en række effektiviseringstiltag, som i figur 8 er betegnet som "yderligere effektiviseret". En mulighed er fx helt at undgå daglige møder, hvilket visse private leverandører allerede praktiserer.<sup>7</sup> En udbredelse af PDA'ere og yderligere brug af dens funktioner til dokumentation og kommunikation kan ligeledes medvirke til at reducere mødebehovet. Dette har været praktiseret i enkelte kommuner.<sup>8</sup> Alternativt vil brug af egen mobiltelefon imod kompensation i et vist omfang kunne reducere mødebehovet i et vist omfang.

En ændret mødestruktur med færre og kortere koordinerende møder kan eventuelt frigøre ressourcer til regelmæssig afholdelse af sundhedsfagligt kvalificerende møder for medarbejderne.

Hvis kommunen overvejer at foretage ændringer i mødestrukturen, er det vigtigt at være opmærksom på den samlede effekt, herunder ikke mindst betydningen for arbejdsmiljøet. Det kan derfor være en god ide at inddrage medarbejderne i ledelsens overvejelser, inden der træffes konkrete beslutninger.

## Beredskab

Dette afsnit fokuserer på effektiviseringsmuligheder i forhold til ressourcer anvendt på akuttilkald om natten. Det centrale nøgletal i denne sammenhæng er antal nødkaldsbrugere om natten pr. fuldtidsberedskabsressource. Nøgletallet er beregnet efter nedenstående formel:

$$\frac{\text{Antal potentielle nødkaldsbrugere}}{\text{Antal medarbejdertimer i natberedskab minus visiterede timer inkl. vejtid og spisepause}^*}$$

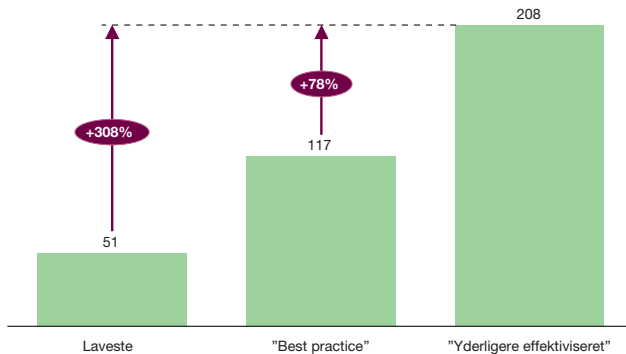
\* Visiteret tid til brugere, der kræver besøg af to plejemedarbejdere, er talt dobbelt

7) Det er ofte af praktiske hensyn, at private leverandører ikke har daglige møder i grupperummet, da de ofte dækker større geografiske arealer, hvorfor det ville medføre betydeligt mere vejtid, hvis medarbejderne skulle til og fra grupperummet flere gange dagligt.

8) Jf. Socialministeriets CareMobil-projekt.

**Figur 9 : Potentialeestimat for effektivisering af beredskabet\***

Antal nødkaldsbrugere om natten pr. fuldtidsberedskabsressource\*\*



Note: "Yderligere effektiviseret" er beregnet ud fra procedurer (udkørsel alene, tilkaldevikar til tunge brugere samt holde en aftenvagt længere og trække en morgenvagt ind tidligere) i et privat plejeselskab, som leverer ydelser inden for såvel personlig pleje som praktisk bistand. Potentielle nødkaldsbrugere på indeområdet er ikke taget i betragtning

\* Fuldtidsberedskabsressourcer er beregnet som antal beredskabstimer totalt om natten (produktet af beredskabsansatte og deres løntimer), fraregnet antal visiterede timer (inklusive vejtid til visiterede timer samt spisepause)

\*\* Under forudsætning af, at aktivitetsniveau pr. nødkaldsbruger er det samme for alle kommuner

Kilde: Data fra udvalgte kommuner; interviews

Resultaterne af analysen i de syv kommuner viser, at antallet af nødkaldsbrugere pr. beredskabsressource varierer fra 51 i kommunen med det laveste antal til 117 i best practice kommunen. Det er en forskel på mere end 50 pct., jf. figur 9.

Best practice kommunen har centraliseret beredskabet, så ét distrikt i dag varetager akuttilkaldsopgaven i hele kommunen. På den måde undgår kommunen, at beredskabsressourcer dubleres i flere distrikter. Et lignende initiativ, som er gennemført i andre kommuner, der har haft et højt ressourceforbrug på dette område, er at etablere et fælles beredskab for både den indgående og udgående hjemmehjælp.

De to tiltag giver mulighed for bedre at udnytte de samlede beredskabsressourcer på grund af stordriftsfordele, men forudsætter naturligvis et vis brugergrundlag. Da samtlige kommuner i undersøgelsen har valgt at køre med to medarbejdere pr. bil i beredskabet, vil der således være et vist 'minimumsberedskab', som vil kunne udnyttes bedre jo flere potentielle nødkaldsbrugere. Det er vurderingen, at hovedparten af landets kommuner vil kunne udnytte disse stordriftsmuligheder, når de nye kommuner træder i kraft i 2007.

## Boks 8 : Effektivisering af beredskab

### Forslag til analyser

- Antal nødkaldsbrugere om natten pr. fuldtidsberedskabsressource.  
Best practice benchmark: 117

### Hvad gør best practice kommuner?

- Centraliserer beredskabet, så et enkelt distrikt varetager akuttilkaldsopgaven for hele kommunen
- Etablerer et fælles beredskab for både den indgående og udgående hjemmehjælp

Eksemplet med betegnelsen "yderligere effektiviseret" i figur 9 er inspireret af praksis hos en privat leverandør af personlig pleje og praktisk hjælp, der har tilrettelagt beredskabet efter følgende principper:

- Natted medarbejdere kører ud individuelt mellem kl. 01.30 og 05.30
- Hjælp til tunge brugere placeres typisk inden kl. 01.30 eller efter kl. 05.30, og dækkes dermed af henholdsvis aften- og morgenvagt
- I tidsrummet mellem kl. 01.30 til 05.30 tilkaldes en vikar, hvis der er akutopkald fra en plejekrævende bruger.<sup>9</sup>

Et andet eksempel, som kan anvendes som inspiration til optimering af beredskabsressourcerne, er at oprette et topersoners natteberedskabsteam, der tager sig af alle plejekrævende brugere, mens øvrige medarbejdere kører enkeltvis. Ved akutopkald midt på natten kan de øvrige medarbejdere tilkalde vikarhjælp.

Effektiviseringspotentialet i ovennævnte eksempler bør naturligvis afvejes i forhold til de negative konsekvenser for medarbejdernes arbejdsmiljø og kommunens mulighed for at rekruttere personale i natteberedskabet. Eksempelvis kan det skabe utryghed at køre enkeltvis om natten, ligesom det kan være vanskeligt at komme til og fra arbejde på grund af begrænsede offentlige transportmuligheder i døgnets skæve timer.

9) Tilkaldevikaren hos den private leverandør får et beløb for at stå til rådighed for opkald om natten, svarende til ca. 1/3 af en almindelig nattevagtsats.

## Sygdomsrelateret fravær

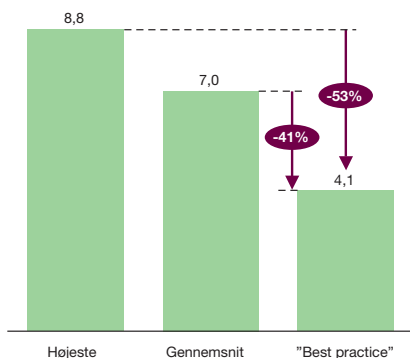
En kommune vil som oftest have mulighed for at påvirke det ikke-planlagte fravær såsom sygdom, mens påvirkningsmulighederne i forhold til planlagt fravær er begrænset, da dette er reguleret via lovgivning og overenskomster. I dette afsnit fokuseres derfor på effektiviseringsmuligheder i forhold til sygdomsrelateret fravær. Det centrale nøgletal i denne sammenhæng er antal sygefraværstimer i procent af det samlede antal løntimer.

Analysen i de syv kommuner viser, at sygefraværsprocenten varierer fra 4,1 pct. til 8,8 pct. og med et samlet gennemsnit på 7 pct. Forskellen mellem de to kommuner med det højeste og laveste sygefravær udgør således mere end 50 pct., jf. figur 10. Resultaterne viser ikke overraskende, at effektiviteten i de fleste kommuner kan øges betydeligt, hvis sygefraværet kan nedbringes.

Best practice kommunen har i flere år arbejdet målrettet på at nedbringe sygefraværsprocenten, og har i den forbindelse indført en række tiltag. Eksempelvis er der formuleret en klar og konsekvensbaseret sygdomspolitik og indført målrettet opfølgning på sygefravær, ligesom der løbende er fokus på at vedligeholde effekten af tiltagene.

**Figur 10 : Potentialeestimat for effektivisering af sygdomsrelateret fravær**

Fraværstimer relateret til sygdom pr. totale antal løntimer, pct.



Kilde: Data fra udvalgte kommuner



Som eksempel på en konsekvensbaseret sygdomspolitik er, at medarbejderne bliver indkaldt til en sundhedssamtale efter 14 dages sammenhængende sygefravær, eller hvis der er mere end tre sygdomsperioder på mindre end to måneder. Et andet eksempel er, at lederen tager daglig kontakt til den sygemeldte for at følge op på sygdomsforløbet. Kommunen har også etableret procedurer for, hvorledes langtidssygemeldte medarbejdere gradvist kan vende tilbage til arbejdet på nedsat tid, i skånejob eller til administrativt arbejde i en periode.

Ud over det potentiale, der er ved nedbringelse af sygefraværet, har undersøgelsen også vist, at der er store forskelle i kommunernes udgifter til vikardækning ved fravær. Kommunerne vil således også kunne fokusere på effektiviseringsmulighederne i forbindelse med selve håndteringen af sygefraværet. Blandt de syv kommuner i undersøgelsen er der kommuner, som er lykkedes med at reducere omkostningerne til vikarer ved at oprette interne fuldtids-vikarkorps eller ved at anvende timelønnede tilkaldevikarer.

## Boks 9 : Effektivisering af sygdomsrelateret fravær

### Forslag til analyser

- Antal fraværstimer relateret til sygdom i procent af totalt antal løntimer

### Hvad gør best practice kommuner?

- Etablerer en konsekvensbaseret sygdomspolitik
  - Medarbejdersamtale, hvis syg tre gange inden for to måneder, med speciel fokus på "mandags-/fredagssyge"
  - Sygemelding til lederen frem for til kolleger
  - Obligatorisk lægeerklæring
- Fokuserer på at få langtidssyge tilbage på arbejdet gennem indgåelse af aftale om tilbagevending til arbejdet
  - Forsøge at fastholde langtidssyge ved at involvere dem i personalemøder
  - Finde opgaver, som langtidssyge kan udføre (fx administrative opgaver)
  - Lade medarbejdere komme tilbage på arbejde gradvist, eventuelt i skånejob
- Analyse og reduktion af udgifterne til vikardækning af fravær.

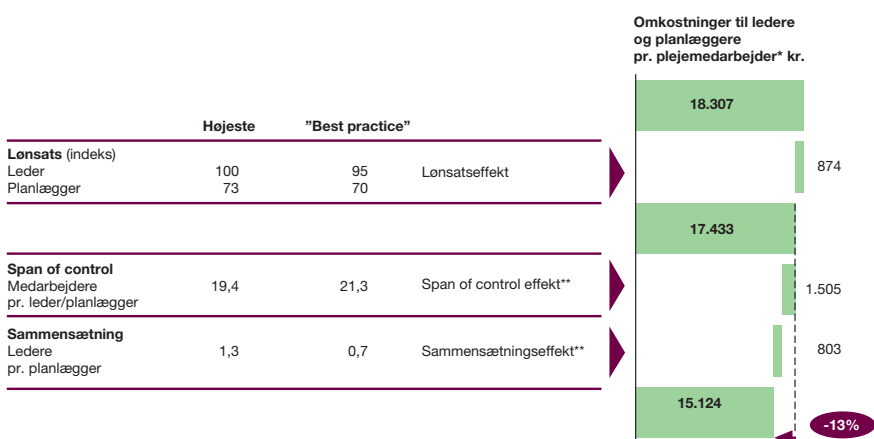
## Ledelsesressourcer

Dette afsnit fokuserer på, hvordan kommunen kan effektivisere brugen af ledelsesressourcer i forbindelse med personaleledelse og planlægning af opgaver, herunder udarbejdelse af kørelister. Det centrale nøgletal i denne sammenhæng er omkostninger til ledere og planlæggere pr. plejemedarbejder. Dette kan igen opdeles i følgende nøgletal:

- Løn, dvs. gennemsnitsløn til henholdsvis ledere og planlæggere
- Span of control, dvs. antal plejemedarbejdere pr. leder/planlægger
- Sammensætning, dvs. antal ledere pr. planlægger

Analysen i de syv kommuner viser, at omkostningerne til ledere og planlæggere varierer fra ca. 18.000 kr. pr. plejemedarbejder til ca. 15.000 kr. i best practice kommunen. Såfremt der korrigeres for effekten af forskellige lønsatser, er forskellen 13 pct., jf. figur 11.

**Figur 11 : Potentialeestimat for effektivisering af ledelsesressourcer**



Note: Data til denne figur er kun baseret på ikke-integrerede kommuner, dvs. kommuner, der har adskilt inde- og udehjemmeplejen  
 \* Inklusiv sygeplejersker, da disse typisk også falder under ledelsesansvaret  
 \*\* Beregnet på basis af krydseffekten på de enkelte parametre

Kilde: Data fra udvalgte kommuner; interview

Det lavere ressourceforbrug i best practice kommunen skyldes både, at der i alt er færre ledere og planlæggere pr. plejemedarbejder, og at ledergruppen er anderledes sammensat med relativt flere planlæggere.

Forklaringen hænger også sammen med den måde, arbejdet er tilrettelagt. For det første er der gennemført en konsekvent specialisering, så planlægningsopgaverne varetages af egentlige planlæggere, der dermed opnår øget kompetence og et højere effektivitetsniveau, mens personaleledelse og det overordnede koordineringsansvar er samlet hos de egentlige ledere. For det andet er den gennemsnitlige distriktsstørrelse øget, således at hver leder i dag har personaleledelsesansvar for ca. 50 plejemedarbejdere. Dette har reduceret antallet af ledere, der ofte er placeret på et højere lønniveau, og dermed frigjort ressourcer til flere medarbejdere og ledelseskompetenceudvikling.

Det skal bemærkes, at antallet af ledere kan have betydning for nogle af de øvrige parametre i de foregående afsnit. En konsekvensbaseret sygdomspolitik vil eksempelvis bedre kunne gennemføres med færre ansatte pr. leder. Krydseffekten ved en reduktion i antallet af ledere pr. plejemedarbejder er vanskelig at opgøre, da det afhænger af den konkrete person og situation. Det er dog en god idé, at kommunen overvejer, hvilke ledelsesbehov der gør sig gældende på området, inden der træffes beslutning om indførelse af de konkrete effektiviseringstiltag.

## **Boks 10 : Effektivisering af ledelsesressourcer**

### **Forslag til analyser**

- Omkostning til ledere og planlæggere pr. plejemedarbejder
- Gennemsnitslønninger for ledere og planlæggere
- Antal plejemedarbejdere pr. leder/planlægger
- Antal ledere pr. planlægger

### **Hvad gør best practice kommuner?**

- Gennemfører konsekvent specialisering og kompetenceudvikling, så planlæggere varetager alle planlægningsopgaver i forbindelse med kørelisterne, og ledere varetager ledelsesopgaver og overordnet koordinering (fx personaleledelse m.m.)
- Dimensionerer distrikternes størrelse således, at ledere har ansvar for personaleledelse i forhold til ca. 50 plejemedarbejdere

## 5. It-baseret diagnoseværktøj

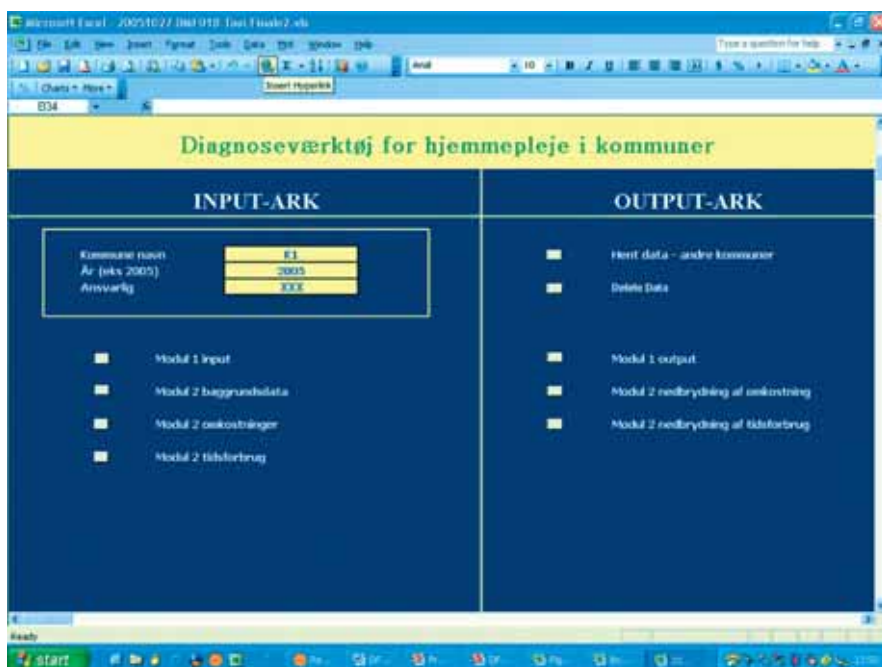
Til brug for analyserne i modul 1 og modul 2 er der udarbejdet et it-baseret diagnoseværktøj i Excel-format.

Værktøjet kan findes på [www.kl.dk/ressourcebenchmarking](http://www.kl.dk/ressourcebenchmarking), hvor der også findes en detaljeret brugervejledning.

Værktøjets input-ark indeholder felter, hvor kommunen indtaster baggrundsdata, omkostninger og tidsforbrug. I tillæg til hvert felt er der angivet præcise definitioner, forslag til kilder og kommentarer med gode råd til afklaring af eventuelle tvivlstilfælde.

Værktøjets output-ark indeholder de angivne benchmark under modul 1 og modul 2 samt en række faciliteter til at gennemføre og præsentere benchmarking med andre kommuner.

Figur 12 : Diagnoseværktøj i Excel-format





**Organisering og effektivitet på hjemmehjælpsområdet  
– fokus på personlig pleje og praktisk hjælp**

Januar 2006

Publikationen kan bestilles eller afhentes hos:

Schultz Distribution  
Herstedvang 4,  
2620 Albertslund  
Telefon 43 63 23 00  
Fax 43 63 19 69  
E-mail Schultz@schultz.dk  
www.schultz.dk

Henvendelse om publikationen

kan i øvrigt ske til:

Finansministeriet  
UPC  
Christiansborg Slotsplads 1  
1218 København K  
Telefon 33 92 33 33

Design: b:graphic aps

Tryk: Salogruppen

Oplag: 2.000

Pris: Gratis

Trykt publikation:

ISBN: 87-7856-560-2

Elektronisk publikation:

ISBN: 87-7856-761-0

Publikationen kan hentes på

Finansministeriets hjemmeside:

[www.fm.dk](http://www.fm.dk) og

KL's hjemmeside:

[www.kl.dk](http://www.kl.dk)



Denne brochure sammenfatter resultaterne af en undersøgelse af organisering og effektivitet på det udgående hjemmehjælpsområde.

Brochuren har særlig vægt på den analysemodel og det it-baserede diagnoseværktøj, som har dannet grundlag for undersøgelsen. Analysemodellen og diagnoseværktøjet er udviklet til brug for kommuner, der ønsker inspiration til effektivisering af hjemmehjælpsområdet.

Brochure og diagnoseværktøj er udarbejdet af McKinsey & Company med bistand fra KL, Finansministeriet og Socialministeriet.

Undersøgelsen er gennemført i regi af et samarbejdsprojekt mellem regeringen og KL om dokumentation, ressourceanvendelse og statslig regulering, der blev etableret i juni 2005.

KL

Finansministeriet

Socialministeriet